

Anonym

Kunnskap, misoppfatninger og holdninger blant helsepersonell i møte med pasienten som gjennomgår fedmebehandling

Antall ord: 4790

Bacheloroppgave i Sykepleie

Juni 2021

Anonym

Kunnskap, misoppfatninger og holdninger blant helsepersonell i møte med pasienten som gjennomgår fedmebehandling

Antall ord: 4790

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn

Fedme og overvekt er et omfattende samfunnsproblem som kan føre til mange helseutfordringer. Sykepleiere vil dermed komme over dette fenomenet overalt i helsetjenesten. Det er viktig at sykepleiere møter disse pasientene med respekt og verdighet, uten å ha negative misoppfatninger eller holdninger. Denne studien undersøker holdninger og misoppfatninger blant helsepersonell og sykepleierstudenters opplevelse av eget kunnskapsnivå om temaet. Studiens hensikt er å se på hvordan mangel på kunnskap om langsiktig behandling av fedme og overvekt, kan påvirke holdninger og misoppfatninger blant helsepersonell.

Metode

Det ble utført to kvalitative intervjuer med sykepleiere som hadde erfaring fra feltet. Intervjuene ble analysert ved hjelp av meningskoding og meningsfortetting. Sykepleierstudentenes opplevelse av temaet fedme og overvekt i sykepleierutdanningen ble undersøkt ved bruk av en kvantitativ spørreundersøkelse. Antall deltakere var 52 og spørreundersøkelsen ble analysert ved bruk av Excel.

Resultat

Resultatene fra intervjuene viser at det finnes negative holdninger og misoppfatninger blant helsepersonell. Informantene nevner uttrykk som «nedsatt viljestyrke», «selvforskyldt», og «ikke sett på som en sykdom». Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at studentene opplever å ikke ha gode nok kunnskaper om temaet. Et flertall (55,7%) opplever at de har liten eller ingen kunnskap om behandlingsalternativer. Flertallet (67,3 %) opplever også at de har lite eller ingen kunnskap om sykepleie til pasienter med fedme og overvekt.

Konklusjon

Studien viser at sykepleiere med erfaring fra feltet har inntrykk av at det finnes misoppfatninger og holdninger blant helsepersonell. Studien viser også at sykepleierstudentene opplever å ikke ha gode nok kunnskaper om langsiktig behandling og sykepleie til pasienter med fedme og overvekt. Funnene tilsier at sykepleierens kunnskapsnivå vil påvirke de oppfatningene og holdninger en har om pasienter som gjennomgår fedmebehandling.

Abstract

Background

Obesity is a widespread problem that can lead to many health challenges. Consequently, nurses will face this phenomenon throughout the healthcare system. It is important that nurses meet these patients with respect and dignity without having misconceptions or negative attitudes. This study examines attitudes among healthcare professionals and nursing students' experience of their own level of knowledge about the phenomenon. The aim is to examine how lack of knowledge about long-term treatment of obesity and overweight, can affect the attitudes and misconceptions among healthcare professionals.

Method

Two qualitative interviews were conducted with nurses who had experience from the field. The interviews were analyzed using coding and densification of opinions. The nursing students' experience of the topic in nursing education was examined using a quantitative questionnaire. The questionnaire had 52 respondents, and was analyzed using Excel.

Results

The results from the interviews show that there are negative attitudes and misconceptions among healthcare professionals. The informants mention expressions such as "lack of willpower", "self-inflicted" and "not seen as a disease". The results from the survey show that students experience lack of knowledge about the subject. A majority (55,7%) experience that they have little or no knowledge of treatment options. The majority (67,3%) also experience that they have little or no knowledge of nurses responsibility in caring for patients with obesity and overweight.

Conclusion

The study shows that nurses with experience on the field have the impression that there are misconceptions and attitudes among healthcare professionals. The study also shows that nursing students experience lack of knowledge about long-term treatment and nurses responsibility in caring for patients with obesity. The findings indicate that the nurse's level of knowledge will influence the conceptions and attitudes that one has about patients undergoing obesity treatment.

Bakgrunn

Body mass indeks (BMI) brukes som en et måleverktøy for overvekt og fedme blant befolkningen. En persons BMI regnes ut ved å dividere kroppsvekten med kvadratet av ens høyde (2). I Norge brukes Kroppsmasseindeks (KMI) som tar for seg det samme, men denne oppgaven bruker begrepet BMI (1). BMI kan være misvisende hos den enkelte, men brukes gjerne som en overordnet måling på overvekt og fedme i befolkningen (2).

Fedme og overvekt blir sett på som en epidemi i store deler av verden og har blitt en av de største helseutfordringene vi har i dag. Det er også et samfunnsproblem som er vanskelig å forhindre, da forekomsten av overvekt stadig øker, selv med iverksettende tiltak for å motkjempe fenomenet (1). Ifølge World health organisation (WHO) har fedme på verdensbasis tredoblet seg siden 1975 (2). I Norge ser vi den samme økende tendensen. Statistisk sentralbyrå viser at 30 % av Norges

befolkning i 2019 hadde en BMI over eller lik 27, som vil si overvekt eller fedme. Til sammenligning var tallet 26% i 2008 (3). Overvekt og fedme kan knyttes til en rekke helseutfordringer som innebærer både fysiske og psykiske lidelser. Noen eksempler er hjerte-/karsykdommer, diabetes mellitus type 2, høyt blodtrykk, søvnapne, stressinkontinens, muskel- og leddplager og visse former for kreft (4). Høy BMI er også forbundet med tidligere dødelighet (1). Dette vil si at sykepleiere vil komme til å møte pasienter med fedme og overvekt overalt i helsetjenesten. Det er dermed viktig at sykepleieren møter disse pasientene på en måte som får de til å føle seg respektert og ivaretatt, uten å bli stigmatisert eller møtt med negative misoppfatninger.

WHO definerer fedme og overvekt som “unormal eller overdreven opphopning av fett som kan være skadelig for helsen”. Overvekt hos voksne er definert som BMI mellom 25 og 30 kg/m² og fedme som BMI over 30 kg/m² (2). Denne oppgaven tar for seg pasientgruppen som av ulike årsaker gjennomgår behandling for fedme og overvekt i helsetjenesten, uavhengig av BMI. Oppgaven bruker dermed uttrykket «pasienter med fedme og overvekt» når fenomenet omtales.

Overvekt og fedme er et komplekst fenomen der årsakene kan være mange og sammensatte. Hovedsakelig kommer fedme og overvekt av en ubalanse mellom energiinntak og energiforbruk, men det er mange faktorer som spiller inn og som kan forårsake denne ubalansen. Arv og gener kan ha en rolle i vektøkning hos en person. En kan for eksempel ha gener som gjør at en føler ekstra nytelse når en spiser noe godt, eller en kan ha gener som

påvirker appetittreguleringen. Appetittreguleringen påvirkes av ulike substanser, som sulthormonet Ghrelin, som virker stimulerende på appetitten, og kolecystokinin, insulin og leptin, som virker hemmende på appetitten. En persons genkombinasjon kan påvirke disse signalene og gjøre en mer sårbar for overvekt. Mer sjeldent kan fedme og overvekt også skyldes direkte skade på gener som fører til leptinmangel eller syndromer som fører til fedme (5).

Selv om genene våre kan gi ulik sårbarhet for fedme og overvekt, vil miljø og levevaner avgjøre om en blir overvektig eller ikke. En viktig årsak til fedme og overvekt er levevaner og samfunnsforhold. Her spiller mange faktorer inn, som mindre bevegelse og aktivitet, og økt tilgjengelighet på prosessert mat og drikke. Stress og mangel på søvn kan også påvirke appetittreguleringen ved å blant annet øke utskillelsen av hormonet kortisol, som stimulerer til økt appetitt (5).

Opplevelser, erfaringer og psykologiske forhold kan også ha innvirkning på vekt. Noen kan for eksempel bruke mat som en måte å takle bekymring, depresjon eller psykiske lidelser på (5). En norsk studie om psykisk belastende livserfaringer blant pasienter med sykkelig overvekt viser sterk sammenheng mellom sykkelig overvekt og sterkt belastende livserfaringer. Studien tok for seg 70 pasienter som nylig var utredet for sykkelig overvekt, og hele 91% kunne fortelle om minst en belastende livserfaring. Dette kunne blant annet være opplevelse av utrygghet, manglende omsorg fra foreldre, alvorlige relasjonsbrudd og utsettelse for seksuelt misbruk eller overgrep (6).

Sett i lys av alle de faktorene som kan spille inn, kan behandling av fedme og overvekt være utfordrende for den enkelte. Konservativ behandling vil si tiltak som ikke innebærer kirurgi. Dette kan være endring av matvaner, fysisk trening, adferdsterapi og ulike medikamenter (7). En reviewartikkel som tar for seg oppfølging av pasienter med fedme som har gått ned i vekt ved konservativ behandling, viser at vi i de fleste studiene ser liten suksess i vektnedgang over tid. Alle studiene viser betydelig vekt-gjenvinning og en trend der deltakerne over tid går tilbake til vekten de hadde før behandling. Resultatene indikerer dermed at betydelig vekttap er mulig ved konservative tiltak, men at vekten ikke holder seg stabil for mesteparten av deltakerne uten tett og langsiktig oppfølging (8). I en annen metaanalyse av 29 langsiktige vekttap-studier, var mer enn halvparten av den tapte vekten gjenvunnet innen to år og mer enn 80% innen fem år (9).

Årsaken til at langsiktig vektkontroll er såpass utfordrende, er et samspill mellom vår biologi, oppførsel og samfunnet vi lever i. Det skjer også indre biologiske responser som motarbeider vekttapet ettersom en går mer og mer ned i vekt. Det enkle regnestykket om at små endringer i dietten resulterer i kontinuerlig og stabil vektnedgang, har ikke inkludert med det synkende energiforbruket ved vekttap. I tillegg er kroppsvekten regulert av negativ tilbakemelding som påvirker matinntaket, ved at vedvarende endokrine tilpasninger øker appetitten og reduserer metthet. Det er estimert at for hvert kilo tapt vekt vil kaloriforbruket reduseres med 20-30 Kcal, og appetitten øke med omtrent 100 Kcal over appetittnivået før vektnedgangen (9). Etterhvert som pasienten gradvis går ned i vekt, vil kroppen strebe etter å komme tilbake til den vekten den hadde før vekttapet (4). Pasienten vil dermed kjempe en økende kamp mot de biologiske responsene som motarbeider ytterligere vekttap (9).

Kirurgisk behandling av fedme går ut på å endre funksjonen i fordøyelsessystemet, ved å redusere magesekkenes størrelse eller å "koble av" deler av tynntarmen. Dette resulterer i redusert matinntak grunnet minsket magesekk (restriksjon) og redusert opptak av maten fra mage-tarm-systemet (malabsorpsjon). Det skjer også en endring av reguleringsmekanismer i kroppen som påvirker appetitten, ved at deler av magesekken som skiller ut sulthormonet Ghrelin fjernes (7,10). Kirurgisk behandling er i dag den eneste behandlingsmetoden som har dokumentert langvarig effekt på vektreduksjon (7). Det finnes ulike måter å behandle fedme med kirurgi på, og noen av metodene som brukes i dag er Gastric Bypass og Sleeve gastrektomi (10). Visse kriterier må oppfylles for å få tilbud om kirurgisk behandling av fedme. Pasienten må blant annet ha BMI over 40, BMI over 35 med komorbiditet (flere sykdommer/tilleggssykdommer) eller BMI over 30 med diabetes. Samtidig må det være fravær av medisinske eller psykologiske kontraindikasjoner, og pasienten skal ha prøvd konservative tiltak uten å oppnå betydelig vektreduksjon (4,7). Pasienten må også ha god innsikt i prosedyre, risiko og det pre-, per- og postoperative forløpet, og være forberedt på fysiske og psykiske endringer som forekommer etter operasjonen (7).

Flere studier viser at det finnes negative holdninger og misoppfatninger blant helsepersonell i møte med pasienter med fedme og overvekt. Christiansen, Karlsen og Larsen skriver om profesjonell stigmatisering av mennesker med sykkelig overvekt. Dette er en studie basert på kvalitative intervjuer med seks personer som har vært i behandling for sykkelig overvekt. Her kommer det fram at deltakerne har hatt erfaringer der de har opplevd å bli stigmatisert av

profesjonelle. De opplevde også å bli møtt av fagfolk som synes å være sterkere påvirket av samfunnsnormene enn av profesjonenes fokus på respekt, empati og brukermedvirkning (11). En annen studie tar for seg intensivsykepleieres holdninger overfor intensivpasienter med fedme. Intensivsykepleierne rapporterte om preferanser med tynne over tykke mennesker, og fant overvektige personer litt “verre” og “late”, med mindre viljestyrke enn tynne personer (12). I en reviewartikkel som tok for seg 30 studier om synspunkter og erfaringer fra både pasienter med fedme og helsepersonell i møte med disse pasientene, kom det også fram at fedme påvirker pasientens møte og interaksjoner med helsetjenesten. Viktige temaer som ble identifisert var opplevelse av stigma, følelse av hjelpeløshet, unngåelse av behandling og profesjonelle holdninger (13). En annen reviewartikkel, som inkluderer 13 kvalitative studier om opplevelser og holdninger om fedme og stigma innen helsetjenesten, konkluderer med at det er motstridende syn på pasientens ansvar, innsats, kunnskap og motivasjon, og at dette henger sammen med stigma (14).

Sykepleieprofesjonen reguleres av retningslinjer og lover som skal håndheve kvaliteten på sykepleiertjenestene. Norsk sykepleierforbund tar for seg yrkesetiske retningslinjer som sykepleieren må forholde seg til. Disse beskriver blant annet sykepleierens ansvar for å utføre sykepleie som fremmer helse og forebygger sykdom, og å være bevisst i sin profesjonelle rolle med respekt for pasientens integritet. Sykepleieren har også et ansvar som handler om å holde seg oppdatert innen forskning og å bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis (15). Lov om pasient- og brukerrettigheter skal sørge for å ivareta respekten for den enkelte pasientens liv, integritet og menneskeverd. Loven omfatter også pasientens rett til brukermedvirkning, noe som innebærer at pasientens egne erfaringer og meninger skal tas i betraktning (16). Sykepleieren er dermed pliktig til å sette seg inn i oppdatert kunnskap om fenomenet, og å møte pasienten med respekt og forståelse for pasientens erfaringer og opplevelse av egen situasjon.

Joyce Travelbees teori om sykepleiens mellommenneskelige aspekter (17), forteller om pasientens opplevelser og erfaringer, og om møte mellom sykepleier og pasient. Hun forklarer betydningen av interaksjonen mellom pasient og sykepleier, hvordan denne kan oppleves og hvilke konsekvenser dette kan ha for pasienten og hans/hennes tilstand. Travelbee hevder at en persons opplevelse av sykdom og lidelse er viktigere for sykepleieren å forholde seg til enn diagnosen eller den objektive vurderingen av pasientens helsetilstand. Teorien belyser det innledende møte mellom sykepleier og pasient. Her kommer det fram at sykepleierens

oppgave er å være klar over hvordan stereotype oppfatninger preger ens inntrykk av pasienten, og å bryte ut av denne kategoriseringen for å se pasienten som et individ (17). Nortvedt (18) snakker om holdningens betydning i sykepleien og nevner blant annet vennlighet, høflighet, oppmerksomhet og varsomhet. Det er ikke bare hva en gjør som er viktig, men også hvordan en gjør det og hvordan en oppfører seg. Holdningsaspektet er viktig for våre handlingers moralske kvalitet. Han belyser hvordan det kan være en viktig profesjonell dyd som sykepleier å forholde seg til krav om en bestemt oppførsel. Her diskuteres det rundt hvordan den etiske bevisstheten og ens holdninger ikke er noe en lærer på kort tid, men utvikles gjennom et livsløp i et samspill mellom personlighet, arv, sosialt miljø og personlige erfaringer som bearbeides og reflekteres over (18).

Hensikten med denne studien er å få fram hvordan mangel på kunnskap om langsiktig behandling av fedme og overvekt kan påvirke sykepleierens oppfatninger og holdninger overfor pasienter som gjennomgår fedmebehandling. Oppgaven vil belyse hvilke misoppfatninger som er gjennomgående blant helsepersonell og hvordan dette kan påvirke pasienter som gjennomgår behandling for fedme og overvekt sin opplevelse av møte med helsetjenesten. Oppgaven undersøker også årsaker til hvorfor disse misoppfatningene finner sted blant helsepersonell og belyser en kunnskapsmangel om temaet blant nesten ferdig utdannede sykepleierstudenter.

Problemstilling:

Hvordan kan mangel på kunnskap om langsiktig behandling av fedme og overvekt påvirke sykepleierens oppfatninger og holdninger overfor pasienter som gjennomgår fedmebehandling?

Oppgaven starter med å ta for seg metodene som er brukt for å innhente data ved å gå gjennom hvordan data er samlet inn, begrunnelse for valg av metode, og hvordan den innsamlede dataen er behandlet. Deretter legges de analyserte funnene fra studien fram i en resultatdel. Videre diskuteres de ulike funnene, og settes opp mot teori fra innhentet forskning og litteratur. Oppgaven skal her komme fram til en konklusjon på problemstillingen.

Metode

Denne studien er godkjent av FOR fagråd og er et samarbeidsprosjekt mellom sykepleierutdanningen ved NTNU og Fremtidens Operasjonsrom (FOR). Datainnsamlingen er gjennomført av 5 studenter som samlet inn felles data om temaet. Det ble gjennomført seks strukturerte intervjuer der fire av intervjuobjektene var sykepleiere ved St. Olavs Hospital og to var lærere ved sykepleierstudiet. Det ble også sendt ut en spørreundersøkelse til 3. års sykepleierstudenter ved NTNU i Trondheim. Denne oppgaven benytter en blanding av metoder, ved bruk av både kvantitative og kvalitative funn (19). Det tas i bruk innhentet kvalitativ data fra intervju med sykepleiere med erfaring fra feltet, og kvantitative resultater fra spørreundersøkelsen om studentenes opplevelse av kunnskaper. Hensikten med metodevalget var å både belyse den representative opplevelsen blant sykepleierstudenter, og å få innsikt i sykepleierens opplevelser og erfaringer (20). Argumentet for at det brukes en blanding av metoder i denne oppgaven er at det kan gi en dypere forståelse av tematikken som er ønsket belyst, og dermed styrke tillitten til konklusjonene (21).

Kvantitativ metode

Det ble utført en deskriptiv kvantitativ studie, der respondentene svarte på spørsmål som tok for seg opplevelsen av informasjon og undervisning om temaet på studiet, og studentenes kunnskapsnivå og holdninger til pasienter med fedme og overvekt. Denne metoden er hensiktsmessig når en ønsker å få bred innsikt i respondentenes erfaringer og opplevelser, for så å benytte tall og statistikk for å fremstille resultatene (20). Deltakelsen i spørreundersøkelsen var frivillig og anonym, og spørreundersøkelsen ble opprettet og sendt ut elektronisk via Nettskjema (22). I starten av spørreskjemaet ble det gitt informasjon om studiets hensikt, omfang og hva prosjektet går ut på (vedlegg 1). Inklusjonskriterier for respondentene var at de måtte være 3. års sykepleierstudenter ved NTNU i Trondheim.

Kvalitativ metode

I den kvalitative datainnsamlingen ble det utført to individuelle intervjuer med sykepleiere ved St. Olavs Hospital, som har erfaring fra feltet. Hensikten var å få forståelse og innsikt i sykepleierens opplevelse av et fenomen. Intervjuene var delt inn i hovedtemaene kunnskaper, holdninger/opplevelser og etikk (vedlegg 2). Intervjuene varte fra ca 30-50 minutter, avhengig av hvor mye intervjuobjektet hadde å fortelle. Deltakelsen i intervjuene var frivillig og informantene er nummerert for anonymisering. Informantene fikk et informasjonsskriv på

mail i forkant av intervjuet (vedlegg 3), og det ble innhentet muntlig samtykke i starten av intervjuene. Inklusjonskriterier for intervjuobjektene var at de måtte være ferdig utdannede sykepleiere og ha erfaring fra feltet.

Analyse

De transkriberte intervjuene ble analysert ved hjelp av meningskoding, som vil si å kategorisere intervju. Deretter brukte jeg en metode som kalles meningsfortetting, som medfører en forkortelse av intervjupersonenes uttalelser til kortere formuleringer (23). Funnene fra intervjuene presenteres i en litterær tekst med sitater. Innhentet data fra spørreskjema ble analysert og satt inn i tabeller og diagrammer ved hjelp av Excel.

Resultater

For å få belyst problemstillingen på en interessant og lærerik måte, presenteres funn med fokus på holdninger blant sykepleiere i møte med pasienter som skal gjennomgå fedmebehandling og fedmekirurgi, og sykepleierstudentenes opplevelse av egen kunnskap som omhandler langsiktig behandling av fedme og overvekt.

Kvalitative funn

Ved spørsmål om erfaringer og opplevelser av negative holdninger og misoppfatninger blant helsepersonell, forteller informant 1 om en tidligere erfaring fra en kirurgisk avdeling. Her kommer det fram at noen av sykepleierne på denne avdelingen hadde negative holdninger mot de pasientene som skulle behandles med fedmekirurgi.

Informant 1 forteller at det var noen som mente at det var selvpåført og at de fikk dårligere omsorg og noen kommentarer og blikk som de ikke fortjente. Her trekkes det fram at holdningene stammet fra at pasientene som kom for behandling av fedme og overvekt, gjerne skilte seg ut fra de andre pasientene. Disse pasientene kom gjerne inn “friske”, i motsetning til andre pasienter som for eksempel skulle opereres for alvorlig kreft.

“Folk skulle ikke løpe rundt for de pasientene.”

(Informant 1)

Informant 1 forteller også at det var noen som ikke ville ha noe med disse pasientene å gjøre. De anerkjente ikke fenomenet som en sykdom, og syntes det var en krevende pasientgruppe å jobbe med.

“Det her med operasjoner kunne man jo bare slutte med.”

(Informant 1)

Informant 2 kunne fortelle om en generell gjennomsyrende holdning blant helsepersonell som handlet om misoppfatningen av at det bare er å spise mindre og røre seg mer for å ha langsiktig vektnedgang.

“De blir sett ned på. Blir betraktet som at de har nedsatt viljestyrke.”

(Informant 2)

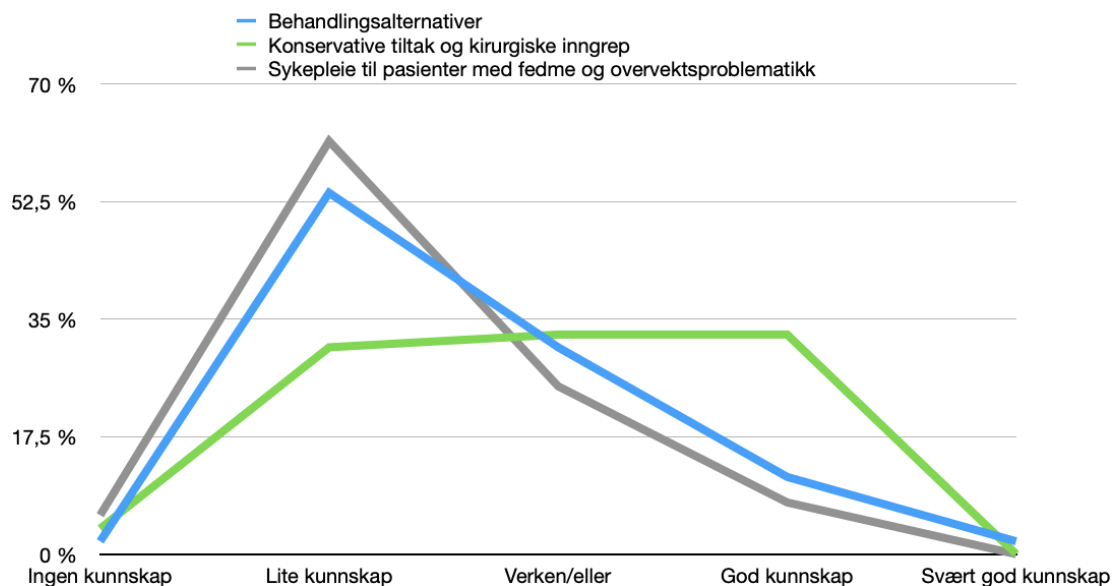
Disse påstandene kan være et uttrykk for en gjennomgående misoppfatning om at fedme og overvekt kun handler om mangel på viljestyrke og motivasjon, og at fedmekirurgi er den «enkle» løsningen for pasienter som ikke har selvdisciplin nok til å ha langsiktig vektnedgang.

Kvantitative funn

I spørreundersøkelsen ble respondentene spurt om opplevelse av egne kunnskaper om behandlingsalternativer, konservative og kirurgiske tiltak, og sykepleie til pasienter med fedme og overvekt.

Tabell 1: Studentenes opplevelse av kunnskap om følgende temaer innen fedme og overvekt

| | Ingen kunnskap | Lite kunnskap | Verken/ eller | God kunnskap | Svært god kunnskap |
|--|----------------|---------------|---------------|---------------|--------------------|
| Behandlingsalternativer * | 1 (1,9%) | 28 (53,8%) | 16 (30,8%) | 6 (11,5%) | 1 (1,9%) |
| Konservative tiltak (kostholdsveiledning, fysisk aktivitet, atferdsterapi) og kirurgiske inngrep * | 2 (3,8%) | 16 (30,8%) | 17 (32,7%) | 17 (32,7%) | 0 (0%) |
| Sykepleie til pasienter med fedme og overvektsproblematikk * | 3 (5,8%) | 32 (61,5%) | 13 (25%) | 4 (7,7%) | 0 (0%) |



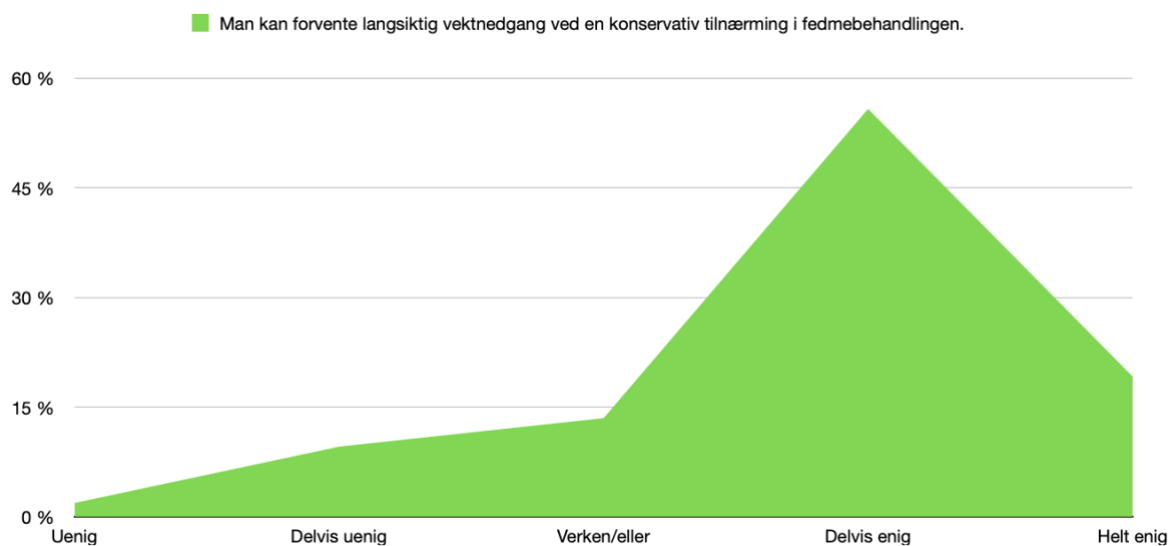
Figur 1: Studentenes opplevelse av kunnskap

Over halvparten av respondentene (55,7%) opplever at de har liten eller ingen kunnskap om behandlingsalternativer innen temaet fedme og overvekt. Flertallet (67,3 %) av respondentene opplever at de har lite eller ingen kunnskap om sykepleie til pasienter med fedme og overvektsproblematikk. Av respondentene opplever også 18% at de har liten eller ingen kunnskap om konservative tiltak og kirurgiske inngrep.

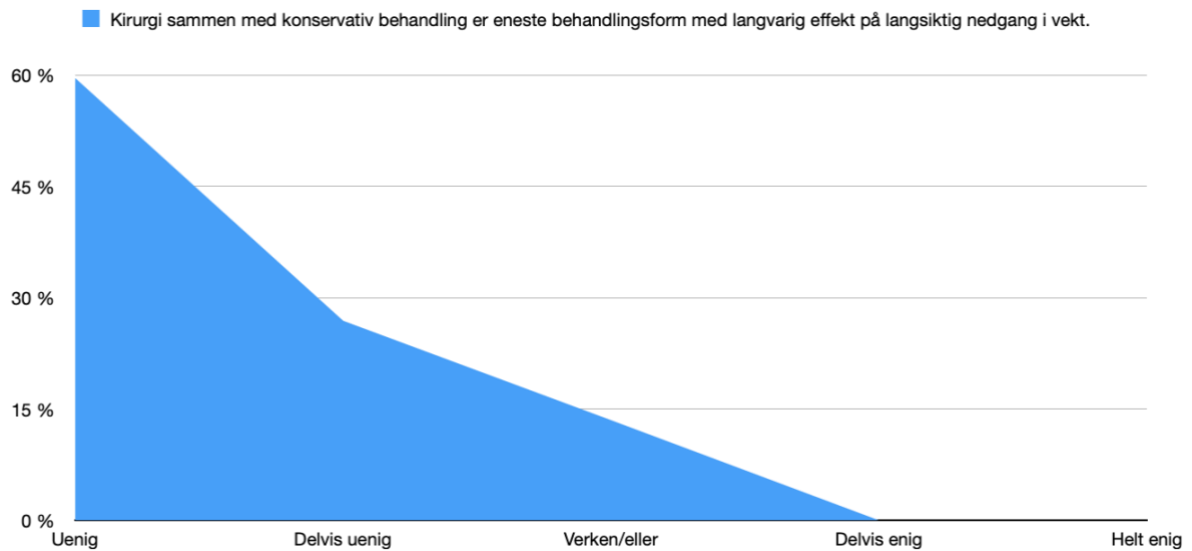
Respondentene svarte også på påstander som tok for seg langsiktig behandling av fedme og overvekt.

Tabell 2: Påstander om langsiktig behandling av fedme og overvekt

| | Uenig | Delvis uenig | Verken/ eller | Delvis enig | Helt enig |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Man kan forvente langsiktig vektnedgang ved en konservativ tilnærming (kostholdsveiledning, fysisk aktivitet, atferdsterapi) i fedmebehandlingen. | 1 (1,9%) | 5 (9,6%) | 7 (13,5%) | 30 (55,8%) | 11 (19,2%) |
| Kirurgi sammen med konservativ behandling er eneste behandlingsform med langvarig effekt på langsiktig nedgang i vekt. | 32 (59,6%) | 15 (26,9%) | 7 (13,5%) | 0 (0%) | 0 (0%) |



Figur 2: Man kan forvente langsiktig vektnedgang ved konservativ tilnærming



Figur 3: Kirurgi sammen med konservativ behandling er eneste behandlingsform med langsiktig vektnedgang

Hele 55,8% var delvis enig og 19,2% var helt enige i at en kan forvente langsiktig nedgang i vekt ved en konservativ tilnærming. Samtidig var 59,6% helt uenig og 26,9% delvis uenig i at kirurgi sammen med konservativ behandling er eneste behandlingsform med langvarig effekt på langvarig nedgang i vekt.

Diskusjon

Sykepleieren har en viktig rolle i møte med pasienter med fedme og overvekt. Denne studien skal se på hva mangel på kunnskap om langsiktig behandling av fedme og overvekt kan føre til i møte med disse pasientene, og derav prøve å svare på problemstillingen: Hvordan kan mangel på kunnskap om langsiktig behandling av fedme og overvekt påvirke sykepleierens oppfatninger og holdninger overfor pasienter som gjennomgår fedmebehandling?

Finnes det negative holdninger blant helsepersonell?

Det kan argumenteres for at antakelsen om at «pasienter mislykkes i å ha langsiktig vektnedgang grunnet mangel på viljestyrke og motivasjon», er en misoppfatning som ikke stemmer overens med forskning. Hall og Kahan (9) støtter opp under denne påstanden ved å fortelle om biologiske responser og sterke signaler i kroppen som motarbeider langsiktig vektnedgang. Her indikeres det at det ikke er mangel på viljestyrke eller motivasjon som gjør at en ikke klarer å gå ned i vekt på lang sikt, men det er mange faktorer og responser i kroppen som spiller inn (9).

Flere studier beskrevet tidligere indikerer at det finnes negative holdninger blant helsepersonell (12–14). Dette synet sammenfaller med uttalelser fra informantene, som også vektla negative tanker og holdninger blant tidligere kollegaer overfor pasienter som skulle gjennomgå fedmebehandling. Det kom fram i intervjuene at det langt fra var alle som hadde slike holdninger. Derimot kan det argumenteres for at det ikke er uten betydning at fåtallet går med slike misoppfatninger, i og med at pasienten risikerer å bli møtt med disse holdningene dersom de oppsøker hjelp eller behandling. De forskjellige studiene viser at det er en gjentakende negativ holdning og stigmatisering av pasienter med høy BMI, generelt i helsetjenesten (12–14).

En vil så klart tro at ingen sykepleiere ønsker å fremme negative holdninger mot noen mennesker, og yrket er preget av ønsket om å gi god omsorg som virker helsefremmende for pasienten. Norsk sykepleierforbund beskriver at grunnlaget for sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet (15). Travelbee snakker om sykepleierens oppgave med å bryte ut av stereotypiske tanker om mennesker og å se pasienten som et individ, i sin teori om møte mellom sykepleier og pasient (17). Likevel har vi sett tendenser til

at de negative holdningene og misoppfatningene blant helsepersonell eksisterer. Jeg skal videre ta for meg hva som kan være årsaken til dette.

Hvordan henger disse holdningene sammen med mangel på kunnskap?

Som sykepleier kan det være vanskelig å skille personlige oppfatninger og meninger som har utviklet seg fra perspektiver i samfunnet, fra sin profesjonelle rolle overfor pasienten som søker helsehjelp. I artikkelen om materiell og profesjonell stigmatisering, argumenteres det for at fagfolk synes å være sterkere disiplinert av samfunnsnormene enn av utdanningens og yrkes fokus på respekt, empati og brukermedvirkning (11). Det kan dermed tenkes at samfunnet rundt oss har en stor påvirkningskraft på måten en tenker og hvilke holdninger en har til forskjellige mennesker og fenomener. Mye av informasjonen og kunnskapen som omhandler sunnhet, trening, dietter og hva som er normal kropp, er preget av oppfatninger om at overvektsproblematikk er et selvforskyldt fenomen, der ansvaret ligger hos individet (1). En kan tenke seg at disse oppfatningene ikke nødvendigvis stammer fra forskning, men ofte kan være personlige meninger og erfaringer som ytres fra “mannen i gata”. Det kan virke som at disse holdningene i samfunnet påvirker de profesjonelles oppfatninger om fenomenet (11).

Videre kan det argumenteres for at årsakene til at disse negative holdningene og misoppfatningene i samfunnet også finnes blant helsepersonell, henger sammen med mangel på kunnskaper om fysiologiske prosesser i kroppen som hindrer vektnedgang, og hvorfor det er så vanskelig å ha langsiktig vektnedgang ved endret kosthold og fysisk trening. Det kan føre til misoppfatningen om at en ikke har gått ned i vekt eller holdt vekten nede fordi en ikke har ytet godt nok, at en ikke vil nok, eller at en må ty til kirurgi fordi en ikke var flink nok til å ha langsiktig vektnedgang ved kun konservativ behandling. Kunnskaper om årsaker til overvekt kan også tenkes å endre noen av oppfatningene og holdningene blant helsepersonell. Studien som tok for seg psykisk belastende livserfaringer blant pasienter med sykkelig overvekt viser sterk sammenheng mellom sykkelig overvekt og sterkt belastende livserfaringer (6). Kunnskap om sammenhengen mellom livserfaringer og sykkelig overvekt kan tenkes å gjøre sykepleieren oppmerksom på egne misoppfatninger og hjelpe sykepleieren med å se pasienten som et individ med egne opplevelser og erfaringer.

Mangel på kunnskap om fedmekirurgi, kriterier for operasjon, risiko, det pre-/per- og postoperative forløpet, og fysiologiske og psykiske tilpasninger etter operasjon, kan også sees

i sammenheng med misoppfatninger blant helsepersonell som fører til negative holdninger. Dersom sykepleieren ikke klarer å sette seg inn i pasientens situasjon og de utfordringene de står i møte med, kan det føre til dømmende tanker og oppfatninger om en gruppe menneskers valg og livsstil. Helsepersonell skal sette seg inn i det pasienten gjennomgår og anerkjenne de utfordringene pasienten står overfor. Travelbee støtter denne påstanden og hevder at en persons opplevelse av sykdom og lidelse er viktigere for sykepleieren å forholde seg til enn diagnosen eller den objektive vurderingen av pasientens helsetilstand (17).

Vil holdninger studenter har med seg inn i utdanningen påvirkes av ny kunnskap?

De kvantitative dataene fra spørreundersøkelsen, tilsier at studentene etter 3. år på sykepleierstudiet ved NTNU ikke opplever å ha nok kunnskaper om temaet. Flertallet av studentene var også enig i at en kan forvente langsiktig nedgang i vekt ved en konservativ tilnærming, og uenig i at kirurgi sammen med konservative tiltak er eneste behandlingsform med effekt på langsiktig nedgang i vekt. Disse svarene tilsier at flere har et bilde av langsiktig behandling av fedme og overvekt, som ikke samsvarer med resultatet av den forskningen vi har i dag (7–9). Det kan tyde på at det er for lite fokus på dette i utdanningen og at temaet ikke er særlig vektlagt, med tanke på fenomenets omfang. Utdanningen virker å ha søkelys på respekt, empati og brukermedvirkning, og vil naturligvis ikke fremme holdninger mot noen mennesker eller fenomener, men det er ikke sikkert at fravær av negative holdninger i utdanningen innen temaet fedme og overvekt er nok. Utdanningen kunne kanskje vektlegge omfanget av negative holdninger og misoppfatninger enda tydeligere, og trekke fram pasienter som gjennomgår fedmebehandling sine opplevelser i møte med helsetjenesten.

Samtidig kan en stille spørsmål ved om mer fokus på og kunnskaper om dette temaet i sykepleierstudiet faktisk ville klart å endre ens underliggende holdninger og tanker. Nortvedt (18) trekker fram at det etiske aspektet ved holdninger ikke handler om ferdigheter eller er noe en lærer på kort tid, men utvikles gjennom et livsløp med sosialisering og samvær med andre. Forskning indikerer at sykepleierstudentenes moralske modning i løpet av studiet kanskje i mindre grad bestemmes av teoriundervisning og praksisopplæring, og at studentenes moralske dannelse syntes å være på plass allerede før vedkommende starter i utdanning. Den etiske bevisstheten og holdningene er noe studentene har med seg hjemmefra og er utviklet gjennom livet i et samspill mellom personlighet, arv, sosialt miljø og personlige erfaringer (18).

På en annen side kan en ikke avfeie det at sykepleieren bør ha med seg kunnskap om langsiktig effekt av ulike behandlingsformer som et verktøy i møte med disse pasientene. Dette er nettopp for å forhindre misoppfatninger og meninger påvirket av ikke-forskningsbasert informasjon som florerer i samfunnet. Ferdigutdannede sykepleiere kan risikere å gå inn i arbeid og møte pasienter i fedmebehandling uten å ha god nok forståelse av pasientens situasjon, hvilke utfordringer som kan oppstå eller hvilke behandlingsalternativer som finnes. Det kan dermed argumenteres for at en av årsakene til at det finnes misoppfatninger og holdninger blant helsepersonell, er for lite informasjon og undervisning om temaet fedme og overvekt i sykepleierutdanningen.

Hvordan påvirker dette pasientens møte med helsetjenesten?

Til tross for de fysiologiske fenomenene, er ifølge Hall og Kahan den typiske responsen til pasienten å skyldes på seg selv og å tenke at en har mangel på viljestyrke når en mislykkes i å oppnå og opprettholde betydelig vekttap på lang sikt ved hjelp av diett (9). En reviewartikkel (13), som tok for seg 30 studier om synspunkter og erfaringer fra både pasienter med fedme og helsepersonell i møte med disse pasientene, konkluderer med samme tendens. I denne studien kom det fram at fedme påvirker pasientens møte og interaksjoner med helsetjenesten. Viktige temaer som ble identifisert var opplevelse av stigma, følelse av hjelpeløshet, unngåelse av behandling og profesjonelle holdninger (13). En studie av Malterud og Ulriksen støtter denne konklusjonen ved å avsløre hvordan stigmatiserende holdninger blir oppfattet av pasienter med fedme. Her trekkes det fram at holdninger blant helsepersonell kan få alvorlige konsekvenser og være en hindring for ønsket vektnedgang (14).

Selv om det er viktig at en har kunnskaper om utfordringene pasienten som skal gjennomgå fedmebehandling står ovenfor, kan det tenkes at å understreke dette til pasienten kan føre til en økende følelse av håpløshet eller motløshet. Det å fortelle pasienten at statistikken sier at sannsynligheten for langsiktig vektnedgang ved kun konservativ behandling er liten, eller understreke hvorfor det er så vanskelig å gå ned i vekt, vil kanskje ikke være til hjelp for pasienten.

Implikasjoner for sykepleie

Sykepleieren som møter disse pasientene skal vise forståelse for pasientens situasjon og utfordringer, og samtidig fremme motivasjon og positivitet hos pasienten. Det er derfor

utslagsgivende at sykepleieren er bevisst i sin rolle og har en helsefremmende og støttende tilnærming i møte med pasienten. Fenomenet er noe sykepleieren kan møte overalt, og sykepleiere har et ansvar for å se til at en har riktig og tilstrekkelig kunnskap i sin profesjonelle rolle (15).

Kritikk av metoden

Det var ønskelig å inkludere flere informanter i studien, da en ikke kan generalisere ut ifra kun to informanter ved kvalitative intervju og 52 studenter ved kvantitativ undersøkelse. Resultatene fra informantene er bare et innblikk i noen sin oppfatning, men grunnet tidsbegrensningen var det ikke mulighet for å utvide denne studien. Begge informantene i den kvalitative studien var kvinner. Det er mulig at det hadde kommet fram andre perspektiver med representasjon fra begge kjønn (20).

Det er uenigheter om hvorvidt det å bruke ulike metoder i datainnsamling og forskning er hensiktsmessig for å besvare forskningsspørsmål. En utfordring som kan oppstå er å få de kvalitative og kvantitative dataene til å belyse hverandre gjensidig, og at sluttproduktet bidrar til noe mer enn summen av de individuelle kvalitative og kvantitative delene (21). Denne oppgaven er utformet med et design der den kvalitative og kvantitative datainnsamlingen er utført nærmest samtidig, og resultatene fra disse er lagt fram i en felles resultatdel, uten å fokusere mer på den ene eller andre metoden. Det er også forsøkt å få fram en mulig sammenheng mellom funnene fra den kvantitative og den kvalitative datainnsamlingen, noe som også kan være utfordrende (21).

Konklusjon

Studien viser at det finnes negative misoppfatninger og holdninger blant sykepleiere som jobber med pasienter som gjennomgår behandling for fedme og overvekt. Resultatene viser også at et flertall av sykepleierstudentene ved NTNU ikke opplever å ha gode nok kunnskaper om langsiktig behandling av fedme og overvekt. Ut fra funn fra denne studien vil sykepleierens kunnskapsnivå påvirke de oppfatningene og holdningene en har om pasienter som gjennomgår fedmebehandling. Ved lite kunnskap om for eksempel fysiologiske responser og signaler i kroppen som styrer appetitt og energiforbruk, eller kriterier og konsekvenser av kirurgiske inngrep, kan sykepleieren møte disse pasientene med et feil bilde av hva pasienten faktisk gjennomgår. Samtidig kan en stille spørsmål ved om en persons

underliggende holdninger og oppfatninger om et fenomen, som er utviklet gjennom et livsløp med erfaringer, miljø og inntrykk, kan endres ved ny kunnskap. Sykepleieren skal uansett ha med seg nødvendig kunnskap i møte med pasienten, for å hindre at misoppfatninger og negative holdninger påvirket av ikke-forskningsbasert informasjon som florerer i samfunnet, tas med inn i sykepleierket og går utover ivaretagelse av pasienten.

Litteraturliste

1. Aamo AW, Lind LH, Myklebust A, Stormo LK, Skogli E. Overvekt og fedme i Norge: Omfang, utvikling og samfunnskostnader [Internett]. Menon Economics; 2019 [sitert 28. april 2021]. Menon-publikasjon NR. 9/2019. Tilgjengelig fra: <https://www.menon.no/wp-content/uploads/2019-09-Overvekt-og-fedme-i-Norge.pdf>
2. Obesity and overweight [Internett]. World Health Organization; 2020 [sitert 20. april 2021]. Tilgjengelig på: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight/>
3. Helseforhold, Levekårsundersøkelsen [Internett]. Statistisk Sentralbyrå; 2020 [sitert 14. januar 2021]. Tilgjengelig på: <https://www.ssb.no/helse/statistikker/helseforhold>
4. Sortland K. Ernæring - mer enn mat og drikke. 4. utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS; 2011.
5. Henriksen C, Borchsenius C, Retterstøl K. Klinisk ernæring. Oslo: Gyldendal; 2019.
6. Stranden E, Gundersen IF, Getz L, Kirkengen AL, Hagen KB, Mjølstad BP. Belastende livserfaringer blant pasienter med sykkelig overvekt. Tidsskr Den Nor Legeforening. 2020;140(16):1–10.
7. Johnsen G. Kirurgi som behandling av fedme. 2021 02; Nasjonalt senter for Avansert Lapraskopisk Kirurgi.
8. Nordmo M, Danielsen YS, Nordmo M. The challenge of keeping it off, a descriptive systematic review of high-quality, follow-up studies of obesity treatments. Obes Rev. 2020;21(1).
9. Hall KD, Kahan S. Maintenance of Lost Weight and Long-Term Management of Obesity. Med Clin North Am. 2018;102(1):183–97.
10. Behandling av overvekt med legemidler og operasjon [Internett]. Helsenorge. 2020 [sitert 21. april 2021]. Tilgjengelig på: <https://www.helsenorge.no/kosthold-og-ernaring/overvekt/behandling-av-overvekt/>
11. Christiansen WS, Karlsen T-I, Larsen IB. Materiell og profesjonell stigmatisering av mennesker med sykkelig overvekt. Nord Tidsskr Helseforskning. 2017;13(2).
12. Robstad N, Westergren T, Siebler F, Söderhamn U, Fegran L. Intensive care nurses' implicit and explicit attitudes and their behavioural intentions towards obese intensive care patients. J Adv Nurs. 2019;75(12):3631–42.
13. Mold F, Forbes A. Patients' and professionals' experiences and perspectives of obesity in health-care settings: a synthesis of current research: Patients'and professionals' experiences. Health Expect. 2013;16(2):119–42.
14. Malterud K, Ulriksen K. Obesity, stigma, and responsibility in health care: A synthesis of qualitative studies. Int J Qual Stud Health Well-Being. 2011;6(4).
15. Yrkesetiske retningslinjer [Internett]. Norsk Sykepleierforbund. 2020 [sitert 6. mai 2021]. Tilgjengelig på: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
16. Lov om pasient- og brukerrettigheter. (pasient- og brukerrettighetsloven). LOV-1999-07-02-63 [hentet 30. april 2021]. Tilgjengelig på: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/>
17. Kirkevold M. Sykepleieteorier: analyse og evaluering. Oslo: Ad Notam Gyldendal; 1998.
18. Nortvedt P. Omtanke innføring i sykepleiens etikk. Oslo: Gyldendal akademisk; 2012.
19. Johnson RB, Onwuegbuzie AJ, Turner LA. Toward a Definition of Mixed Methods Research. J Mix Methods Res. 2007;1(2):112–33.
20. Dalland O. Metode og oppgaveskriving. Oslo: Gyldendal akademisk; 2017.
21. Andersen J. «Mixed methods»-design i helseforskning. Sykepleien. 2017;105(64738).
22. Universitetet i Oslo. Nettskjema - spørreskjemaer, påmeldinger og bestillinger [Internett]. Nettskjema. [sitert 26. mai 2021]. Tilgjengelig på:

<https://nettskjema.no/index.html>

23. Kvale S, Brinkmann S, Anderssen TM, Rygge J. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal akademisk; 2015.

