

# Sjukvårdspersonalens attityder mot personer med fetma

- och dess konsekvenser

FÖRFATTARE	Eva-Karin Grönberg Cecilia Lorén
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 hp Examensarbete på grundnivå  VT 2010
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Lars Engen
EXAMINATOR	Jan Karlsson
Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa	

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk):	Sjukvårdspersonalens attityder mot personer med fetma – och dess konsekvenser
Titel (engelsk):	Health care professionals attitudes towards people with obesity – and its consequences
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/högskolepoäng/	Sjuksköterskeprogrammet/ Examensarbete på grundnivå/ 15hp
Kursbeteckning:	OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	20
Författare:	Eva-Karin Grönberg Cecilia Lorén
Handledare:	Lars Engen
Examinator:	Jan Karlsson

---

## SAMMANFATTNING

**Introduktion:** I litteraturen framkom det att fetma är en allt vanligare sjukdom i världen. Personer med fetma upplevde sig ofta vara isolerade från samhället och tenderade att bli skuldbelagda för sitt hälsotillstånd. Trots att lagar, kompetensbeskrivningar och etiska koder finns för sjukvårdspersonal att arbeta efter, stötte vi under vår utbildning på negativa attityder och diskriminering mot patienter med fetma från sjukvårdspersonal. **Syfte:** Att undersöka om sjukvårdspersonal hade negativa attityder mot patienter med fetma, vilka attityderna var samt vilka konsekvenser de fick för patienten och vårdmötet. **Metod:** En litteraturöversikt gjordes genom systematiska datasökningar och granskningar av vetenskapliga artiklar. Artiklarna söktes i databaserna PubMed och Cinahl var både kvantitativa och kvalitativa och inkluderade både patienternas och sjukvårdspersonalens perspektiv. **Resultat:** Granskningen av de vetenskapliga artiklarna resulterade i tre huvudkategorier: Attityder hos sjukvårdspersonal, arbetet med fetma och patientens upplevelse av vårdmötet. Det framkom att negativa attityder mot patienter med fetma förekom i stor utsträckning hos sjukvårdspersonal. Attityderna var dessutom olika starka beroende på personalens eget BMI-värde, samt graden av fetma hos patienten. Negativa attityder sågs också skapa hinder för vårdmötet och problemet med bristande kommunikation och respekt mellan sjukvårdspersonal och patient var genomgående. Patienterna kände sig ofta avvisade och upplevde att de inte fick tillräckligt mycket stöd från sjukvårdspersonalen. **Diskussion:** De negativa attityderna hos sjukvårdspersonalen gentemot patienten med fetma medförde att personalen bröt mot hälso- och sjukvårdslagens, kompetensbeskrivningens och den etiska kodens föreskrifter. Attityderna utgjorde också en stor risk för att patienten och personalen skulle sträva mot olika mål. Det oprofessionella beteendet hos sjukvårdspersonalen gjorde därför att en förändring är nödvändig för att rädda det framtida vårdmötet!

<b>INTRODUKTION</b> .....	<b>1</b>
INLEDNING.....	1
<i>Problemformulering</i> .....	1
BAKGRUND.....	1
<i>Diagnosen fetma</i> .....	1
<i>Klassifikation av fetma</i> .....	2
BMI.....	2
Midjemått.....	2
<i>Fetman ökar både nationellt och globalt</i> .....	2
<i>Fetma ur ett samhällsperspektiv</i> .....	3
<i>Definition av begreppet attityd</i> .....	3
<i>Kompetensbeskrivning</i> .....	4
<i>Hälso- och sjukvårdslagen</i> .....	4
<i>Den etiska koden</i> .....	4
<i>Joyce Travelbees omvårdnadsteori</i> .....	4
<b>SYFTE</b> .....	<b>5</b>
<b>METOD</b> .....	<b>5</b>
LITTERATURSÖKNING .....	5
<i>Tabell över strukturerad datasökning</i> .....	6
<i>Manuell datasökning</i> .....	6
ANALYS .....	6
<b>RESULTAT</b> .....	<b>7</b>
ATTITYDER HOS SJUKVÅRDSPERSONAL .....	7
<i>Medvetna och omedvetna attityder</i> .....	7
<i>Påverkan av personalens BMI-värde</i> .....	8
ARBETET MED FETMA .....	9
<i>Brist på kommunikation</i> .....	9
<i>Sjukvårdspersonalens sätt att arbeta med fetma</i> .....	10
<i>Skillnader i tron om orsaker till fetma</i> .....	11
PATIENTENS UPPLEVELSE AV VÅRDMÖTET.....	11
<i>Att bli avvisad</i> .....	11
<i>Att ej få tillräckligt med stöd</i> .....	12
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>12</b>
METODDISKUSSION .....	12
RESULTATDISKUSSION.....	13
IMPLIKATIONER .....	16
<b>REFERENSLISTA</b> .....	<b>18</b>

**Bilaga 1** – översikt vetenskapliga artiklar

**Bilaga 2** – översikt relevans

# INTRODUKTION

## INLEDNING

Fetma är en sjukdom som blir allt vanligare i både Sverige och övriga världen. I Sverige hade hela 10,5 % av männen och 10,0 % av kvinnorna fetma år 2007 (SCB, 2008). Det har också setts en fördubbling av sjukdomen på 20 år (Torgerson, Flodmark & Andrén, 2007).

## Problemformulering

Fetma, som är en snabbt ökande sjukdom i det västerländska samhället, kan förutom att ge upphov till andra sjukdomar eller sjukvårdskrävande tillstånd, såsom hjärtsjukdomar, diabetes och kronisk smärtproblematik, även vara en socialt och fysiskt handikappande sjukdom (Reifeldt, 2008). Personer med fetma blir ofta skuldbelagda för sitt hälsotillstånd, både av sig själva och av samhället (Reifeldt, 2008; SBU, 2002). Dessutom upplever de sig ofta vara isolerade från samhället bland annat på grund av att den fysiska miljön, såsom sittplatser i bussar, frisörstolar och biografen inte är anpassade för dem (Falkenberg, 2005; Sarlio-Lähteenkorva, 1998).

Vi har under den verksamhetsförlagda delen av vår grundutbildning stött på negativa attityder mot patienter med fetma bland sjukvårdspersonal. Det har varit allt ifrån kommentarer bakom patientens rygg, till att patienten faktiskt inte har behandlats med samma respekt som andra patienter. Vi har även upplevt att personalen anser att patienter med fetma själva bär skulden för sitt hälsotillstånd och därmed får ”skylla sig själva”.

Genom utbildningen har vi fått kunskap om att sjuksköterskor och övrig sjukvårdspersonal arbetar under lagar, etiska koder och kompetensbeskrivningar. Dessa beskriver genomgående betydelsen av att bemöta patienten med respekt och att det inte får förekomma någon form av diskriminering mot patienten. Det berör oss därför starkt när vi inser att patienter blir lidande eftersom dessa föreskrifter inte följs fullt ut. Om situationen ovan är ett genomgående fenomen inom sjukvården, förekommer det alltså diskriminering mot denna patientgrupp och kunskapen om detta måste lyftas fram!

Litteraturoversikten avser därför att undersöka:

- Om sjukvårdspersonal har negativa attityder mot patienter med fetma
- Vilka attityderna är och vilka konsekvenser de får för patienten och vårdmötet

## BAKGRUND

### Diagnosen fetma

Världshälsoorganisationen, WHO, har fastslagit att fetma är en kronisk sjukdom och att den i nutid är västvärldens vanligaste näringsrubbing. Sjukdomen innebär en ökning i kroppens fettdepåer som normalt bör ligga på ca 8-16 kg hos män och 10-20 kg hos kvinnor. Hos en person med svår fetma kan fettdepåerna uppgå till flera hundra kilo (Rössner & Torgerson, 2006). Det kan finnas många orsaker till varför en person utvecklar fetma. Arvet, vilket avser både det genetiska arvet och arv av livsstil såsom matvanor och fysisk aktivitet, tros spela en

betydande roll. Det genetiska arvet tros påverka hur disponerad en person är att lagra fett samt var på kroppen fett lagras (Rasmussen, 2007; SBU, 2002). Andra riskfaktorer som kan bidra till viktuppgång, genom att bland annat orsaka ökad aptit, är hormonsjukdomar, vissa läkemedel och rökstopp. Ytterligare bidragande faktorer till fetma kan vara sociala eller kulturella förhållanden och att det är svårt att gå ner i vikt efter en graviditet (SBU, 2002) samt stress (Rasmussen, 2007). Ofta samverkar många av ovanstående faktorer, vilket också gör fetma till en mycket komplex sjukdom. Den främsta orsaken till att fetma ökar i samhället anses ändå vara det minskade kravet på fysisk aktivitet, tillsammans med ett oförändrat eller ökat energiintag (SBU, 2002).

## Klassifikation av fetma

### BMI

Det finns flera olika modeller för att definiera graden av fetma. Den vanligaste metoden är BMI (Body Mass Index) som ger ett index på kroppsmassan i kvadratmeter (fig 1 och 2) (Torgerson et al., 2007).

<i>Fig 1 BMI (Body Mass Index)</i>
BMI = vikten (kg) / längden <sup>2</sup> (m <sup>2</sup> ) Exempel: 70 kg, 175 cm
70
BMI = $\frac{70}{1,75 \times 1,75} = 22,9 \text{ kg/m}^2$

<i>Fig 2 Klassifikation av övervikt och fetma i relation till hälsorisker (WHO, 2000)</i>		
<u>Klassifikation</u>	<u>BMI</u>	<u>Hälsorisker</u>
Undervikt	< 18,5	Låga
Normalvikt	18,5-24,9	
Övervikt	25,0-29,9	Lätt ökade
Fetma grad I	30,0-34,9	Måttligt ökade
Fetma grad II	35,0-39,9	Höga
Fetma grad III	≥ 40	Mycket höga

### Midjemått

Midjeomkretsen är ett annat viktigt mått som ger en indikation på hur allvarlig fetman är och om den ger en ökad risk för utveckling av följsjukdomar. Om måttet överstiger 102 cm för män och 88 cm för kvinnor, är risken betydligt förhöjd för komplikationer av fetman, se fig 3 (Torgerson et al., 2007).

<i>Fig 3 Praktisk klinisk tillämpning av midjemåttet</i>		
<u>Män</u>	<u>Kvinnor</u>	<u>Rekommendationer</u>
< 94 cm	< 80 cm	Behåll aktuell vikt
94-102 cm	80-88 cm	Undvik viktuppgång
>102 cm	>88 cm	Gå ned i vikt

### Fetman ökar både nationellt och globalt

Andelen personer med övervikt eller fetma har ökat under lång tid. En ökning har i Sverige setts sedan 1980-talet, där ökningstakten ligger på 0,5-1 % per år (Rössner & Torgerson, 2006).

I en undersökning gjord av Statistiska Centralbyrån 1980-1981 på svenska vuxna i åldrarna 16-84 år hade 4,5 % av männen och 5,0 % av kvinnorna fetma. I en liknande undersökning 2007 hade 10,5 % av männen och 10,0 % av kvinnorna fetma (SCB, 2008).

Undersökningar visar även att en global ökning av fetma har skett över de senaste tio åren. Uppskattningsvis var 1,6 miljarder människor över 15 år överviktiga år 2005 och åtminstone 400 miljoner hade fetma. WHO har uppskattat att om ökningen fortsätter som tidigare kommer det år 2015 att vara 2,3 miljarder som är överviktiga och 700 miljoner som har fetma (WHO, 2006).

### **Fetma ur ett samhällsperspektiv**

Synen på fetma som en negativ avvikelse eller positiv norm har varierat genom tiderna och varierar fortfarande i olika samhällen och kulturer. I länder där mat är en bristvara ses övervikt ofta som något positivt. Det betyder att man har pengar, välstånd, prestige och kanske även makt. I industrialiserade länder finns det nu ofta mat i överflöd och med detta överflöd har idealet istället blivit att vara smal och vältränad. Det ses som ett tecken på stor självkontroll. Att vara fet däremot ses som ett tecken på lathet, låg självkontroll, dålig karaktär och låg viljestyrka. Feta personer anses inte heller vara fysiskt attraktiva eller ha lika hög intelligensnivå. Stigmatiseringen av fetma i de industrialiserade länderna har studerats och dokumenterats som ett genomgående fenomen. Ett starkt samband ses mellan graden av fetma och hur stark stigmatiseringen är (Sarlio-Lähteenkorva, 1998). Det förekommer i dagens samhälle diskriminering av personer med fetma på alla nivåer. Bland annat uttrycker det sig genom att personer med fetma har svårare att få jobb, oftare döms ut som mindre begåvade och behandlas som en andra klassens medborgare (Falkenberg, 2005; Sarlio-Lähteenkorva, 1998). Personer med fetma skattar ofta sin livskvalitet lägre än de med andra allvarliga kroniska sjukdomar (Reifeldt, 2008; SBU, 2002).

Det finns idag flera bidragande samhällseliga faktorer till varför fetma är en globalt ökande sjukdom. Bland annat erbjuds ofta energirik mat som snabba, lätta och billiga alternativ i affärer samt på restauranger och caféer. Det gör det mycket lättare att få i sig stora mängder energi trots att volymen mat är liten. Även den fysiska aktiviteten i vardagslivet har minskat. Exempelvis gör bilar, hissar och rulltrappor att människor inte rör sig i samma utsträckning som tidigare (Rasmussen, 2007; SBU, 2002).

De direkta kostnaderna för fetmarelaterad vård beräknas i Sverige ligga på cirka två procent av de totala utgifterna för hälso- och sjukvården per år, vilket motsvarar cirka tre miljarder kronor. Om man dessutom räknar med de indirekta kostnaderna såsom produktionsbortfall i form av sjukskrivningar, för tidig pension och för tidig död, blir siffran betydligt högre. Hur hög är dock svårt att beräkna eftersom det är så många faktorer som spelar in (SBU 2002; Narbro 2007).

### **Definition av begreppet attityd**

Attityd betyder förhållningssätt och inställning. Termen syftar idag till en näst intill permanent personlig inställning som har byggts upp över tid och genom erfarenheter. Den kommer till uttryck i form av känslor att man är för eller emot något. Detta något kan i stort sett vara de allra flesta händelser eller företeelser i ett samhälle, allt från objekt, personer, grupper, till religioner och fritidssysselsättningar. Om det är en eller flera personer som är föremål för attityden är det oftast personens sociala roll som attityden riktar sig emot, exempelvis yrkesroll, etnisk tillhörighet eller om personen är missbrukare. Attityden utgör då en slags mall som förenklar och hjälper människan att förstå och tolka likartade situationer, individer och händelser (NE, 2010).

Fördomar kan ses som en undergrupp till de attityder som är negativa. De kretsar oftast runt sådana egenskaper, hos enskilda individer eller grupper av människor, som är lätta att identifiera, exempelvis kön, hudfärg eller övervikt. Fördomar och negativa attityder leder ofta till diskriminerande bemötande och behandling (NE, 2010).

### **Kompetensbeskrivning**

I kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor finns det tydligt beskrivet hur sjuksköterskan bör förhålla sig till patienten, samt att en helhetssyn och ett etiskt förhållningssätt ska genomsyra samtliga kompetensområden. Det innebär bland annat att sjuksköterskan ska:

- utgå från en värdegrund som vilar på en humanistisk människosyn
- visa omsorg om och respekt för patientens autonomi, integritet och värdighet
- kommunicera med patienter, närstående, personal och andra på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt (Socialstyrelsen, 2005).

### **Hälso- och sjukvårdslagen**

I Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) beskrivs målet för hälso- och sjukvården som en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska också ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Det återges även att vården och behandlingen så långt det är möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten. Hälso- och sjukvården ska också bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Det innebär bland annat att hälso- och sjukvården särskilt ska främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen. Lagen framhåller även att hälso- och sjukvården skall arbeta för att förebygga ohälsa (SFS 1982:763).

### **Den etiska koden**

Den etiska koden för sjuksköterskor antogs första gången 1953 av ”The International Council of Nurses” och heter på engelska ”The Code of Ethics”. I den etiska koden beskrivs sjuksköterskans fyra grundläggande ansvarsområden: att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa samt att lindra lidande. Det beskrivs även att sjuksköterskan delar ansvaret tillsammans med samhället för att ta fram och stödja sådana åtgärder som tillgodoser hälsa och sociala behov, främst för svaga befolkningsgrupper. Sjuksköterskan ska också alltid uppträda på ett sådant sätt som bidrar till yrkets anseende och främjar allmänhetens tillit (Svensk sjuksköterskeförening, 2007).

### **Joyce Travelbees omvårdnadsteori**

Joyce Travelbee var en omvårdnadsteoretiker och psykiatrisjuksköterska, född i USA 1926 (Jahren Kristoffersen, 2006). Hennes teori om mellanmännsliga aspekter i omvårdnaden fokuserar mycket på relationen mellan sjuksköterska och patient. Det överordnade målet för omvårdnad är enligt Travelbee att stödja den sjuka personen så att han eller hon kan hantera och uthärda sjukdom och lidande, samt försöka finna mening i denna situation. För att uppnå målet med en god relation identifierar Travelbee fem interaktionsfaser man först måste gå igenom: det första mötet, framväxt av identiteter, empati, sympati samt ömsesidig förståelse och kontakt. Travelbee beskriver också processen om att lära känna den sjuka personen och dess upplevelser är en lika nödvändig omvårdnadsfunktion som fysiska omvårdnadsåtgärder.

All form av interaktion kan bidra till att främja denna process. Det finns därför en överhängande risk för att den sjuka individen prioriteras lägre än de fysiska handlingarna (omvårdnadsåtgärderna) om sjuksköterskan inte medvetet arbetar utifrån att interaktionen är en betydande del i omvårdnaden. Även om kommunikationen ligger till grund för att lära känna den sjuka personen, menar Travelbee att det inte finns några genvägar för att underlätta interaktionen. Hon menar också att det finns faktorer som kan störa eller hindra kommunikationen, exempelvis om sjuksköterskan har en bristande förmåga att se patienten som en individ (Travelbee, 2001).

## **SYFTE**

Att undersöka om sjukvårdspersonal har negativa attityder mot patienter med fetma, vilka attityderna är samt vilka konsekvenser de får för patienten och vårdmötet.

## **METOD**

### **LITTERATURSÖKNING**

Två databaser har använts, PubMed och Cinahl. PubMed är en bred databas med många tidsskrifter, som inkluderar forskning inom områdena biomedicin och omvårdnad. Cinahl utgår från färre tidsskrifter men har högre krav på granskningen av artiklarna samt är mer inriktad på omvårdnadsforskning. Vi har därför valt att använda båda dessa databaser, då de är aktuella för vårt område.

I sökningen har vi valt att fokusera på vuxna (över 19 år). Vi har dessutom valt att inkludera artiklar som redovisar både patienternas och sjukvårdspersonalens synvinkel. Detta för att ge större tyngd åt arbetet. De första sökningarna gjorde vi på enbart sjuksköterskor. Men då vi endast fann ett fåtal artiklar breddade vi ämnet till sjukvårdspersonal, där sjuksköterskor också ingår. Någon geografisk avgränsning har inte gjorts.

För att få högre kvalitet på artiklarna har vi använt oss av begränsningarna beskrivna i tabellen nedan. Artiklar äldre än 13 år har valts bort, då de inte längre känns aktuella inom området. Artiklar med en titel eller abstract som inte fallit under vårt syfte har valts bort. Även artiklar som inte har gått att få upp i fulltext, eller som har behövts beställas har exkluderats med avseende på kursens tidsram. Även artiklar om barnmorskor och blivande mödrar har valts bort, då fetma i detta sammanhang har en annan betydelse än den vi valt att fokusera på. För att ytterligare säkerställa att artiklarna är vetenskapligt gjorda har vi utgått från Fribergs förslag att granska kvantitativa och kvalitativa studier (Friberg, 2006).

Sökord som har använts och givit resultat visas i tabellen nedan. Beroende på databas har söktermerna anpassats och med tiden även ändrats relaterat till resultaten vi fått fram. I den inledande fasen av litteratursökningen gjordes en ostrukturerad sökning för att se om det fanns studier gjorda på området. Redan här hittades bra artiklar som senare valdes att inkluderas i arbetet. I den strukturerade litteratursökningen hittades i stort sett samma artiklar i båda databaserna och totalt sju av dessa artiklar inkluderades.



## Tabell över strukturerad datasökning

Databas Datum	Sökord	Limits	Träffar	Antal lästa artiklar	Använda artiklar
Cinahl 100309	Overweight Nurses Attitudes	All adult Peer reviewed Research article	13	2	Merrill & Grassley, 2008 Poon & Tarrant, 2009
Cinahl 100309	Nurses Obesity Attitudes	Peer reviewed Research article	75	1	Brown, 2006 (använd för manuella sökningar)
Cinahl 100329	Obesity OR Overweight Attitudes Nurses	All adult Peer reviewed, Research article	28	4	Brown & Thompson, 2007 Drake, Baker, Engelke, McAuliffe, Pokorny, Swanson et al, 2008 Brown, Stride, Psarou, Brewins & Thompson, 2007
Cinahl 100407	Attitude of health personnel Obesity	All adult Peer reviewed, Research article	20	1	Vallis, Currie, Lawlor & Ransom, 2007
PubMed 100407	Attitude of health personnel AND obesity	All adult (+19)	227	1	Thomas, Hyde, Karunaratne, Herbert & Komesaroff, 2008

## Manuell datasökning

I den strukturerade datasökningen hittades en litteraturöversikt (Brown, 2006) som delvis passade in i vårt syfte. Dock användes denna endast för att få fram sekundärkällor. Den manuella sökningen gjordes därför ur dess referenslista. Relevanta artiklar som gick att få upp i fulltext lästes igenom och granskades. Utifrån dessa valdes fem ut:

- Harvey & Hill, 2001
- Hoppe & Ogden, 1997
- Petrich, 2000
- Teachman & Brownell, 2001
- Wright, 1998

Senare i arbetsprocessen hittades ytterligare en artikel (Ogden et al., 2001) genom en manuell sökning från: Brown, Stride, Psarou, Brewins & Thompson, 2007.

## ANALYS

Vid granskningen av artiklarna har vi utgått ifrån Fribergs förslag till granskning av studiernas kvalitet (Friberg, 2006). Analysen inleddes med att vi upprepade gånger läste de

artiklar som valts ut. Den första och andra gången artiklarna lästes, gjordes detta med ett helikopterperspektiv (Friberg, 2006). Fokus var då att hitta delar i artiklarnas resultat som stämde överens med syftet för vårt arbete. Vid senare genomläsningar fokuserade vi på likheter och skillnader i studiernas resultat och dessa blev sedan föremål för kategorier och underkategorier.

## RESULTAT

I granskningen av de tretton vetenskapliga artiklarna identifierades följande kategorier och underkategorier:

KATEGORI	UNDERKATEGORI
Attityder hos sjukvårdspersonal	Medvetna och omedvetna attityder
	Påverkan av personalens BMI-värde
Arbetet med fetma	Brist på kommunikation
	Sjukvårdspersonalens sätt att arbeta med fetma
	Skillnader i tron på orsaker till fetma
Patientens upplevelse av vårdmötet	Att bli avvisad
	Att ej få tillräckligt med stöd

### ATTITYDER HOS SJUKVÅRDSPERSONAL

I majoriteten av artiklarna kunde negativa attityder av olika slag identifieras. Det skilde sig åt hur mycket attityder de olika studierna fick fram, samt av vilken karaktär de var, men de var genomgående riktade mot personer med fetma.

#### Medvetna och omedvetna attityder

Att patienter med fetma blev utsatta för förnedrande och nedvärderande kommentarer samt diskriminering, både från läkare och sjuksköterskor, framkom i ett flertal studier (Merrill & Grassley, 2008; Thomas, Hyde, Karunaratne, Herbert & Komesaroff, 2008; Wright, 1998). Bland annat beskrevs det hur läkare i sin dokumentation framhävde patienten och dess fetma i stora och negativa ordalag (Wright, 1998), hur patienter hade blivit förolämpade av sjukvårdspersonal på grund av sin vikt (Thomas et al., 2008) och hur vård undanhölls patienter med övervikt (Merrill & Grassley, 2008). Det framkom även att sjuksköterskans attityd mot patienten med fetma upplevdes som en barriär för vården (Drake et al., 2008).

Sjukvårdspersonal skattade patienter med övervikt som mindre lyckliga, inte lika bra som andra, mer självmedvetna, mer missnöjda med sig själva, att ha sämre självförtroende och att känna skam över sitt tillstånd. Attityderna visade sig även vara mer negativa ju större övervikt patienten hade. Jämfört med patienter med mindre övervikt, ansågs de med extrem övervikt dessutom vara mindre sexuellt attraktiva, ha mer familjeproblem och vara mycket mer ohälsosamma. Sjukvårdspersonalen ansåg även att patienter med övervikt själva var ansvariga

för sin situation och borde uppmärksamma riskerna med det och försöka förstå orsakerna till sitt hälsotillstånd, samt motivera sig själv till att gå ner i vikt (Harvey & Hill, 2001).

Det har även framkommit att personer med fetma antas tycka om och ha större risk för att överkonsumera mat, vara ur form, vara långsamma och oattraktiva och att de borde bli satta på diet under vårdtiden. Arbetet med patienter med fetma ansågs även vara motbjudande, obekvämt och äckligt (Poon & Tarrant, 2009). Att patienter med fetma sågs som motbjudande togs även upp i en annan artikel. Där beskrevs även attityder som att personer med fetma var inaktiva, lata, hade bristande självkontroll samt lågt självförtroende (Petrich, 2000). Man upptäckte dessutom att sjukvårdspersonal ansåg att det endast var patientens icke-följsamhet och brist på motivation som gjorde att viktningsresultat inte uppnåddes (Hoppe & Ogden, 1997). Att patienten ansågs ha bristande motivation bekräftades även i en annan studie (Brown et al., 2007) och det har även setts tendenser till att sjukvårdspersonal uppfattade patienter med fetma som att ha bristande viljestyrka (Brown et al., 2007; Harvey & Hill, 2001).

Även sjukvårdspersonalens omedvetna attityder mot personer med fetma identifierades i ett par studier. Det framkom att det fanns omedvetna attityder, men att det var svårt att definiera om de var positiva mot smala personer eller negativa mot feta personer. Författarna tolkade resultaten som en kombination av de båda alternativen. Exempel på attityder som förekom var att personer med fetma klassades som sämre, mer lata, dumma och värdelösa jämfört med smala personer som istället skattades med orden: bra, motiverade, smarta och värdefulla (Teachman & Brownell, 2001; Vallis, Currie, Lawlor & Ransom, 2007).

### **Påverkan av personalens BMI-värde**

När man undersökte både medvetna och omedvetna attityder hos sjukvårdspersonal mot personer med fetma, fann man att personal med ett högre BMI hade något mindre fördomar, medvetna som omedvetna (Teachman & Brownell, 2001). Andra undersökningar visade på att personal med ett högt BMI ansåg att fetma var mindre sannolikt att förebygga, jämfört med de med ett lågt BMI. Personalens BMI-värde visade sig även påverka vilka typer av viktningsråd de gav. De med ett högt BMI var mer benägna att rekommendera en kalorikontrollerad diet, än de med ett lägre BMI (Hoppe & Ogden, 1997). Det har även visats att personal med ett högre BMI var mindre benägna att ha negativa uppfattningar om personer med fetma (Brown et al., 2007).

Tendenser sågs också att både sjuksköterskestudenter och yrkesverksamma sjuksköterskor med ett normalt BMI, jämfört med de med ett högt BMI, skattade personer med fetma som mer långsamma och vården av patienter med fetma som mer fysiskt ansträngande och stressande. De med ett normalt BMI hade även generellt mer negativa attityder mot personer med fetma, jämfört med de med ett högt BMI (Poon & Tarrant, 2009). En liknande tendens sågs då man undersökte personalens omedvetna attityder mot personer med fetma, där de med ett lågt BMI hade mer fördomar än de med ett högt BMI (Vallis et al., 2007).

Det fanns även andra skillnader i personalens attityder mot patienter med fetma, relaterat till deras eget BMI. Bland annat sågs ett obehag hos personal med ett lågt BMI att tala om fetma med patienten, då de tidigare hade blivit kritiserade för att inte kunna sätta sig in i patientens situation. De kände därför en rädsla för att dömas av patienten och uppfattas som oempatiska och utan erfarenhet av hantering av viktproblem. Det kunde då leda till att de undvek att ta upp diskussionen om fetma helt. Hos personal med ett högt BMI sågs däremot en rädsla att inte vara en bra förebild för patienten med tanke på sin egen vikt. De kunde dock uppfattas

som att vara mer kritiska och dömande mot patienten, då de själva hade lättare att tala öppet om fetma. Däremot såg personalen med ett högt BMI det som positivt att kunna sätta sig in i patientens situation och känna empati, samt att ge råd utifrån sig själva (Brown & Thompson, 2007).

## **ARBETET MED FETMA**

Många av artiklarna beskrev sjukvårdspersonalens dagliga arbete med fetma. Uppfattningarna om att fetma var ett stort hälsoproblem, tillsammans med de ovan nämnda attityderna, gjorde att svårigheter och barriärer mellan sjukvårdspersonal och patient kunde uppstå i vårdmötet.

### **Brist på kommunikation**

Sjuksköterskor uttryckte i flera studier att de var obekväma i att tala med patienten om dess fetma. De tyckte däremot att det blev lättare att ta upp ämnet om patienten själv tog initiativ till samtalet (Brown & Thompson, 2007; Wright, 1998). Många sjuksköterskor ansåg dock att ämnet var minst lika känsligt för de själva som för patienten. Av egen erfarenhet var sjuksköterskorna mycket medvetna om den känslomässiga reaktionen som kunde uppstå när kollegor riktade kritik mot deras vikt. Sjuksköterskorna identifierade sig också med sin patient till den grad att de ville skona patienten från negativ kritik och därmed valde de att undvika att diskutera patientens fetma över huvud taget (Wright, 1998). Beslutet att undvika diskussionen om patientens fetma sågs också hos sjuksköterskor som upplevde detta samtal som en känslig situation. Med rädsla för att annars uppfattas som oempatiska av patienten, kunde de då välja denna strategi (Brown & Thompson, 2007). Men även patienterna själva uttryckte svårigheterna med att diskutera sin övervikt med sjukvårdspersonalen. De talade hellre om sina emotionella problem för att undvika att ta upp övervikten alls. Det kunde då resultera i att sjukvårdspersonalen inte uppmärksammade patientens övervikt som ett problem och därmed inte heller gav rätt behandling. Patienterna uttryckte även att när problemet med deras övervikt väl lyftes fram, så hade det gått så långt att det fanns få åtgärder personalen kunde bidra med (Thomas et al., 2008).

Uppfattningen om att fetma var ett stigmatiserat problem var en av orsakerna till att sjuksköterskorna kände sig obekväma i att diskutera ämnet med patienten. De beskrev tydligt i en studie känslan av att möta patienten med stor försiktighet och känslighet inför ämnet. Sjuksköterskorna var också medvetna om den sociala pressen från samhället på patienten och ansträngde sig därför för att skapa ett gott vårdmöte. Trots det kunde patienten uppfatta att sjuksköterskan var obekväma i situationen, vilket då ökade patientens känsla av stigma. Tillstånd såsom diabetes gjorde däremot att sjuksköterskan lättare kunde diskutera fetman med patienten, eftersom sjukdomen då hade en klar koppling till övervikten genom bland annat kost och fysisk aktivitet (Brown & Thompson, 2007).

I studier gjorda på sjuksköterskor inom primärvården, visades däremot en annan inställning till ämnet. Sjuksköterskorna kände sig här trygga med att diskutera fetman med patienten, samt med att ge viktminskningsråd (Brown et al., 2007; Hoppe & Ogden, 1997). Framför allt gällde detta sjuksköterskor som var specialiserade inom fetma (Hoppe & Ogden, 1997).

## **Sjukvårdspersonalens sätt att arbeta med fetma**

I studier sågs en osäkerhet i att ge viktminskningsråd till patienter om sjuksköterskorna ansåg situationen vara obekvämt och känslig (Brown & Thompson, 2007; Wright, 1998). En faktor som påverkade detta ytterligare var om sjuksköterskorna inte hade tillgång till mallar eller protokoll för att underlätta samtalet eller hur arbetet skulle läggas upp. Trots osäkerheten och att sjuksköterskorna kände sig besvärade i situationen, ansträngde de sig för att ge ett individuellt bemötande, känna empati för patienten och att inte vara dömande. Det vanligaste sättet att lägga upp samtalet på var som en balansgång mellan personligt ansvar och faktorer bortom individens kontroll. Då detta upplevdes som en svår balansgång var det flera sjuksköterskor som slutligen ändå fokuserade på det personliga ansvaret och att det var livsstilsfrågor som var mest betydande för patientens fetma. (Brown & Thompson, 2007). Andra sjuksköterskor kände sig trygga med att ge viktminskningsråd, men de hade däremot ingen tro på att patienten varken skulle följa råden eller gå ner i vikt. Dessa sjuksköterskor kände sig heller inte effektiva i sitt arbete (Brown et al., 2007; Hoppe & Ogden, 1997). Trots det framkom det att en stor majoritet av sjuksköterskorna ansåg att vård av patienter med fetma var en del av deras arbetsuppgifter och ansvar (Brown et al., 2007).

Resultat beträffande viktminskningsråd visade att hälften av sjuksköterskorna i en studie skulle råda sin patient till att börja motionera i lättare former, exempelvis via promenader. Andra förslag var att minska på feta mejeriprodukter, att generellt dra ner på mängden mat eller att inte äta efter klockan 18:00. Några rekommenderade patienten att ta kontakt med en dietist. Det var däremot ingen av deltagarna som skulle uppmana patienten till att prova en lågkaloridiet, viktminskningsprogram eller aptithämmande medel (Wright, 1998).

En studie visade på att skillnader i rådgivningen beroende på om sjuksköterskan var specialiserad inom fetma eller inte. De som var specialiserade inom fetma gav viktminskningsråd oftare, spenderade längre tid i varje patientmöte och var mer benägna att föreslå en kalorikontrollerad diet, jämfört med sjuksköterskor som inte var specialiserade inom ämnet. Stora skillnader i rådgivning kunde också ses mellan sjuksköterskor med ett högt och ett lågt BMI. De med ett högt BMI var mindre benägna att föreslå att patienten generellt skulle äta mindre. Av egen erfarenhet var de medvetna om svårigheterna med viktminskning och var därför mer benägna att rekommendera en kalorikontrollerad diet, jämfört med de med ett lågt BMI. I studien framkom det också att majoriteten av sjuksköterskorna gav råd om viktminskning mer än en gång i veckan, men att de endast spenderade tio minuter eller mindre för att diskutera viktminskningen med patienten (Hoppe & Ogden, 1997).

I en studie som fokuserade på patienternas upplevelser, framkom det att patienter med fetma ofta fick ta emot olika råd om viktminskning, men att de sällan fick tillräckligt med hjälp och stöd för att kunna följa dem. Patienterna uttryckte därför en tydlig frustration över att hela tiden bli tillsagda vad de skulle göra, men inte på vilket sätt. De beskrev också betydelsen av sjukvårdspersonalens roll och ansvar i arbetet med fetma och vikttnedgång, men ansåg även att det fanns behov att få hjälp av nutritionsexperter och psykologer över lång tid för bästa effekt av viktminskningen (Thomas et al., 2008).

Det framkom i en studie att både läkare och patienter ansåg att en hälsosam kosthållning, en kalorikontrollerad diet och motion var viktigare faktorer än bantningspiller och operation för att komma till bukt med fetman. Det fanns dock en avgörande skillnad i synen på vem som var mest betydelsefull i processen. Patienterna ansåg i större utsträckning än läkarna, att läkaren skulle utgöra ett större stöd. Läkarna ansåg däremot att deras egen roll var mindre betydande och att patienten hade ett större ansvar (Ogden et al., 2001). Sjukvårdspersonal i en

annan studie bekräftade detta resultat, då de ansåg att patienten själv var skyldig för sin situation och borde motivera sig till att gå ner i vikt (Harvey & Hill, 2001).

### **Skillnader i tron om orsaker till fetma**

Det framkom i många av studierna att sjukvårdspersonal ansåg att livsstilsfaktorer (kost och fysisk aktivitet) var de främsta orsakerna till fetma (Brown et al., 2007; Drake et al., 2008; Harvey & Hill, 2001; Hoppe & Ogden, 1997;). Andra orsaker kunde enligt sjukvårdspersonal exempelvis vara patientens personlighet, brist på viljestyrka (Brown et al., 2007; Harvey & Hill 2001) och biologiska faktorer (Hoppe & Ogden, 2001). Vissa sjuksköterskor uppmärksammade också komplexiteten bakom fetman och vad som orsakade den. De beskrev bland annat faktorer utanför personens kontroll och det personliga ansvaret, samt hur miljö, kultur, ekonomi, familj och personliga omständigheter kunde påverka vilken livsstil personen valde att leva efter. Genetiska eller medicinska tillstånd sågs inte påverka fetman i lika stor utsträckning. Slutligen framkom det att patienten trots allt ansågs ha ett personligt ansvar för sin fetma (Brown & Thompson, 2007). Ju större hälsoproblem sjuksköterskorna ansåg att fetma var, desto mindre sannolikt var det att de beskrev orsakerna till fetman som utanför personens kontroll (Brown et al., 2007).

Då man jämförde läkares och patienters tro om vad som orsakade fetma, framkom det vissa skillnader. I patienternas bedömning om orsakerna skattades en långsam metabolism, hormon- och körtelproblem eller ångest och stress högre än hos läkarna. Läkarna ansåg i större utsträckning än patienterna, att fetma berodde på att personen åt för mycket. Det framkom dock att både patienter och läkare ansåg att livsstilsfaktorer, lågt självförtroende och depression var bidragande faktorer (Ogden et al, 2001).

### **PATIENTENS UPPLEVELSE AV VÅRDMÖTET**

I artiklar där patienter med fetma beskrev vårdmötet framkom det att många patienter hade upplevt negativa attityder och att de upplevde att personalen inte trodde på dem eller gav dem tillräckligt med tid och stöd.

#### **Att bli avvisad**

Då personer med fetma intervjuades med syftet att beskriva deras upplevelser som patienter, framkom det att alla deltagare hade erfarenheter av att bli avvisade av sjukvårdspersonal. De beskrev avvisandet som allt från att inte bli trodd i sin berättelse till att bli nekad behandling. Sjukvårdspersonalens anledning till detta beskrevs som att fetman var orsaken till alla patientens hälsoproblem och att allt patienten behövde göra var att gå ner i vikt så skulle symtomen försvinna. Det beskrevs även i studien hur respekten mellan patient och sjukvårdspersonal kunde påverka resultatet av vården. Om respekt saknades både från patientens och personalens sida, fick vårdmötet inte något gott resultat i och med att patienten inte kände någon motivation att följa läkarens råd och ordinationer. Om respekt däremot fanns så upplevdes detta mycket positivt och det var också lättare att följa råden som de tillsammans kom fram till. Deltagarna i studien berättade också om känslan att inte känna sig helt mänsklig samt om sårbarheten relaterad till stigmat om att vara annorlunda, både från det kulturella idealet och från andra. Majoriteten uttryckte sig också med orden ”jag är en verklig person” och ”jag är mer än min vikt” då de kände sig dömda av sjukvårdspersonalen. Majoriteten kände dessutom att personalen inte tog sig tillräckligt med tid för att lyssna på

deras berättelse, vilket då kunde upplevas som ett ointresse (Merrill & Grassley 2008). Hälften av deltagarna i en annan studie uppgav att de hade blivit förnedrade och fått nedlåtande kommentarer om sin vikt från sjukvårdspersonal. Deltagare beskrev även här att de ville bli bemötta som individer, snarare än att få en generell behandling för sin fetma (Thomas et al., 2008).

Upplevelsena från patienter med fetma styrktes även i studier gjorda på sjukvårdspersonal. Bland annat framkom det att patienterna fick nedvärderande kommentarer (Wright, 1998) och personalen hade också svårigheter med att lita på patienterna och tro på deras berättelse, exempelvis om vad han eller hon hade för mat- eller motionsvanor. Förtroendet mellan patient och sjukvårdspersonal i den vårdande relationen upplevdes i och med det som problematiskt. (Brown & Thompson, 2007).

Det framkom också i studier att den fysiska vårdmiljön kunde vara ett hinder för vården och att patienten upplevde det som avvisande att inte passa in (Drake et al., 2008; Merrill & Grassley 2008; Thomas et al., 2008). Bland annat nämndes sjukhuskläder och blodtrycksmanschetter som för små samt att den övriga fysiska miljön inte var anpassad, exempelvis stolar i väntrummet. Deltagarna i studien beskrev att de förväntade sig svårigheter i den fysiska miljön, vilket gjorde dem extra medvetna om sig själva och sin kropp redan innan sjukvårdsmötet (Merrill & Grassley, 2008).

### **Att ej få tillräckligt med stöd**

Det framkom i en studie att det var många av deltagarna som ansåg att läkaren var den enda professionen de kunde vända sig till för stöd i viktnedgången. De kände dock en stor frustration över att aldrig få tillräckligt med stöd och hjälp för att kunna hålla sig till dieter och motionsprogram. De blev ofta tillsagda om betydelsen att gå ner i vikt, men upplevde att sjukvårdspersonalen sedan lämnade dem ensamma i arbetet att föra in kost- och motionsråd i vardagen (Thomas et al., 2008). Då deltagarna i en annan studie kände att personalen inte respekterade dem eller gav dem stöd, fick det konsekvensen att de fasade för att söka vård, då de förväntade sig att bli anklagade och att vårdmötet skulle vara nedvärderande och besvärande (Merrill & Grassley, 2008).

I en studie där man jämförde läkares och patienters uppfattningar om effektiv behandling av fetma, såg man att det fanns likheter i synen på olika metoder. Patienterna ansåg däremot i större grad än läkarna, att läkaren skulle ge ett större stöd i viktminskningsprocessen. Läkarna ansåg däremot att patienten själv hade den viktigaste rollen i arbetet (Ogden et al, 2001). Att patienten inte fick tillräckligt med stöd sågs också i en studie där sjukvårdspersonalen ansåg att patienten själv borde motivera sig till att gå ner i vikt och förändra sin situation (Harvey & Hill, 2001).

## **DISKUSSION**

### **METODDISKUSSION**

Av de tretton artiklar som inkluderades i arbetet hittades sju via sökningar i PubMed och Cinahl. De resterande sex artiklarna hittades via manuella sökningar i referenslistor. Urvalet baserades till stor del på titlar och abstracts, samt vilka artiklar som gick att få upp i fulltext. Svårigheterna låg främst i att hitta artiklar med relevans för vårt syfte. Tidsramen för examensarbetet gjorde också att vi behövde begränsa antalet artiklar. Artiklarna visade sig

komplettera varandra väl. Dessutom hade de förvånansvärt överensstämmande resultat och om fler artiklar hade inkluderats i arbetet är det därför inte troligt att vår analys skulle ha blivit annorlunda.

I de inledande sökningarna läste vi abstracts och fulltexter även på artiklar äldre än tretton år. De kändes däremot inte relevanta med tanke på bland annat kunskapsutvecklingen i ämnet och vissa gick heller inte att få upp i fulltext. Vi valde därför att hålla oss till artiklar som var publicerade mellan 1997 och 2009.

Vi hittade endast ett begränsat antal artiklar som enbart berörde sjuksköterskor vilket gjorde att vi behövde bredda vårt urval till sjukvårdspersonal. Dessutom visade det sig att termen ”nurses” inte bara hade betydelsen sjuksköterskor, utan även undersköterskor och annan omvårdnadspersonal. Eftersom vi i vårt framtida yrkesliv kommer att samarbeta i team med annan sjukvårdspersonal, gjorde denna breddning att vi fick ett mer intressant resultat.

Fem av artiklarna var kvalitativa och åtta var kvantitativa. Detta utgjorde en bred grund med olika perspektiv i vår analys. De kvalitativa studierna hade ibland få respondenter, varierande mellan 8 och 130, och studiernas tillförlitlighet kunde därför ha påverkats. Då majoriteten av studierna kom fram till liknande resultat styrkte de dock varandra. Därför behövde vi inte exkludera någon artikel av denna anledning. I de kvantitativa studierna varierade antalet respondenter från 78-586 och även här hittades resultat som sammanföll med de kvalitativa studierna.

De tretton artiklarna var alla skrivna på engelska och flertalet var också gjorda i England. En artikel skriven på danska väckte vårt intresse, men gick dessvärre inte att få upp i fulltext. Begränsningarna i språket kan ha gjort att vi missade relevant forskning publicerad på andra språk. Våra artiklar kom dock från ett flertal olika delar av världen: USA, Kanada, England, Irland, Australien och Kina. Däremot hittade vi ingen artikel från Sverige. Därför kunde vi heller inte göra några jämförelser mellan svenska och utländska förhållanden. Alla artiklar hade däremot ett ”västerländskt” perspektiv där fetma ansågs vara en negativ förekomst och trots att artiklarna kom från olika länder var resultaten entydiga, vilket bekräftade att attityder mot personer med fetma är ett genomgående fenomen.

I många av studierna var majoriteten av deltagande sjuksköterskor kvinnor. I artiklarna som studerade läkares attityder var majoriteten däremot män. Vi tog ingen hänsyn till detta i vår analys. Det är däremot möjligt att studiernas resultat hade blivit annorlunda med en annan könsfördelning. Ingen hänsyn togs heller till om patienterna i de granskade studierna var män eller kvinnor.

Det var endast två av våra granskade artiklar som belyste patienternas perspektiv. Fler studier med relevans var svårt att hitta. Det ser vi som en begränsning, men då detta perspektiv var mycket betydelsefullt i sammanhanget kändes det viktigt att inkludera det i arbetet.

En annan begränsning var att vi inte har tagit del av jämförelser i upplevelser av attityder mellan patienter med fetma och normalviktiga patienter. Det skulle vara intressant att studera för att se om någon skillnad identifierats i hur normalviktiga patienter upplever vårdmötet, jämfört med patienter med fetma.

## **RESULTATDISKUSSION**



Attityder i samhället att personer med fetma är lata, har låg självkontroll, dålig karaktär, låg viljestyrka samt är mindre attraktiva och har en lägre intelligensnivå (Sarlio-Lähteenkorva, 1998), visade sig även stämma överens med studiernas resultat över sjukvårdspersonalens attityder (Brown et al., 2001; Harvey & Hill, 2001; Petrich, 2009; Poon & Tarrant, 2009). Trots den tolv år gamla beskrivningen av samhällets uppfattningar om personer med fetma, förekommer de även idag, till och med inom yrkesgrupper som är speciellt inriktade på att hjälpa och stödja dessa personer i sin sjukdom. Det överraskande är också att sjukvårdspersonalens attityder inte heller är riktade mot sjukdomen fetma som ett skadligt tillstånd för hälsan, utan att de faktiskt är riktade mot personen bakom diagnosen.

Trots att många attityder hittades i studierna gjorda på sjukvårdspersonal, var det flera av artikelförfattarna som diskuterade bristerna i att endast mäta en persons medvetna attityder. (Brown et al., 2007; Poon & Tarrant, 2009; Teachman & Brownell, 2001). Författarna menade bland annat att det finns en form av politisk korrekthet i samhället som får konsekvenserna att människor väljer att blunda för sina egna attityder, eller kanske inte ens uppmärksammar dem alls. Därför finns möjligheten att sjukvårdspersonal faktiskt har mer negativa attityder än vad som framkommit i studierna. Men det sågs även svårigheter i att mäta någons omedvetna attityder. Artikelförfattarna till en studie där man undersökte omedvetna attityder uttryckte problem i att tyda om resultaten visade negativa attityder mot personer med fetma, eller positiva attityder mot smala personer (Teachman & Brownell, 2001). Vi anser också att det finns en utmaning i att mäta de omedvetna attityderna, då det ställer högre krav på val av metod och mätinstrument. Därför hoppas vi på en utveckling av mätinstrument för omedvetna attityder, för att man i framtiden ska kunna få fram mer ärliga attityder än de som framkommer genom medvetna attitydundersökningar.

Den skillnad som sågs i attityder beroende på sjukvårdspersonalens BMI var genomgående att personal med ett lågt BMI hade mer negativa attityder mot patienter med fetma jämfört med personal med ett högt BMI (Brown et al., 2007; Poon & Tarrant, 2009; Teachman & Brownell, 2001; Vallis et al 2007). Det beror troligtvis på att personal med ett högt BMI identifierar sig med patienten på ett annat sätt, samt känner mer empati och sympati för dess livssituation än personal med ett lågt BMI. Tanken väcks då om mötet mellan patienten med fetma och personal med ett högt BMI skulle vara mer respektfullt och individuellt anpassat, än mötet mellan patient och personal med ett lågt BMI. För kanske har personalen med ett högt BMI i detta sammanhang bättre förutsättningar att skapa ett gott vårdmöte utifrån dels lagen (SFS 1982:763), kompetensbeskrivningen (Socialstyrelsen, 2005) och den etiska koden (Svensk Sjuksköterskeförening, 2007), dels Travelbees (2001) beskrivning om mellanmännsliga aspekter.

Med fokus på Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763), kompetensbeskrivningen (Socialstyrelsen, 2005) och den etiska koden (Svensk sjuksköterskeförening, 2007), sågs det i vår analys flera konflikter mot de gällande föreskrifterna för hälso- och sjukvårdspersonal. I lagen beskrivs bland annat att vård ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet, samt att hälso- och sjukvården särskilt ska främja goda kontakter mellan patient och personal. I kompetensbeskrivningen framgår det också att sjuksköterskan ska utgå från en värdegrund som vilar på en humanistisk människosyn, visa omsorg om och respekt för patientens autonomi, integritet och värdighet, samt kommunicera med patienter, närstående, personal och andra på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt. Den etiska koden beskriver även ytterligare sjuksköterskans ansvarsområden: att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa samt att lindra lidande. Då en majoritet av studierna beskrev brister i dessa synsätt, uppstår en undran om varför sjukvårdspersonal har sådana

svårigheter med att följa föreskrifterna. Är attityderna och fördomarna så starka inom människan att de mest grundläggande faktorerna såsom respekt, empati och värdighet går förlorade? Påverkas sjukvårdspersonalen så kraftigt av sina föreställningar om patienten, att de inte ens i rollen som yrkesprofessionell kan lägga dem åt sidan? Att patienten redan är i en sårbar situation i vårdmötet är uppenbart. Han eller hon är i behov av hjälp och befinner sig i underläge då sjukvårdspersonalen har makten att ge den vård som behövs. Vi anser däremot att maktförhållandet kan motverkas om patienten bemöts med känslighet och respekt så att värdigheten behålls. Men någonstans längs vägen har detta förhållningssätt försvunnit och sjukvårdspersonalen hanterar vårdmötet oprofessionellt genom att låta bemötandet påverkas av sina attityder, vilket i slutändan gör att patienten blir lidande.

Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) beskriver dessutom att vården och behandlingen så långt det är möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten. Sammanställningen av vår analys visar däremot på motsatsen. Patienterna blev ofta rekommenderade att gå ner i vikt med hjälp av generella kost- och motionsråd, trots att patienten uttryckte att han eller hon redan har försökt allt men inte lyckats och därför behöver mer stöd (Thomas et al., 2008). Denna situation tyder på en bristande kommunikation, eftersom sjukvårdspersonalen vare sig tog hänsyn till patientens berättelse eller önskemål, eller anpassade behandlingen efter patientens individuella tillstånd.

Sjukvårdspersonalens attityder visade sig också strida mot Joyce Travelbees omvårdnadsteori om mellanmänskliga aspekter (Travelbee, 2001). Studier gjorda både på patienters upplevelse av vårdmötet och på sjukvårdspersonalens beskrivning av arbetet med fetma, visade bland annat att patienterna ansåg att sjukvårdspersonalen:

- gav dem för lite tid
- inte trodde på dem
- verkade ointresserade
- bemötte dem utan respekt
- lämnade dem ensamma när de önskade ett större stöd
- inte bemötte dem som individer
- endast såg dem för sin vikt

Sjukvårdspersonalen beskrev mötet med patienten på liknande sätt:

- de gav endast patienten tio minuters råd
- de trodde inte på patientens berättelse
- de gav generella råd som inte var anpassade efter individen
- de hade ingen tillit till att patienten skulle klara av att följa råden
- de upplevde patienten som omotiverad och med bristande viljestyrka

Ovanstående punkter beskriver tydligt hur kommunikationen mellan sjukvårdspersonal och patient även här är bristande. Varken empati, sympati eller ömsesidig förståelse finns i vårdmötet och personalens bristande förmåga att se patienten som en individ blir då ett hinder för kommunikationen, precis som Travelbee diskuterar i sin omvårdnadsteori. Processen att lära känna den sjuka personen och dess upplevelser ligger härmed också långt bort och grunderna för en god relation mellan patient och personal är därmed näst intill obefintliga.

Vår analys visade dessutom på oprofessionellt beteende från personalens sida, när exempelvis sjuksköterskor valde att inte diskutera patientens fetma eftersom de tyckte att situationen var besvärande (Brown & Thompson, 2007; Wright, 1998). Patienten, som dessutom uttryckt ett önskat större stöd från sjukvårdspersonalen, väntade på att de skulle ta initiativ till diskussion om fetman, medan personalen i sin tur inväntade att patienten skulle lyfta ämnet. Problemet

med patientens fetma kom därmed aldrig upp till ytan, vilket skulle kunna få konsekvenserna att patienten på lång sikt utvecklar komplikationer till fetman, som i sin tur skulle ge ett ännu större behov av vård och en ökad belastning på samhället.

Studiernas resultat visade också att sjukvårdspersonalen och patienten hade olika syn både på orsaker till fetma och vad som krävs för att behandla den (Ogden et al, 2001). Precis som beskrivet ovan ses här potentiella hinder för kommunikationen mellan parterna. För då det redan framkommit att sjukvårdspersonalen varken ger patienten tid eller tror på dess berättelse, skulle här en oförståelse kunna uppstå mellan patient och personal, vilket i sin tur skulle kunna leda till att de strävar mot olika mål. Om sjukvårdspersonalen inte fokuserar på att ge ett individuellt bemötande och samtal i denna situation, finns det därför en överhängande risk att patienten får råd som inte stämmer överens med dess uppfattning om hur fetman borde behandlas. Troligen skulle patienten inte bli speciellt motiverad att följa dessa viktminskningsråd och målet skulle förmodligen inte heller uppnås.

En situation som den beskriven ovan, skulle i förlängningen också kunna leda till att sjukvårdspersonalens attityder om att patienten är omotiverad, har låg viljestyrka och är oförmögen att följa råd, får ytterligare fäste. Det är också troligt att barriärerna mellan sjukvårdspersonalen och patienten skulle kunna leda till ett minskat förtroende för sjukvården i patientens fall. Då fetma dessutom är en sjukdom som ökar globalt, anser vi även att den framtida vårdkedjan är i farozonen då konsekvenser bland annat skulle kunna bli en minskad effektivitet i arbetet med fetma, ökade ohälsotal och därmed också ökade kostnader för samhället och mer lidande för patienten.

Studiernas resultat måste därför tas på allvar, då de bland annat visar att patientens känsla av att inte bli respekterad eller bemött som en individ av sjukvårdspersonal faktiskt stämmer. Att patienten på grund av den negativa upplevelsen av vårdmötet fasar för att söka vård i fortsättningen har redan påvisats (Merrill & Grassley, 2008) och det skulle kunna bli ett mer uttalat problem i vårt framtida samhälle om situationen inte hanteras korrekt. Kravet på att sjukvårdspersonalen måste bortse från sina negativa attityder blir därför allt viktigare. För det är inte bara en fråga om att människor borde bemöta varandra på ett mer respektfullt sätt. Sjukvårdspersonalen har också en skyldighet att göra det. Bristen på respekt leder annars till att hela grunden för ett samhälle med vård på lika villkor går förlorad.

## **IMPLIKATIONER**

För att komma till bukt med problemet att sjukvårdspersonalen låter sina attityder påverka vård och bemötande, vilket därmed också orsakar patienten mer lidande, föreslår vi följande åtgärder:

- Kunskap om attityder och vilken betydelse de har bör lyftas fram redan i grundutbildningar för sjukvårdspersonal. Tillsammans med andra etiska frågeställningar skulle attityder kunna bearbetas mer, där studenterna exempelvis genom rollspel kunde öva på att både uppmärksamma sina egna attityder, medvetna som omedvetna, samt öva på att lägga dem åt sidan för ett bättre vårdmöte.
- Förankring av gällande föreskrifter för bemötande av patienter borde göras på ett tydligare sätt för all personal inom hälso- och sjukvården.

- Uppföljning och reflektion av patientmöten bör ske regelbundet inom verksamheten. Det kan ske exempelvis genom gruppsamtal med kurator på arbetsplatsen, där svårigheter med vårdmöten och kommunikation lyfts fram för diskussion. Både bra och dåliga möten bör analyseras i grupp och tydliga mål för kvalitetsförbättringar ska identifieras så att personalen med tillfredsställelse kan notera en positiv utveckling.
- All personal som arbetar med någon form av rådgivning rörande livsstilsförändringar bör ha utbildning i motiverande samtal och följa principerna för metoden i samtalen (Barth & Näsholm, 2006).
- För att patienten ska slippa känna skam över att inte passa in, samt frukta för att söka vård och känna sig avvisad, bör den fysiska miljön anpassas. Bland annat kan hjälpmedel, stolar och sängar dimensioneras till patienterna så att de kan få vård på lika villkor som alla andra.
- För att patienten ska uppleva sig få ett bättre stöd i vården, bör ett patientteam bestående av exempelvis läkare, sjuksköterska, psykolog, dietist, sjukgymnast och kurator kopplas in när patienten söker vård. Alternativt ska patienten direkt kunna remitteras vidare till en specialist, eftersom alla inte kan vara experter på fetma.
- Mer forskning om svenska förhållanden behövs! Resultaten av forskningen bör också lyftas fram i massmedia för att nå fram till allmänheten.
- Problemet med negativa attityder hos sjukvårdspersonal bör också lyftas upp i organisationerna för att skapa en medvetenhet hos sjukvårdspolitiker och andra beslutsfattare. Resurser bör avsättas till utbildning och en långsiktig attitydförändrande upplysningskampanj med mål att förändra sjukvårdspersonalens syn på patienter med fetma, samt att förbättra kvaliteten på vårdmötet.

## REFERENSLISTA

- Barth, T. & Näsholm, C. (2006). *Motiverande Samtal - MI. Att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor*. Lund: Studentlitteratur.
- Brown, I. (2006). Nurses' attitudes towards adult patients who are obese: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 53(2), 221-232
- Brown, I., Stride, C., Psarou, A., Brewins, L., & Thompson, J. (2007). Management of obesity in primary care: nurses' practices, beliefs and attitudes. *Journal of Advanced Nursing*, 59(4), 329-341
- Brown, I., & Thompson, J. (2007). Primary care nurses' attitudes, beliefs and own body size in relation to obesity management. *Journal of Advanced Nursing*, 60(5), 535-543
- Drake, D., Baker, G., Engelke, M., McAuliffe, M., Pokorny, M., Swanson, M., et al. (2008). Challenges in caring for the morbidly obese: differences by practice setting. *Southern Online Journal of Nursing Research*, 8(3)
- Falkenberg, M. (2005). Vad är de största orsakerna till fetma, och hur kan man effektivast motverka fetma? I: Faresjö, T. & Åkerlind, I. (red.), *Kan man vara sjuk och ändå ha hälsan? Frågor om liv, hälsa och etik i tvärvetenskaplig belysning* (s. 151-153). Lund: Studentlitteratur.
- Falkenberg, M. (2005). Vilken syn har sjukvården på feta? I: Faresjö, T. & Åkerlind, I. (red.), *Kan man vara sjuk och ändå ha hälsan? Frågor om liv, hälsa och etik i tvärvetenskaplig belysning* (s. 153-154). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2006). Att göra en litteraturoversikt. I: Friberg, F (red.), *Dags för uppsats* (s 115-124). Lund: Studentlitteratur.
- Harvey, EL., & Hill, AJ. (2001). Health professionals' view of overweight people and smokers. *International journal of obesity*, 25: 1253-1261
- Hoppé, R., & Ogden, J. (1997). Practice nurses' beliefs about obesity and weight related interventions in primary care. *International journal of obesity* 21: 141-146
- Jahren Kristoffersen, N. (2006). Teoretiska perspektiv på omvårdnad. I: Jahren Kristoffersen, N; Nortvedt, F & Skaug, E-A (red), *Grundläggande omvårdnad del 4* (s. 13-101). Stockholm: Liber AB.
- Merrill, E., & Grassley, J. (2008). Women's stories of their experiences as overweight patients. *Journal of Advanced Nursing*, 64(2), 139-146
- Narbro, K. (2007) The high cost of obesity – a health economic analysis. I: Löndahl, C. (2007). *Obesity – a threat to public health?* Stockholm: Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap, sid 64-70

- NE, Nationalencyklopedin (2010). Attityd. Hämtat från: <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/lang/attityd>, 2010-03-10
- Norberg, M. & Danielsson, M. (2009). Övervikt, hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes. I: Socialstyrelsen. *Folkhälsorapport 2009* (s. 201-242). Västerås: Edita Västra Aros.
- Ogden, J., Bandara, I., Cohen, H., Farmer, D., Hardie, J., Minas H., et al. General practitioners' and patients' models of obesity: whose problem is it? *Patient Education and Counseling*, 44: 227-233
- Petrich, B. (2000). Medical and nursing students' perceptions of obesity. *Journal of Addictions Nursing*, 12(1), 3-16
- Poon, M., & Tarrant, M. (2009). Obesity: attitudes of undergraduate student nurses and registered nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 18(16), 2355-2365
- Rasmussen, F. Energy balance in a world of plenty. I: Löndahl, C. (2007). *Obesity – a threat to public health?* Stockholm: Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap, sid 7-17.
- Reifeldt, K. (2008). *Förflyttning med övervikt*. Göteborg: Princo Linderoth.
- Rössner, S. & Torgersson, J. (2006). Fetma. I: Beglund, G., Engström-Laurent A., Lindgren, S. & Lindholm, N. *Internmedicin 4:e upplagan* (s. 520-532). Stockholm: Liber.
- Sarlio-Lähteenkorva, S. (1998). Hur ser samhället på den fete? I: Andersen, T., Rissanen, A. & Rössner, S. (red.), *Fetma/fedme – en nordisk lärobok* (s. 221-226). Lund: Studentlitteratur.
- SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering (2002). *Fetma – Problem och åtgärder*. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: SBU.
- SCB, Statistiska centralbyrån (2008). Tabell HA 16. Feta. Personer 16-84 år. Hämtat från: [http://www.scb.se/statistik/LE/LE0101/2007A01/HA16\\_07.xls](http://www.scb.se/statistik/LE/LE0101/2007A01/HA16_07.xls), 2010-04-05
- SFS 1982:763, Hälso- och sjukvårdslagen.
- Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Svensk Sjuksköterskeförening (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Brommatryck&Brolins AB.
- Teachman, BA., & Brownell, KD. (2001). Implicit anti-fat bias among health professionals: is anyone immune? *International journal of obesity* 25: 1525-1531

- Thomas, S., Hyde, J., Karunaratne, A., Herbert, D., & Komesaroff, P. (2008) Being 'fat' in today's world: a qualitative study of the lived experiences of people with obesity in Australia. *Health expectations 11*: 321-330
- Torgerson, J., Flodmark, C-E. & Andrén, P (2007). Nutrition. I: *Läkemedelsboken* (s. 141-176). Stockholm: Apoteket AB.
- Travelbee, J (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Översatt till norska av: Kari Marie Thorbjørnsen. Oslo: Gyldendal.
- Vallis, T., Currie, B., Lawlor, D., & Ransom, T. (2007). Healthcare professional bias against the obese: how do we know if we have a problem? *Canadian Journal of Diabetes, 31*(4), 365-370.
- WHO, World Health Organization (2006). Fact sheet N°311 September 2006. Hämtat från: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/print.html>, 2010-03-12
- Wright, J. (1998). Female nurses' perceptions of acceptable female body size: an exploratory study. *Journal of clinical nursing, 7*: 307-315

## BILAGA 1 – Översikt vetenskapliga artiklar

ARTIKLAR	SYFTE	METOD	RESULTAT
<p>- Nummer 1 - <i>Female nurses' perceptions of acceptable female body size: an exploratory study.</i> - Wright, J - England (UK) - Journal of clinical nursing - 1998</p>	<p>Att undersöka kvinnliga sjuksköterskors uppfattningar om accepterad kroppsvikt hos kvinnor.</p>	<p>Kvalitativ.  Semistrukturerade intervjuer med 10 kvinnliga sjuksköterskor.</p>	<p>Sjuksköterskorna uppfattade fetma som ett stort hälsoproblem, men att det var ett känsligt ämne att ta upp med patienten. Många uppfattade negativa attityder från manliga läkare mot kvinnliga patienter med fetma. Det fanns även negativa attityder från sjuksköterskorna, men de var inte lika uttalade som hos läkarna.</p>
<p>- Nummer 2 - <i>Health professionals' view of overweight people and smokers</i> - Harvey, EL &amp; Hill, AJ - England (UK) - International journal of obesity - 2001</p>	<p>Att undersöka sjukvårdspersonals uppfattningar om patienter med övervikt och jämföra de med deras uppfattningar om rökare.</p>	<p>Kvantitativ.  Totalt 764 enkäter skickades hem till sjukvårdspersonal. 255 svarade. Enkäterna fanns i fyra olika versioner.</p>	<p>Attityder fanns hos sjukvårdspersonalen, men det hittades inte så mycket fördomar som man trodde. Ju mer överviktig patienten var, desto starkare var däremot attityderna. Resultaten var indelade i tre kategorier: antagna orsaker, attityder och personligt ansvar av fetma. Sjukvårdspersonalen ansåg att fetma var ett stort hälsoproblem och patienterna antogs ha låg självkänsla/självförtroende. Fetma ansågs också bero på fysisk inaktivitet.</p>
<p>- Nummer 3 - <i>Implicit anti-fat bias among health professionals: is anyone immune?</i> - Teachman, BA &amp; Brownell, KD - USA - International journal of obesity - 2001</p>	<p>Att undersöka undermedvetna negativa attityder mot patienter med fetma hos sjukvårdspersonal, samt att jämföra dessa med övriga befolkningens attityder.</p>	<p>Kvantitativ.  84 sjukvårdspersonal genomförde ett test (Implicit association test) under tidsbegränsning, där de som inte hann svara uteslöts.</p>	<p>Som förväntat av författarna visade studien starka undermedvetna negativa attityder och uppfattningar mot patienter med fetma. Det framkom en tendens till att lättare skatta smala personer positivt, än feta personer negativt. Trots påvisade negativa attityder, hade sjukvårdspersonalen mindre negativa attityder mot patienter med fetma jämfört med befolkningen i övrigt. Resultaten tydde på att man inte kan lita på en persons uttalade attityder, då det kan förekomma undermedvetna negativa attityder som personen ej är medveten om.</p>
<p>- Nummer 4 - <i>Practice nurses' beliefs about obesity and weight related interventions in primary care</i> - Hoppé, R &amp; Ogden, J - England (UK) - International journal of obesity - 1997</p>	<p>Att undersöka sjuksköterskors uppfattningar om fetma och hur de arbetar med patienter med fetma, samt jämföra hur resultaten påverkas av deras eget BMI.</p>	<p>Kvantitativ.  900 enkäter skickades ut till sjuksköterskor och 586 blev besvarade.</p>	<p>Resultaten delades upp i två huvudgrupper: uppfattningar om fetma och faktiskt beteende. Sjuksköterskorna uppfattade fetma som ett stort hälsoproblem och ansåg att livsstilsfaktorer var den största orsaken till fetma. Anledningar till varför patienternas försök till viktnedgång misslyckades ansågs främst vara icke-följsamhet. Sjuksköterskorna i studien var trygga i att ge viktminskningsråd, men en skillnad sågs mellan sjuksköterskor som arbetade på en viktminskningsklinik och de som inte gjorde det. Skillnader i uppfattningar sågs även relaterat till sjuksköterskornas eget BMI.</p>



ARTIKLAR	SYFTE	METOD	RESULTAT
<p>- Nummer 5</p> <p>- <i>Obesity: attitudes of undergraduate student nurses and registered nurses</i></p> <p>- Poon, M-Y &amp; Tarrant, M</p> <p>- Kina</p> <p>- Journal of clinical nursing</p> <p>- 2009</p>	<p>Att undersöka sjuksköterskestudenters och yrkesverksamma sjuksköterskors attityder mot patienter med fetma, samt hanteringen av patientgruppen.</p>	<p>Kvantitativ.</p> <p>352 studenter och 198 sjuksköterskor fulländade studien genom att besvara en enkät.</p>	<p>Resultaten var uppdelade i tre kategorier: "Fat fobia scale", "Attitudes toward obese adult patient scale" och "demographic profile". Under "Fat fobia scale" fanns en tendens att personerna med fetma skattades som oattraktiva, långsamma, tycker om mat, är urform och att de överkonsumerar mat. I "Attitudes toward obese adult patient scale" framkom det att attityderna till hanteringen av patienter med fetma var neutral. En majoritet uttryckte däremot att patienter med fetma borde stå på en diet under vårdtiden. Knappt hälften tyckte dessutom att vården av en patient med fetma var fysiskt utmattande. Sammanfattningsvis hade de yrkesverksamma sjuksköterskorna mer negativa attityder jämfört med studenterna. Det framkom också att deltagare med ett normalt BMI hade mer negativa attityder mot patienter med fetma, än de med ett högt BMI.</p>
<p>- Nummer 6</p> <p>- <i>Being 'fat' in today's world: a qualitative study of the lived experiences of people with obesity in Australia</i></p> <p>- Thomas, S; Hyde, J; Karunaratne, A; Herbert, D &amp; Komesaroff, P.</p> <p>- Australien</p> <p>- Health expectations</p> <p>- 2008</p>	<p>Att skapa en fördjupad bild av både upplevd erfarenhet av fetma och påverkan av socio-kulturella faktorer på personer som lever med fetma.</p>	<p>Kvalitativ.</p> <p>Semistrukturerade intervjuer med 76 personer med fetma.</p>	<p>I studien framkom det att ca hälften av deltagarna hade erfarenhet av förnedrande bemötande av sjukvårdspersonal. Deltagarna tenderade att tala om sina emotionella problem, snarare än att fokusera på vikten, och fick därför inte den hjälp de behövde. Deltagarna uttryckte att de ville bli bemötta som individer, och många var frustrerade över att de hela tiden blev tillsagda att göra något åt sin vikt, men att de inte fick någon hjälp eller stöd med det.</p>
<p>- Nummer 7</p> <p>- <i>Primary care nurses' attitudes, beliefs and own body size in relation to obesity management</i></p> <p>- Brown I &amp; Thompson J</p> <p>- England (UK)</p> <p>- Journal of advanced nursing</p> <p>- 2007</p>	<p>Att undersöka sjuksköterskor inom primärvårdens attityder och uppfattningar om den egna kroppsstorleken, i relation till att ge patienter råd om fetma.</p>	<p>Kvalitativ.</p> <p>Intervjuer av 15 kvinnliga sjuksköterskor inom primärvården.</p>	<p>Resultaten var uppdelade i tre teman: känslighet mot fetma, komplexiteten av fetma och den egna kroppsstorleken betydelse. Deltagarna upplevde att ämnet fetma var svårt och känsligt att diskutera med patienten, framför allt om patienten inte tagit upp ämnet själv. Sjuksköterskorna ansträngde sig för att ta upp ämnet fetma respektfullt mot patienten, men kände trots det att patienterna uppfattade situationen som besvärande, vilket i sin tur ökade känslan av stigmatisering för patienten. Sjuksköterskorna var i stort sett eniga om att patienten hade ett personligt ansvar över sin fetma. Det framkom också att deltagarnas egen kroppsstorlek var ett problem i sammanhanget, vare sig de hade ett lågt, normalt eller högt BMI.</p>

ARTIKEL	SYFTE	METOD	RESULTAT
<p>- Nummer 8  - <i>Women's stories of their experiences as overweight patients</i>  - Merrill, E &amp; Grassley, J  - USA  - Journal of advanced nursing  - 2008</p>	<p>Att belysa betydelsen av kvinnors erfarenheter och upplevelser som överviktiga patienter i deras möte med sjukvården och sjukvårdspersonalen.</p>	<p>Kvalitativ.   En hermeneutisk fenomenologisk studie där 8 kvinnor överviktiga intervjuades.</p>	<p>Resultatet var uppdelat i fyra teman: Att brottas med att passa in, att inte känna sig helt mänsklig, att bli avvisad och att vägra att ge upp. Det framkom att kvinnorna redan innan mötet med sjukvården var på sin vakt. Den fysiska miljön visade sig vara ett hinder, då bland annat instrument och kläder ej var anpassade till deras kroppsstorlek. Kvinnorna kände sårbarhet i att de var annorlunda i förhållande till det kulturella idealet och till andra. De ville bli sedda som en verklig person och uttryckte att de var mer än sin vikt. Alla kvinnorna hade erfarenheter av att bli avvisade av sjukvårdspersonal, men några hade även upplevt positiva möten där de hade blivit bemötta med respekt. Kvinnorna befarade att behöva söka vård när de hade en dålig relation med sjukvårdspersonalen.</p>
<p>- Nummer 9  - <i>Challenges in caring for the morbidly obese: differences by practice setting</i>  - Drake, D; Baker, G; Engelke, M; McAuliffe, M; Pokorny, M; Swanson, M et al.  - USA  - Southern Online Journal of Nursing Research  - 2008</p>	<p>Att beskriva svårigheter som sjuksköterskor möter i olika vårdssituationer med patienter med grav fetma, och att fastställa om det finns skillnader i dessa svårigheter.</p>	<p>Kvantitativ.   Enkäter skickades ut till 400 sjuksköterskor och 109 besvarades.</p>	<p>I studien identifierades tre huvudsakliga områden som innebar svårigheter i vården av patienter med grav fetma: specialiserad utrustning, personal och tillfredställelse i vårdmötet samt barriärer mot omvårdnaden. Det framkom bland annat att sjuksköterskorna i slutenvården upplevde sjuksköterskans attityd och personalresurser som viktiga faktorer i hinder för vården. Det var däremot inte lika uttalat hos sjuksköterskor i öppenvården eller kommunen.</p>
<p>- Nummer 10  - <i>Healthcare professional bias against the obese: how do we know if we have a problem?</i>  - Vallis, M; Currie, B; Lawlor, D &amp; Ransom, T  - Kanada  - Canadian journal of diabetes  - 2007</p>	<p>Att undersöka om sjukvårdspersonal, med intresse för obesitasvård, har fördomar mot patienter med fetma.</p>	<p>Kvantitativ.   78 sjukvårdspersonal genomförde ett test (Implicit association test) under tidsbegränsning, där de som inte hann svara uteslöts.</p>	<p>Resultatet visade fördomar mot patienter med fetma i alla yrkeskategorier, men det sågs ingen skillnad mellan grupperna med fokus på yrke, ålder, antal års yrkeserfarenhet eller om de arbetade med fetma eller inte. Däremot, även om det ej var signifikant, kunde en tendens påvisas att respondenter med ett högt BMI hade mindre fördomar mot patienter med fetma jämfört med respondenter med ett normalt eller lågt BMI.</p>

ARTIKEL	SYFTE	METOD	RESULTAT
<p>- Nummer 11</p> <p>- <i>Management of obesity in primary care: nurses' practices, beliefs and attitudes</i></p> <p>- Brown, I; Stride, C; Psarou, A; Brewins, L &amp; Thompson, J</p> <p>- England (UK)</p> <p>- Journal of advanced nursing</p> <p>- 2007</p>	<p>Att undersöka mönster i klinisk verksamhet, uppfattningar och attityder hos sjuksköterskor i primärvården, med fokus på obesitasvård.</p>	<p>Kvantitativ.</p> <p>Enkäter skickades ut till 564 sjuksköterskor inom primärvården och 398 besvarades.</p>	<p>Resultatet visade att det förekom negativa attityder och uppfattningar mot patienter med fetma. Respondenterna uttryckte fetma som en stor hälsorisk och att de flesta av patientens besvär berodde på fetman. Det framkom även uppfattningar om att patientens livsstil (fysisk aktivitet och matvanor) var till grund för fetman. En majoritet uppfattade patienterna som inte motiverade till förändring. De flesta av respondenterna ansåg att hantering av fetma var en del av sjuksköterskerollen och de tyckte heller inte att det var obekvämt eller känsligt att ta upp ämnet med patienten. Dock var det endast ett fåtal som ansåg att de gjorde ett bra och effektivt jobb med hanteringen av patientens fetma. Det framkom även att sjuksköterskor med ett högt BMI hade signifikant mindre fördomar mot patienter med fetma, jämfört med de med ett normalt eller lågt BMI.</p>
<p>- Nummer 12</p> <p>- <i>Medical and nursing students' perceptions of obesity</i></p> <p>- Petrich, B</p> <p>- USA</p> <p>- Journal of addictions nursing</p> <p>- 2000</p>	<p>Studien gjordes i ett försök att beskriva sjuksköterskestudenter och läkarstudenters uppfattningar om fetma.</p>	<p>Kvalitativ.</p> <p>Frågeformulär med 6 öppna frågor gavs ut till 102 sjuksköterske- och 28 läkarstudenter.</p>	<p>Studien resulterade i både skillnader och likheter mellan de båda grupperna. Ett tema som var vanligt i studenternas berättelser var att de kände sig äcklade vid åsynen av någon som var överviktig. Andra vanliga teman var att studenterna ansåg att fetma var ohälsosamt och de ansåg att personer med fetma var inaktiva, lata och saknade självkontroll. Studenterna hade både bristande utbildning och liten klinisk erfarenhet av sjukdomen fetma.</p>
<p>- Nummer 13</p> <p>- <i>General practitioners' and patients' models of obesity: whose problem is it?</i></p> <p>- Ogden, Bandara, Cohen, Farmer, Hardie, Minas et al</p> <p>- England (UK)</p> <p>- Patient education and counseling</p> <p>- 2001</p>	<p>Att jämföra allmänläkares och patienters uppfattningar om orsaker, konsekvenser och lösningar till fetma.</p>	<p>Kvantitativ.</p> <p>Enkäter skickades ut till 900 patienter och 135 allmänläkare, varav 599 patienter och 89 allmänläkare besvarade den.</p>	<p>Skillnader sågs inom alla tre områdena. Vid uppfattningar om orsaker till fetma skattade patienterna medicinska orsaker högre än vad läkarna gjorde. Skillnaderna i skattningen av fetmans konsekvenser var bland annat att läkarna skattade diabetes som den främsta konsekvensen, till skillnad från patienterna. Vid uppfattningar om behandling av fetman, sågs inga större skillnader. Däremot sågs patienterna skatta läkaren som ett större stöd i viktnedgången, medan läkarna la mer fokus på att patienten skulle göra jobbet själv.</p>

## BILAGA 2 – Översikt relevans

ÖVERSIKT VETENSKAPLIGA ARTIKLAR													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Medvetna och omedvetna attityder	x	x	x		x	x		x	x	x	x	x	
Påverkan av personalens BMI-värde			x	x	x		x			x	x		
Brist på kommunikation	x			x			x				x		
Sjukvårdspersonalens sätt att arbeta med fetma	x			x		x	x				x		x
Skillnader i tron på orsaker till fetma		x		x		x	x		x		x		x
Att bli avvisad						x		x					
Att ej få tillräckligt med stöd						x		x					x