

Anonym

Overvekt, fedme og stimga: En studie i sykepleieres holdninger mot pasienter med overvekt eller fedme.

Antall ord: 4949
Prosjektbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2021

Anonym

Overvekt, fedme og stimga: En studie i sykepleieres holdninger mot pasienter med overvekt eller fedme.

Antall ord: 4949
Prosjektbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2021

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

Sammendrag

Introduksjon: Overvekt og fedme er en økende folkehelseutfordring. Gruppen er i tillegg sårbar for stigmatisering som et resultat av avviket fra samfunnets kroppsnorm om hvordan et sunt individ skal se ut. Studien søker å finne ut hvorvidt samfunnets stigmatiserende holdninger mot individer med fedme eller overvekt også gjenspeiles i helsevesenet. Samt hvordan sykepleiere kan motvirke stigmatiseringen.

Metode: Studien bruker både kvalitativ og kvantitativ metode. Seks forskningsintervjuer av sykepleiere er gjennomført med hensikt i å få frem meninger og opplevelser angående holdninger overfor pasienter med fedme eller overvekt. En nettbasert spørreundersøkelse ble brukt til innsamling av kvantitativ data angående tematikken og ble besvart av 52 sykepleiestudenter.

Resultater: Studiens funn viser at sykepleiere og annet helsepersonell ofte henfaller til stigmatisering av individer med fedme eller overvekt. Sykepleiere preges av samfunnets ensidige vektfokus hvilket kan medføre en devaluering av individene med bakgrunn i deres vekt. Flertallet av respondentene i spørreundersøkelsen har opplevd dårlige holdninger mot pasienter med fedme eller overvekt. Mer kunnskap om tilstanden etterspørres, og sykepleiere må være bevisst på utfordringene med vektstigma. Studien foreslår å møte pasientene med respekt og ydmykhet, og se hele mennesket bak diagnosen.

Konklusjon: Vektstigma er en stor utfordring, da det kan føre til diskriminering og skam, og hører ikke hjemme i det moderne helsevesenet. Sykepleiere må søke å motvirke stigmatiseringen ved å være bevisste på at vektstigma finnes, møte pasientene med adekvat kunnskap om tematikken og se hele mennesket bak avviket fra det normale. Videre å gi livsmot slik at pasientene faktisk kan klare å mobilisere egne ressurser og få til en endring dersom de ønsker det.

Abstract

Introduction: Overweight and obesity are a growing public health challenge. The group is also vulnerable to stigma as a result of the deviation from society's body norms which define what a healthy individual should look like. The study seeks to find out whether society's stigmatizing attitudes towards individuals with obesity or overweight are also reflected in the health care system, as well as how nurses can counteract this stigma.

Method: The study uses both qualitative and quantitative methods. Six research interviews of nurses were conducted with the aim of eliciting opinions and experiences regarding attitudes towards patients with obesity or overweight. An online questionnaire was used to collect quantitative data on the topic and was answered by 52 nursing students.

Results: This study's findings show that nurses and other health professionals often succumb to the stigma of obese or overweight individuals. Nurses are characterized by society's one-sided focus on weight, which can lead to a devaluation of the individuals based on their weight. The majority of the respondents in the survey have experienced poor attitudes towards patients with obesity or overweight. More knowledge about the condition is in demand, and nurses must be aware of the challenges of weight stigma. This study suggests meeting patients with respect and humility, as well as seeing the whole person behind the diagnosis.

Conclusion: Weight stigma is a major challenge, as it can lead to discrimination and shame, and does not belong in the modern health care system. Nurses must try to counteract the stigma by being aware that weight stigma exists and meeting patients with adequate knowledge of the phenomenon and seeing the whole person behind the deviation from normal. Furthermore, they should give courage so that patients can actually manage to mobilize their own resources to bring about a change if they wish.

Introduksjon

Overvekt og fedme defineres av World Health Organization (WHO) som en unormal eller overflødig opphopning av fett som kan svekke helsen (1). Når inntaket av energigivende næringsstoffer er større enn organismens energiforbruk lagres overskuddsenergien i form av fett, hvilket menneskekroppen nærmest har ubegrenset evne til, og vi går opp i vekt (2). For voksne klassifiseres overvekt og fedme ved hjelp av body mass index (BMI) som beregner et vekt/høyde-forhold: kg/m^2 . En BMI større eller lik 25 tilsvarer overvekt, mens en BMI over eller lik 30 kategoriseres som fedme. WHO anslår at forekomsten av fedme globalt er nært tredoblet siden 1975. Tall fra 2016 indikerer at over 1,9 milliarder voksne var overvektige og av disse hadde 650 millioner fedme(1). Av folkehelse rapporten (2017) fra Folkehelseinstituttet (FHI) pekes det på lignede tendenser nasjonalt som internasjonalt. Forekomsten av fedme hos voksne er økende også i Norge (3). En sykepleier kan møte pasienter og brukere med overvekt og fedme ved enhver klinikk eller institusjon. Tall fra SSB (2019) angående helseforhold viser at 30% av norske menn og kvinner har en BMI større eller lik 27,5 (4). Regjeringen skriver i Folkehelsemeldingen fra 2019 at man ikke har lyktes i å stoppe økningen av fedme (5).

Hvorfor er overvekt og fedme et globalt folkehelseproblem? Tilstanden er assosiert med både somatiske og psykiske plager. Økt BMI øker blant annet risikoen for hjerte-karsykdommer, diabetes, ulike former for kreft, søvnapné, stigmatisering og mistrivsel (1,3,6), og er dessuten på FHI sin liste over de ti viktigste risikofaktorene for død (7). Forskning viser at vektreduksjon kan ha positive resultater i form av økt livskvalitet relatert til reduksjon i fedmerelaterte symptomer og ubehag (8). Samtidig er det vist i en rekke studier at opprettholdelse av en vektreduksjon over tid (flere år) er svært krevende og at forskjellige biologiske-, atferds- og miljømessige faktorer motarbeider vekttapet og fremmer gjenvinning av tidligere vekt (9). Fag- og forskningslitteraturen maler et svært komplekst bilde av årsaker til fedme, utfordringene å leve med det, og hvorfor vektreduksjon er vanskelig (10–14).

Til tross for faglitteraturens kunnskap kan det se ut som samfunnet har et ensidig negativt forhold til fenomenet fedme og overvekt (15). Oppfatningen er at tilstanden er selvforskyldt, gjerne som et resultat av individets dovenskap og manglende selvkontroll (16). Fedme bryter med samfunnets kroppsnorm om hvordan en sunn – og attraktiv – kropp skal se ut. Samfunnsforsker E. Goffman beskriver stigma som et «merke», en sosial devaluering av et individ, eller en gruppe, på bakgrunn av en uønsket egenskap som avviker fra det vi forventer,

og som kan føre til diskriminering (17). Det later til å være en generell oppfattelse om at en stor kropp ikke er forenelig med lykke eller god helse (18). Dette avviket fra det «normale» kan føre til stigmatisering. Malterud og Ulriksen (2010) forklarer i sin studie at stigmaproessen kan oppstå når et individ får gjentatt budskap om en grunnleggende endring for å lykkes – en tilpasning er nødvendig for suksess. I stigmaproessen får de «normales» holdninger angående et avvik fotfeste i samfunnet. Dernest gjenkjenner individet sitt eget avvik og oppfatter det som stigma. Den stigmatiserte personen vil akseptere den stigmatiserende atferden til folk tilhørende denne kategorien, inkludert seg selv, og tilegne seg egenskapene som er nødvendige for å håndtere eller skjule den stigmatiserende egenskapen. Prosessen gir oss et verktøy til å tolke både hvordan stigma oppstår og virker i samfunnet og til å forstå hvordan det påvirker individet. I den vestlige verden er normen å være slank, dette idealet konfronteres personer med fedme og overvekt til stadighet (19). Vektstigma kan defineres som en sosial avvisning og devaluering som oppstår når individer ikke innretter seg etter ledende sosiale normer for kroppsvekt og kroppsfigur (20).

Stigmatisering av overvektige individer er et stort problem (21) og stigmatisering av personer med fedme kan fører til skam (18). Skammen kan prege individene i hvordan de oppfatter seg selv og få konsekvenser for livsutfoldelsen. Påfallende er det at flere studier antyder at helsepersonell later til å ha de samme forutinntatte holdningen mot personer med fedme og overvekt som øvrige – tross utdanningenes fokus på empati, respekt og brukermedvirkning (22,23). Dette kan blant annet føre til redusert kvalitet i behandlingen. I 2020 samlet en stor, tverrfaglige gruppe med eksperter og representanter fra vitenskapelige organisasjoner seg rundt en felles erklæring for å ende stigmatiseringen av personer med fedme (24).

Vektstigma, som et resultat av ubevisste antagelser om fedme kan ikke lenger tolereres i det moderne samfunnet fordi det fører til diskriminering, undergraver menneskerettighetene, sosiale rettigheter og helsen til plagede individer.

Sykepleiens grunnlag er respekt for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet (25). Av yrkesetiske retningslinjer fra Norges Sykepleierforbund skal sykepleiere verne om pasientens rett til ikke å bli krenket, og sikre lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet (26). Dette er også lovpålagte krav fra pasient- og brukerrettighetsloven (27). En av sykepleiernes fremste funksjoner er å fremme helse – hvordan kan man fremme helse på en god og autentisk måte i møte med pasienter med fedme og overvekt dersom man er forutinntatt og bidrar til stigmatisering av en gruppe mennesker? Å fremme helse handler om mer enn kun å forebygge

sykdom og redusere risikofaktorer, en skal også bidra til å sette den enkelte i stand til best mulig måte ivareta sin egen helse (28). Trivsel og velvære er også viktige faktorer for helse. I tråd med tankesettet om å sette den enkelte i stand til å ivareta sin egen helse på best mulig måte, har regjeringen lagt frem en strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen (2019-2023). Som et ledd i dette må helse – og omsorgstjenestene legge til rette for at pasienter tas med i beslutninger som omhandler dem selv og få spørsmålet «hva er viktig for deg?» (29).

Sykepleie som profesjon er den største blant helsepersonell, i tillegg tilbringer de mest tid i direkte pasientnært arbeid, slik at deres betydning for befolkningens helse er avgjørende (30). Sykepleiere har med andre ord makt til å gjøre en forskjell. Kari Martinsen, sykepleier, filosof og sykepleieteoretiker, er i Norge den som har skrevet mest om sykepleiens natur og hennes omsorgsteori bærer et filosofisk fenomenologisk preg (31). Omsorg er sykepleiens fundament og en grunnleggende forutsetning for alt menneskelig liv, mener Martinsen, og har blant annet fokus på maktstrukturer mellom mennesker i sin omsorgsteori. Moralsk ansvarlig maktbruk skal utøves i samsvar med ansvaret for de svakeste i samfunnet, og kan handle om å være tilbakeholden slik at pasienten kan tre frem (32). Sykepleierens overordnede mål skal ifølge Martinsen ikke være styrt av forutbestemte resultatmål, men heller la seg avledes av omsorgen, forankret i faglige vurderinger til pasientens beste og moralsk skjønn. Dette bør basere seg på en forståelse rundt pasientens livs- og lidelseshistorie, med ønske om å fremme livsmot (33).

Denne studien har som hensikt å sette søkelyset mot utfordringene for sykepleiere i dagens helsevesen knyttet til holdninger og stigmatisering av pasienter med fedme eller overvekt. Fedme og overvekt er svært utbredt i befolkningen. Kunnskap og bevisstgjøring rundt våre holdninger trengs for å sikre god og rettferdig behandling, og fruktbare møter mellom helsepersonell og pasienter som styrker individets ressurser, mot og egenomsorgsevne, snarere enn å bryte de ned. Studiens problemstilling er:

Stigmatiseres pasienter med fedme og overvekt i det norske helsevesenet – og hvordan søke å motvirke det?

Metode

I studien er det benyttet både kvantitativ og kvalitativ metode for datainnsamlingen. Datainnsamlingen ble gjennomført i samarbeid med fire andre sykepleiestudenter tilknyttet samme prosjekt. Ved å mikse metodebruken får studien både frem tall og bredde gjennom en kvantitativ spørreundersøkelse, samt en dypere forståelse og nærere helhetlig sammenheng gjennom kvalitative intervjuer som løfter frem enkeltmenneskers meninger og opplevelse (34). Et av hovedargumentene for bruk av ulike metoder er å få en bredere og dypere forståelse av tematikken og dermed styrke tilliten til konklusjonen (35,36). At arbeidet med datainnsamlingen besto av fem studenter, tillot oss å gå bredere ut og samle en større mengde data med ulike metoder. Studien ble gjennomført i samarbeid med Fremtidens Operasjons Rom (FOR), St. Olavs Hospital, og prosjektet er godkjent av FOR Fagråd. Ingen pasientsensitive data er samlet inn i forbindelse med studien, slik at en godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD) ikke var nødvendig.

Kvalitativ metode

Dette prosjektet ønsker å belyse sykepleieres holdninger og oppfattelse av hvordan individer med overvekt eller fedme møtes av helsepersonell. Malterud (2002) påpeker en velegnethet mellom beskrivelse og analyse av karaktertrekk og egenskaper ved den medisinske virkeligheten og kvalitative metoder (37). Informanter ble innhentet i samarbeid med FOR og veileder. Ønske for rekrutteringen var en blanding av sykepleiere fra ulike klinikker med forskjellig mengde erfaring knyttet til fedmebehandling. Veileder for prosjektet tok kontakt med sykepleiere tilknyttet sykepleieutdanning ved Norges teknisk-naturvitenskaplige universitet (NTNU) og innhentet informanter fra lærerstaben. En intervjuguide ble laget i felleskap og godkjent av veileder. Samtlige informanter ble informert og tilsendt en «samtykkeerklæring for intervju i bacheloroppgave». I samtykkeerklæringen beskrives studiens hensikt, det opplyses om frivillig deltakelse, muligheten for å trekke svarene sine så lenge studien pågår og at svarene fremstilles anonymt uten at svarene kan spores tilbake til informantene. Det ble avsatt 45 minutter til hvert intervju, der en student ledet intervjuet, mens en eller fler var referenter da det ikke ble gjort opptak av samtalene. Alle intervjuene ble utført digitalt som følge av covid-19-restriksjoner. Til videre analyse ble innsamlet data transkribert, diskutert og vurdert. For å få frem informantenes mening ble det brukt meningsfortetning og meningsfortolkning (38). Svarene, som vi ble enige om at ble gitt, ble plassert i tabeller med kategorier og sub-kategorier for å få en logisk og oversiktlig

fremstilling av temaene og informantenes meninger (34,39). Disse sitatene brukes som grunnlag for analyse av resultatene i denne studien.

Kvantitativ metode

Til innsamling av kvantitative data ble det brukt en nettbasert spørreundersøkelse (40). Ønsket var å samle data om sykepleiestudenters holdninger, kunnskaper og meninger omkring sykepleie til pasienter med overvekt eller fedme. Særlig interessant for denne studien var det å få tall på opplevelsen av negative holdninger mot aktuell pasientgruppe, slik at en kan si noe om utbredelsen av fenomenet (41). Spørreundersøkelsen ble laget av studentene tilknyttet prosjektet og godkjent av felles veileder fra NTNU. Undersøkelsen ble delt i et felles nettforum for sykepleierkull-2018, NTNU, Trondheim. Vi ønsket utelukkende svar fra 3.årsstudenter da disse studentene har gjennomgått all teoretisk og praktisk læring, foruten bacheloremnet, i studiet. I undersøkelsen ble opplyst om prosjektets hensikt og sentrale begreper som BMI, overvekt og fedme ble definert. Videre ble det informert om frivillig deltakelse, og at svarene automatisk ble anonymisert av nettskjemaet og ville siden bli brukt til analyse for prosjektet. Innsamlet data er analysert med enkle deskriptive frekvensanalyser i Excel som fremstilles i stolpediagram for å sette tall og prosenter på omfanget av opplevelsen av dårlige holdninger og stima mot pasientgruppen.

Resultater

Utvalget for kvalitative intervjuer består av seks sykepleiere, hvorav fire jobber ved pasientnære klinikker på St. Olavs Hospital og to er knyttet til bachelorutdanningen ved NTNU, Trondheim. Den kvantitative spørreundersøkelsen ble besvart av totalt 52 tredjeårsstudenter ved sykepleiestudiet i Trondheim.

Et holdningsproblem i helsevesenet?

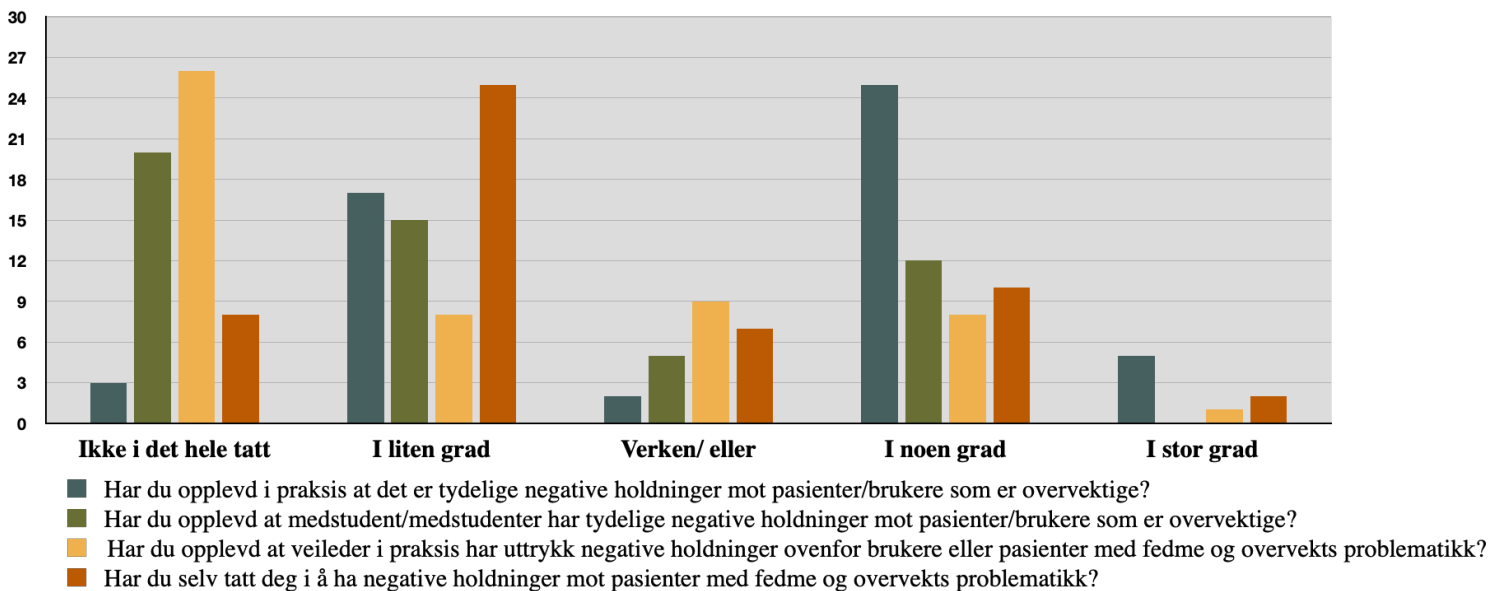
«Det er jo den generelle holdningen i resten av helsevesenet. I stor grad så er det den gjennomsyrende holdning at det bare er å spise mindre og røre seg mer. De blir sett ned på. Blir betraktet som at de har nedsatt viljestyrke.»

Dette svarte informantene på spørsmålet om de hadde opplevd kollegaer vise negative holdninger overfor pasienter med overvekt. Flere informanter er enige i at det skjer en devaluering av individet med bakgrunn i avviket fra «det normale». Pasientene ilegges uønskede egenskaper som late og med redusert viljestyrke, og problemet dømmes ofte som en selvpåført lidelse. Videre skildres det opplevelser om ufortjente kommentarer og blikk fra helsepersonell mot pasientene, og en innstilling om at vi ikke skal løpe rundt for disse pasientene – redusert omsorg rett og slett. Holdningene oppleves både i prat med andre fagpersoner, men kommer særlig frem fra pasientene selv som beskriver at alt handler om størrelsen sin. Å være helsepersonell knyttet til fedmebehandling blir av en informant beskrevet som noe som tidligere også ble sett ned på av annet helsepersonell, men at det har bedret seg. Noen av informantene kjenner seg imidlertid ikke igjen i beskrivelsen av en generell tendens til negative, forutinntatte holdninger mot pasientgruppen, men at det er nærliggende å kunne anta at det finnes, på lik linje med holdningsproblemer mot andre livsstilssykdommer, uten at man selv har opplevd det på arbeidsplassen.

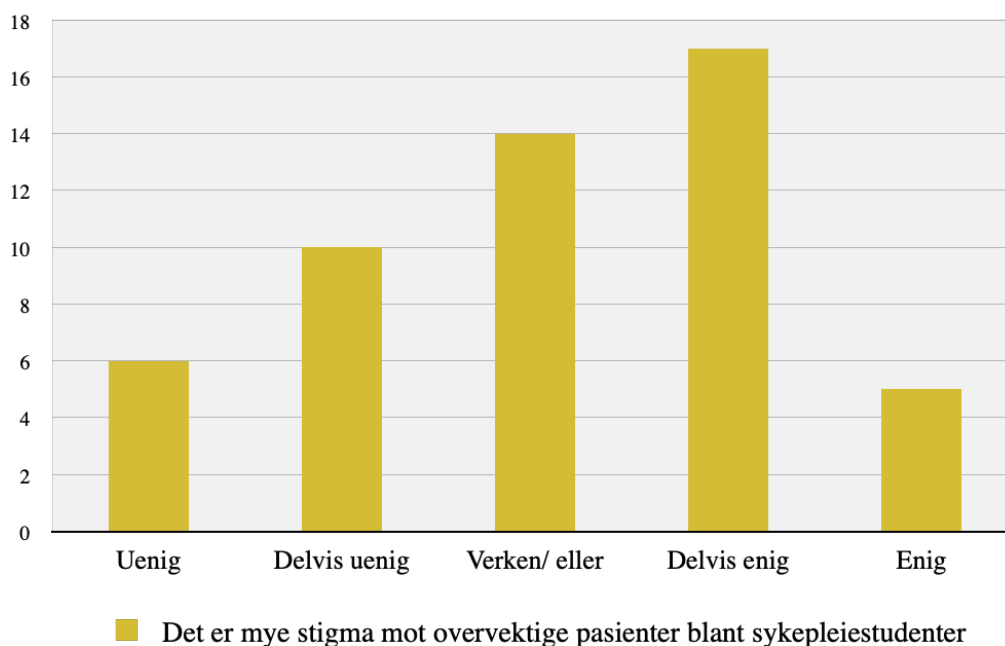
«Generelt har veldig mange negative holdninger, men jeg synes at det har blitt bedre, (...), folk ser ikke like mye ned på de som før.»

I spørreundersøkelsen er respondentene generelt ganske uenige og fordeler seg ulikt utover hele skalaen hva gjelder opplevde negative holdninger i praksis, fra veileder, medstudenter eller seg selv mot pasienter eller brukere med overvekt. Verdt å merke seg er at over halvparten (58%) svarer *i noen grad* (48%) eller *i stor grad* (10%) på spørsmålet om de har

opplevd tydelige negative holdninger mot pasienter med overvekt i praksis. Utvalget blir mer kjølig på spørsmålene der en må angi seg selv, medstudenter eller veileder i praksis. For eksempel har kun 23 % tatt seg selv i å ha negative holdninger mot pasientgruppen *i noen* (19%) eller *i stor grad* (4%). Tilsvarende har 17 % opplevd at veileder i praksis har uttrykt negative holdninger overfor pasienter med fedme eller overvekt *i noen* (15%) eller *i stor grad* (2%). Hva gjelder opplevelsen av negative holdninger fra medstudenter mot pasienter med overvekt eller fedme svarer 23 % av utvalget *i noen grad*, mens ingen svarer *i stor grad*. Resultatene illustrerer tydelig at negative holdninger mot pasienter med fedme eller overvekt eksisterer og flere studenter har erfaringen knyttet til det fra ulike settinger. Men når respondentene blir bedt om å peke på hvor de dårlige holdningene kommer fra svares det mer nøkternt og det er ingen grupper som skiller seg ut fra de andre.



I en tydelig uttrykt påstand om at det er *mye* stigma mot pasienter med overvekt blant sykepleiestudenter stiller 22 respondenter – tilsvarende 42% av utvalget – seg enten *delvis enig* eller *enig* i utsagnet. Igjen samme tendens i at utvalget angir mer stigma/dårlig holdninger på generelle spørsmål enn ved de eksplisitte opplevelsene av det selv eller fra andre. Andelen enige og delvis enige svar er langt høyere her enn opplevelsen av negative holdninger fra seg selv eller medstudenter, tross at utvalget svarer på vegne av hverandre begge steder.



Videre i intervjuene ble det spurt om hva informantene tenkte om sine egne holdninger overfor pasienter med overvekt. Informantene fremsto som bevisste og reflekterte rundt egne holdninger med gode resonnementer. Selv om alle er profesjonelle sykepleiere, er de også vanlige mennesker som blir påvirket av holdningene som går igjen rundt omkring. Noen hadde tatt seg selv i å «tenke sitt» i situasjoner der en for eksempel ser større individer spise noe usunt. Informantene sier det kan være utfordrende i situasjoner der man prøver å stimulere til endring, men har med pasienter som ikke vil følge rådene som gis. Det kan føre til at man blir frustrert og lei. På den andre siden påpeker andre informanter at det er en lite homogen gruppe mennesker, slik at de opplagte løsningene som kan hjelpe pasienten på riktig vei ikke er like opplagte for alle. Det er fort gjort å da tenke «kjære vene, det må da gå an», men så skjønner man at livet er komplekst og det kan være flere grunner til at pasienten har havnet der hun eller han er. Informantene reflekterer rundt det å være forutinntatt for alt som er annerledes enn en selv:

«Jeg merker at jeg må reflektere hver gang jeg møter noen som er annerledes. Jeg må gå inn i meg selv og skjerpe meg. Være reflektert på at det er ulike årsaker til at folk er som de er. Jeg har fordommer og er forutinntatt hver dag, men det må man jobbe med.»

Årsaker til stigmatisering

Hva kan grunnen til at sykepleiere og annet helsepersonell tidvis henfaller til stigmatisering av pasientgruppen på lik linje som øvrige lag av samfunnet? Kunnskap, eller snarere mangel

på kunnskap, er det som trekkes frem av flest informanter hva gjelder årsaker til stigmatisering av pasienter med overvekt og fedme. Informantene peker også på de gjennomgående holdningene fra samfunnet og media som i stor grad påvirker helsepersonell. Store kropper forbindes med noe negativt eller uheldig. Kunnskapsmangel kan føre til at man fremstår unyansert og uttaler seg om ting man ikke vet, ifølge informantene. Dersom man ikke har kunnskaper om hvor utfordrende det er å få til en langsiktig vektreduksjon og årsaks-kompleksiteten kan de forutinntatte holdningene bekreftes i møte mellom helsepersonell og individer, slik som her beskrevet:

«Mange tenker det er selvpåført, for mange er det jo enkelt å gjøre noe med at man går opp fem kg, også korrigerer man det med viljen sin. Det har vært vanskelig å få denne anerkjennelsen at det er en diagnose fordi de som er normalvektig ikke vet hvor vanskelig det er.»

Fedme, til sammenligning med andre livsstilssykdommer, er svært synlig. Det er enkelt å være normativ og dømmende når avviket fra det normale er så åpenbart. En interessant refleksjon fra informantene er også hvordan normalvektige for eksempel kan røyke og spise usunn mat uten videre anmerkning, mens for overvektige blir et hvert slikt eksempel en bekreftelse på den forutinntatte forståelsen av problemet – et bevis på redusert viljestyrke. En annen vinkling som foreslås er at helsevesenet i seg selv, uten at vi ønsker det, kan oppfattes som et sunnhetseksempel, som kan være frustrerende for pasienter som ikke får det til. Pasienten kan selv føle på en devaluering opp mot idealet av god helse som fremmes i helsevesenet, man kan kjenne seg annerledes. Til slutt knyttet noen informanter en bekymring for tunge løft opp mot egen helse, men uten å tro at det videre gir grobunn for dårlige holdninger.

Motvirke stigma

«Man skal møte en pasient som man ellers møter folk i samfunnet. Høflighet og empati er et minimum. Det er ingen som ønsker å veie 170 kg. De står opp hver dag og prøver å gjøre noe med det»

Hvordan kan en sykepleier motvirke stigma? Som en forlengelse av tråden om manglende kunnskap som årsak til stigmatisering i forrige kapittel, vil mer kunnskap om temaet åpenbart

være gunstig som et ledd i å redusere stigmatisering av pasientgruppen. Flere informanter stiller seg undrende til om studiet (bachelor i sykepleie) i stor nok grad vektlegger tematikken rundt fedmens kompleksitet og bevisstgjør studentene på gruppens sårbarheter. Det bør prates mer om stigma, stempelet pasientgruppen kjenner på, og innse at gamle myter om fenomenet ikke lenger har validitet. Informantene foreslår å møte pasienten med en ydmykhet overfor tematikken og se bak diagnosen, samt være nysgjerrig og utforskende. Unngå å være for normativ, folk er forskjellige, noen kommer aldri til å trene eller bryr seg ikke om hvordan de ser ut, det må sykepleiere være bevisste på. Ha en respekt og ydmykhet med tanke på hvordan pasienten ønsker å leve livet sitt. Forholdet mellom idealet god helse og helsefremming, og respekt for pasientens ønsker og autonomi her beskrevet av informantene:

«Vi trenger ikke være super-friskus-sykepleiere, men vi skal fremme helse. Alle trenger ikke å være på samme nivå. Plikt til å fortelle om sammenhengen mellom fedme og helse, men samtidig skal pasienten få leve sitt eget liv.»

Videre kritiseres syk/frisk-dikotomi sett i lys av overvekt og fedme tematikken. Hvorfor skal fedme utelukke god helse? Ifølge informantene bør helse sees på som en skala og sykepleiere bør være opptatt av å ikke presse eller dømme pasienter inn i sykerollen. Heller la pasienten i større grad være med å definere selv om de er syke eller friske.

Drøfting

Stigmatiseres pasienter med fedme og overvekt i det norske helsevesenet – og hvordan søke å motvirke det?

Stigmatisering i helsevesenet?

Studiens funn sår liten tvil om at det finnes forutinntatte holdninger om fedme og overvekt blant sykepleiere og annet helsepersonell i det norske helsevesenet. Opplevelsen av stigma mot pasienter med fedme eller overvekt hos helsepersonell er imidlertid varierende mellom både informanter og respondenter. Utvalget er delte i sine meninger slik at studien ikke kan gi et klart, entydig svar på omfanget. Positivt er det i tillegg at tross tidvis dystre beskrivelser av problematikken ble det fremmet en optimisme. Det virker å gå rett vei i form av at flere informanter opplevde en bedring i helsepersonells holdninger og en voksende respekt for diagnosen fedme. Som innledet i introduksjonen av studien har samfunnet en sterk oppfattelse av at fedme og overvekt er noe individet kan skylde seg selv for, og som et ledd i stigmaproessen ilegges disse individene devaluerende egenskaper som for eksempel late, redusert viljestyrke og henfall til fråtsing (16). Dette skjer før man i det hele tatt kjenner det andre mennesket og baserer seg på at vi kun gjenkjenner avviket fra ledende normer hva gjelder kroppsfigurer og vekt, cf. stigmaproessen. De samme forutinntatte stigmamelkellappene blir beskrevet av informantene i denne studien. Individuer med fedme eller overvekt har unnlatt å spise mindre og røre seg mer, ergo nedsatt viljestyrke og et devaluerende syn på individet. På slik måte foreslår studien at samfunnets stigmatiserende holdninger også preger sykepleiere.

Som et vern mot holdninger som utfordrer sykepleieres verdigrunnlag og integritet, har vi yrkesetiske retningslinjer som en rettesnor for gode holdninger, verdier og praksis (26). Tross en evig søken etter å utføre sykepleie i tråd med den ideelle standard, er det kanskje fåfengt å tro at vi kan ha et helsevesen der ingen pasienter krenkes? Sykepleiere er mennesker som lever med den helsen vi har og vi preges av arbeidsmiljøet vi lever i. Dersom løft av tunge pasienter resulterer i redusert evne til å ta vare på seg selv og sine egne, være seg å ikke kunne løfte sitt eget barn på grunn av en vond rygg, er det kanskje utfordrende å ikke bære nag til årsaken til plagen? Informantene i denne studien gir ikke et tydelig svar på om det er en sammenheng. Men i en studie gjort blant intensivsykepleiere i Norge vises det til en

frustrasjon relatert de fysiske kravene som stilles ved intensivsykepleie til pasienter med fedme, samt en tvetydighet av holdninger der en på den ene siden ønsker å gjøre godt og etterstreber rettferdig behandling for alle, men på den andre siden samtidig viste negative holdninger overfor pasienter med fedme (42).

At helsepersonell kan gjenspeile samfunnets stigmatiserende holdninger mot gruppen bekreftes også av annen litteratur og forskning rundt tematikken. Ueland (2019) beskriver personer med fedme sin opplevelse av å leve med diagnosen. Det skildres om et press fra samfunnet og kulturen om at en endring må til, som fører til en følelse av å ha mislykkes og å ikke passe inn. Helsevesenet kommuniserer også noe av det samme i sin tilnærming til individer med fedme (18). I en annen kvalitativ studie med brukerbeskrivelser fra behandlingssentre for overvekt skildres deres møter med helsepersonell som normative og låste til faste regimer. Det ble gitt opplagte standardløsninger til ulike menneskers kompliserte liv, og helsepersonellet fremstår som sterkt disiplinert av samfunnsnormene (22).

I denne studien erkjenner informantene sin menneskelighet ved å være ærlig på at å reagere på noe som avviker fra det normale – eller fra oss selv – er noe de fleste kan gjøre. Allikevel evner de gjennom sine resonnementer å være seg bevisste sine forutinntatte holdninger. I våre møter med ytterpunktene stilles våre holdninger og tålmodighet på prøve. Men ved å være seg selv bevisst og minne seg selv på at livet er komplekst og ulikt – som informantene sier – kan man møte pasienten på en god og fruktbar måte. På denne måten viser studien at sykepleiere er bevisste på utfordringen fra de strukturelle stigmatiserte holdningene fra samfunnet, som også påvirker oss, og at det er noe å jobbe imot.

Hvordan søke å motvirke stigmatiseringen?

Det er sant at redusert kaloriinntak kombinert med økt energiforbruk i form av for eksempel mosjon både kan redusere og forhindre opplagring av fettvev på kroppen og dermed henholdsvis både behandle og forebygge fedme (1–3). Problemet oppstår når denne ABC-oppskriften overskygger mennesket og blir en universell fasit for alle. Det er unyansert og gir i beste fall enkle svar på kompliserte sammenhenger. Mer kunnskap etterspør informantene, som et ledd i å motvirke stigmaprosessen. Få frem kompleksiteten, mekanismene som bevisst jobber imot en vektreduksjon og gruppens sårbarhet for stigmatisering og diskriminering. Fedme er så synlig, alle kan se det. Studiens funn foreslår at sykepleiere må møte diagnosen

med åpenhet, være utforskende og ydmyke. Snarere enn å la seg henfalle til stigmaets normative og devaluerende tankesett.

Omsorgen skal verne om svake og sårbare grupper i samfunnet i følge Martinsen – og gi livsmot (33). God sykepleie for Martinsen er uavhengig av resultatmål, har pasienten økt livsmot og redusert vekten sin – helt topp – men ikke avgjørende. Vi må se vårt samfunnsansvar og bruke vår makt til å fremme individenes ressurser slik at pasientene faktisk *kan* klare å mestre en vektreduksjon hvis ønskelig. Respekt for at vi er forskjellig med ulike utgangspunkt. Lignende foreslås av andre forskningsarbeid, for å sikre god omsorg til pasientene må både helsepolitikken og fagfeltet anerkjenne samfunnets vektstigma slik at disse individene kan mobilisere sine egne ressurser (16). Det pekes også på at fremtidens helsefremmende arbeid med tanke på fedme må i større grad myndiggjøre pasientene i stedet for å forsterke stigma, skyld og skam (19). Dette samsvarer med studiens funn – samt regjeringens visjon (29) - om å la pasienten være med å definere problemene utfra egnt syn på helse og hva som anses som utfordringene. At helsevesenet fremmer et sunnhetsideal hva gjelder BMI gjennom vektreduksjonskampanjer er en bekymring som både studiens informanter og Helsedirektoratet deler (13). En uønsket risikofokusering kan virke stigmatiserende. Overvekt, i motsetning til fedme, er ikke en sykdom. Alle må vurderes individuelt, slik at vi ikke sykelliggjør store deler av befolkningen og hindrer livsutførelsen.

Implikasjoner for sykepleie

Menneskelig empati og sympati for stigmatiserte personer vil forsvinne i takt med stigmaets kraft (17), og tross økende antall overvektige i samfunnet synes vektstigma også å øke (15). Utfordringen bør derfor tas høyst alvorlig da det bryter med sykepleiens verdigrunnlag. Moralsk modningen i løpet av en treårig utdanning i sykepleie er mindre enn først antatt. Moralen er allerede dannet gjennom oppdragelse og oppvekst, mens etikklære derimot, det må vektlegges (43). Som foreslått av informantene, snakkes det neppe nok om overvekt, fedme, stigma, gruppens sårbarheter og deres behov helhetlig sykepleie, ei heller gis temaet nok fokus i utdanning siden kunnskap etterspørres. Et verdiseminar med fokus på denne pasientgruppen bør derfor prioriteres i utdanningen, og kan arrangeres som internundervisning for sykepleiere i det norske helsevesenet. Sykepleiere burde også se sitt samfunnsansvar for sårbare grupper og bidra til å ende stigmatiseringen av individer med overvekt eller fedme – bruke vår makt og posisjon i samfunnet. I tillegg være et eksempel blant helsepersonell ved å sette til side normene og negative holdninger fra samfunnet i

pasientmøter, møte den som lider uten fordommer og dermed bidra til helsevesenets samlende verdiskapning. Å møte hele mennesket og adressere hva det å leve med fedme gjør med pasienten, snarere enn å utelukkende fokusere på vektreduksjon, både som studiens funn og annen forskning foreslår, kan bidra til å redusere vektstigmatiseringen (19).

Kritikk av studien

En britisk studie viste at sykepleiere som selv hadde følt på høy BMI på egen kropp synes å ha færre fordommer mot overvektige pasienter enn sykepleiere med normalvekt (44). Denne studiens utvalg kan være påvirket den ene eller andre veien basert på egen personlig kjennskap til problemet. En annen faktor som kan påvirke resultatene er at det er lettere for studentene i spørreundersøkelsen å svare på de nøytrale spørsmålene. Det er markert høyere forekomst av stigma og dårlige holdninger når spørsmålet stilles generelt, det vil si handler om kun opplevelsen av at det finnes. Når spørsmålene blir mer personlig i form av at en må i større grad angi seg selv, medstudenter eller veileder, svares det mer nøkternt. Kanskje fordi man her påvirkes til å svare utfra hva som forventes av en sykepleiestudent? Det er en konsensus om at det finnes mye dårlige holdninger, men få vil vedgå å ha det.

Covid-19-restriksjoner medførte at de kvalitative forskningsintervjuene måtte gjennomføres digitalt. Kroppsspråk, ansiktsuttrykk og andre observasjoner utover hva informantene faktisk sa var utfordrende å få med seg. I tillegg måtte alle svarene skrives ned manuelt, hvilket er en krevende arbeidsform og som kan risikere større feilkilder enn dersom intervjuene gjennomføres med lydopptak når dataen transkriberes. Utvalgene, i både intervjuene og spørreundersøkelsen, var svært kvinnedominerende. Samtidig hadde utvalget i intervjuene ulike mengder erfaring med fedmebehandling – hvilket var en fordel for å få frem ulike perspektiver, men uheldig at få menns meninger er med. Avslutningsvis må en minne om at dette er en liten studie gjort på kort tid, med et begrenset utvalg fra ett område i Norge. Oppgavens funn og implikasjoner må sees i lys av dette.

Konklusjon

Studien søkte å gi svar på hvorvidt pasienter med fedme eller overvekt stigmatiseres i møte med det norske helsevesen og belyse hvordan sykepleiere kan motvirke stigmatiseringen. Studiens funn viser at helsepersonell ofte henfaller til stigmatisering av pasientgruppen på lik linje som øvrige lag av samfunnet. Individuer med overvekt eller fedme blir møtt med forutinntatte holdninger fra helsepersonell om at lidelsen er selvforskyldt og er et resultat av

manglende viljestyrke. Devaluering av individet med bakgrunn i et avvik fra det normale samsvarer ikke verken med god omsorg eller vår yrkesetiske standard. Vektstigma er en stor utfordring, da det kan føre til diskriminering og skam, og hører ikke hjemme i det moderne helsevesenet. Sykepleiere må søke å motvirke stigmatiseringen ved å være bevisste på at vektstigma finnes, møte pasientene med adekvat kunnskap om tematikken og se hele mennesket bak avviket fra det normale. Studien foreslår å møte pasientene med respekt, ydmykhet, være utforskende med fokus på medbestemmelse og å gi livsmot slik at pasientene faktisk kan klare å mobilisere egne ressurser og få til en endring dersom de ønsker det.

Referanser

1. World Health Organization (WHO). Obesity and overweight [Internett]. 2020. Tilgjengelig på: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. Wyller VBB. Syk: mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi, klinisk medisin. 4. utgave. Oslo: Cappelen Damm akademisk; 2019.
3. Folkehelse rapporten. Overvekt og fedme i Norge [Internett]. Folkehelseinstituttet (FHI); 2017 jan [sitert 7. mai 2021]. Tilgjengelig på: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/overvekt-og-fedme/?term=&h=1>
4. Statistisk sentralbyrå (SSB). Helseforhold, levekårsundersøkelsen [Internett]. ssb.no. 2019 [sitert 7. mai 2021]. Tilgjengelig på: <https://www.ssb.no/helse/statistikker/helseforhold/hvert-3-aar/2020-06-25>
5. Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 19 (2018–2019). Folkehelsemeldinga - Gode liv i eit trygt samfunn [Internett]. 2019 [sitert 7. mai 2021]. Tilgjengelig på: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/?ch=1>
6. Grover SA, Kaouache M, Rempel P, Joseph L, Dawes M, Lau DCW, mfl. Years of life lost and healthy life-years lost from diabetes and cardiovascular disease in overweight and obese people: a modelling study. *Lancet Diabetes Endocrinol.* februar 2015;3(2):114–22.
7. Folkehelseinstituttet (FHI). Sykdomsbyrde i Norge 2015. Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2015 (GBD 2015). 2017;44.
8. Karlsen TI, Lund RS, Røislien J, Tonstad S, Natvig GK, Sandbu R, mfl. Health related quality of life after gastric bypass or intensive lifestyle intervention: a controlled clinical study. *Health Qual Life Outcomes.* 2013;11(1):17.
9. Hall KD, Kahan S. Maintenance of lost weight and long-term management of obesity. *Med Clin North Am.* januar 2018;102(1):183–97.
10. Sortland K. Ernæring: mer enn mat og drikke. 5. utg. Bergen: Fagbokforl; 2015. 304 s.
11. Furnes B, Dysvik E, Ueland V. Å lide når en lever med overvekt og fedme. *Nord Sygeplejeforskning.* 2020;10(03):201–12.
12. Kristoffersen NJ. Grunnleggende sykepleie 2: Grunnleggende behov. Oslo: Gyldendal akademisk; 2016.
13. Helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne. [Internett]. Oslo; 2010. Tilgjengelig på: https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/overvekt-og-fedme-hos-voksne/Overvekt%20og%20fedme%20hos%20voksne%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20for%20forebygging,%20utredning%20og%20behandling.pdf/_attachment/inline/24ec824b-646d-4248-951f-db6b867ce6cb:4e0740b933ffd5bc03c8f0fdcab00b4135fe4ae9/Overvekt%20og%20fedme%20

0hos%20voksne%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20for%20forebygging,%20utredning%20og%20behandling.pdf

14. Sagelv EH, Ekelund U, Hopstock LA, Aars NA, Fimland MS, Jacobsen BK, mfl. Do declines in occupational physical activity contribute to population gains in body mass index? Tromsø Study 1974–2016. *Occup Environ Med.* mars 2021;78(3):203–10.
15. Brewis AA. Stigma and the perpetuation of obesity. *Soc Sci Med.* oktober 2014;118:152–8.
16. Malterud K, Ulriksen K. “Norwegians fear fatness more than anything else”—A qualitative study of normative newspaper messages on obesity and health. *Patient Educ Couns.* oktober 2010;81(1):47–52.
17. Goffman E. *Stigma: notes on the management of spoiled identity.* 26th pr. New York: Simon & Schuster; 1986. 147 s. (A Touchstone Book).
18. Ueland V. Stigmatisering og skam – en kvalitativ studie om å leve med fedme. *Sykepl Forsk.* mai 2019;(77012):e-77012.
19. Puhl R, Suh Y. Health Consequences of Weight Stigma: Implications for Obesity Prevention and Treatment. *Curr Obes Rep.* juni 2015;4(2):182–90.
20. Tomiyama AJ, Carr D, Granberg EM, Major B, Robinson E, Sutin AR, mfl. How and why weight stigma drives the obesity ‘epidemic’ and harms health. *BMC Med.* desember 2018;16(1):123.
21. Puhl RM, Heuer CA. The Stigma of Obesity: A Review and Update. *Obesity.* mai 2009;17(5):941–64.
22. Christiansen WS, Karlsen T-I, Larsen IB. Materiell og profesjonell stigmatisering av mennesker med sykkelig overvekt. *Nord Tidsskr Helseforskning [Internett].* 26. august 2017 [sitert 9. mai 2021];13(2). Tilgjengelig på: <http://nopus.eu/index.php/helseforsk/article/view/4195>
23. Malterud K, Ulriksen K. Obesity, stigma, and responsibility in health care: A synthesis of qualitative studies. *Int J Qual Stud Health Well-Being.* januar 2011;6(4):8404.
24. Rubino F, Puhl RM, Cummings DE, Eckel RH, Ryan DH, Mechanick JI, mfl. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nat Med.* april 2020;26(4):485–97.
25. Kristoffersen NJ. *Grunnleggende sykepleie 1: Fag og funksjon.* Oslo: Gyldendal akademisk; 2016.
26. Norges Sykepleieforbund (NSF). Yrkesetiske retningslinjer [Internett]. 2021 [sitert 11. mai 2021]. Tilgjengelig på: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
27. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) - Lovdata [Internett]. LOV-1999-07-02-63 1999. Tilgjengelig på:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

28. Kristoffersen NJ. Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring. Oslo: Gyldendal akademisk; 2016.
29. Helse-og omsorgsdepartementet. Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019-2023 [Internett]. Regjeringen.no. regjeringen.no; 2019 [sitert 21. mai 2021]. Tilgjengelig på: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/strategi-for-a-oke-helsekompetansen-i-befolkningen-2019-2023/id2644707/>
30. Benner PE, Sutphen M, Leonard V, Day L. Å utdanne sykepleiere: behov for radikale endringer. 1. utgave. Oslo: Akribe; 2010. 277 s.
31. Kirkevold M. Sykepleieteorier: analyse og evaluering. Oslo: Ad Notam Gyldendal; 1998.
32. Martinsen K. Omsorg, sykepleie og medisin historisk-filosofiske essays. Oslo: TANO; 1989.
33. Martinsen K. Fra Marx til Løgstrup om etikk og sanselighet i sykepleien. Oslo: Tano; 1993.
34. Dalland O. Metode og oppgaveskriving. Oslo: Gyldendal akademisk; 2017.
35. Creswell JW. Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. 4th ed. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2014. 273 s.
36. Johnson RB, Onwuegbuzie AJ, Turner LA. Toward a Definition of Mixed Methods Research. J Mix Methods Res. april 2007;1(2):112–33.
37. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. Tidsskr Den Nor Legeforening. 20. oktober 2002;122(25):2468–72.
38. Kvale S, Brinkmann S, Anderssen TM, Rygge J. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal akademisk; 2015.
39. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today. februar 2004;24(2):105–12.
40. Universitetet i Oslo (UiO). Nettskjema [Internett]. [sitert 13. mai 2021]. Tilgjengelig på: <https://nettskjema.no/>
41. Bjørnnes AK, Gjevjon ER. Kvalitet i kvantitativ metode – et innblikk. Sykepl Forsk. oktober 2019;(78806):e-78806.
42. Robstad N, Söderhamn U, Fegran L. Intensive care nurses' experiences of caring for obese intensive care patients: A hermeneutic study. J Clin Nurs. januar 2018;27(1–2):386–95.
43. Nortvedt P. Omtanke innføring i sykepleiens etikk. Oslo: Gyldendal akademisk; 2012.

44. Brown I, Thompson J. Primary care nurses' attitudes, beliefs and own body size in relation to obesity management. *J Adv Nurs.* desember 2007;60(5):535–43.

