

Masteroppgave

Empowerment og helsefremmende arbeid

November, 2021

En undersøkelse av hva som har betydning for
deltakere for å stå i og gjennomføre et
prehabiliteringsprogram

Og hvordan kan forskerens forforståelse påvirke planleggingen og
gjennomføringen av intervjuet og analysen?

Kandidatnavn: Joakim Karsrud Bjørnerem
Emnekode: MAPO5900

Antall ord: artikkelen (4691), refleksjonsoppgaven (5064)

Sammendrag

Bakgrunn

Artikkelen: Et sykehus i Østlandsområdet har inngått et samarbeid med OsloMet–storbyuniversitet med hensikt om å få forskningsbasert kunnskap om sitt prehabiliteringsprogram.

Refleksjonsoppgaven: Min helse relaterte utdanningsbakgrunn og arbeidserfaring kan ha vært avgjørende for valg av studiens problemstilling, perspektiv, metode og utvalg.

Hensikt

Artikkelen: Studiens hensikt var å undersøke hva i prehabiliteringsprogrammet som har hatt betydning for deltakerne for å stå i og gjennomføre det.

Refleksjonsoppgaven: Oppgavens hensikt var å se på hvordan min forforståelse har påvirket planleggingen og gjennomføringen av intervjuet og analysen.

Teoretisk forankring

Artikkelen: Studiens resultater diskuteres i lys av helsekompetanse, gruppesamhold, mestring og empowerment.

Refleksjonsoppgaven: Oppgavens problemstilling drøftes i lys av kvalitativt intervju og hermeneutiske prinsipper, samt refleksivitet og fleksibilitet.

Metode

Artikkelen: Seks deltakere fra prehabiliteringsprogrammet ble intervjuet.

Refleksjonsoppgaven: For innhenting av litteratur, ble det gjort elektroniske og manuelle søk i ulike databaser.

Resultater

Artikkelen: Fire hovedtemaer kom frem av analysen. Personalet, faste rammer, fellesskapet og treningsopplegget hadde betydning for deltakerne for å stå i og gjennomføre prehabiliteringsprogrammet.

Refleksjonsoppgaven: Resultatene viser at forskerens forforståelse påvirker planleggingen og gjennomføringen av intervju og analyse på ulike måter. Refleksivitet, åpenhet og fleksibilitet kan brukes som verktøy i møte med forforståelsen.

Konklusjon

Artikkelen: Elementene i prehabiliteringsprogrammet hadde betydning for deltakerne på ulike måter. Det var ikke alt i programmet deltakerne opplevde som like viktig, men de så viktigheten av å få programmet i sin helhet.

Refleksjonsoppgaven: Min forforståelse påvirket intervjuet og analysen på flere måter. I bestefall, kan den ha gitt styrke til prosjektet, men den kan også ha gjort meg mindre åpen.

Nøkkelord

Artikkelen: Prehabilitering, kolorektal kreft, intervju

Refleksjonsoppgaven: Forforståelse, refleksivitet, kvalitativt intervju, analyse

Abstract

Background

Article: A hospital in Norway has entered a collaboration with Oslo Metropolitan University with the intention of gaining research-based knowledge about its program.

Reflection paper: My health-related educational background and work experience may have affected the choice of the study's research question, perspective, method, and selection.

Aim

Article: The purpose of this study was to explore what elements in the prehabilitation program has been important to the participants to stay in and completion it

Reflection paper: The purpose of the reflection paper was to look at how my prejudgments affected the planning and implementation of the interview and analysis.

Theory

Article: The results are discussed in light of health literacy, group cohesion, self-efficacy and empowerment.

Reflection paper: The results are discussed in light of qualitative interview and hermeneutics, as well as reflexivity and flexibility.

Methods

Article: Six participants from the prehabilitation program were interviewed.

Reflection paper: To collect literature, electronic and manual searches were performed in various databases.

Findings

Article: Four main themes emerged from the analysis. The health professionals, a fixed framework, the community with the other participants and the physical training were important to the participants for compliance and completion.

Reflection paper: The results show that the researcher's prejudgments influence the planning and implementation of interviews and analysis in different ways. Reflexivity and flexibility can be used as tools in confrontation with our prejudgments.

Conclusion

Article: The elements of the prehabilitation program were important to the participants in various ways. Not everything in the prehabilitation program was experienced as equally important, but they saw the importance of participating in the program in its entirety.

Reflection paper: My prejudgments affected the interview and the analysis in several ways. At best, it may have given strength to the project, but it may also have made me less open minded.

Keywords

Article: Prehabilitation, colorectal cancer, interview

Reflection paper: Prejudgments, reflexivity, qualitative interview, analysis

INNHOLDSLISTE

I. Forskningsartikkel

II. Refleksjonsoppgave

III. Vedlegg

Vedlegg 1) Godkjenning av sammendrag

Vedlegg 2) Forfatterinstruks – Nordisk tidsskrift for Helseforskning

Vedlegg 3) Godkjenning av studien – PVO

Vedlegg 4) Godkjenning av studien – NSD

Vedlegg 5) Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Vedlegg 6) Klausuleringskjema

Vedlegg 7) ROS-analyse

Hva i prehabiliteringsprogrammet har hatt betydning for deltakerne for å stå i og gjennomføre det?

En kvalitativ studie

Joakim Karsrud Bjørnerem

Joakim Karsrud Bjørnerem, OsloMet–storbyuniversitet, joabjoer@online.no

Abstract

What in the prehabilitation program has been important to the participants to stay in and complete it? – a qualitative study

The purpose of this study was to explore what elements in the prehabilitation program has been important to the participants to stay in and completion it. The study has a qualitative exploratory design. Six participants from a prehabilitation program at a hospital in Norway were interviewed. Four main themes emerged from the analysis. Firstly, an overall theme across the interviews was that the participants emphasized the importance of the health professionals. Secondly, it was important to have a fixed framework – to come to a prepared program and have a place to be. Thirdly, the community with the other participants was important to stay in the program. Finally, the participants reported that the physical training in the program was both challenging and rewarding. Not everything in the prehabilitation program was experienced as equally important, but they saw the importance of participating in the program in its entirety.

Nøkkelord/Keywords

Prehabilitering, kolorektal kreft, intervju

Prehabilitation, colorectal cancer, interview

Introduksjon

Kolorektal kreft (tykk- og endetarmskreft) står for omtrent 10% av kreftrelaterte dødsfall over hele verden (Bray et al., 2018). Dette er den nest hyppigste kreftformen i Norge, som er et av landene i verden med høyest forekomst (Kreftregisteret, 2021). Kirurgi er den eneste kurative behandlingen for denne tilstanden (van Rooijen et al., 2019). Postoperative komplikasjoner forekommer imidlertid hos opptil 50% av pasientene, og er forbundet med en reduksjon i fysiologisk og funksjonell kapasitet, dårligere helserelatert livskvalitet og høyere sykkelighet og dødelighet. Komplikasjonene kan føre til forlenget sykehusopphold og uplanlagte reinnleggelser, som i sin tur vil resultere i en økning av helseutgifter (de Klerk et al., 2021). Det er bevis som tyder på at flere av de negative effektene ved kirurgi kan reduseres ved å dempe kirurgisk stress (Kehlet, 2000), og ifølge van Rooijen et al. (2019) er det gunstig å gripe inn i den preoperative perioden. Denne perioden, som skal optimalisere fysisk og psykisk helse slik at pasientene blir mest mulig forberedt til behandlingen og tiden etterpå, blir ofte kalt prehabilitering (Silver & Baima, 2013). Prehabilitering kan ses på som en helsefremmende prosess, og ifølge Schulz og Nakamoto (2013) handler helsefremming om samhandling mellom pasient og helsepersonell, og om å sette mennesker i stand til å øke kontrollen over og forbedre egen helse. Prehabilitering foregår i starten av rehabiliteringskontinuumet og benyttes ofte i påvente av en operasjon (Silver & Baima, 2013). I tiden fra en kreftdiagnose er stilt og frem til operasjonen, settes det inn målrettede tiltak, gjerne i form av et prehabiliteringsprogram.

Ifølge Carli og Zavorsky (2005), kan prehabilitering før større kirurgiske inngrep føre til færre postoperative komplikasjoner, forkorte oppholdstiden på sykehuset etter operasjonen og forbedre helserelatert livskvalitet. En systematisk gjennomgang og metaanalyse av Heger et al. (2020) viste at prehabilitering som inneholder fysisk trening kan føre til en reduksjon av postoperative lungekomplikasjoner, samt mindre generell sykkelighet sammenliknet med standardbehandling, før større abdominal kirurgi. I en annen metaanalyse kom det

frem at ernæringsbasert prehabilitering alene eller i kombinasjon med et treningsprogram, reduserte sykehusopphold betydelig hos pasienter som gjennomgikk kolorektal kirurgi (Gillis et al., 2018). Det er imidlertid uklart hva som er et optimalt prehabiliteringsprogram for pasienter med kolorektal kreft (de Klerk et al., 2021). Denne uklarheten kan skyldes heterogenitet i selve programmet (type program, lengde på program, frekvensen av treningsøvelser og veiledning- eller hjemmebasert trening), kombinasjonen med eller uten ernæringsveiledning, heterogeniteten i deltakerne eller en kombinasjon av alle disse faktorene.

Til tross for at det finnes kvalitativ forskning som tar for seg pasienters perspektiver på prehabilitering (Burke et al., 2013; Ferreira et al., 2018), kan det tyde på at det er et behov for flere studier som kan bidra til å bedre forstå pasienters opplevelser og erfaringer. Et sykehus i Østlandsområdet har inngått et samarbeid med OsloMet–storbyuniversitet med hensikt om å få forskningsbasert kunnskap om sitt prehabiliteringsprogram.

Studiens hensikt og problemstilling

Studiens hensikt var å undersøke hva i prehabiliteringsprogrammet som har hatt betydning for deltakerne for å stå i og gjennomføre det.

Problemstilling: Hva i prehabiliteringsprogrammet har hatt betydning for deltakerne for å stå i og gjennomføre det?

Metode

Design

Studien har et kvalitativt, utforskende design. Det var ønskelig å få tilgang til meningsinnhold ved å få innsikt i opplevelser og erfaringer deltakerne hadde med prehabiliteringsprogrammet. Målet med kvalitativ metode er å forstå eller beskrive hvordan mennesker oppfatter verden; hva er det som betyr noe for oss? (Johannessen et al., 2021, s. 105).

Utvalg

Når vi går kvalitativt til verks, forsøker vi å få store mengder informasjon om et begrenset antall informanter (Johannessen et al., 2021, s. 57). Med høy informasjonsstyrke kan, ifølge Malterud (2017, s. 64), data fra et lavt antall informanter være godt nok til å gi et rikt datamateriale. I denne studien ble det benyttet et strategisk utvalg. Et slikt utvalg er sammensatt ut fra en målsetting om at materialet best mulig skal belyse problemstillingen (Patton, 2015, s. 265). Det ble rekruttert seks deltakere via medisinsk ansvarlig lege i prehabiliteringsteamet på sykehuset, som distribuerte informasjon og forespørsel om deltakelse til de som hadde gjennomført prehabiliteringsprogrammet. Studiens inklusjonskriterier var i) godkjent deltakelse i programmet, ii) vurdert som friske nok til deltakelse og iii) fullført programmet før 12. mars, 2020.

Prehabiliteringsprogrammet

Pasienter som blir diagnostisert med kolorektal kreft ved et sykehus i Østlandsområdet, blir tilbudt et prehabiliteringsprogram. Programmet inneholder systematisk trening med en fysioterapeut, ernæringsveiledning, lærings- og mestringskurs og kurs i røykeslutt. Det blir tildelt en forløpskoordinator, som fungerer som en personlig veileder, som kan kontaktes ved behov. Prehabiliteringen er offisielt avsluttet med en kontroll fire til seks uker etter operasjonen. For at deltakelsen i programmet skal anses som gjennomført, må deltakerne ha deltatt i en fysisk test, tre treningsøkter, et ernæringskurs og et lærings- og mestringskurs. Prehabiliteringsteamet på sykehuset mener dette må være et minimumskrav for at deltakerne skal være prehabilitert.

Datainnsamling

I denne studien ble det utført semistrukturerte, individuelle intervjuer. Ved denne intervjuformen kan forskeren få en nyansert og eksplorativ innsikt, noe som i sin tur kan bidra til forståelse av tema og intervjuobjektene som undersøkes (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 22). Ifølge Johannessen et al. (2021, s. 106) er individuelle intervjuer godt egnet når vi ønsker å gi deltakerne tid og rom til å fremhente opplevelser og erfaringer som krever trygghet for å deles. Det ble utarbeidet en

Hva i prehabiliteringsprogrammet har hatt betydning for deltakerne for å stå i og gjennomføre det?

– en kvalitativ studie

semistrukturert intervjuguide som tok for seg spørsmål rettet mot problemstillingen, som for eksempel: Hva opplevde du at du mestret i prehabiliteringsprogrammet? Hva i programmet utfordret deg? Hva lærte du? Samtidig var det rom for at intervjuet kunne ta ulike retninger etter hva deltakerne fortalte. For å få en mest mulig åpen inngang på intervjuet, ble deltakeren stilt følgende innledende spørsmål: «Hvordan opplevde du prehabiliteringsprogrammet?». I tråd med Malteruds anbefalinger (2017, s. 134), ble intervjuguiden fortløpende revidert med bakgrunn i nye temaer som ble brakt opp av deltakerne. Dette bidro til å konsentrere fokus og begrense unødvendig mengder datamateriale med svakt meningsinnhold. Intervjuene hadde en varighet på opp mot 60 minutter, ble tatt opp med en båndopptaker og til slutt transkribert.

Analyse

Intervjuene ble analysert ved bruk av systematisk tekstkondensering, en analysemetode som kan benyttes til flere typer empiriske data med forskjellig grad av teoretisk forankring (Malterud, 2017, s. 97). Analysemetoden består av fire trinn, og hvert av trinnene ble diskutert og evaluert med prosjektets veiledere. I første trinn, ble transkripsjonene lest gjentatte ganger for å oppnå et helhetsinntrykk av materialet. Tanker og spørsmål ble notert underveis. Etter at alle transkripsjoner var lest, ble foreløpige temaer nedtegnet. I andre analysetrinn, ble meningsbærende enheter identifisert. I dette trinnet organiseres den delen av materialet som best mulig kan bidra til å belyse problemstillingen; de foreløpige temaene ble dannet til kodegrupper hvor de ulike meningsbærende enhetene ble plassert inn i. I analysens tredje trinn ble innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene abstrahert. Dette ble gjort ved å identifisere og kode enhetene i underkategorier. Det ble systematisk hentet ut mening ved å kondensere de meningsbærende enhetenes innhold. To til tre underkategorier ble så plassert i hver sin hovedkategori. Deretter ble det skrevet kondensater; dette var arbeidsnotater bestående av de meningsbærende enhetene i en logisk rekkefølge, som i tekstform skulle representere de ulike underkategoriene. I analysens siste trinn sammenfattes det som har blitt funnet, og blir til studiens resultater. Kondensatene ble brukt som utgangspunkt for resultatpresentasjonen.

Tabell 1: Eksempel på fremgangsmåten i analysen (fra meningsbærende enhet til hovedkategori)

Meningsbærende enhet	Kodegruppe (tidligere tema)	Underkategori	Hovedkategori
Vi var jo samlet flere for å få informasjon, og da kunne vi sitte der og fortelle om våre erfaringer.	Samhold	Å dele erfaringer	Betydningen av fellesskap

Forskningsetiske hensyn

I medisinsk forskning skal man som forsker forholde seg til etiske standarder som skal fremme respekt for mennesker og beskytte deres rettigheter og helse (Malterud, 2017, s. 211). Denne studien tar utgangspunkt i Helsinkideklarasjonen, som sammenfatter etiske prinsipper for medisinsk forskning med mennesker. Deltakerne fikk et informasjonsskriv om studien og ble videre informert ved intervjuet, før det ble innhentet skriftlig samtykke. Det ble informert om at deltakelse i studien var frivillig og at de når som helst, og uten å oppgi noen grunn, kunne trekke seg. All informasjon er behandlet konfidensielt. Studien ble godkjent av personvernombudet på sykehuset, før den ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD), prosjektnummer: 769294.

Resultater

Analysen viser hva i prehabiliteringsprogrammet som har hatt betydning for deltakerne for å stå i og gjennomføre det, og følgende fire hovedkategorier strukturerer resultatpresentasjonen; personalets betydning, betydningen av faste rammer, betydningen av fellesskap og betydningen av treningsopplegget.

Tabell 2: Studiens hoved- og underkategorier

Hovedkategorier	Underkategorier
Personalets betydning	i. Å ha tiltro til kompetanse og erfaring ii. Å bli sett og ivaretatt iii. Å bli opplyst
Betydningen av faste rammer	i. Å ha et oppholdssted ii. Å komme til et satt program
Betydningen a fellesskap	i. Å kjenne tilhørighet ii. Å dele erfaringer
Betydningen av treningsopplegget	i. Å kjenne motivasjon og mestring ii. Å få sosial støtte

Personalets betydning

Et overordnet tema på tvers av intervjuene, var viktigheten av personalet. Deltakerne hadde tiltro til deres kompetanse og erfaring. Flere snakket om at det var krevende nok å delta i programmet, og at det da var betryggende å vite at de som styrte det, hadde erfaring. Det opplevdes godt å ikke gjøre for mye arbeid selv, men gi ansvaret til personalet: «*Det å sitte hjemme i tre uker og gruble, og å prøve å lese seg opp, er ikke det samme som å få det inn med teskje av erfarne folk*». Deltakerne hadde en opplevelse av at personalet var godt forberedt og kunne det de drev med.

Personalet hadde betydning ved at deltakerne følte seg sett og ivaretatt. Det var trygt å vite at det var noen de kunne kontakte ved behov. Flere av deltakerne snakket om at det var viktig med tett oppfølging. Personalet tok ofte initiativ ved å ringe og sende melding. Tiden personalet hadde til deltakerne, var viktig for følelsen av å bli sett og ivaretatt: «*De hadde god tid til bare deg, og det synes jeg var veldig ålreit*». Det var viktig for deltakerne hvordan de ble snakket til. Personalet betrygget deltakerne med at dette kom til å gå bra. Noen av deltakerne nevnte at det var en trygghet å ha de samme menneskene å forholde seg til, og at de ikke var for mange.

Flere av deltakerne nevnte at overgangen fra å få tett oppfølging til ingenting, opplevdes som vanskelig.

Betydningen av å bli opplyst, kom godt frem i intervjuene. Informasjonsbolkene ble trukket frem som særlig viktige, da de fikk innsikt i sykdommen, operasjonen og tiden etterpå. Informasjonen var tydelig og detaljert: *«Det å bli opplyst om alt som skulle skje, opplevde jeg som veldig nyttig... for å slippe å få alle de spørsmålene man kan få i en slik situasjon»*. Deltakerne fikk utdelt en perm med forskjellig informasjon de kunne lese i på vei til sykehuset. Noen av deltakerne opplevde noen av lærings- og mestringskursene som mindre nyttige, og en av deltakerne opplevde noe av informasjonen som unødvendig

Betydningen av faste rammer

Flere deltakere snakket om at det var viktig å ha et sted å komme til i perioden frem mot operasjonen. Det var godt å ha noe å bedrive tiden med. Tanker og følelser kunne bli mer negativt ladet de dagene de var hjemme. Deltakerne kom til et satt program: *«Jeg følte jo at jeg hadde vunnet i lotto, og jeg var med på alt jeg ble tilbudt»*. På spørsmål om de fikk medvirke i programmet, svarte flere at de ikke opplevde at det var rom for det. De syntes dette var greit, da de så på programmet som utelukkende positivt. Flere deltakere nevnte en eller to ting i programmet de ikke fikk like mye utbytte av, men de så viktigheten av å delta i programmet i sin helhet.

Betydningen av fellesskap

Å ha et fellesskap, kom frem som en viktig del av prehabiliteringsprogrammet. Deltakerne kjente tilhørighet: *«Det var trøstende at du ikke var helt alene om dette her»*. De synes det var fint at det var et sosialt aspekt, og det ble sett på som en nødvendighet, blant annet fordi det kunne være mye venting på sykehuset. Det kom frem at det kunne være et stort spring i alder og fysisk tilstand, noe som gjorde at en av deltakerne hadde en blandet opplevelse av programmet.

Å ha muligheten til å dele erfaringer, hadde betydning for deltakerne. For noen var det viktig for læring, mens det for andre var viktig for å få et innblikk i hvordan de

Hva i prehabiliteringsprogrammet har hatt betydning for deltakerne for å stå i og gjennomføre det?

– en kvalitativ studie

andre hadde det i hverdagen og hvordan de håndterte situasjonen. En av deltakerne var med i prehabiliteringsprogrammet da det var i oppstartsfasen og var ofte alene i programmet. Flere deltakere å dele erfaringer med, var noe vedkommende savnet: *«Det å treffe andre i samme situasjon, er en del av gevinsten ved å delta i et slikt program».*

Betydningen av treningsopplegget

Det var variasjon i hvordan deltakerne opplevde treningsopplegget i prehabiliteringsprogrammet. Flere beskrev det som tøft og utfordrende. Det kunne være vanskelig å motivere seg til trening når de gikk og tenkte på den kommende operasjonen. For en av deltakerne var det utfordrende praktisk å gjennomføre treningsøktene, da det var lang reisevei. Treningsopplegget kunne for noen oppleves som kjedelig. De fleste deltakerne så på treningen som en viktig del av programmet, og prioriterte den høyt. De klarte å gjennomføre mange av øktene, noe som ga mestringfølelse. Mange økte treningsmengden sin betraktelig, og de opplevde god progresjon i fysisk form. Noen trakk frem styrketreningen som mest givende, mens andre fikk mest ut av kondisjonstreningen. Trening var en konkret handling som kunne gjøres, istedenfor å bare vente på operasjonen; deltakerne tenkte at å trene var oppbyggende og fornuftig å gjøre.

Deltakerne likte å delta i treningen på sykehuset, da de kunne trene i fellesskap med andre. Dette kunne oppleves som støttende. Det ble også nevnt at det var fint å kunne se andres fremgang. Fysioterapeuten ble hyppig nevnt som en viktig motivator. Deltakerne ble tett fulgt opp, noe som bidro til at de gjorde sitt beste på trening. En av deltakerne nevnte at det ikke var mulig å delta på alt av treningen, og at det da var fint at opplegget kunne tilpasses individuelt, slik at det gikk an å gjennomføre det. Det var også viktig hvordan treningsopplegget ble formidlet: *«Fysioterapeuten hadde klokketro på at dette var lurt».* Deltakerne fikk veiledning og informasjon om trening. De ble inspirert til å ta med seg øvelser og metoder fra programmet hjem mellom øktene på sykehuset.

Diskusjon

Studiens hensikt var å undersøke hva i prehabiliteringsprogrammet som har hatt betydning for deltakerne for å stå i og gjennomføre det. Resultatene viser at det var fire hovedtemaer som kom frem av analysen; personalet betydning, betydningen av faste rammer, betydningen av fellesskap og betydningen av treningsopplegget. Følgende vil det legges hovedvekt på de to sistnevnte temaene. Avslutningsvis, skal resultatene ses i lys av empowerment.

Å bli opplyst av personalet hadde betydning for deltakerne, da de fikk innsikt i sykdommen og hvordan håndtere den. Det kan tenkes at deltakerne fikk økt helsekompetanse. I beskrivelsen av helsekompetanse bruker Kemm (2015, s. 99) blant annet begrepet funksjonell «health literacy», som omhandler økt forståelse og kunnskap om helse og helserisiko, og evnen til å overholde foreskrevne handlinger. Bishop (2005) fant i sin studie at helsepersonell kan hjelpe pasienter med tilpasningsprosessen i forbindelse med kronisk sykdom ved å gi de en opplevelse av økt kontroll, gjennom informasjon om sykdommen og å hjelpe til med utvikling av selvledelsesevner. Deltakerne opplevde imidlertid at det var tryggere å stole på personalets kompetanse fremfor å forsøke å lese seg opp selv. Helseinformasjonsforståelse innebærer å kunne vurdere når og fra hvilke kilder man bør tilegne seg helseinformasjon (Tveiten, 2020, s. 51-52). Internett gir tilgang på mye informasjon, og noe av den er ikke kvalitetssikret (Neuhauser, 2003). Man kan undre seg over om dette gjør det utfordrende for helsepersonell å administrere informasjonsflyten til pasienter. I en studie om individuelt tilpassede livsstilsprogram for personer med kolorektal kreft, kom det frem at noen av deltakerne hadde fått motstridende kostholdsråd av helsepersonell, noe som kunne oppleves frustrerende (Anderson et al., 2010). Dette er noe motstridende med resultatene fra foreliggende studie, da deltakerne opplevde informasjonen som tydelig og detaljert.

Å ha et fellesskap med de andre deltakerne i prehabiliteringsprogrammet hadde betydning, blant annet gjennom at de kjente tilhørighet. Ved en kreftdiagnose kan man oppleve en følelse av separasjon og delvis tap i relasjoner til venner og familie,

Hva i prehabiliteringsprogrammet har hatt betydning for deltakerne for å stå i og gjennomføre det?

– en kvalitativ studie

og andre friske mennesker (Adamsen et al., 2001). Ifølge Floyd og Moyer (2010), er gruppesamhold en dynamisk prosess som gjenspeiles i tendensen til at gruppen holder sammen og forenes i jakten på dens mål og tilfredsstillelse av deltakernes behov. Ved å møte andre med liknende erfaringer, som for eksempel i et prehabiliteringsprogram, kan det dannes en kultur der følelsen av å være annerledes forsvinner. I en studie om gruppesamhold hos kreftpasienter som deltok i et treningsintervensjonsprogram under behandling, ble det dannet en kollektiv identitet og opplevelse av tilhørighet, noe som var viktig for at deltakerne ønsket å forbli i gruppen og fullføre programmet (Midtgaard et al., 2006). Dette er i tråd med resultatene fra foreliggende studie, da fellesskapet i prehabiliteringsprogrammet ga deltakerne en opplevelse av å være sammen om noe.

Som resultatene viser, kunne det være ulikheter i gruppen når det gjaldt alder og fysisk tilstand, noe som hadde en innvirkning på det sosiale aspektet. Dette førte til at en av deltakerne ikke dro til sykehuset med mindre det var nødvendig. Ifølge Mæland (2021, s. 203) er det sosiale nettverkets viktigste funksjoner å gi mennesker følelsesmessig kontakt og støtte, og det bidrar ved at personer i nettverket kan gi viktige opplysninger, råd eller veiledning i vanskelige situasjoner. Å ha kompetanse og mulighet til å søke sosial støtte, blir sett på som en særlig viktig mestringsstrategi innen problemfokustert mestring (Heggen, 2007, s. 74). Nevnte deltaker fikk lite utbytte av det sosiale samspillet i programmet. Man kan undre seg over om det handlet om manglende kompetanse til å søke sosial støtte, eller manglende vilje til å ta del i fellesskapet. I en tidligere gruppeintervensjonsstudie, var en av karakteristikkene til gruppen at det var åpen aksept for hver deltaker, til tross for ulikheter de måtte ha (Adamsen et al., 2001). En metaanalyse som sammenfattet litteratur om gruppesamhold i treningsintervensjonsstudier for kvinner med brystkreft, støtter muligheten for at det sosiale aspektet kan være av større betydning enn selve treningen for deltakelse og gjennomføring av et program (Floyd & Moyer, 2010).

Å ha muligheten til å dele erfaringer, hadde betydning for deltakerne. Ifølge Brown et al. (2008) er en av fordelene ved å dele erfaringer med andre i liknende situasjon,

at opplevelsene av situasjonen normaliseres. Tveiten (2020, s. 193) mener dette kan bidra til at man ikke får et behov for å rettferdiggjøre det man tenker og føler, slik man kanskje må i møte med mennesker som ikke har liknende opplevelser. Det kan tenkes at det heller ikke føles like naturlig å snakke om sine opplevelser rundt en kreftdiagnose med personer som ikke kan relatere seg til det (Sjåfjell & Myhra, 2015). Ved å dele erfaringer, gjør man det mulig å anerkjenne egen og andres ekspertise (Seebohm et al., 2013). Å dele erfaringer var viktig for deltakerne, enten det var for å lære om sykdommen eller få innsikt i hvordan andre opplevde og håndterte hverdagen.

Treningsopplegget ble sett på som en viktig del av programmet. Det var en konkret handling deltakerne kunne gjøre, og den ble ofte høyt prioritert. Graden av «self-efficacy» i treningsammenheng kan forutsi både treningsintensjon og treningsatferd (Sherwood & Jeffery, 2000). «Self-efficacy» omhandler tro og forventning til egen mestringssevne, og er spesielt viktig i de tidlige stadiene av trening, da startfasen i et treningsprogram er relatert til ens generelle tro på fysiske evner og tillit til at det å fortsette å trene i møte med barrierer, vil lønne seg. Positive holdninger til en aktivitet kan medføre selvtillit og beslutningstaking (Burke et al., 2013; Folkman & Moskowitz, 2000), som kan tenkes å være forutsetninger for å oppnå «self-efficacy». Ifølge Ferreira et al. (2018) og Martin et al. (2000) foreligger det bevis som peker på at positive holdninger til fysisk aktivitet er forbundet med høy deltakelse og overholdelse av treningsprogram. I en tidligere kvalitativ studie som undersøkte kreftpasienters perspektiver på prehabilitering, kom det frem at treningsdelen var blant de mest likte komponentene (Ferreira et al., 2018). Dette kan være i tråd med foreliggende studies resultater, da flere av deltakerne hadde holdninger om at treningen var oppbyggende.

Deltakerne opplevde også treningen som utfordrende. Det kunne være vanskelig å motivere seg til trening når de tenkte på kommende operasjon. Et høyt stressnivå kan være forbundet med dårlig helseatferd, inkludert lav utøvelse av fysisk aktivitet (Sherwood & Jeffery, 2000). Når det oppstår en plutselig forandring som krever tilpasning, klarer man ikke å håndtere endringene i tråd med kravene, ifølge Tveiten

(2020, s. 22-23). I tiden mellom forandring og tilpasning, oppstår det et behov for mestring. Med liten grad av «self-efficacy», har man lite insentiv til å handle (Schulz & Nakamoto, 2013). For å oppnå endring må det, ifølge Heggen (2007, s. 74), skapes opplevelser og erfaringer som kan hjelpe personen til å se andre forklaringer på tidligere manglende mestring. Med hjelp fra helsepersonell må pasienten få synliggjort at det ikke er tilfeldig, men bestemte handlinger som førte til bedre resultater, de gangene han eller hun oppnår mestring. Dette kan gi pasienten en opplevelse av kontroll (Tveiten, 2020, s. 24), og øke sjansen for at han eller hun gjør relevante handlinger også ved senere anledninger (Heggen, 2007, s. 74). Til tross for at treningen kunne oppleves som utfordrende, hadde deltakerne en tro på at det var en fornuftig ting å gjøre. I noen tilfeller, kunne imidlertid deltakerne oppleve treningen som kjedelig. Dersom man ikke opplever en aktivitet som meningsfull eller relevant, vil dette resultere i resignasjon, apati eller mangel på engasjement (Schulz & Nakamoto, 2013). For å motivere seg til å trene, må man ha troen på at trening gir nok fordeler til å veie opp for kostnadene (Sherwood & Jeffery, 2000). Ifølge Stevinson (2010, s. 212) er deltakelsesnivået ofte lavt blant mennesker med kreft, til tross for at interessen og intensjonen om å trene er høy. Manglende overskudd og motivasjon hos deltakerne i prehabiliteringsprogrammet, kunne føre til redusert deltakelse i treningen. Ifølge Floyd og Moyer (2010) er noen av de mest sentrale treningsbarrierene for kreftpasienter, at de opplever trening som kjedelig og har mangel på selvdisciplin. Heggen (2007, s. 77) mener at helsepersonellet har et ansvar for å gjøre situasjonen forståelig for pasienten, rette fokus mot pasientens tilgjengelige ressurser og motivere for engasjement.

Det syntes å være enklere for deltakerne å utføre treningen når de kunne trene sammen med andre. Sosial støtte i trening øker motivasjon og deltakelse, ifølge Sherwood og Jeffery (2000). Ved en sammenlikning av individuell- og gruppebasert trening blant kreftpasienter, fant Stevinson (2010, s. 213) ut at deltakelsen var betydelig høyere i gruppetreningsprogram. Kreftpasienter søker ofte gruppetiltak for å få sosial støtte, noe som har blitt rapportert som en vesentlig faktor forbundet med treningstilhørighet (Ferreira et al., 2018). Til tross for at trening i grupper kan bidra med tiltrengt sosial støtte, fant Floyd og Moyer (2010)

at gruppetreningsintervensjoner ikke forbedret livskvaliteten i større grad enn hva individuelle treningsintervensjoner gjorde, noe som kan tyde på at trening sammen med andre ikke er avgjørende for å gjennomføre et treningsprogram. Høy deltakelse ved treningsøktene på sykehuset, hadde også med fysioterapeuten å gjøre, som ble trukket frem som en viktig støttespiller. Deltakerne ble tett fulgt opp ved at treningsopplegget ble individuelt tilpasset ved behov. Et program med et bredere utvalg av øvelser, kan ifølge Sherwood og Jeffery (2000), fremme etterlevelse ved å øke tilpasningsevnen til å kunne delta i flere aktiviteter.

Som resultatene viser, opplevde flere av deltakerne overgangen fra å være i prehabiliteringsprogrammet til tiden etter operasjonen, som vanskelig. Selv om programmet var over og operasjonen var utført, var det fremdeles et behov hos deltakerne for oppfølging og deling av erfaringer. Det kan tenkes at selvhjelpsgrupper initiert av personalet som en videreføring av programmet, kunne fylt et eventuelt tomrom etter operasjonen. En selvhjelpsgruppe er en gruppe bestående av mennesker med likeartede erfaringer som jobber sammen mot en endring og bedret livskvalitet (Tveiten, 2020, s. 192). En intervensjonsstudie viste at selvhjelpsgrupper bidrar til bevisstgjøring, tilegnelse av objektiv kunnskap, fellesskapslæring og nye perspektiver (Stang & Mittelmark, 2009). Som tidligere nevnt, var det viktig for deltakerne å ha et fellesskap med de andre i programmet.

Hva har resultatene med empowerment å gjøre?

Som nevnt innledningsvis, kan prehabilitering ses på som en helsefremmende prosess. Helsefremming kan ses i lys av empowerment, som handler om å mobilisere ressurser hos den enkelte, slik at han eller hun kan leve med sin situasjon og mestre utfordringer, som i sin tur kan bidra til opplevelse av kontroll over eget liv (Askheim, 2012, s. 67). Det innebærer at pasienten er en deltaker, og ikke bare en mottaker (Tveiten, 2020, s. 33). I den forbindelse er det sentralt å stille spørsmål ved hvorvidt brukermedvirkning ble tatt hensyn til i prehabiliteringsprogrammet. Ifølge Ekeland og Heggen (2007, s. 15) handler brukermedvirkning om at deltakeren aktivt skal ta avgjørelser i spørsmål om eget liv, noe som er en forutsetning for mestring. Som det fremkommer i resultatene, opplevde ikke

deltakerne at det var rom for å medvirke i særlig grad. De hadde tiltro til personalet og noen opplevde programmet som utelukkende positivt. Noen av lærings- og mestringskursene, kunne imidlertid oppleves som unyttige for noen av deltakerne. Man kan undre seg over om deltakerne hadde et underliggende behov for medvirkning. Forskning viser at personer med liten grad av helsekompetanse er mindre aktive i søken etter helseinformasjon og stiller færre spørsmål til helsepersonell (Tveiten, 2020, s. 51-52). En problemstilling som har blitt reist i forbindelse med studier om empowerment, er om pasientene faktisk ønsker en mer ansvarlig rolle (Schulz & Nakamoto, 2013). Det kan tenkes at medvirkning vil oppleves som et pålegg (Tveiten, 2020, s. 53). Kanskje dette var et pålegg deltakerne ikke ønsket? Ekeland og Heggen (2007, s. 21) mener det kan oppstå normer i forholdet mellom helsepersonell og pasient, som er rettet mot at pasienten skal bli frisk så fort som mulig, og dermed slippe ansvaret og motta medfølelse og støtte.

Konklusjon

Studiens resultater viser at det er flere elementer i prehabiliteringsprogrammet som har hatt betydning for deltakerne for å stå i og gjennomføre det. De fire hovedtemaene som trådte frem omhandlet personalet, faste rammer, fellesskapet og treningsopplegget. Personalet hadde betydning ved at deltakerne hadde tiltro til deres kompetanse og erfaring. De ble også opplyst, og følte seg sett og ivaretatt. Det hadde betydning for deltakerne å ha faste rammer ved å ha et oppholdssted og å komme til et satt program. Fellesskapet hadde betydning ved at deltakerne kjente tilhørighet og fikk mulighet til å dele erfaringer. Deltakerne opplevde treningsopplegget som både utfordrende og givende. Betydningen av å kjenne på motivasjon og mestring, og å få sosial støtte, var sentralt i forbindelse med treningen. Det var ikke alt i programmet deltakerne opplevde som like nyttig, men de så viktigheten av å delta i programmet i sin helhet.

Studiens styrker og begrensninger

Strategisk utvalg ble foretatt for å øke studiens troverdighet. Studiens utvalg er relativt heterogent med hensyn til alder og fysisk tilstand, og reflekterer sannsynligvis mangfoldet blant pasienter som blir diagnostisert med kolorektal kreft. Av ti potensielle deltakere som mottok forespørsel om deltakelse, svarte seks bekreftende. Det kan tenkes at det hadde kommet frem flere nyanser av problemstillingen ved å rekruttere flere deltakere. Tidspunkt og sted for intervjuene kan ha virket inn på resultatene. Samtlige intervjuer ble utført etter at koronapandemien inntraff. Halvparten av intervjuene ble gjennomført hjemme hos deltakeren, mens de andre ble gjennomført på et sykehus. Analysetrinnene ble diskutert med prosjektets veiledere, noe som kan ha styrket analysen. Studien er kvalitativ og kan bidra med innsikt i pasienters opplevelser og erfaringer med et prehabiliteringsprogram.

Videre forskning

Da det er få studier som omhandler hva i et prehabiliteringsprogram som har betydning for deltakere for å stå i og gjennomføre det, er det behov for flere kvalitative studier. En større innsikt i pasienters behov, kan bidra til å utvikle og tilpasse prehabiliteringsprogram. Det kunne vært interessant å undersøke om pasienter med andre kreftformer hadde hatt liknende opplevelser og erfaringer med et prehabiliteringsprogram.

Litteratur

- Adamsen, L., Rasmussen, J. M. & Pedersen, L. S. (2001). 'Brothers in arms': how men with cancer experience a sense of comradeship through group intervention which combines physical activity with information relay. *Journal of Clinical Nursing*, 10(4), 528-537.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2001.00514.x>
- Anderson, A. S., Caswell, S., Wells, M., Steele, R. J. C. & MacAskill, S. (2010). "It makes you feel so full of life" LiveWell, a feasibility study of a personalised lifestyle programme for colorectal cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 18(4), 409-415.
<https://doi.org/10.1007/s00520-009-0677-4>
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid : floskel, styringsverktøy, eller frigjøringsstrategi?* Gyldendal akademisk.

- Bishop, M. (2005). Quality of Life and Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability: Preliminary Analysis of a Conceptual and Theoretical Synthesis. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 48(4), 219-231. <https://doi.org/10.1177/00343552050480040301>
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A. & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68(6), 394-424. <https://doi.org/10.3322/caac.21492>
- Brown, L. D., Shepherd, M. D., Merkle, E. C., Wituk, S. A. & Meissen, G. (2008). Understanding How Participation in a Consumer-Run Organization Relates to Recovery. *American Journal of Community Psychology*, 42(1), 167-178. <https://doi.org/10.1007/s10464-008-9184-x>
- Burke, S. M., Brunet, J., Sabiston, C. M., Jack, S., Grocott, M. P. W. & West, M. A. (2013). Patients' perceptions of quality of life during active treatment for locally advanced rectal cancer: the importance of preoperative exercise. *Supportive Care in Cancer*, 21(12), 3345-3353. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-1908-2>
- Carli, F. & Zavorsky, G. S. (2005). Optimizing functional exercise capacity in the elderly surgical population. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, 8(1), 23-32. https://journals.lww.com/clinicalnutrition/Fulltext/2005/01000/Optimizing_functional_exercise_capacity_in_the.5.aspx
- de Klerk, M., van Dalen, D. H., Nahar-van Venrooij, L. M. W., Meijerink, W. J. H. J. & Verdaasdonk, E. G. G. (2021). A multimodal prehabilitation program in high-risk patients undergoing elective resection for colorectal cancer: A retrospective cohort study. *European Journal of Surgical Oncology*. <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2021.05.033>
- Ekeland, T.-J. & Heggen, K. (2007). Meistring og myndiggjering - reform eller retorikk? I T.-J. Ekeland & K. Heggen (Red.), *Meistring og myndiggjering - reform eller retorikk?* (s. 13-28). Gyldendal akademisk.
- Ferreira, V., Agnihotram, R. V., Bergdahl, A., van Rooijen, S. J., Awasthi, R., Carli, F. & Scheede-Bergdahl, C. (2018). Maximizing patient adherence to prehabilitation: what do the patients say? *Supportive Care in Cancer*, 26(8), 2717-2723. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4109-1>
- Floyd, A. & Moyer, A. (2010). Group versus individual exercise interventions for women with breast cancer: a meta-analysis. *Health Psychology Review*, 4(1), 22-41. <https://doi.org/10.1080/17437190903384291>
- Folkman, S. & Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55(6), 647-654. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.6.647>
- Gillis, C., Buhler, K., Bresee, L., Carli, F., Gramlich, L., Culos-Reed, N., Sajobi, T. T. & Fenton, T. R. (2018). Effects of Nutritional Prehabilitation, With and Without Exercise, on Outcomes of Patients Who Undergo Colorectal Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis. *Gastroenterology*, 155(2), 391-410. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2018.05.012>

- Heger, P., Probst, P., Wiskemann, J., Steindorf, K., Diener, M. K. & Mihaljevic, A. L. (2020). A Systematic Review and Meta-analysis of Physical Exercise Prehabilitation in Major Abdominal Surgery (PROSPERO 2017 CRD42017080366). *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 24(6), 1375-1385. <https://doi.org/10.1007/s11605-019-04287-w>
- Heggen, K. (2007). Rammer for meistring. I T.-J. Ekeland & K. Heggen (Red.), *Meistring og myndiggjering - reform eller retorikk?* (s. 64-82). Gyldendal akademisk.
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2021). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (6. utg.). Abstrakt forlag.
- Kehlet, H. (2000). Manipulation of the Metabolic Response in Clinical Practice. *World Journal of Surgery*, 24(6), 690-695. <https://doi.org/10.1007/s002689910111>
- Kemm, J. (2015). *Health promotion : ideology, discipline, and specialism*. Oxford University Press.
- Kreftregisteret. (2021, 21. september). *Tykk- og endetarmskreft*. <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/kreftformer/Tykk--og-endetarmskreft/>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforl.
- Martin, K. A., Bowen, D. J., Dunbar-Jacob, J. & Perri, M. G. (2000). Who Will Adhere? Key Issues in the Study and Prediction of Adherence in Randomized Controlled Trials. *Controlled Clinical Trials*, 21(5), 195-199. [https://doi.org/10.1016/S0197-2456\(00\)00078-7](https://doi.org/10.1016/S0197-2456(00)00078-7)
- Midtgaard, J., Rorth, M., Stelter, R. & Adamsen, L. (2006). The group matters: an explorative study of group cohesion and quality of life in cancer patients participating in physical exercise intervention during treatment. *European Journal of Cancer Care*, 15(1), 25-33. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2005.00616.x>
- Mæland, J. G. (2021). *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis* (5. utg.). Universitetsforlaget.
- Neuhauser, D. (2003). The coming third health care revolution: personal empowerment. *Qual Manag Health Care*, 12(3), 171-184. <https://doi.org/10.1097/00019514-200307000-00007>
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods: integrating theory and practice* (4. utg.). Sage.
- Schulz, P. J. & Nakamoto, K. (2013). Health literacy and patient empowerment in health communication: The importance of separating conjoined twins. *Patient Education and Counseling*, 90(1), 4-11. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.09.006>
- Seebomh, P., Chaudhary, S., Boyce, M., Elkan, R., Avis, M. & Munn-Giddings, C. (2013). The contribution of self-help/mutual aid groups to mental well-being. *Health & Social Care in the Community*, 21(4), 391-401. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/hsc.12021>

- Sherwood, N. E. & Jeffery, R. W. (2000). The behavioral determinants of exercise: Implications for physical activity interventions. *Annu Rev Nutr*, 20(1), 21-44. <https://doi.org/10.1146/annurev.nutr.20.1.21>
- Silver, J. K. & Baima, J. (2013). Cancer Prehabilitation: An Opportunity to Decrease Treatment-Related Morbidity, Increase Cancer Treatment Options, and Improve Physical and Psychological Health Outcomes. *Am J Phys Med Rehabil*, 92(8), 715-727. <https://doi.org/10.1097/PHM.0b013e31829b4afe>
- Sjåfjell, T. L. & Myhra, A.-B. (2015). Selvhjelp og likemannsarbeid - mulige verktøy for å oppnå mestring og empowerment? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12(2), 140-148. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2015-02-05> E
- Stang, I. & Mittelmark, M. B. (2009). Learning as an empowerment process in breast cancer self-help groups. *Journal of Clinical Nursing*, 18(14), 2049-2057. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02320.x>
- Stevinson, C. (2010). Ready to Change Lifestyle? The Feasibility of Exercise Interventions in Cancer Patients. I J. Saxton & A. Daley (Red.), *Exercise and Cancer Survivorship: Impact on Health Outcomes and Quality of Life* (s. 211-221). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1173-5_12
- Tveiten, S. (2020). *Helsepedagogikk : helsekompetanse og brukervedvirkning* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- van Rooijen, S., Carli, F., Dalton, S., Thomas, G., Bojesen, R., Le Guen, M., Barizien, N., Awasthi, R., Minnella, E., Beijer, S., Martínez-Palli, G., van Lieshout, R., Gögenur, I., Feo, C., Johansen, C., Scheede-Bergdahl, C., Roumen, R., Schep, G. & Slooter, G. (2019). Multimodal prehabilitation in colorectal cancer patients to improve functional capacity and reduce postoperative complications: the first international randomized controlled trial for multimodal prehabilitation. *BMC Cancer*, 19(1), 98. <https://doi.org/10.1186/s12885-018-5232-6>

Vedlegg

Vedlegg 1. Intervjuguide

Intervjuguide

- Hvordan opplevde du prehabiliteringsprogrammet?
- Hva opplevde du at du mestret i prehabiliteringsprogrammet?
- Hvordan opplevde du den fysiske treningen?
 - Hvordan opplevde du treningsveiledningen?
 - Hvilke erfaringer har du med fysisk trening?
- Hvordan opplevde du kostholdsveiledningen?
- Hvordan opplevde du mestrings- og læringskursene?
- Hvordan opplevde du oppfølgingen fra forløpskoordinatoren?
- Hva gjorde at du klarte å stå i prehabiliteringsprogrammet?
 - Var det noe i programmet som motiverte deg til å fortsette med det? Hva?
- Hva i prehabiliteringsprogrammet var viktig for at du klarte å fullføre det?
- Opplevde du at du fikk medvirke i prehabiliteringsprogrammet? På hvilken måte?
- Hva utfordret deg i prehabiliteringsprogrammet?
 - Var du noen gang i ferd med å gi opp?
- Hva har du lært/hva slags kunnskap har du fått?

REFLEKSJONSOPPGAVE

Hvordan kan forskerens forforståelse påvirke planleggingen og gjennomføringen av intervjuet og analysen?

Joakim K. Bjørnerem

Master i empowerment og helsefremmende arbeid

Antall ord: 5064

INNHold

1.0 INTRODUKSJON	3
1.1 Bakgrunn	3
1.2 Problemstilling	4
2.0 TEORETISK FORANKRING	5
2.1 Kvalitativt intervju	5
2.1.1 <i>Semistrukturerte individuelle intervjuer</i>	5
2.2 Hermeneutiske prinsipper	5
2.2.1 <i>Forforståelse og fordommer</i>	5
2.2.2 <i>Forståelseshorisont</i>	6
2.2.3 <i>Den hermeneutiske sirkel</i>	6
2.3 Refleksivitet	6
2.4 Åpenhet og fleksibilitet	6
3.0 METODISK TILNÆRMING	7
3.1 Litteratursøk	7
3.2 Litteraturutvalg	7
3.3 Metode- og kildekritikk	7
3.4 Oppgavens oppbygning	7
4.0 RESULTATER	8
4.1 Forforståelse i praksis	8
4.2 Refleksivitet	8
4.3 Åpenhet og fleksibilitet	9
5.0 DRØFTING OG KRITISK VURDERING	10
5.1 Planleggingen av prosjektet	10
5.2 Intervjuene	10
5.2.1 <i>Åpenhet</i>	10
5.2.2 <i>Ledende spørsmål</i>	11
5.2.3 <i>Språk og kommunikasjon</i>	12
5.2.4 <i>Tolking i selve intervjuet</i>	12
5.3 Analysen	13
5.3.1 <i>Å forske alene</i>	13
5.3.2 <i>Å forske med andre</i>	14
5.3.3 <i>Hvordan finne betydning?</i>	14
6.0 KONKLUSJON	16
7.0 LITTERATUR	17
VEDLEGG	18

1.0 INTRODUKSJON

Kvalitative metoder er forskningsstrategier for beskrivelse, analyse og fortolkninger (Järvinen & Mik-Meyer, 2017, s. 10). Den kvalitative forskeren ønsker å se virkeligheten fra menneskers perspektiver og prøve å forstå deres betydning (Johannessen et al., 2021, s. 105; Järvinen & Mik-Meyer, 2017, s. 10). Kvalitativ forskning kan bidra til å presentere mangfold, nyanser og subjektive erfaringer (Malterud, 2017, s. 30). Det som kjennetegner kvalitative data er at de inneholder informasjon i form av ord, og datamaterialet består ofte av skrevet tekst, som eksempelvis utskrifter fra intervju (transkripsjoner) (Hjerm et al., 2011, s. 85). I datainnsamling og analyse, har den menneskelige faktor stor betydning (Malterud, 2017, s. 41). Forskerens ståsted, faglige interesser og personlige erfaringer er avgjørende for valg av problemstilling, perspektiv, metode og utvalg, samt resultatene som skal besvare forskningsspørsmålene og hvordan slutninger skal trekkes. Vi konstruerer ord og begreper som formidler vår forståelse og det vi ønsker å undersøke; vi skaper den virkeligheten vi lever i. Forskeren som person vil alltid påvirke forskningsprosessen og dens resultater, uansett hva slags prosjekt som gjennomføres eller hvilken metode som benyttes.

1.1 Bakgrunn

Et sykehus på Østlandet har inngått et samarbeid med OsloMet–storbyuniversitet for å få mer forskningsbasert kunnskap om prehabiliteringsprogrammet de tilbyr til pasienter som blir diagnostisert med kolorektal kreft. Jeg fikk i den forbindelse muligheten til å intervjuet et utvalg med informanter om dette programmet, som blant annet bestod av fysisk trening, ernæringsveiledning, og lærings- og mestringskurs. Min utdanningsbakgrunn består av to helserelaterte bachelorgrader og jeg har jobbet som idrettspedagog i psykiatrisk praksis. Prehabiliteringsprogrammet inneholder flere elementer som jeg har bred erfaring med, både fra skolebenken og fra jobbsituasjoner. I tillegg, er jeg personlig interessert i trening, ernæring og generell helse. Jeg syntes prehabilitering virket spennende, og takket derfor ja til å delta i prosjektet og å gjøre en kvalitativ studie om programmet. Imidlertid, gikk jeg inn i prosjektet med forforståelser og fordommer. Min utdanning består av ulike fag innen helse, trening og ernæring, og gjennom disse årene har jeg fått ulike oppfatninger og også kanskje tatt noen standpunkter innen disse temaene. Jeg har jobbet med fysisk aktivitet og trening på nært hold med pasienter, som både ønsket og ikke ønsket en endring, og det kan tenkes at også denne erfaringen har hatt en innvirkning på hvordan jeg forholdt meg i forskningsprosessen.

Hvordan har min forforståelse påvirket prosessen, og hvilke områder spesielt? Hvor stor plass har forforståelsen hatt i utarbeidelsen av intervjuguiden? Hvordan påvirket forforståelsen måten jeg stilte spørsmålene på i intervjuene, og hvor åpen var jeg på innspill? Hvordan påvirket forforståelsen analyseprosessen? Hva er forforståelsens styrker og begrensninger? Dette er eksempler på spørsmål jeg stilte meg selv underveis i forskningsprosessen, og som jeg diskuterte med veiledere og medstudenter, som gjorde dette til refleksjonsoppgavens tema.

1.2 Problemstilling

Både under intervjuene og i analysen, oppdaget jeg at jeg noen ganger «gikk mine egne veier». Jeg var kanskje ikke like åpen og transparent som jeg burde ha vært, og det kan tenkes at jeg til tider skapte mine egne sannheter. Forskerens forforståelse vil kunne påvirke flere sider ved forskningsprosessen, som vil redegjøres for senere i teksten, men i denne oppgaven har jeg valgt å fokusere på intervjuet og analysen.

Problemstilling: Hvordan kan forskerens forforståelse påvirke planleggingen og gjennomføringen av intervjuet og analysen?

2.0 TEORETISK FORANKRING

Opgavens problemstilling vil drøftes i lys av kvalitativt intervju og hermeneutiske prinsipper, samt refleksivitet, åpenhet og fleksibilitet.

2.1 Kvalitativt intervju

Det kvalitative forskningsintervjuet søker å forstå verden sett fra deltakerens øyne (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 20) og fungerer som en åpen samtale der man hjelper den andre til å fortelle (Wifstad, 2018, s. 121). Samtalen skal i stor grad ha en naturlig flyt uten at intervjueren styrer den ved hjelp av spørsmål og svaralternativer som er forhåndsformulerte. Metoden er den mest benyttede for innsamling av kvalitative data, og egner seg når forskeren har behov for å gi deltakerne større frihet til å uttrykke seg enn hva eksempelvis strukturerte spørreskjemaer tillater (Johannessen et al., 2021, s. 105). Kvalitative intervjuer har steget frem som en nøkkelmetode i det vitenskapelige landskap, også i helsevitenskapen (Brinkmann, 2013, s. 1).

2.1.1 Semistrukturerte individuelle intervjuer

Individuelle intervjuer benyttes når vi ønsker å få fylldige, detaljerte beskrivelser av deltakernes forståelse, opplevelser og erfaringer knyttet til et fenomen (Johannessen et al., 2021, s. 106). Slike intervjuer kalles ofte semistrukturerte intervjuer (Malterud, 2017, s. 133). Et av verktøyene vi tar med oss inn i intervjuet, er en intervjuguide bestående av stikkord som skal minne oss om temaer vi ønsker data om. Det er imidlertid viktig ikke å gjøre intervjuguiden for detaljert eller følge den slavisk, slik at vi kan stille oss åpne for nye spørsmål som kan belyse problemstillingen (Malterud, 2017, s. 133-134).

2.2 Hermeneutiske prinsipper

Kvalitativ analyse omtales noen ganger som hermeneutisk (Hjerm et al., 2011, s. 89). Hermeneutikk kan, ifølge Wifstad (2018, s. 127), forstås som en undersøkelse av hva forståelse er, uavhengig av hva vi prøver å forstå. Hermeneutikken vektlegger at vi mennesker er fortolkende vesener som forstår det som skjer ut fra en sammenheng (Bårdsen, 2012). Forståelse er noe som skjer med oss underveis.

2.2.1 Forforståelse og fordommer

All forståelse er gjennomsyret av forforståelse (Bårdsen, 2012). Forforståelse er den ryggsekken forskeren tar med seg inn i et forskningsprosjekt før det starter (Malterud, 2017, s. 44). Den vil hele veien påvirke måten vi innhenter, leser og tolker våre data på. Ifølge Järvinen og Mik-Meyer (2017, s. 12), fungerer den som et verktøy vi bruker til å utforske og

konstruere begreper med. Sentralt i forforståelse, ligger fordommer. Fordommer er implisitte føringer lagret i historie, kultur og språk, og er ofte vanskelige å erkjenne (Wifstad, 2018, s. 128). De er noe som allerede foreligger forut for den aktuelle situasjonen, og det vi har lært om et fagfelt er ofte basert på vurderinger andre har gjort før oss.

2.2.2 Forståelseshorisont

Forforståelse har karakter av forståelseshorisont (Wifstad, 2018, s. 128), som omfatter alt vi kan se fra en bestemt synsvinkel (Bårdsen, 2012). Vi har en begrenset horisont som vi tolker verden ut ifra. Det som finnes på utsiden, er ukjent og annerledes. Ifølge Wifstad (2018, s. 128-129) befinner vi oss alltid allerede i en situasjon det er umulig å komme til fullstendig klarhet over, og forståelseshorizonten er medbestemmende for hva det er mulig å forstå.

2.2.3 Den hermeneutiske sirkel

Forståelse oppnås ved at vi tolker innenfor en sirkulær prosess, der vi beveger oss fra en helhet til de enkelte delene og fra de enkelte delene til helheten gjennom den hermeneutiske sirkelen (Debesay et al., 2008); vi kan kun forstå en del av en tekst ved å se den i lys av helheten, og helheten må på samme måte forstås i lys av delene (Wifstad, 2018, s. 126). Bårdsen (2012) mener at all forståelse springer ut av en tolkningsprosess med bakgrunn i forforståelsen vår. Det finnes ikke et nullpunkt som ny kunnskap kan utvikles fra, upåvirket av oppfatninger vi har fra før, ifølge Wifstad (2018, s. 127).

2.3 Refleksivitet

Ifølge Bergsland (2021), ligger refleksivitet som et grunnprinsipp i kvalitativ forskning og den hermeneutiske tradisjonen. Refleksivitet er en bevisstgjøring av forskerens rolle i utøvelse av forskning og hvordan den påvirkes av forskningsobjektet, noe som gjør forskeren i stand til å erkjenne måter han eller hun påvirker både forskningsprosessen og resultatene (Haynes, 2012, s. 72). Forskeren er preget av sine forforståelser og må innse dette i en forskningsprosess (Bergsland, 2021).

2.4 Åpenhet og fleksibilitet

Åpenhetsprinsippet handler om at selv om man som forsker har tydelige tanker om hva man ønsker å undersøke, låser man ikke temaene sine på forhånd, men forsøker å forstå deltakernes egne perspektiver på sin situasjon (Buus et al., 2012). Åpenhet er et premiss for fleksibilitet, som innebærer at man har en viss følsomhet for forhold som er viktige for deltakerne selv.

3.0 METODISK TILNÆRMING

3.1 Litteratursøk

Databasene Oria, Web of Science og Google Scholar ble benyttet for innhenting av litteratur. Oria samler materialet som finnes ved de fleste norske fag- og forskningsbibliotek. Web of Science dekker tidsskrifter innen naturvitenskap, samfunnsfag og humaniora. Google Scholar samler litteratur innen de fleste typer formater og på tvers av disipliner. I Oria ble det benyttet norske søkeord, mens det i Web of Science og Google Scholar ble benyttet engelske.

Det ble først gjort elektroniske søk i de to førstnevnte databasene. Medline ble også forsøkt brukt, men ga ikke relevante nok treff. Etter å ha inkludert artikler fra de elektroniske søkene, fikk jeg innsikt i teorier, ord og begreper omkring tematikken som var nyttige å ta med seg videre. Jeg gikk deretter over til manuelle søk i Google Scholar og Oria, og søkte spesifikt etter disse. Eksempler på søkeord jeg brukte var: «Quality in qualitative research», «Reflexivity in qualitative research», «Hermeneutics» og «The hermeneutic circle». For å finne ytterligere litteratur, ble de inkluderte artiklenes referanselister benyttet. I tillegg ble det brukt bøker fra skolens universitetsbibliotek. Søkehistorikk følger som vedlegg.

3.2 Litteraturutvalg

Artiklene ble valgt etter å ha lest tittel, og deretter abstrakt dersom tittelen var relevant. Kun fagfelleverderte artikler utgitt etter år 2000 ble inkludert. I Web of Science ble kun engelskspråklige artikler vurdert, som en måte å snevre inn søket på. Artikler som inneholdt søkeordene kun på grunn av metodedelen, ble ekskludert.

3.3 Metode- og kildekritikk

Ved bruk av databasen Medline, kunne det i større grad vært forsøkt å velge andre søkeord og å kombinere søkeord på andre måter for å oppnå relevante treff. I Google Scholar var det en noe mer kritisk tilnærming til vurderingen av litteraturen, og de aktuelle artiklene ble søkt opp i andre databaser dersom det var mangel på informasjon eller oppsto usikkerhet i forbindelse med kvalitet.

3.4 Oppgavens oppbygning

I det følgende kommer en resultatpresentasjon som tar for seg resultatene fra den utvalgte litteraturen. Deretter vil problemstillingen drøftes i lys av teoriforankringen og resultatene, ved å bruke eksempler og refleksjoner fra egen forskningsprosess, som omhandlet planlegging og gjennomføring av intervju og analyse.

4.0 RESULTATER

Resultatene viser at forskerens forforståelse vil påvirke planlegging og gjennomføring av intervju og analyse på flere, ulike måter. Refleksivitet, åpenhet og fleksibilitet kan brukes som verktøy i møte med forforståelsen.

4.1 Forforståelse i praksis

Vår forforståelse kan være medbestemmende for hvordan vi orienterer oss og tolker i et intervju. Bårdsen (2012) mener at den er med på å fargelegge enhver ny opplevelse, og er avgjørende for hvordan vi tolker og forstår noe. Forståelseshorisonten kan utvides over tid ved hjelp av samtale, som for eksempel et intervju, nye erfaringer og ved at vi skifter ståsted (Bårdsen, 2012). Vår forforståelse vil også ha en innvirkning på analyseprosessen. En forsker som prøver å forstå en tekst, er forberedt på at den kan fortelle ham noe. Ifølge Warnke (2016) er det aldri den hele sannheten i teksten, handlingene eller praksisen, men bare en delvis forståelse som skal suppleres, utvides og utfordres. Vår forståelse er partisk på visse måter, og i den grad vi gjenkjenner vår partiskhet, gjenkjenner vi vår uvitenhet og gir oss selv sjansen til å stille spørsmål til en tekst, noe som vil være viktig for en forsker i analyseprosessen. Ved å gjøre det oppdager vi andre måter å forstå noe på, som utfordrer vår egen forståelse, og som vi kanskje kan lære noe av (Warnke, 2016). Når vi går inn i den hermeneutiske sirkelen, kan vi enten begynne med å studere én enhet fra et datamateriale, eller helheten i en opplevelse (Levitt et al., 2015). Å samle delene til én helhet igjen er, ifølge Debesay et al. (2008), et kriterium for å oppnå forståelse. I søken etter helheten, kan imidlertid forskeren ledes til å inkludere noe som egentlig ikke bør tilhøre helheten. Det finnes også en risiko for at forskeren går videre fra en tekst man tolker for raskt, uten flere grundige gjennomlesninger, noe som kan føre til at man ekskluderer noe som burde tilhøre helheten.

4.2 Refleksivitet

Refleksivitet er en aktiv holdning forskeren må oppsøke og vedlikeholde gjennom forskningsprosessen (Malterud, 2017, s. 19). Det innebærer at forskeren reflekterer over hvordan egne holdninger, verdier, erfaringer og målsettinger kan prege forskningen (Bergsland, 2021). Man må rette oppmerksomheten mot egen rolle og egne forutsetninger, noe som handler om å rette oppmerksomhet mot ubevisste forutsetninger hos en selv. Det kan gjøres ved å finne ut av hvilke teorier, eksempelvis, man lar seg inspirere av, og om det er noen teorier man tar avstand fra. Denne selvbevisstheten er, ifølge Levitt et al. (2015), viktig for å kunne handle transparent. Forskeren skal ikke forsøke å fjerne fordommene og

forkunnskapene han eller hun kommer inn med, men være ærlig på å definere hva disse innebærer (Bergsland, 2021). Det skal være rom for å stille spørsmål ved egne fremgangsmåter i form av tvil og ettertanke (Malterud, 2017, s. 19).

Det er flere måter en forsker kan gå frem på i en refleksiv prosess. Ifølge (Haynes, 2012, s. 79), bør man skrive ned teoretiske antakelser om forskningsprosjektet og se på disse gjennom hele prosessen, og vurdere om eller hvordan dette har revidert problemstillingen, fokuset og resultatene. Det kan være lurt å føre en forskningsdagbok og notere ned tanker om prosessen. Man kan også lytte til opptakene av intervjuene og høre etter hvordan egen tilstedeværelse og interaksjon har påvirket utfallet. Det kan være fordelaktig å diskutere og evaluere de ulike sidene ved forskningsprosessen med medforskere eller veiledere.

4.3 Åpenhet og fleksibilitet

Innenfor hermeneutikken, er åpenhet sentralt for å belyse et tema og få ny innsikt (Buus et al., 2012). Først når forskerens forforståelser blir utfordret av fremmede forhold, kan åpenhet oppstå. Man kan da bli bevisst sin egen forforståelse og muligheten for å finne ny forståelse. Åpenhet kan bidra til flyt i intervjuet, noe som gjør at forskeren glemmer seg selv; fokuset skal ikke ligge på egne oppfatninger, men på saken (Wifstad, 2018, s. 131). Å gå inn i intervjuene med åpenhet, kan også bidra til at tilnærmingen til analysen blir mer åpen enn den i utgangspunktet ville blitt (Buus et al., 2012).

En slik åpenhet i en forskningsprosess, krever at man har en viss grad av fleksibilitet i design og analyse (Buus et al., 2012). I en forskningsprosess må man kunne endre planene sine, enten det er av nødvendighet eller åpenhet, når nye og fruktbare muligheter dukker opp. Disse to formene for fleksibilitet, har potensiale til å styrke forskningen. Prosessen kan først avsluttes når det er tilstrekkelig med data fra informantene til å avdekke problemstillingen med en viss gyldighet.

5.0 DRØFTING OG KRITISK VURDERING

5.1 Planleggingen av prosjektet

Da jeg først fikk informasjon og tilbud om deltakelse i dette prosjektet, tenkte jeg at det var lurt å gjøre fordi tematikken passet godt til min tidligere utdanningsbakgrunn og jobberfaring, som nevnt innledningsvis. Vår forforståelse kan springe ut i fra den kulturen og sammenhengen vi vokser opp i (Bårdsen, 2012). Malterud (2017, s. 45) mener at dette er en viktig side av vår motivasjon for å gå inn i et forskningsprosjekt med et bestemt tema. På dette tidlige tidspunktet, tenkte jeg ikke over hvordan og i hvilken grad min forforståelse ville påvirke i en forskningsprosess. Ifølge Debesay et al. (2008) må vi erkjenne at vi ikke møter prosjektet uten fordommer, men forutinntatte forventninger basert på tidligere oppfatninger og erfaringer (Debesay et al., 2008), noe som kan gjøre at vi bærer med oss skylapper og begrenset horisont (Malterud, 2017, s. 45). Denne ryggsekken jeg tok med meg inn i prosjektet kunne i bestefall medbringe styrke og næring, men den kunne også bli en tung bær som førte til begrenset forskning, eller at jeg avbrøt reisen fordi alt handlet om det jeg hadde med meg, og ikke om det jeg oppdaget langs veien.

5.2 Intervjuene

5.2.1 Åpenhet

På forhånd hadde jeg utarbeidet en intervjuguide som i stikkordsform skulle minne meg om temaer jeg ønsket data om. Wifstad (2018, s. 121) mener det er avgjørende at intervjueren har en tydelig formening om hvilke temaer han eller hun vil belyse. Vi skal også vise informantene hva slags kunnskap vi vil hente, så vi ikke ender opp med å snakke om helt ulike ting. Jeg forsøkte derfor å holde samtalen på rett kurs i henhold til problemstillingen. Likevel, oppdaget jeg at spørsmålene kunne styre samtalen mot min egen forforståelse; et felt der min kunnskap om helse allerede befinner seg. Jeg forsøkte å revidere intervjuguiden, da jeg ved transkriberingen oppdaget en del lukkede spørsmål, spesielt i de to første intervjuene. Jeg ville ha en mer åpen formulering på spørsmålene, slik at jeg kunne invitere informantene til å reflektere over opplevelser og erfaringer i større grad. En måte å gjøre dette på, er å forsøke å få frem konkrete hendelser, som leder til opplevde historier av spesiell betydning angående en bestemt sak (Malterud, 2017, s. 134). Jeg forsøkte derfor å stille oppfølgingsspørsmål som: «Fortell meg mer om den saken...» og «Kan du komme med et eksempel på det du snakker om nå?». Ifølge Kvale og Brinkmann (2015, s. 170) innebærer oppfølgende spørsmål aktiv lytting, og det krever at intervjueren bevarer en holdning preget av maksimal åpenhet. Svarene jeg da fikk, var ofte informative og fyldige. Det kan tenkes at

jeg midlertidig klarte å legge vekk forforståelsen ved å spørre så åpent, og at det da kom flere utsagn og historier av betydning for informantene. I intervjuets samtale, bør man nemlig la seg belære av saken ved å sette forforståelsen sin i spill (Wifstad, 2018, s. 132). Bårdsen (2012) mener at forskeren må utøve en ærlig vilje til å stille spørsmål ved sin egen forforståelse og utvise åpenhet overfor de spørsmål som måtte komme opp i samtalen.

Imidlertid, kunne slike spørsmål føre til at samtalen gikk over på temaer og forhold som jeg, i intervjusituasjonen, tenkte ikke ville belyse problemstillingen. Et spørsmål jeg kan stille meg selv i etterkant, er om svarene kanskje kunne vært relevante dersom jeg hadde undersøkt de nærmere? Ifølge Debesay et al. (2008) kan forskeren lære mye ved å ta sine informanter på alvor og lytte til dem. Dette kan bidra til at man, paradoksalt nok, innser at man ikke vet, til tross for at profesjonalitet nettopp er begrunnet i kunnskap og kompetanse (Wifstad, 2018, s. 132). Transkripsjonene viste at flere av de stilte oppfølgingsspørsmålene, var på tematikk jeg fant interessant. I tillegg, var det flere steder der det burde ha vært oppfølgingsspørsmål, uten at de ble stilt. Jeg var til tider for tro mot intervjuguiden, noe som kan være en konsekvens av min forforståelse. Det kan være en mulighet for at jeg tenkte på noen elementer i prehabiliteringsprogrammet som viktigere enn andre, som for eksempel fysisk aktivitet, fordi jeg da kunne bruke min kompetanse og forståelse i intervjuet. Som tidligere nevnt, kan forskerens forforståelse også bringe med seg styrke inn i et prosjekt. Fokuset skal imidlertid ikke være på mine oppfatninger og standpunkter, men på saken (Wifstad, 2018, s. 131). For å kunne utvise mer åpenhet, kan det tenkes at jeg burde holdt tilbake trangen til å for raskt slå fast betydningen av det som ble sagt. De tilfellene hvor informantene begynner å fortelle om noe som kan oppleves som avsporinger, kan være sidespor hvor den nye kunnskapen befinner seg, ifølge Malterud (2017, s. 134). Transkripsjonene viste også en mer åpen spørsmålsstilling og lengre svar mot de siste intervjuene. Det kan tenkes at oppdagelsene jeg gjorde meg, konfronterte forforståelsen min og medførte at jeg stilte meg mer åpen.

5.2.2 Ledende spørsmål

Ved nærmere undersøkelser av spørsmålsstillingen, så jeg at flere av spørsmålene også var av en ledende karakter. Ifølge Malterud (2017, s. 42), er det lite interessant å lese intervjuer styrt av ledende spørsmål. De svarene jeg fikk på ledende spørsmål kunne i noen tilfeller være informative, men hvem og hva er det de utsagnene egentlig representerer? I mange av tilfellene, var svarene intetsigende. Jeg kan undre meg over om dette var fordi deltakerne opplevde meg som ledende. Jeg tenkte ikke nødvendigvis over at jeg stilte ledende spørsmål i selve intervjusituasjonen, men dette kan jo være et resultat av de ubevisste oppfatningene jeg

har om temaet, som jeg ikke har kontroll over. Det kan tenkes at min forforståelse kom i veien. Kvale (2005) mener imidlertid at det, i intervjuundersøkelser, stilles for få bevisste ledende spørsmål, noe som gjør analysen av intervjuene vanskelig. Han sier at for stor åpenhet og krav om nøytralitet i forskning, fører til uforholdsmessig lange intervjuer og manglende utdyping av informantenes svar. Jeg tenkte ikke i denne retningen i intervjuprosessen. Tvert imot, tenkte jeg at jo lenger intervjuet varte og jo mer informasjon jeg fikk om tematikken, desto mer datamateriale kunne belyse problemstillingen. Det er naturlig å tenke at informasjonen er mer verdifull om den kommer fra ikke-ledende spørsmål, og det bør kunne stilles spørsmål ved gyldigheten av utsagnene hvis intervjueren leder informanten i stor grad. Ifølge Warnke (2016) er en samtale mer ekte, desto mindre førende den er; vi skal ideelt sett «falle inn i den».

5.2.3 Språk og kommunikasjon

Det kan tenkes at min forforståelse også påvirket språket og måten jeg kommuniserte på. Språket vårt er grunnleggende for forståelse (Bårdsen, 2012). Ifølge Wifstad (2018, s. 132), er ikke språk og kommunikasjon først og fremst utveksling av informasjon, men et felles mål om å forstå. I det man tar språket i bruk, aktiveres ens forforståelse (Bårdsen, 2012), og det kan tenkes at jeg benyttet ord og begreper omkring eksempelvis trening og ernæring som informantene ikke var vant med eller kjente til. Vi vil naturligvis dele noen aspekter av sosial og kulturell forståelse med informantene, men vi vil også forstå verden gjennom begrepene og betydningene som er spesifikke for vår bakgrunn og de miljøene vi tilhører (Kelly, 2010, s. 311). Jeg hadde noe fokus på dette ved å prøve å forenkle språket i spørsmålene. Jeg utførte et pilotintervju i den forbindelse, hvor jeg fikk tilbakemelding på språket. Dette kan ha medført at min forforståelse var mindre synlig i språket enn den kanskje ville vært uten å ta dette hensynet. Ved bruk av kvalitative intervjuteknikker i helseforskning, kan skille mellom ekspert og brukers forståelse av språk være av stor betydning, ikke bare i valg av ord, men også hvordan det brukes til å uttrykke meninger (Kelly, 2010, s. 311)

5.2.4 Tolking i selve intervjuet

Informantene kunne tidvis ha lange svar, med mye og forskjellig informasjon, og da forsøkte jeg å hente ut mening ved å oppsummere. En slik oppsummering kunne starte med følgende utsagn: «Hvis jeg har forstått deg riktig, så sier du at...». Da fikk jeg ofte respons som: «Ja, det kan du si» eller «Ja, det var godt sagt»; de virket enige i mine tolkninger. Spørsmålet er om jeg lyttet tematisk og fortolkende, eller om min forforståelse medførte at jeg oppsummerte de delene av svarene jeg ville høre. I hvilken grad kan jeg avgjøre betydningen i utsagnene?

Wifstad (2018, s. 122) sier at intervjueren kan prøve å formulere det implisitte budskapet, sende det tilbake til informanten og i beste fall få en umiddelbar bekreftelse eller avkreftelse av fortolkningen. Selv om informantene syntes jeg oppsummerte godt, er ikke det nødvendigvis ensbetydende med at det var det jeg sa som var betydningen i det de sa. Ifølge Kvale (2005) må gyldigheten av intervjuerens tolkning av utsagnets betydning, avgjøres av informanten selv. Det kan være lurt å se etter hva man selv kan legge til side for å, på best mulig måte, kunne gjengi informantenes utsagn og historier på en lojal måte (Malterud, 2017, s. 42). Hadde jeg skjønt dette tidlig nok, kunne jeg ha identifisert sider ved min forforståelse som påvirket tolkningen av svarerne, og kanskje til og med lagt den midlertidig bort. Selv om jeg hadde problemstillingen i bakhodet, var det saken det taltes om, og som var essensiell (Bårdsen, 2012). Intervjueren bør alltid betrakte informanten som likeverdig og ha tillit til at det han eller hun har å si om noe, er betydningsfullt for vedkommende.

5.3 Analysen

Jeg hadde kort tid mellom intervjuene, noe som gjorde at jeg ofte ikke fikk muligheten til å analysere tilstrekkelig underveis. Det kan tenkes at inntrykkene forsvinner og at forforståelsen tar mer over dersom det går for lang tid mellom intervju og analyse. Buus et al. (2012) mener at et ideal er å gjennomføre analyser underveis og bruke innsikten man får til å kontinuerlig utvikle nye strategier. I resultatene kom det frem ulike måter en forsker kan være refleksiv på. Dersom jeg bedre hadde planlagt og tilrettelagt for analyse imellom intervjuene, kunne jeg for eksempel ha lyttet til lydopptakene flere ganger for å høre etter hvordan egen forforståelse kom til uttrykk. Deretter kunne jeg tydeligere ha sett hva jeg burde gjort annerledes for å styrke intervjuene; revidert intervjuguiden ytterligere, stilt flere oppfølgingsspørsmål og generelt strebet etter større åpenhet.

5.3.1 Å forske alene

I arbeidet med analysen, kunne det være vanskelig å ta beslutninger for hva tekst skal bety. Å forske alene kan, ifølge Malterud (2017, s. 42), føre til blind selvopptatthet. Med den ryggsekken av oppfatninger og erfaringer jeg hadde med meg inn i prosjektet, kan det tenkes at jeg lette etter spesifikke elementer i prehabiliteringsprogrammet da jeg leste transkripsjonene. Debesay et al. (2008) mener at implisitte fordommer, som vi ikke har noen bevisst kontroll over, har innflytelse på våre tolkninger uten at vi er klar over det. Dette krever at vi identifiserer og tematiserer fordommene slik at vi kan komme frem til en riktig forståelse i henhold til problemstillingen. Jeg opplevde det utfordrende å forholde meg åpen og samtidig ha et fokus på at forforståelsen min virket inn på hva jeg ville forstå. I studiens resultater, kan

det se ut som jeg ubevisst så etter tydelige svar i analyseprosessen; hva som eksplisitt kunne si noe om trening og helse. Dette gjenspeiler seg noe i valg av temaer, under- og hovedkategorier. Ifølge Malterud (2017, s. 43), er de mønstrene vi ser i vårt datamateriale, avhengig av hvilke mønstre vi har evne til å gjenkjenne. Imidlertid, kan jeg undre meg over om deltakernes betydning i det de sa, lå der hvor jeg plasserte betydningen.

5.3.2 Å forske med andre

Det ble også gjort analysearbeid med prosjektets veiledere og medstudenter. Som det fremkommer i resultatene, kan det være fordelaktig å diskutere og evaluere de ulike sidene ved forskningsprosessen med andre. Samtidig som vi så mye av det samme i transkripsjonene, åpnet de øynene mine opp for andre alternative tolkninger. To forskere kan tolke det samme tekstmateriale ulikt ved å legge betydning på forskjellige steder (Malterud, 2017, s. 41). Dette skyldes ikke nødvendigvis en subjektiv vilkårlighet i tolkningen av betydning, men kan komme av at leserne stiller ulike spørsmål til teksten og derfor får ulike svar (Kvale, 2005). Jeg er uerfaren i forskerrollen, og det kan tenkes at mine veilederes erfaring utfordret min forforståelse og bidro til å utvide mitt synsfelt. I tillegg, er veilederne «lenger unna» prosjektet, noe som gjør at de kan se ting fra et mer objektivt ståsted. Jeg blir med dette konfrontert med andres innsikt, og i den grad jeg tar hensyn til det, kan det styrke analysen. Malterud (2017, s. 42) mener at forskeren hele tiden bør spørre sine medarbeidere eller rådgivere om hvordan prosessen påvirkes av forskerens ståsted og dermed avgjør utfallet av tolkningen. Innspillene fra veilederne kan også ha bidratt til utsiling av misforståelser, som nettopp kommer av fordommene jeg har med meg. Det er imidlertid ikke slik at jeg forstår bedre, men snarere at jeg forstår på en annen måte.

5.3.3 Hvordan finne betydning?

Etter at transkripsjonene var lest, begynte jeg å lete etter betydning i materiale. Det var vanskelig å vite hvor jeg skulle begynne. Ifølge Kvale (2005) innebærer en hermeneutisk forståelse av tolkning, et legitimt mangfold av tolkninger. Hvordan skal vi så identifisere disse? Betydningen av alle dataene, enten det er transkripsjoner eller analysert tekst, informerer forskeren om betydningen av dens deler, og i sin tur kaster betydningen av delene lys over helheten (Levitt et al., 2015). Men, dersom min forståelse går i en sirkel fra helhet til del og fra del til helhet, hvordan kommer jeg inn i sirkelen i utgangspunktet? Ifølge Warnke (2016) trenger vi ikke å oppdage et bestemt middel for å gå inn i sirkelen, da vi til enhver tid allerede befinner oss i den; vi vil alltid forstå noe. Hvilken betydning vi finner i en tekst, vil avhenge av spørsmålene vi stiller til den (Kvale, 2005). Debesay et al. (2008) mener det er to

viktige undringer vi kan gjøre oss: Hva slags betydning? Betydning for hvem? Dersom jeg mer aktivt hadde undret meg over dette gjennom analysen, kan det tenkes at jeg hadde funnet mer tekst av betydning for deltakerne ved å klare å se hva deres utsagn egentlig representerte. Det kan også tenkes at jeg hadde funnet annen tekst. Som resultatene viser, kan det være en risiko for at vi går glipp av betydning ved å gå for fort frem i analyseprosessen. Det er en mulighet for at min forforståelse medførte at jeg inkluderte tekstutdrag som ikke burde ha vært med videre i prosessen, og ekskluderte noe som burde ha vært med. Ifølge Debesay et al. (2008) må man kunne skille mellom det betydelige og det ubetydelige for å oppnå sammenheng. Forholdet mellom helheten og dets individuelle deler må imidlertid ikke sees på som en ond sirkel, som man ikke kan unnsnippe (Debesay et al., 2008). I den hermeneutiske sirkelen blir man aldri værende på samme sted. Man tilegner seg stadig ny kunnskap, og på den måten kan sirkelen ses på som en positiv sirkel.

6.0 KONKLUSJON

Min forforståelse kom mer til syne for meg etter hvert som jeg kom lenger ut i forskningsprosessen. Jeg hadde på forhånd noe teoretisk innsikt i forforståelsens påvirkningskraft, men visste lite om hvordan og på hvilke måter den ville arte seg i praksis. Resultatene viser at forforståelsen alltid vil være med oss i en forskningsprosess. Det er først når vi tar hensyn til den, vi kan handle transparent. Refleksivitet, åpenhet og fleksibilitet kan fungere som verktøy i møte med forforståelsen. I intervjuet kan det være fordelaktig å lytte til informanten, og i analysen bør vi aktivt stille spørsmål til teksten. Jeg kom inn prosjektet med fordommer, og jeg forsto det jeg forsto ut ifra min horisont. Min forforståelse påvirket intervjuet og analysen på flere, ulike måter. I bestefall, kan den ha gitt styrke til prosjektet, men den kan også ha gjort meg mindre åpen. Etter hvert som jeg fikk økt forståelse for hvordan forforståelsen virket inn, forsøkte jeg å gjøre fortløpende justeringer i forbindelse med intervjuguiden, måten jeg stilte spørsmål på og språket jeg brukte. Samarbeidet jeg hadde med veiledere og medstudenter i analysen, kan ha bidratt til å utvide min forståelseshorisont og dermed gitt meg utvidet forståelse.

7.0 LITTERATUR

- Bergsland, M. D. (2021). Refleksivitet i empirisk kvalitativ forskning på symbolske maktrelasjoner. *Norsk pedagogisk tidsskrift*, 105(1), 42-54. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-2987-2021-01-05>
- Brinkmann, S. (2013). *Qualitative Interviewing*. Oxford University Press.
- Buus, N., Hansen, H. P., Huniche, L., Hvidt, N. C., Rostgård, L. & Johannessen, H. (2012). Fleksibilitet i forskningsprosessen. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 2(2), 157-164. <https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2012-02-07>
- Bårdsen, B. (2012). Gadammers forståelsesbegreper illustrert gjennom en veiledningssituasjon. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 9(2), 111-121. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2012-02-03>
- Debesay, J., Nåden, D. & Slettebø, Å. (2008). How do we close the hermeneutic circle? A Gadamerian approach to justification in interpretation in qualitative studies. *Nursing Inquiry*, 15(1), 57-66. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1440-1800.2008.00390.x>
- Haynes, K. (2012). Reflexivity in qualitative research. I G. Symon & C. Cassell (Red.), *Qualitative organizational research: Core methods and current challenges* (s. 72-89). SAGE Publications.
- Hjerm, M., Lindgren, S. & Blomgren, E. (2011). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig analyse*. Gyldendal akademisk.
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2021). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (6. utg.). Abstrakt forlag.
- Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (2017). Kvalitative analysetraditioner i samfunnsvidenskabelig forskning. I M. Järvinen & N. Mik-Meyer (Red.), *Kvalitativ analyse: syv traditioner* (s. 9-26). Hans Reitzel.
- Kelly, S. E. (2010). Qualitative interviewing techniques and styles. I I. Bourgeault, R. Dingwall & R. de Vries (Red.), *The SAGE handbook of qualitative methods in health research* (s. 307-326). SAGE Publications.
- Kvale, S. (2005). Om tolkning af kvalitative forskningsinterviews. *Nordic Studies in Education*, 25(1), 3-15. <https://doi.org/10.18261/ISSN1891-5949-2005-01-02>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Levitt, H. M., Lu, E. C., Pomerville, A. & Surace, F. I. (2015). Pursuing the question of reflexivity in psychotherapy and qualitative methods: The contributions of David L. Rennie. *Counselling and Psychotherapy Research*, 15(1), 3-11. <https://doi.org/10.1002/capr.12021>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforl.
- Warnke, G. (2016). *Hermeneutics*. <https://oxfordre.com/literature/view/10.1093/acrefore/9780190201098.001.0001/acrefore-9780190201098-e-114#acrefore-9780190201098-e-114-bibliography-0001>
- Wifstad, Å. (2018). *Vitenskapsteori for helsefagene*. Universitetsforl.

VEDLEGG

Vedlegg 1. Søkehistorikk fra elektroniske søk

Søk nr	Søkeord	Antall treff	Antall artikler vurdert	Antall artikler inkludert
Database: Oria				
1.	Kvalitativ forskning	1 671	0	0
2.	Forforståelse	300	0	0
3.	Hermeneutikk	299	2	0
4.	1 OG 2	153	8	3
5.	1 OG 3	66	3	1
Database: Web Of Science				
1.	Qualitative Research	314 509	0	0
2.	Hermeneutics	9 995	0	0
3.	Reflexivity	9 646	0	0
4.	1 OG 2	513	7	1
5.	1 OG 2 ELLER 3	8 051	0	0

Vedlegg 2. Intervjuguide

Intervjuguide

- Hvordan opplevde du prehabiliteringsprogrammet?
- Hva opplevde du at du mestret i prehabiliteringsprogrammet?
- Hvordan opplevde du den fysiske treningen?
 - Hvordan opplevde du treningsveiledningen?
 - Hvilke erfaringer har du med fysisk trening?
- Hvordan opplevde du kostholdsveiledningen?
- Hvordan opplevde du mestrings- og læringskursene?
- Hvordan opplevde du oppfølgingen fra forløpskoordinatoren?
- Hva gjorde at du klarte å stå i prehabiliteringsprogrammet?

- Var det noe i programmet som motiverte deg til å fortsette med det? Hva?
- Hva i prehabiliteringsprogrammet var viktig for at du klarte å fullføre det?
- Opplevde du at du fikk medvirke i prehabiliteringsprogrammet? På hvilken måte?
- Hva utfordret deg i prehabiliteringsprogrammet?
 - Var du noen gang i ferd med å gi opp?
- Hva har du lært/hva slags kunnskap har du fått?

Godkjenning av sammendrag

14.11.2021, 11:47

Telenor E-post :: Re: Oppgavestruktur

Emne **Re: Oppgavestruktur**



Fra Sidsel Tveiten
<stveiten@oslomet.no>

Til Joakim Bjoernerem
<joabjoer@online.no>

Kopi til Kari Anne Hakestad
<kahak@oslomet.no>

Dato 13.11.2021 21:56

Sammendrag godkjent. Mailen kan legges ved. Mvh
Sidsel Tveiten

Sendt fra min iPhone

Artikkeltittel

Undertittel

Forfatternavn

Forfatter 1, tilknytning, epost

Forfatter 2, tilknytning, epost

Sammendrag

Article title

Vitenskapelige artikler, essays og fagartikler skal ha et sammendrag på maksimum 150 ord. Sammendraget skal skrives på engelsk med en engelsk oversettelse av den norske tittelen. Til slutt i sammendraget bes forfatterne komme med forslag på 3–6 nøkkelord som kan være en veiviser mot arbeidets innhold. Nøkkelordene skrives på norsk og engelsk.

Nøkkelord

komma, mellom, nøkkelord

comma, between, keywords

Artikkeltype

Om denne artikkelmalen

Teksten i dette dokumentet er et utdrag fra tidsskriftets forfatterinstruks. For fullstendig forfatterinstruks gå til tidsskriftets [webside](#).

Manuskriptene blir rutinemessig kjørt gjennom en plagiatkontroll.

Word-stiler

Det meste av formatteringen i manuskriptet skal skje ved hjelp av stiler i Word. Manuskriptet skal ikke ha innrykk, tabulator, understreking, punkter og lignende, verken i teksten eller i overskriften. Sideskift og tomme linjer mellom avsnitt bør unngås.

Hovedteksten i manuskriptet (f.eks teksten i dette avsnittet) skal ha stilen «Normal».

Overskrifter

Tidsskriftet benytter opptil tre nivåer av overskrifter. For overskrifter skal forfatter bruke Word-stiler: Ov1 NTH, Ov2 NTH og Ov3 NTH.

Sitater

Sitater inntil tre linjer settes inn som en del av hovedteksten – med stilen «Normal». Sitater over tre linjer har stilen «Sitat».

Dette er eksempel på et sitat over tre linjer. Dette er eksempel på et sitat over tre linjer. Dette er eksempel på et sitat over tre linjer. Dette er eksempel på et sitat over tre linjer. Dette er eksempel på et sitat over tre linjer. Dette er eksempel på et sitat over tre linjer.

Om litteraturliste

Overskriften «Litteratur» skal ha stilen «Ov1 NTH». Kildene skal ha Word-stilen «Kilder». Tidsskriftet benytter referansestilen APA 6th.

Av hensyn til fagvurderingsprosessen skal henvisning til forfatterens egne publikasjoner anonymiseres.

Referansene i litteraturlista skal alltid inkludere DOI (Digital Object Identifier) for kildene som har dette. DOI skal være en klikkbar URL, og plasseres sist i referansen. Hvis du er usikker på hva DOI-koden til en referanse er, eller om en DOI-kode finnes, kan du søke på <http://www.crossref.org/simpleTextQuery>.

Litteratur

Alvesson, M. & Sköldbberg, K. (2017). *Tolkning och reflektion. Vitenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. (2.utg.) Lund: Studentlitteratur

Halding, A.G., Heggdal, K. & Wahl, A. (2011). Experiences of self-blame and stigmatisation for self-infliction among individuals living with COPD. *Scandinavian Journal of Caring Science* 25(1), 100–107.
<http://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00796.x>

Postadresse:
Postboks 95
1478 Lørenskog

Sentralbord:
02900

Org.nr:
NO 983 971 636 MVA

www.ahus.no

PERSONVERNOMBUDETS UTTALELSE

Til: Geir Arne Larsen, Avdelingssjef
Gastrokirurgisk avdeling
Kirurgisk divisjon
Akershus universitetssykehus HF

Kopi: Joakim Karsrud Bjørnerem, masterstudent
Oslo Met - Storbyuniversitet
Sidsel Tveiten
Professor og veileder
Oslo Met - Storbyuniversitet

Fra: Personvernombudet ved Akershus
universitetssykehus

Dato: 25.11.2020

Offentlighet: Ikke unntatt offentlighet

Sak: Personvernombudets uttalelse til innsamling og
behandling av personopplysninger

Saksnummer/ 2020_187
Personvernnummer: 20/12695

Personvernombudets uttalelse i forbindelse med innsamling og behandling av personopplysninger i studentprosjekt «Hva i prehabiliteringsprogrammet har hatt betydning for å stå i og gjennomføre det?»

Prosjektbeskrivelse:

«Hensikten med denne studien er å undersøke hva i prehabiliteringsprogrammet som har hatt betydning for deltakerne for å stå i og gjennomføre det. Formålet er at kunnskapsgrunnlaget skal kunne bidra til videreutvikling av programmet.»

Viser til innsendt melding om behandling av personopplysninger. Det følgende er et formelt svar på meldingen. Forutsetningene nedenfor må være oppfylt før rekruttering av pasienter og behandling av personopplysninger i prosjektet kan starte.

Med hjemmel i forordning (EU) nr. 2016/679 (generell personvernforordning) artikkel 37, er det oppnevnt personvernombud ved Akershus Universitetssykehus (Ahus).

Den behandlingsansvarlige skal sikre at personvernombudet på riktig måte og i rett tid involveres i alle spørsmål som gjelder vern av personopplysninger, jf. artikkel 38. Artikkel 30 pålegger Ahus å føre oversikt over hvilke behandlinger av personopplysninger virksomheten har. Behandling av personopplysninger meldes derfor til sykehusets personvernombud.

Personvernombudet anbefaler at den planlagte behandlingen av personopplysninger kan igangsettes under forutsetning av følgende:

1. Dataansvarlig institusjon er OsloMet - Storbyuniversitet (Oslo Met). Ahus er dataansvarlig for egne opplysninger frem til utlevering har funnet sted.

2. Avdelingsleder og forskningsansvarlig i divisjonen ved Ahus har godkjent gjennomføringen av prosjektet.
3. Norsk senter for forskningsdata (NSD) har vurdert prosjektets behandling av personopplysninger å være i samsvar med personvernforordningen, med referanse 769294.
4. Behandlingen av personopplysninger i prosjektet skjer i samsvar med dataansvarlig institusjons rutiner og innenfor formål oppgitt i meldingen.
5. NSD vurderer at det rettslige grunnlaget for behandling av personopplysninger er personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).
6. Dataansvarlig institusjon er ansvarlig for å vurdere om det er behov for å gjennomføre en personvernkonsekvensvurdering (DPIA), jf. personvernforordningen artikkel 35. Ved endringer i behandlingen av personopplysninger i prosjektet bør det tas en ny vurdering av om DPIA skal gjennomføres.
7. Rekruttering av pasienter skjer med grunnlag i en behandlingsrelasjon hvor det foreligger tjenstlig behov for oppslag i pasientjournal. Medisinsk ansvarlig lege i prehabiliteringsteamet på Ahus kontakter aktuelle deltakere og informerer om studien, og ber om tillatelse til at masterstudent tar kontakt og inviterer de med i studien. Masterstudentens veileder vil motta en fysisk liste over de som takker ja, og denne listen låses inn i skap ved OsloMet når den ikke er i bruk. Studenten tar kontakt via telefon fra OsloMet sine lokaler og aktuelle deltakere får ytterligere informasjon om studien, før tid og sted for intervju avtales.
8. Informasjons- og samtykkeskriv vedlagt meldingen skal benyttes. Skriv vil bli sendt per post etter telefonsamtale. Samtykkeerklæringen skrives under på og leveres masterstudenten før intervjuet starter. Personvernombudet anbefaler at følgende endres eller inntas i skrevet:
 - a. Det rettslige grunnlaget for behandlingen av personopplysninger i prosjektet bør fremgå, ref. punkt 5 ovenfor.
 - b. Kontaktinformasjon til Datatilsynet (postkasse@datatilsynet.no) samt lokal prosjektleder/kontaktperson og personvernombud (personvern@ahus.no) ved Ahus bør fremgå.
 - c. Bruk av begrepet «*anonymiserte*» er misvisende og bør endres. Da prosjektet benytter kodeliste som kobler indirekte identifiserbare data med personopplysninger, vil opplysningene aldri kunne være anonyme. Korrekt begrepsbruk er dermed *pseudonymisert*.
9. Utfylte samtykkeerklæringer låses inn i skap i OsloMet sine lokaler.
10. Intervjuguiden vedlagt meldingen skal benyttes som et utgangspunkt.
11. Intervjuene blir tatt opp på båndopptaker som er i tråd med Oslo Met sine etiske retningslinjer for lydopptak. Båndopptakeren skal ha et eksternt minnekort, og opptakene skal overføres til en kryptert enhet.
12. Transkribering av opptak foretas fortløpende på PC uten nettilkobling. Opptakene slettes fra båndopptakeren etter transkripsjon. Lydopptaker, minnekort og kryptert enhet tas med til IT-servicedesk for å sikre fullstendig sletting etter prosjektslutt, 31.12.2022.
13. Kodeliste som kobler indirekte identifiserbare data med personopplysninger lagres adskilt fra øvrig data, og vil kun være tilgjengelig for studenten og veileder fra OsloMet.
14. Det anbefales at prosjektet sørger for gode rutiner for kvalitetskontroll, tilgangsstyring og håndtering av eventuelle avvik.
15. Prosjektslutt er 31.12.2022, i tråd med NSDs vurdering. Det er opplyst at NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysninger er avsluttet.
16. Det fremgår av prosjektbeskrivelsen at opplysningene slettes 01.06.2023. Det presiseres at det følger av datamineringsprinsippet i personvernforordningen artikkel 5 nr. 1



bokstav c at «Personopplysninger skal være adekvate, relevante og begrenset til det som er nødvendig for formålene de behandles for».

17. Dersom formål, utvalget av inkluderte eller databehandlingen endres må personvernombudet gis forhåndsinformasjon om dette i likhet med NSD. Endringsmelding til personvernombudet sendes via eSkjema.

Prosjektleders beskrivelse av behandlingen av personopplysninger i prosjektet er lagt til grunn i denne vurderingen. Det er prosjektleders ansvar å påse at opplysningene som oppgis er korrekte.

Prosjektet er registrert i oversikten over tilrådinger og uttalelser til forskning og kvalitetsprosjekter som personvernombudet fører for sykehuset. Oversikten er offentlig tilgjengelig.

Lykke til!

Med vennlig hilsen
for personvernombudet

Hans Tangen
Personvernrådgiver/Jurist
Akershus universitetssykehus HF
Epost: forskning.personvern@ahus.no
Web: www.ahus.no

Dokumentet er signert elektronisk



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Hva i prehabiliteringsprogrammet har hatt betydning for å stå i og gjennomføre det?

Referansenummer

769294

Registrert

16.10.2020 av Joakim Karsrud Bjørnerem - s320310@oslomet.no

Behandlingsansvarlig institusjon

OsloMet - storbyuniversitetet / Fakultet for helsevitenskap / Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Sidse Tveiten, sidse.tveiten@oslomet.no, tlf: 99707958

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Joakim Karsrud Bjørnerem, joabjoer@online.no, tlf: 95416481

Prosjektperiode

05.10.2020 - 31.12.2022

Status

16.11.2020 - Vurdert

Vurdering (1)

16.11.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 16.11.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helse og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2022.

LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Lene Chr. M. Brandt

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Forespørsel om deltakelse i studien

«Hva har hatt betydning for å stå i og gjennomføre prehabiliteringsprogrammet»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en studie hvor hensikten er å undersøke hva i prehabiliteringsprogrammet ved Ahus som har hatt betydning for å stå i og gjennomføre det. Formålet er å bidra til videreutvikling av prehabiliteringsprogrammet. Jeg er mastergradsstudent ved OsloMet og denne studien vil være en del av min masteroppgave. Ahus har inngått et samarbeid med OsloMet og invitert studenter til å forske på ulike deler av prehabiliteringsprogrammet. Det finnes flere studier som ser på sammenhenger mellom livsstilsfaktorer og overlevelse av kreft, men få av studiene ser på prehabilitering som konsept. Forskningen fremhever behovet for å benytte kvalitative undersøkelser (f. eks intervju) for å kunne møte pasienters spesifikke behov og gjøre prehabiliteringsprogram mer pasientsentret. Jeg har ikke lyktes med å finne forskning på hva i et prehabiliteringsprogram som har betydning for pasienter med kolorektal kreft for å stå i og gjennomføre det.

I dette skrevet får du informasjon om studien og hva deltakelse vil innebære for deg.

Hvem er ansvarlig for studien?

Dette er en masteroppgave, og OsloMet - storbyuniversitet er ansvarlig for studien.

Studien gjøres i samarbeid med Akershus Universitetssykehus (Ahus).

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du blir spurt om å delta fordi du har vært pasient ved Ahus og gjennomført prehabiliteringsprogrammet. Du utfyller inklusjonskriteriene for studien. I denne studien er jeg ute etter dine erfaringer med programmet. Det er ti personer som blir spurt om å delta i studien.

Kontaktopplysninger er innhentet fra medisinsk ansvarlig lege ved Ahus. Jeg fikk en liste fra prosjektansvarlig ved Ahus med navn og telefonnummer etter at du takket ja til å delta i studien.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i studien, innebærer det at du lar deg intervjuet. Det vil ta deg 1-1,5 timer. Intervjuet inneholder spørsmål om hva i prehabiliteringsprogrammet som var viktig for å gjennomføre det, hva du opplevde at du mestret og hva som var utfordrende. Intervjuet vil bli tatt opp med en lydopptaker.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Opplysningene om deg skal kun brukes til formålene vi har fortalt om i dette skrivet, og planlegges brukt til 2022. Opplysningene behandles konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i opplysningene. Du har rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene. Du kan klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet og institusjonens personvernombud.

Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med koder som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Båndopptaker som benyttes under intervju har et eksternt minnekort, og opptakene overføres til en kryptert minnepenn. Lydopptak slettes etter transkripsjon. Datamaterialet lagres og redigeres på PC uten nettilkobling.

Det er mastergradsstudent og veileder ved OsloMet som skal ha tilgang på opplysningene som samles inn. Ansatte ved Ahus vil utelukkende få tilgang til (anonymiserte/pseudonymiserte) resultater fra studien. Du vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjon av studien.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra OsloMet - storbyuniversitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i denne studien er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med: OsloMet - storbyuniversitet ved mastergradsstudent Joakim K. Bjørnerem, tlf: 954 16 481, e-post: joabjoer@online.no og veileder Sidsel Tveiten, tlf: 997 07 958, e-post: sidsel.tveiten@oslomet.no.

Vårt personvernombud: Ingrid Jacobsen, tlf: 67 23 55 34, e-post: personvernombud@oslomet.no

Kontaktperson ved Ahus: marit.kristine.hofset@ahus.no

Personvernombud ved Ahus: personvern@ahus.no

Datatilsynet: postkasse@datatilsynet.no

Med vennlig hilsen

Joakim K. Bjørnerem
(Mastergradsstudent)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjonen, og samtykker til å delta i studien.

Jeg samtykker til at mine opplysninger brukes slik det er beskrevet og at de behandles frem til studien er avsluttet, 31.12.2022.

Sted og dato

Deltakers signatur

Vedlegg 6) Klausuleringskjema

Leveres sammen med oppgaven i Inpera

KLAUSULERING AV OPPGAVE AV ANDRE GRUNNER ENN LOVBESTEMT TAUSHETSPLIKT

AVTALE INNGÅTT MELLOM OSLOMET – STORBYUNIVERSITETET, FAKULTET FOR HELSEVITENSKAP

OG STUDENT Joakim K. Bjørnerem

FØDT 05.05.1990

Studentnummer: 320310 Studieprogram: Master i Empowerment og helsefremmende arbeid

Der master- eller bacheloroppgaver ikke inneholder opplysninger undergitt lovbestemt taushetsplikt, kan OsloMet – storbyuniversitetet med hjemmel i åndsverksloven § 27, jf. offentlighetsloven § 2 og § 6 nr. 6, gi forskere og studenter *innsyn* i oppgaven, men uten at disse kan sitere fra oppgaven.

Studenten kan reservere seg mot at oppgaven gjøres tilgjengelig i universitetets åpne vitenarkiv, ODA. Dersom denne adgangen til klausulering benyttes, må varighet og begrunnelse angis fra studentens side. Oppgaven vil da bli oppbevart i et lukket arkiv i den oppgitte perioden.

Jeg reserverer meg herved mot at oppgaven gjøres tilgjengelig i universitetets åpne vitenarkiv, ODA før embargotidens utløp (1-5 år).

Opgavens tittel: Hva i prehabiliteringsprogrammet har hatt betydning for deltakerne for å stå i og gjennomføre det? – en kvalitativ studie. Hvordan kan forskerens forforståelse påvirke planleggingen og gjennomføringen av intervjuet og analysen?

Adresse: Sofienberggata 25D	
Telefon: 95416481	
E-post: joabjoer@online.no	

Faglig veileder:	
Institutt:	
Jeg tilrår at oppgaven klausuleres	Sted: <i>Kjeller</i> Dato: <i>12-11-2021</i>
	Veileders underskrift: <i>Kan Anne Hakestad</i>

Maksimumstid for denne type klausulering er 5 – fem år (embargotid).

Klausuleringen gjelder for 5 år og settes på grunn av: å holde av artikkelen til publisering i tidsskrift.

Joakim K. Bjørnerem

.....Joakim K. Bjørnerem.....
studentens underskrift

Vedlegg 7) ROS-analyse

RISIKO- OG SÅRBARHETSANALYSE FOR FORSKNINGSPROSJEKT VED OSLOMET

Fyll ut arkene 1) Risikovurdering og 2) Oppsummering_Prioritering.

Se på arkfanen "Veileder" for ytterligere informasjon.

Forskningsprosjekt - tittel:	Hva i prehabiliteringsprogrammet har hatt betydning for å stå i og gjennomføre det?
Prosjektleder:	Joakim Bjørnerem
Prosjektnr NSD (hvis aktuelt):	769294
Prosjektnr REK (hvis aktuelt):	[Tall]
Prosjektnr i UBW (Agresso) (hvis aktuelt):	[Tall]
Prosjektets formål (kort beskrivelse):	Undersøke hva i prehabiliteringsprogrammet som har hatt betydning for deltakerne for å stå i og gjennomføre det. Kunnskapsgrunnlaget skal kunne bidra til
Antall registrerte informanter :	5
Kategorier av registrerte informanter (f.eks. studenter, medlemmer i et medlemsregister, pasienter)	Pasienter
Beskriv hvordan eventuelle koblingsnøkler lagres:	Minnepenn er passord beskyttet, kryptert slik at bare den som handler koden kan komma åt inneholdt låst i
Antall prosjektmedarbeidere i forskningsprosjektet?	En masterstudent og to veiledere

Dokumentet skal lagres i arkivsystemet P360. Slik gjør du det:

- 1) Trykk på 360° øverst på høyre side i menylinja, etter at du har fylt ut skjemaet.
- 2) Logg på P360.
- 3) Trykk: Lagre som nytt dokument i P360. Det åpnes et vindu/sak i P360. Velg "Notat uten oppfølging".
- 4) Fyll ut saksnummer som gjeld ditt fakultet/sentra og tittel på dokumentet. (Se egen bruksanvisning).
- 5) Trykk "Fullfør".

Saksnr i P360:

HV: 18/09630

LUI: 18/10490

SAM: 18/11207

SPS: 18/11221

SVA: 18/11208

TKD: 18/09703

Nr.	Kategorier	Underkategorier	Hendelse	Beskrivelse/verdivurdering	Risikoelement	Eksisterende tiltak	Risikonivå			Nye tiltak
							S	K	Risiko	
	Vurder kun hendelser og risikoelement som er reelle og relevante for dette prosjektet. Bruk nedtrekksmeny (drop down). Du kan velge samme kategori på flere linjer.	Benytt nedtrekksmeny (drop down).	Hva kan skje?	Hva er den uønskede hendelsen? Hvilke tap oppstår? Hvilken betydning for prosjektet?	Brudd på KIT (K = Konfidensialitet, I = Integritet, T = Tilgjengelighet). Se på arkfanen "Veileder" for ytterligere informasjon. <i>Fyll ut kolonnene til høyre, om eksisterende tiltak, risikonivå og nye tiltak, basert på de risikoelementene som er aktuelle, slik det er gjort i eksempelet</i>	Hva kan hindre det i å skje? Hvordan kan det oppdages? Spesifiser allerede eksisterende tiltak.	Sannsynlighet og konsekvens på en skala fra 1 til 4. 1 = Lav/liten, 4 = Svært høy. Risiko generes automatisk som resultat av sannsynlighet og konsekvens.			Beskriv forslag til nye tiltak. De kan deles opp i organisatoriske, menneskelige og teknologiske sikringstiltak.
EKSEMPEL	<i>Datainnsamling</i>	<i>Lyddopptak</i>	Mister diktafon/eksternt minnekort på vei fra informant til kontoret.	Uvedkommende får tilgang på opplysninger om informanter. Alle intervjudata som er lagret på diktafon/minnekort mistes. Betydning for prosjektet avhenger av hvor mye informasjon som er lagret på diktafonen.	Konfidensialitet (At informasjon ikke blir kjent for uvedkommende)	Overføre informasjon fra diktafon/eksternt minnekort til annen lagringsenhet (kryptert minnepenn) etter hvert intervju.	2	3	5	Kryptere diktafon. Vurdere å bruke mobilapp.
					Integritet (At informasjon ikke blir endret utilsiktet eller av uvedkommende)	[Tekst]			0	[Tekst]
						Tilgjengelighet (At informasjon er tilgjengelig ved behov)	Samme som for konfidensialitet.	3	4	7

1	Datainnsamling	Intervju	Tap eller tyveri av transkribert fil lagret på bærbart utstyr	Uvedkommende kan kjenne igjen opplysninger i filen, da den ikke er tilstrekkelig aidentifisert. Tap eller tyveri av fil lagret på bærbart utstyr	Konfidensialitet	Bærbart utstyr skal oppbevares trygt og innelåst etter at det brukt. Innsamlede data (lydfiler på minnekort) skal transkriberes og aidentifiseres umiddelbart etter intervju. Lydfiler oppbevares innlåst på kryptert minnepinne. Lydfilene slettes så raskt som mulig.	1	1	2	
					Integritet	Infomasjon skal ikke endres unødig ved aidentifisering	0	0	0	[Tekst]
					Tilgjengelighet	Filer skal ikke være tilgjengelig for uvedkommende. Det er kun studenten og veiledere som skal ha tilgang til de transkriberte intervjufilene .	1	1	2	
2	Datainnsamling	Lyddopptak	Koblingsnøkkel er ikke forsvarlig sikret	Koblingsnøkkel som avslører personidentifiserende data (navn, telefonnummer) avsløres og bidrar til at informanter identifiseres	Konfidensialitet	Lyddopptak lagres på et eksternt minnekort. Minnekortet låses og oppbevares separat i et skap og uten tilgang for uvedkommende. Lydfiler transkriberes umiddelbart og minnekort oppbevares i låsbart skap og de slettes etter OsloMets rutiner. Liste med koblingsnøkkel oppbevares i et annet låsbart skap sammen med signerte informerte samtykkeskjemaer (som oppbevares i lukkede konvolutter) på OsloMet.	1	1	2	
					Integritet	Infomasjon vil ikke endres og skal ikke være tilgjengelig for uvedkommende	1	1	2	[Tekst]
					Tilgjengelighet	kun studenten som har	1	1	2	[Tekst]

3	Analyse	Intervjukoding		Uønsket utlevering av personopplysninger	Konfidensialitet	Hver informant aidentifiseres (personnavn, stedsnavn og andre personidentifiserende data fjernes) ved transkripsjon slik at det ikke blir mulig å identifisere enkeltpersoner i teksten	1	1	2	
					Integritet	Infomasjon vil ikke andres vesentlig og den vil ikke være tilgjengelig for uvedkommende	0	0	0	
					Tilgjengelighet	Det er kun studenten som vil ha tilgang til informasjon.	1	1	2	
4	Analyse	Transkribering		Uønsket utlevering av personopplysninger	Konfidensialitet	Den som har gjennomført intervjuer og transkriberer intervjuene aidentifiserer informasjon slik at data som kan skape gjenkjenneelse (f.eks navn, sted, tid, sjelden diagnose) fjernes. Kun OsloMets PC brukes og denne må være frakoblet nettverk	1	1	2	[Tekst]
					Integritet	Infomasjonen vil ikke endres og kommer ikke til å være tilgjengelig for uvedkommende	0	0	0	[Tekst]
					Tilgjengelighet	Det er kun studenten og veileder som vil ha tilgang til tekstene	1	1	2	[Tekst]

5	Analyse	Andre		Uønsket utlevering av personopplysninger	Konfidensialitet	Ingen andre enn student og veileder(e) skal ha tilgang til transkriberte tekster. Alt materiale som analyseres er aidentifisert. Tekstanalysen gjøres manuelt evt ved hjelp av digitale programmer (som Nvivo) av studenten og studentens veileder(e).	1	1	2	[Tekst]
					Integritet	Informasjon vil ikke endres og skal ikke være tilgjengelig for uvedkommende	0	0	0	[Tekst]
					Tilgjengelighet	Det er kun studenten og veileder som har tilgang til informasjonen.	1	1	2	[Tekst]
6	Avslutning	Slette		Uønsket utlevering av personopplysninger	Konfidensialitet	Lydfiler lagres på krypterte minnepinner som oppbevares innelåst på OsloMet. Lydfiler transkriberes (og aidentifiseres) på en Pc som ikke er koblet til nettverk. Disse destrueres ved prosjektslutt. Koblingsnøkkel lagres innelåst et annet sted enn lydfilene, og slettes så raskt den ikke har noen verdi etter datainnsamling.	1	1	2	[Tekst]
					Integritet	Informasjon vil ikke være tilgjengelig for uvedkommende og vil ikke endres	0	0	0	[Tekst]
					Tilgjengelighet	Det er kun studenten og veileder som har tilgang til informasjonen.	1	1	2	[Tekst]

7	Avslutning	Anonymisering		Uønsket utlevering av personopplysninger	Konfidensialitet	I den ferdige masteroppgaven vil ikke informanters identitet kunne bidra til gjenkjenning. All presentasjon av informanter er anonymisert.	1	1	2	[Tekst]
					Integritet	Infomasjonen vil ikke endres og kommer ikke til å være tilgjengelig for uvedkommende	0	0	0	[Tekst]
					Tilgjengelighet	Det er kun studenten og veileder som har tilgang til informasjonen.	1	1	2	[Tekst]
8	Avslutning	Lagringskrav etter prosjektslutt		Uønsket utlevering av personopplysninger	Konfidensialitet	Minnekort, kodenøkkel og infomerte samtykkeskjemaer destrueres etter avsluttet prosjekt.	1	1	2	[Tekst]
					Integritet	Infomasjon vil ikke endres og skal ikke være tilgjengelig for uvedkommende	0	0	0	[Tekst]
					Tilgjengelighet	Det er kun studenten og veileder(e) som har tilgang til informasjonen.	1	1	2	[Tekst]
9	Teknisk	Andre		Uønsket utlevering av personopplysninger	Konfidensialitet	Transkriberingen av kvalitative data samlet via intervjuer skjer på universitetets PC'er ikke koblet til internet i tråd med OsloMets regler.	1	1	2	[Tekst]
					Integritet	Infomasjon vil ikke endres og skal ikke være tilgjengelig for uvedkommende	0	0	0	[Tekst]
					Tilgjengelighet	Det er kun studenten og veileder som har tilgang til informasjonen.	1	1	2	[Tekst]

Oppsummering/tiltaksplan på grunnlag av risikovurderingen:

I risikovurderingen (forrige ark), beskrev du ulike hendelser, risikonivåer og eksisterende samt nye tiltak knyttet til disse.

I denne oppsummeringen/tiltaksplanen ønsker vi at du beskriver nærmere hvordan du har prioritert de valgene du har gjort knyttet til å behandle data i prosjektet.

Skriv gjerne kort om hvilke vurderinger du har gjort for tiltakene du har valgt, og hvilke

OPPSUMMERING: Extern minnekort er passord beskyttet, kryptert slik at bare den som håndterer koden kan komme åt inneholdt låst inn når den ikke er i bruk.

Transkriberingen av kvalitative data samlet via intervjuer skjer på universitetets datorer

Forvares forsulten i ett kuvert (så at intet ens veiledere kan se dem) i universitets låste i skapet og destrueres etter avsluttet datainnsamling

Vurdering av risiko- og sårbarhetsanalyse i forskningsprosjekt

Risikovurderinger handler om tre aktiviteter:

1. Identifisere uønskede hendelser (risikoelementer).
2. Vurdere risikoen – sannsynlighet kombinert med konsekvens – for hver uønsket hendelse som er identifisert.
3. Evaluere og håndtere risikoen ved å for eksempel innføre tiltak som begrenser risikoen.

Noen begreper

Risikoelement er brudd på KIT (K = Konfidensialitet, I = Integritet, T = Tilgjengelighet)

En hendelse kan komme til å påvirke sikkerheten på en negativ måte

Konfidensialitet

At informasjon ikke blir kjent for uvedkommende

Integritet

At informasjon ikke blir endret utilsiktet eller av uvedkommende

Tilgjengelighet

At informasjon er tilgjengelig ved behov

Sårbarhet

Iboende svakhet i et system, menneske eller en bygning som kan utnyttes av en trussel

Sannsynlighet

Et mål for hvor ofte en hendelse opptrer

Konsekvens (skadeomfang)

Konsekvens er følgen av en hendelse. Den kan innvirke på økonomi, omdømme, tap av personlig anseelse, liv og helse eller kritiske funksjoner, eller føre til rettslig påtale

Risiko

Risiko er en kombinasjon av sannsynligheten for at en hendelse inntreffer og konsekvensen av en hendelsen.

Risikoeier

Risikoeier er den som har ansvar for risikoene ved en tjeneste eller et system. Det kan være tjeneste-/systemeier, linje-, prosjekt-, aktivitetsleder eller andre. Risikoeier er ansvarlig for at risikovurderinger gjennomføres og eier vanligvis tiltakene som iverksettes.

Risikovurderingsprosessen

Risikovurderingsprosessen kan deles opp i følgende aktiviteter:

1. Kartlegging av uønskede hendelser (risikoelementer/trusler)
2. Beskrivelse av sårbarheten risikoelementet utnytter
3. Beskrivelse av eksisterende beskyttelses- og kontrolltiltak
4. Vurdering av risikonivå (konsekvens og sannsynlighet)
5. Nye tiltak i forhold til risikoelementer
6. Kategorisering, sortering og prioritering av tiltak

Kategorisering

For hver hendelse (risikoelement/trussel) vurderes sannsynligheten for at den skal inntreffe og konsekvensen av at den inntreffer. I eksemplet under er det brukt en skala fra 1 til 4.

Konsekvens	4 Svært høy	Moderat	Høy	Høy	Høy
	3 Høy	Moderat	Moderat	Høy	Høy
	2 Moderat	Lav	Moderat	Moderat	Høy
	1 Liten	Lav	Lav	Moderat	Moderat
		1 Lav	2 Moderat	3 Høy	4 Svært høy
		Sannsynlighet			

Risikonivå

Risikonivået er en kombinasjon av sannsynlighet og konsekvens. For å finne verdien av risikoen (risikonivået) summeres verdiene av konsekvens og sannsynlighet.

I matriseeksemplet ovenfor er lav risiko (Grønn): 2-3, medium risiko (Gul): 4-5 og høy risiko (Rød): 6-8.

Valg av akseptabel risiko eller risikoapetitten (som vises ved størrelsen av de grønne, gule og røde områdene) gjøres vanligvis i samarbeid med institusjonens ledelse. Risikoelementer i rød sone utgjør en uakseptabel risiko. Det må foreslås tiltak som reduserer enten sannsynlighet eller konsekvens. I gul sone må det avveies om risikoen er akseptabel eller om tiltak er nødvendig. Risikoelementer i grønn sone vurderes som så lave at de gjør man vanligvis ikke noe med.

Godkjenning, iverksetting og oppfølging av tiltak

Etter at det er gjennomført risikovurderinger, er det avgjørende at risikoen for uønskede hendelser håndteres. Det innebærer at man iverksetter tiltak for hver uønsket hendelse med en risikofaktor som ligger over institusjonens nivå for akseptabel risiko. Det finnes flere metoder for håndtering av risiko. De viktigste er å:

- Redusere risikoen ved å iverksette tiltak
- Godta risikoen slik den er
- Overføre risikoen til andre ved å tegne en forsikring eller lignende
- Unngå risikoen ved avslutte den risikofylte aktiviteten

Den vanligste metoden for å håndtere risiko er å sette inn tiltak som reduserer sannsynligheten for eller konsekvensen av en hendelse. Når man har valgt og prioritert tiltak i forhold til effekt og kost/nytte må de beskrives i en tiltaksplan (risikohåndteringsplan).

Oppsummering

Tiltaksplanen bør inneholde:

- En beskrivelse av hvilken risiko som skal reduseres
- Hvilke tiltak som skal iverksettes
- Bakgrunn for valg av tiltakene og forventede effekter
- Ansvarlige for å godkjenne planen
- Ansvarlige for å implementere tiltakene
- Aktiviteter knyttet til implementering
- Mål- og resultatkrav og avgrensninger i forhold til tiltakene
- Krav til rapportering og monitorering
- Plan og tidsrammer

OsloMet har tatt utgangspunkt i en mal som er utarbeidet av UH-sektorens sekretariat for informasjonssikkerhet ved UNINETT