

Anonym

Profesjonell stigmatisering av pasienter med overvekt og fedme i helsetjenesten - hvordan kan sykepleieren bidra?

Antall ord: 4949

Bacheloroppgave i Sykepleie

Juni 2021

Anonym

Profesjonell stigmatisering av pasienter med overvekt og fedme i helsetjenesten - hvordan kan sykepleieren bidra?

Antall ord: 4949

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2021

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



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Introduksjon: Fedme er et økende problem både nasjonalt og internasjonalt. Samfunnets oppfatning av overvekt og fedme, er ofte at det er selvforskyldt og den enkeltes ansvar å gjøre noe med. Mennesker med overvekt og fedme har en tendens til å bli stigmatisert i samfunnet på grunn av dette. Helsepersonell kan bli påvirket av samfunnets holdninger. Tidligere forskning viser til at mennesker med overvekt og fedme har erfaring med at de også blir stigmatisert i møte med helsetjenesten. Denne studien tar for seg hvordan sykepleieren kan møte mennesker med overvekt og fedme med mindre profesjonell stigmatisering i helsetjenesten.

Metode: Seks sykepleiere som representerte forskjellige arbeidsplasser ble intervjuet for å undersøke årsaker bak negative holdninger til mennesker med overvekt og fedme blant sykepleiere, i tillegg til erfaringer og tanker rundt temaet. Intervjuene ble utført i mars 2021, og ble analysert ved bruk av systematisk tekstkondensering.

Resultater: Resultatene viser at den generelle holdningen i samfunnet mot overvekt og fedme kan bli adoptert av sykepleiere og andre helsepersonell. Det er også en mangel på kunnskap om temaet blant sykepleiere. Negative holdninger kan komme til uttrykk gjennom kommentarer imellom kollegaer, eller at sykepleieren ser på pasienten som en belastning, og vegrer seg for å ha den «overvektige pasienten». Sykepleieren bør møte pasientgruppen med et helhetlig blikk, ydmykhet, god kunnskap og forståelse. For at en holdningsendring kan skje, vil det i tillegg til kunnskap, være behov for bevisstgjøring og refleksjon.

Konklusjon: Studien konkluderer med at sykepleieren bør ha innsikt i kompleksiteten av fedme for å møte pasienten på en individuell måte. Imidlertid er en refleksjon viktig for at sykepleieren skal forstå hvordan ens egen holdning kan oppleves for pasienten, og for en holdningsendring. Det kreves også innsats av arbeidsplassen for å tilrettelegge en god profesjonell arbeidskultur som slår ned på stigmatisering av pasientgruppen.

Abstract

Introduction: Obesity is an increasing problem nationally and internationally. Often society's perceptions of obesity are that it is self-inflicted and easy to solve. Because of this, people with obesity have a tendency to be stigmatized in society. Health care professionals can be affected by society's attitude towards obesity. Prior research indicates that people with obesity also experience stigma from health care professionals. This study explores how the nurse can contribute, so that people with obesity experience less stigma from health service.

Method: Six nurses from different workplaces were interviewed to investigate the reasons among nurses behind negative attitudes towards people with obesity, as well as their experiences and thoughts on the subject. The interviews were conducted in March 2021 and analyzed using systematic text condensation.

Results: The results indicate that the general attitudes about obesity in society can be adopted by nurses and other health workers. There is also a lack of knowledge among nurses on the subject. Negative attitudes can be expressed through comments between colleagues, resulting in the nurse looking upon the patient as a burden or being opposed to having an obese patient. The nurse should meet the patient group with a holistic view, humility, good knowledge and understanding. In order for a change of attitude to take place, there is a need for awareness and reflection, in addition to knowledge.

Conclusion: This study shows that the nurse should have insight into the complexity of obesity, to meet the patient in an individual manner. Reflection is important for a change of attitude, such that the nurse can understand how one's own attitude can be experienced by the patient. It will also require effort from the workplace to facilitate a good professional work culture that reduces the stigma with the patient group.

Introduksjon

Overvekt og fedme

Den kroppslige normen i det vestlige samfunn er å være slank(1). Samfunnet vårt har i stor grad en oppfatning av at overvekt og fedme er selvforskyldt, og at vektnedgang kun innebærer å spise mindre og trene mer (1–3). Denne oppfatningen medfører at mennesker med overvekt og fedme blir utsatt for stigmatisering (2). I noen grad opplever de diskriminering på flere samfunnsplan, der i blant i helsetjenesten (2). De erfarer også at samfunnets holdninger gjenspeiles i møte med helsetjenesten (1,3). Årsakene bak fedme er derimot mange, og kompliserte.

WHO definerer fedme som en tilstand med unormal oppsamling av fett i adipøst vev i et omfang som kan være skadelig for helsen (4). En BMI på over 25 klassifiseres som overvekt, og over 30 som fedme (4). Den bidrar til mange kroniske sykdommer, særlig hjerte- og karsykdom, diabetes, svulster og muskel- og skjelettsykdom, som kan føre til tidlig dødelighet (2). De siste 40 årene har andelen av fedme hos verdensbefolkningen tredoblet seg, og fedme er et økende helseproblem både nasjonalt og internasjonalt (2). Folkehelse rapporten fra 2018 opplyser om at omtrent 23% av alle nordmenn over 18 hadde fedme i 2016 (2).

Appetitt, vilje og selvkontroll er faktorer som påvirkes av psykiske problemer. Dette kan føre til økt matinntak i stressfulle og vanskelige perioder i livet (2). Det er også over 20 gener som kan knyttes opp til arvelige føringer for vektøkning og sannsynlighet for utvikling av fedme (2). Kroppen er styrt av hormoner som gir beskjed når vi er sultne, og som regulerer metabolismen vår. Kroppen tilpasser seg en viss kalorimengde den ønsker for å opprettholde metabolismen som skjer i kroppen. Ved vekttap vil kroppen være ledsaget av vedvarende endokrine tilpasninger som øker appetitten, samtidig som metthetsfølelsen minsker (5). Vektnedgang innebærer altså en økende kamp mot biologiske responser som motvirker vekttap (5). Det medfører at man går mye sulten, og sjeldent kjenner seg ordentlig mett (5). Ved et forsøk på vektnedgang vil konservative tiltak kun gi 5-10% vektreduksjon over en lengre periode, mens kirurgi vil gi opp til 50-75% tap av vekt (6). Som fremhever hvor vanskelig det faktisk er å gå ned i vekt for en person som lider av fedme. Det store fokuset på at overvekt og fedme er noe som er selvforskyldt og et individuelt ansvar, kan være med på å forsterke problemet, fremfor å løse det (2).

Profesjonell stigmatisering

Å stigmatisere betyr at man gir et dårlig omdømme eller setter et mindreverdighetsstempel på noen (7). Sagt på en annen måte vil det si at man merker noen på en negativ måte i en sosial sammenheng. Stigmatisering brukes for eksempel for å hevde at en gruppe i et samfunn har spesielt dårlige egenskaper, og får et «mindreverdighetsstempel» (7). Profesjonell betyr i denne sammenheng yrkesmessig profesjonell. Begrepet brukes om en person/personer som er utdannet og utøver en spesiell profesjon (8). I denne konteksten knyttes profesjonell opp mot sykepleiere. Profesjonell stigmatisering vil si hvordan profesjonelles holdning til overvektige personer kommer til uttrykk, og hvordan samfunnets normer for den sunne og normale kropp gjenspeiler seg hos helsepersonell som møter på denne pasientgruppen i helsetjenesten (3).

Refleksjon

Bie definerer refleksjon som en måte å endre den måten man tenker på. Man stiller spørsmål ved de ulike erfaringene man erverver som sykepleier (9). En reflekterende praktiker spør seg selv om det er noe som kunne ha vært, eller gjort annerledes. Det innebærer også at man setter spørsmålstegn ved egne antagelser og erfaringer om hvordan ting faktisk er, hvordan de bør være, og hvordan man påvirkes av verden rundt seg (9). Bie drar inn begrepet «livslang læring», og beskriver det som en prosess der refleksjon over erfaringer er en måte å oppnå, skape eller utfordre kunnskapen på (9). I Bies definisjon av *læringsorientert refleksjon* siktes det ikke kun til å endre måten man praktiserer på, men også det å vurdere egne holdninger, verdier og følelser, og ut ifra dette, forstå hvordan disse påvirker valg du tar som sykepleier (9).

Vektstigma og vektdiskriminering

Vektstigma defineres som sosial avvisning og nedvurdering av menneskelige verdier som følge av at man ikke passer inn i samfunnets norm av riktig kroppsvekt- og figur (3).

Vektdiskriminering kan oppstå som følge av vektstigmatisering på flere samfunnsplan (1).

En profesjonell arbeidskultur

Profesjonell knyttes i denne oppgaven opp til sykepleieren. Arbeidskultur defineres gjennom de grunnsynene som styrer en arbeidsplass, altså verdiene, rutine, normene, maktforhold og regler (10). Den styres og vedlikeholdes gjennom samhandling mellom arbeiderne (10).

Joyce Travelbee – sykepleiens mellommenneskelige aspekter

Joyce Travelbees teori om sykepleiens mellommenneskelige aspekter fokuserer på de mellommenneskelige dimensjonene. Hun hevder at for å kunne forstå hva sykepleie er, og hvordan det bør være, er man nødt til å forstå interaksjonen mellom pasient og sykepleier, og hvordan denne oppleves. Samt hvilke konsekvenser det kan ha for pasienten og pasientens tilstand. (11). Hun beskriver videre mennesket som et enestående, uerstattelig individ, hvor man er lik, men også ulik hvert menneske som lever og har levd (11). Hun er også opptatt av individets egen opplevelse av sykdom og lidelse, og mener dette er viktigere for sykepleieren å forholde seg til enn diagnose og objektive vurderinger (11).

Fire diskurser om fedme

Gjennom å se på forskjellige tradisjonelle posisjoner i vitenskapsteorien, introduserer den danske sykepleieren, Birgit Kruse, en ny måte sykepleieren kan møte den overvektige personen på (12). Den vitenskapelige diskursen omhandler å se overvekt som mer enn et resultat av livsstil, men at metabolske, hormonelle, genetiske og nevroendokrine årsaker også spiller inn (12). Den humanistiske diskursen fokuserer på fedme som et psykososialt symptom. Her vektlegges det å ha respekt for pasientens opplevelse av egen kropp, og at man må forstå mennesket i sin helhet (12). Den samfunnsvitenskapelige diskursen omhandler hvordan individets livsstil kan bli påvirket av samfunnet, og at det ikke bare er den enkeltes ansvar (12). Den sosiale konstruktivistiske diskursen fokuserer på samfunnets forestilling om fedme, og påpeker at man må være kritisk mot å etablere forestillinger om fedme (12).

Tidligere forskning

I det offentlige rom oppfatter de som har fedme at det ikke er plass til dem, og de føler seg ofte overvåket av omgivelsene rundt (1). Et sentralt funn fra en studie var at stigmatisering fra samfunnet kan medføre til en internalisert stigma. Det vil si at andre menneskers holdninger, egenskaper eller samfunnets normer blir gjort om til sine egne (1,13). Dette kan føre med seg en skam som kan gi følelse av håpløshet, tristhet, og en følelse av å være en belastning. En konsekvens av dette kan være et skjult og isolert liv (1). Studien dro frem at vektdiskriminering skjer på flere plan i samfunnet, og at samfunnet som en helhet må motvirke vektstigma. Fokuset lå også på at helsepersonell må anerkjenne eksistensen av stigmatisering av mennesker med fedme, slik at den kan unngås og møtet får pasienten til å

føle seg fullverdig. Ueland presiserer at helsepersonell også har et ansvar i å fremheve tematikken i det offentlige rom (1).

I en annen studie fremheves to hovedområder der mennesker med overvekt og fedme opplever stigmatisering, i den materielle verden og i møte med helsetjenesten (3). Med materiell stigmatisering menes det å ikke passe inn i samfunnets materielle verden, for eksempel kollektivtransport og kinoer. Dette kan bidra vesentlig til at de blir isolert i samfunnet (3). Det trekkes frem at profesjonelle adopterer holdningene som er i samfunnet. Den profesjonelle stigmatiseringen kan bidra til at pasienter føler de ikke blir tatt på alvor, og at dårlige erfaringer gjør at de utsetter eller unngår avtaler med helsetjenesten (3). Flere studier har vist at profesjonell stigmatisering kan komme til uttrykk i praksis (14–16). Blant annet ved at de som lever med overvekt og fedme kan objektiveres i møte med behandlingstilbudene (14). En annen studie fant ut at intensivsykepleiere har implisitte preferanser for tynne pasienter (15). Derimot for å utrydde vektstigma, konkluderte en studie med at det trengs kunnskapsrike og medfølende helsepersonell (16).

Ved endring av atferd hos mennesker som lider av livsstilssykdommer, trekker en forskningsartikkel fram ulike punkter om endring av helseatferd som de mener er feilaktige (17). Blant annet kommer det frem at det ikke er tilstrekkelig å kun gi kunnskap og informasjon til en pasient. Det vektlegges at man må se på flere faktorer bak sykdommen, og årsaker til hvorfor et individ har havnet i sin livssituasjon, både på individuelt og samfunnsmessig plan (17).

Hensikten med denne oppgaven er å utforske årsakene bak profesjonell stigmatisering, og hvordan sykepleieren og arbeidsplassen kan bidra til at pasienter med overvekt og fedme møter på mindre profesjonell stigmatisering i helsevesenet.

Problemstilling:

Hvordan kan sykepleieren møte pasienter med overvekt og fedme med mindre profesjonell stigmatisering?

Metode

Dette prosjektet er et samarbeid mellom sykepleierutdanningen ved Norges Tekniske Naturvitenskapelige Universitet (NTNU) og Fremtidens Operasjonsrom (FOR). Totalt var det fem sykepleierstudenter som samarbeidet om datainnsamlingen. Det ble gjennomført intervju av sykepleiere som nå er lærere ved sykepleierutdanningen, sykepleiere ved en vanlig klinikk og sykepleiere som hadde spesialisering innenfor overvekt- og fedme, og erfaring innenfor feltet. Totalt var det seks informanter.

Valgt metode

Det ble i denne studien brukt kvalitativ metode fordi det bidrar til å presentere mangfold, nyanser og subjektive erfaring (18). Det var ønskelig med en dyp og abstrakt forståelse av hvordan de forskjellige sykepleierne forholdt seg til temaet overvekt og fedme (19). En annen årsak til valgt metode er at metoden gir fleksibilitet, uten faste svaralternativer (19). Kvalitativ tilnærming er en metode som ofte brukes i sykepleieforskning (20). Hovedfokuset var tidligere erfaring om temaet, opplevd holdninger i praksis, årsaker til holdninger og etiske spørsmål rundt temaet. Dette gjorde at man i en nokså stor grad kunne dra frem ulike erfaringer og tanker hos informantene. At to informanter hadde bred spesialisering innenfor feltet, gjorde at man fikk et godt inntrykk av kompleksiteten angående temaet, og deres erfaringer av holdninger blant helsepersonell. Sykepleiestudentene hadde lite kunnskap om overvekt og fedme fra før, og har tillært seg kunnskap gjennom prosjektet. Sykepleiestudentene fikk mulighet til å delta på et foredrag om kirurgisk behandling av overvekt og fedme (6), samt en presentasjon om temaet i regi av FOR. Tillært kunnskap og presentasjonene ble derfor grunnlaget for spørsmålene i intervjuguiden (Vedlegg 1 og 2).

Rekruttering

Rekruttering ble gjennomført i samarbeid med FOR og NTNU, samt vår veileder fra NTNU under prosessen. Dette gjorde at det var informanter med en stor variasjon, erfaring og kunnskap innenfor feltet. Inklusjonskriteriene var at alle måtte være utdannet sykepleier. Det var ønskelig med noen informanter som hadde bred innsikt i temaet overvekt og fedme.

Datainnsamling

Det ble gjennomført seks individuelle intervjuer, to ansikt til ansikt og fire over programmet Zoom eller telefon. Intervjuguiden var strukturert med ulike hovedtemaer (19) (Vedlegg 1 og 2) En student var intervjuer mens minimum to studenter transkriberte intervjuet.

Analyse og tolkning

Etter hvert intervju ble data lest nøye, og strukturert. Deretter ble dataen sortert i tre ulike vedlegg ut ifra hvilke informanter som representerte samme arbeidsplass. Dataen ble så analysert gjennom en systematisk tekstkondensering (18,20). Dataen ble lest gjennom for å få et helhetsinntrykk, og deretter grundigere for å finne meningsenheter som kunne relateres til hverandre. Det ble så opprettet kodegrupper som ble satt opp mot problemstillingen til oppgaven, og hvordan dataen best kunne belyse den. Deretter ble det opprettet hovedkategorier og underkategorier (18,20).

Forskningsetiske betraktninger

Prosjektet ble godkjent for gjennomføring gjennom et skriftlig samtykke fra FORs fagråd. Informantene ble før intervjuet informert om prosjektets hensikt, omfang og fikk kontaktinformasjon (19). Informantene fikk god informasjon om at deres svar ville bli brukt i fagartikkelen, og de kunne når som helst velge å trekke seg eller velge å ikke besvare spørsmål (Vedlegg 3). Deltagernes anonymitet har nøye blitt ivaretatt ved at eventuelle gjenkjennbare utsagn har blitt omgjort. De blir også omtalt som informanter og gitt nummer for å ivareta anonymitet (19).

Resultat

Resultatene viser til informantenes svar relatert til problemstillingen for denne oppgaven. (x) bak sitat representerer nummeret til informanten. Hovedkategori og underkategori blir presentert i en tabell under.

<u>Hovedkategori</u>	<u>Underkategori</u>
Årsaker til negative holdninger	Generell holdning i samfunnet
	Mangel på kunnskap
Holdninger	Prat mellom kollegaer
	En ekstra belastning
Hvordan bør de møtes?	Forståelse og helhetlig blikk
	Ydmykhet og refleksjon

Årsaker til negative holdninger

Generell holdning i samfunnet

Noen av informantene deler at i møte med pasienter som lider av fedme, forteller pasientene ofte at de blir møtt med en holdning som bærer preg av at de må spise mindre og trene mer. Det blir trukket frem at dette er en generell holdning i samfunnet, som også smitter over på sykepleiere og annet helsepersonell.

«Man er jo bare mennesker, og blir påvirket av holdninger som går igjen rundt omkring» – (1)

Mangel på kunnskap

Informantene ga uttrykk for at negative holdninger også skyldes at det er mangel på kunnskap om temaet blant helsepersonell. Det ble trukket frem at man som sykepleier vil sitte på litt tilfeldig kunnskap, og at denne kunnskap avhenger mye av hvilke pasienter man møter i praksis. Samtlige av informantene beskrev at de selv ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om temaet, men at informasjon og opplæring om temaet kan bidra til at de blir mer oppmerksomme på fenomenet og denne pasientgruppen.

«Jeg merker selv at jeg blir mer oppmerksom på temaet i forbindelse med dette prosjektet» – (4)

Holdninger

I intervjuene kommer det frem at informantene har forskjellige erfaringer med det å ha opplevd negative holdninger hos kollegaer. Noen av informantene forteller at hvis det blir snakket om, er det fordi sykepleieren uttrykker bekymring ovenfor pasienten. Noen opplever det i form av kommentarer mellom kollegaer, eller at kollegaer ikke ønsker å ha den «overvektige pasienten». Det kommer frem fra et par av informantene at de opplever at pasientgruppen har en tendens til å bli sett ned på, og generalisert som en gruppe.

«De blir sett ned på som om de har nedsatt viljestyrke» - (1)

«Noen kollegaer mente at det var selvpåført når overvektige pasienter kom inn» - (2)

I møte med sine egne holdninger til mennesker med overvekt- og fedme mente de fleste av informantene at de på et tidspunkt hadde hatt ubevisste holdninger mot pasienter med fedme. Noen opplevde at de ikke har negative holdninger. Det nevnes at det er viktig å ikke tenke på disse pasientene som en homogen gruppe.

«Noen ganger undrer man jo over hvordan de har havnet her, og på de tingene de kunne sluttet med som kunne hjulpet de på riktig vei, men så skjønner man at livet er komplekst og hvorfor de har havnet der - (2)

Prat mellom kollegaer

I enkelte situasjoner har sykepleiere behov for å snakke om hindringer og tanker som de møter på jobb, med kollegaer. Noen av informantene kunne oppleve dette som provoserende fordi kommentarene som ble overhørt kunne bestå av en oppgitthet over at pasientene ikke tok tak i situasjonen selv. Noen av informantene påpekte faren ved slike kommentarer, og satte spørsmålstegn ved om det var etisk riktig, selv om pasienten ikke er til stede.

«Når det snakkes om pasientene inne på vaktrommet kan det være uetisk. Mine dårlige holdninger kan jo smitte over og påvirke andre kollegaer» - (6)

Ekstra belastning

Noen av informantene hadde ikke en opplevelse av at pasienter med overvekt- og fedme var en ekstra belastning, mens andre informanter kunne kjenne på dette av og til. Det var erfaringer med at det i noen tilfeller kunne hende at pasienter ble henvist til spesialklinikker selv om vekten ikke nødvendigvis var et hinder for behandlingen pasienten skulle få.

«Jeg har opplevd at andre klinikker sender pasientene videre til oss for å «slippe» ansvar der. I noen tilfeller får vekten skylden for alt, og i visse situasjoner er ikke vekten en hindring i den behandlingen pasienten har krav på, eller bør få». – (1)

Hvordan bør de møtes?

Forståelse og helhetlig blikk

Noen av informantene hadde gode erfaringer i å møte pasienter med overvekt og fedme i praksis, og påpekte at det er viktig å se mennesket bak diagnosen, og at alle bar på sine historier og sine kamper. Betydningen av forståelse og empati ble spesielt trukket frem.

«Ingen ønsker å veie 170 kg. De står opp hver dag og prøver å gjøre noe med det.» – (1)

Noen av informantene nevnte også viktigheten av at sykepleieren møter pasienten med et helhetlig blikk, og at man må være nysgjerrige på hvilke bakgrunnsfaktorer som ligger bak diagnosen.

«Vi må se hele mennesker, og hvorfor individet strever med overvekt» - (4)

Ydmykhet og refleksjon

Informantene la vekt på at man må møte pasientene med en ydmykhet, men at det samtidig var viktig at sykepleierne hadde gode kunnskaper om selve sykdommen og hvilke konsekvenser og komplikasjoner det kan gi. Noen av informantene nevnte at i kommunikasjon med pasientene som omhandlet deres diagnose, må sykepleieren tenke på sin

egen kommunikasjon til pasienten. Noen av informantene påpekte også at sykepleieren må være kritiske til syk/frisk dikotomi, og at pasientens selvbestemmelse må vernes om.

«Jeg tror vi må være forsiktig med å ikke sykeliggjøre/dømme/presse de inn i en sykerolle/offerrolle. Pasienten må også få lov til å definere om de er syke eller friske» - (4)

Noen av informantene la vekt på at det i møte med disse pasientene også muligens krever mer enn bare kunnskap.

«Det er lett å kunne lære seg faktabasert kunnskap, men holdningsendring krever så mye mer. Refleksjon og bevisstgjøring er viktig» - (3)

Diskusjon

Hovedfunn i studien er at negative holdninger mot pasienter med overvekt og fedme kan skyldes den generelle holdningen i samfunnet, samt mangel på kunnskap om temaet blant sykepleieren. Holdninger kan komme til uttrykk gjennom kommentarer mellom kollegaer, eller at sykepleieren ser på pasienten som en belastning. Informantene trekker frem betydningen av sykepleierens helhetlig blikk og forståelse for bakgrunnsfaktorer til lidelsen i møte med pasienten. Det vil videre i oppgaven diskuteres mulige løsninger på problemstillingen basert på resultatene fra studien, tidligere forskning og faglitteratur.

Årsaker til negative holdninger

Funn i studien viser at informantene nevnte spesielt to grunner på hvorfor helsepersonell kan ha negative holdninger mot mennesker med overvekt og fedme. Disse er den generelle holdningen i samfunnet, og at det er en kunnskapsmangel om temaet. Christiansen et al. påpeker at helsepersonell er sterkt disiplinert av samfunnsnormene om «den normale kropp», samt at det er selvforskyldt (3). Dette kan forklares med at profesjonelle er en del av samfunnet, og i likhet med alle andre har blitt påvirket fra en tidlig alder, og over lang tid av samfunnets normer og kultur knyttet til overvekt- og fedme (3). Dette kommer også frem i resultatet fra studien. Aamo et al. skriver i sin rapport at overvekt og fedme bør vurderes på lik linje med andre store sykdomsgrupper (2). Med dette understreker Aamo et al. at temaet generelt er nedprioritert i forhold til andre livsstilssykdommer. Resultat fra studien viser også til at sykepleiere sitter på litt tilfeldig kunnskap. Dette kan være grunnen til manglende dybdekunnskap hos den enkelte sykepleier.

På en annen side har det siden 1970 vært en økende forekomst av overvekt og fedme, og et fortsatt økende problem (2, 21). De nedlatende holdningene mennesker med overvekt og fedme blir utsatt for i en kombinasjon med at flere får alvorlig fedme (2), kan gi store konsekvenser (3). På individplan kan dette føre til en sosial tilbaketrekning, som skammen av stigmatiseringen også fører med seg (1). Det kan føre til trøstespising, protestspising, negative psykologiske tilstander og stress. Som igjen kan føre til en ytterligere overvekt (3). I en oversiktsartikkel vektlegges det at for å kunne takle den pågående økningen av fedme, er man nødt til å slå ned på den parallelle epidemien med vektstigma (16). Dette er derfor en pasientgruppe som øker i antall, samtidig som de blir utsatt for stigmatisering på mange

samfunnsplan (2). Det er derfor viktig at sykepleieren øker sin kunnskap om denne pasientgruppen, og bidrar i kampen mot vektstigma (16).

God profesjonell arbeidskultur

Informantene nevner forskjellige situasjoner der de føler at pasientene har en tendens for å bli utsatt for negative holdninger. Flere av informantene hadde opplevd kommentarer om pasienter med overvekt og fedme, og for noen av informantene kunne det oppleves uetisk. Humor kan være en viktig del av en profesjonell arbeidskultur for utlufting (10). Derimot kan galgenhumor mellom kollegaer og slik språkbruk, påvirke sykepleierens syn på pasientene (10). Damsgaard fremhever at hvis sykepleierens makt misbrukes enten direkte eller indirekte til å utvikle en arbeidskultur som tillater krenkende omtaler av pasienten, kan faren for å sette noen i en avmaktssituasjon øke. Hun presiserer at for å unngå maktmisbruk, og for å utvikle god profesjonell arbeidskultur, er det viktig å vurdere bruken av galgenhumor og krenkende språkbruk (10). Likevel påpeker Damsgaard at det er nødvendig å gi rom til å snakke om krevende situasjoner, men heller gjennom samarbeid og veiledning imellom kollegaer og andre profesjonelle (10).

Flere årsaksfaktorer å ta hensyn til

Informantene trakk frem at blant annet forståelse, helhetlig blikk og empati er viktig i møte med denne pasientgruppen. Det kommer også frem i studien at denne pasientgruppen har sine kamper og sine historier. Mennesker med overvekt og fedme har erfaring med at de ikke blir møtt som individuelle personer i helsevesenet (3). En forskningsartikkel dro frem at de kan bli håndtert som objekter fordi kroppen til disse pasientene oppfattes som ting (14). Dette setter lys på at pasientgruppen kanskje må bli møtt på en mer individuell måte.

Den danske sykepleieren, Birgit Kruse, introduserer fire forskjellige diskurser om fedme (12). Under den *vitenskapelige diskursen* drar Kruse frem viktigheten av at sykepleieren kontinuerlig oppdaterer sin kunnskap om, samt behandling av fedme, og at sykepleieren er nødt til å se på fedme som et komplekst problem (12). I den *humanistiske diskursen* vektlegges et helhetlig perspektiv, som også ble påpekt av informantene i studien. Kruse poengterer viktigheten av at sykepleieren skal respektere pasienten sin egen opplevelse av kropp og vekt, og at kropp og psyke ikke kan skilles (12) Travelbee poengterer at hvert individ er lik, men også ulik (11), dette kan sees i sammenheng med at individer kan ha lik kropp, men ulik psyke. Kruse fremhever videre at det gir lite motivasjon å møte en hevet

pekefinger for pasienten (12). Dette ble også trukket frem av informantene. Der det påpekes å være forsiktig med å ikke presse pasientene for mye inn i en sykerolle, og at de også må være med på å definere om de er syke eller friske. Videre introduserer Kruse den *samfunnsvitenskapelige diskurs*. Her fokuseres det på å knytte samfunnsfaktorer opp mot årsak til fedme, og at man er oppmerksom på at det ikke bare er et individuelt ansvar, men også et samfunnsansvar (12). Dette støttes også opp av helsedirektoratet (2). Videre vektlegger hun at sykepleiere som profesjonelle må markere seg tydelige i samfunnsdebatten i faktorene som er viktig for utvikling av fedme (12). Ueland trekker også frem at helsepersonell har et ansvar i å få frem dette aspektet i det offentlige rom (1). Til slutt viser Kruse til den *sosiale konstruktivistiske diskursen*. Der råder hun sykepleieren til å stille seg kritisk til samfunnets holdninger til fedme, og til å etablere seg forestillinger om fedme. Hun poengterer at sykepleieren må lytte til pasientens fortelling (12). Dette kan sees i sammenheng med Travelbees teori, som påpeker viktigheten av individets egen opplevelse av sykdom og lidelse (11). Videre støttes det også opp av Ueland, som trekker frem viktigheten av at helsevesenet har innsikt i hvordan stigmatisering blant mennesker med overvekt og fedme blir til skam, og hvilke konsekvenser det kan ha for det enkelte individ (1). Ved å opplyse seg, og se på fedme ut ifra disse fire ulike perspektivene, kan sykepleieren antakelig få et bredere innsyn i fedme, som kan bidra i å møte pasienten på en mer forståelsesfull måte. Ved å også respektere og forstå pasientens opplevelse av egen sykdom, samt hvordan stigmatisering oppleves, kan sykepleieren få et økt fokus på den individuelle pasient.

Refleksjon – sykepleierens vei til klokskap

Det kom frem i studien at noen av informantene kunne kjenne på en ekstra belastning når en pasient med overvekt og fedme ble innlagt på avdelingen. Dette kan også være knyttet til tidspress og lite bemanning, som er en kjent problemstilling for sykepleiere, men vil ikke bli diskutert videre i oppgaven. Studien viser også til at det var tilfeller der kollegaer vegret seg for å ta pasientene. En forskningsartikkel trekker frem at intensivsykepleiere synes det er mer krevende med pasienter med overvekt og fedme enn normalvektige pasienter, der utdypes det at sykepleiere må få mer tid til å diskutere og reflektere over sensitive spørsmål (15). Dette er muligens noe ledelsen ved en vanlig avdeling også kan legge til rette for. Ved at det er rom for å gi og ta imot tilbakemeldinger begge veier, kan ledelsen og ansatte gjennom samhandling, reflektere og veilede hverandre rundt problematikken (10). Dette kan muligens bidra til en god profesjonell arbeidskultur som bidrar til god holdning mot pasienten med overvekt og fedme, samt en god pleie.

Samtidig bør sykepleieren reflektere over egen tankegang hvis man ser på en pasient som en «byrde». Sykepleieren bør også reflektere over hvordan en slik innstilling kan få konsekvenser for interaksjonen mellom pasient og sykepleier, som Travelbee også påpeker (11). Det å være en god sykepleier innebærer mer enn å utføre presise, gode sykepleieoppgaver. Å utføre god sykepleie innebærer i stor grad å involvere seg personlig i omsorgen til pasienten. I tillegg er et grunnleggende prinsipp at alle skal ha lik tilgang på god helsetjeneste, uavhengig av kjønn, sosial status eller personlig preferanse blant sykepleieren (22).

I veien mot en holdningsendring ble det i studien trukket frem at i tillegg til god kunnskap, krever en holdningsendring også refleksjon og bevisstgjøring. Bie introduserer begrepet «en kritisk reflektert sykepleier». (9) Ved refleksjon utforsker en seg selv, men et annet mål med refleksjonen er å få frem det som ikke er i bevisstheten. Dette kommer til uttrykk ved at man setter ord på en skjult holdning eller tanke (9). I situasjonen som informantene beskriver, kan det være deres skjulte holdninger som kommer til uttrykk. Ved at sykepleierne her vender blikket innover, kan sykepleieren finne ut om det mangler forståelse og kunnskaper i situasjonen. (9) Dette gir sykepleieren mulighet til å skape ny kunnskap, og kanskje endre atferd (9). Situasjoner som oppleves som problematisk, kan endres dersom sykepleieren reflekterer, klarer å forandre eller utforske perspektivet sitt (9).

Refleksjon krever også erfaringskunnskap (9). Informantene dro frem at mer informasjon og opplæring om temaet kan bidra til at man blir mer oppmerksomme på disse pasientene. En opplæring må være arbeidsplassen sitt ansvar, men sykepleieren har et ansvar i å oppdatere sin egen fagkunnskap (23). Dette vises det til i de yrkesetiske retningslinjene, som sier at sykepleieren skal holde seg oppdatert på ny forskning, utvikling og dokumentert praksis innenfor eget fagområde (23).

En forskningsartikkel (17) dro frem at hvis man ser på en atferd, og prøver å søke og forstå de foregående forholdene til denne oppførselen, kan man bedre forstå at ting ikke alltid skjer tilfeldig (17). Den påpeker at sosiale relasjoner og sosiale konstruksjoner kan spille inn på en atferd (17). I møte med pasienten kan sykepleieren se på overvekten og fedmen hos en pasient som noe som består av forbigående forhold som kan ha ført til tilstanden. Ved at sykepleieren ser på fedme gjennom de fire diskursene, kan sykepleieren oppnå en bedre forståelse for

kompleksiteten av fedme og tilegne seg ny kunnskap. Gjennom refleksjon og hvordan sykepleierens interaksjon kan oppleves for pasienten, kan sykepleieren forstå hvordan egne holdninger påvirker atferd og valg man gjør som sykepleier (9). Til sammen kan en slik læringsorientert refleksjon hos sykepleieren bidra til at kunnskapen utvides, og sykepleieren kan bedre møte den individuelle pasient og dens behov.

Samfunnsansvar

Sykepleieren har videre et ansvar i å videreformidle dette temaet i det offentlige rom (jmf. yrkesetiske retningslinjer kap. 6) (23). Når 23% av personer over 18 år lider av fedme i Norge, kan det ikke lenger betraktes som et individuelt ansvar, men ses på det som et samfunnsproblem (2). Vekstigma kan føre til skam og isolasjon for de som opplever det (1), samt en større mulighet for å utvikle angstlidelser og depresjon (16). Forskning viser til at kvaliteten på helsetjenestene kan i noe grad være dårligere til disse pasientene (16), Pasienter unngår også møter med helsevesenet grunnet dårlige opplevelser (3,16). Resultatene fra studien fremhever også at pasienter i noen tilfeller blir henvist til spesialklinikker, selv om vekten ikke er til hindring for behandlingen de skal ha. Sykepleieren bør derfor videreformidle denne kunnskapen til det offentlige rom og til andre helsepersonell man møter i tverrsamhandling, og dermed bli med i kampen mot vektstigma. (1,12)

Studiens svakheter

Studiens svakheter er at med kun seks informanter vil ikke resultatene være representativt for alle sykepleiere. Grunnet NTNU sine retningslinjer for håndtering av persondataopplysninger, var det ikke tillatt med opptak. Intervjuene ble derfor transkribert av to av studentene. Man fikk dermed ikke med seg naturlige pauser, kroppsspråk og nøling. Slik informasjon kan derfor være fraværende, men siden det alltid var to skribenter ble den mest essensielle informasjonen nedtegnet.

Konklusjon

Studien har vist at profesjonell stigmatisering mot pasienter med overvekt og fedme skyldes mangel på kunnskap og adoptering av samfunnets holdninger, og at det kan komme til uttrykk gjennom snakk mellom kollegaer eller en oppfatning om at pasientgruppen er en økt belastning eller «byrde». Resultatene trekker frem at helhetlig blikk, forståelse og god kunnskap er viktig i møte med pasientgruppen, samt at refleksjon og bevisstgjøring er viktig i veien mot holdningsendring. Studien har videre presentert fire ulike diskurser om fedme, og hvordan sykepleieren gjennom disse kan forstå kompleksiteten av fedme. Ved refleksjon kan sykepleieren oppleve ny kunnskap, og en ny måte å være sykepleier på. Dette er en viktig implikasjon av denne studien. I veien mot mindre profesjonell stigmatisering av denne pasientgruppen må også arbeidsplassen og ledelsen legge til rette for at sykepleiere får tid til refleksjon og veiledning gjennom samhandling. Det er også viktig at arbeidsplassen oppretter en god profesjonell arbeidskultur som vurderer bruken av galgenhumor mot pasientgruppen. Det bør bli tilbudt mer informasjon og opplæring fra arbeidsplassen. Videre bør sykepleieren gjøre seg synlig i samfunnet for å motvirke vekstigma, og spre kunnskap til andre kollegaer og ellers i samfunnet.

Referanseliste

1. Ueland V. Stigmatisering og skam – en kvalitativ studie om å leve med fedme. Sykepleien. mai 2019;(77012):e-77012.
2. Aamo AAW, Lind LH, Myklebust A. OVERVEKT OG FEDME I NORGE: OMFANG, UTVIKLING OG SAMFUNNSKOSTNADER. :50.
3. Christiansen WS, Karlsen T-I, Larsen IB. Materiell og profesjonell stigmatisering av mennesker med sykkelig overvekt. NorTidHelse [Internett]. 26. august 2017 [sitert 28. april 2021];13(2). Tilgjengelig på: <http://nopus.eu/index.php/helseforsk/article/view/4195>
4. Obesity [Internett]. [sitert 4. mai 2021]. Tilgjengelig på: https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1
5. Hall KD, Kahan S. Maintenance of Lost Weight and Long-Term Management of Obesity. Medical Clinics of North America. januar 2018;102(1):183–97.
6. Johnsen G. Kirurgi som behandling av fedme. 2021 02; Nasjonalt Senter for Avansert Laparoskopisk Kirurgi.
7. Malt U. Stigmatisering – Store norske leksikon [Internett]. [sitert 3. mai 2021]. Tilgjengelig på: <https://snl.no/stigmatisering>
8. Gundersen D. Profesjonell – Store norske leksikon [Internett]. [sitert 3. mai 2021]. Tilgjengelig på: <https://snl.no/profesjonell>
9. Bie K. REFLEKSJON: sykepleierens vei til klokskap. S.l.: UNIVERSITETSFORLAGET; 2020.
10. Damsgaard HL. Den profesjonelle sykepleier - Profesjonalitetens mange ansikter. Oslo: Cappelen Damm AS; 2010.
11. Kirkevold M. Sykepleieteorier: analyse og evaluering. 2. utg. Oslo: Ad Notam Gyldendal; 1998.
12. Kruse B. Sykepleiernes syn på fedme Sykepleiere, DSR | Sykepleiere 2006, nr. 1 [Internett]. Dansk sykeplejeråd. 2006 [sitert 22. mai 2021]. Tilgjengelig på: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2006-1/sygeplejerskers-forestillinger-om-overvaegt>
13. Internalisering – Store norske leksikon [Internett]. [sitert 3. mai 2021]. Tilgjengelig på: <https://snl.no/internalisering>
14. Furnes B, Dysvik E, Ueland V. Å lide når en lever med overvekt og fedme: – en utfordring i omsorg og behandling. Nordisk sykeplejeforskning. 2. oktober 2020;10(03):201–12.
15. Robstad N, Westergren T, Siebler F, Söderhamn U, Fegran L. Intensive care nurses' implicit and explicit attitudes and their behavioural intentions towards obese intensive care patients. J Adv Nurs. desember 2019;75(12):3631–42.
16. Tomiyama AJ, Carr D, Granberg E M, Major B, Robinson E, Sutin AngelinaR, mfl. How and why weight stigma drives the obesity 'epidemic' and harms health | BMC Medicine | Full Text [Internett]. [sitert 13. mai 2021]. Tilgjengelig på: <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-018-1116-5>
17. Kelly MP, Barker M. Why is changing health-related behaviour so difficult? Public Health. juli 2016;136:109–16.

18. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag: en innføring. 4.utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
19. Dalland O. Metode og oppgaveskriving. 6.utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2017.
20. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today. februar 2004;24(2):105–12.
21. Overvekt og fedme - FHI [Internett]. [sitert 13. mai 2021]. Tilgjengelig på: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/overvekt-og-fedme/>
22. Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug E-A. Grunnleggende sykepleie 1. bind 1. 2.utg, 2.opplag. Oslo: Gyldendal akademisk; 2011.
23. Yrkesetiske retningslinjer [Internett]. [sitert 13. mai 2021]. Tilgjengelig på: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

