



GÖTEBORGS
UNIVERSITET

INSTITUTIONEN FÖR SOCIOLOGI
OCH ARBETSVETENSKAP

“LÄKAREN HADE JU ALDRIG SAGT SÅ HÄR TILL EN SMAL PERSON”

Vårdpersonals reaktioner på stigmatisering
av tjocka personer med sociologisk analys

Maria Hertzman

Examensarbete för

kandidat i sociologi 15 hp

Handledare: Josefin Persdotter

Termin/år: HT22

Abstract

Examensarbete för kandidat i sociologi, 15 hp, HT22

Titel: "Läkaren hade ju aldrig sagt så här till en smal person"

Författare: Maria Hertzman

Handledare: Josefin Persdotter

Examinator: Ilze Lace

Antal tecken inkl. blanksteg: 69 792

Nyckelord: *moral emotions, stigma, tjock, viktbias, vårdpersonal*

- Syfte:** Studiens övergripande syfte är att öka förståelsen kring hur stigmatisering av tjocka personer inte bara påverkar de stigmatiserade. Dessutom bidrar studien med att beskriva varför negativa attityder gentemot tjocka personer förekommer och upprätthålls i ett led för att minska gapet mellan vårdpersonal och patienter.
- Teori:** Teoretiska perspektiv som används innefattar stigmatisering, viktbias och emotionssociologi.
- Metod och material:** Kvalitativ metod med en abduktiv forskningsansats. Semistrukturerade intervjuer (n=5), tre individuella och en fokusgrupp. Empirin bearbetades genom en tematisk innehållsanalys där centrala teman identifierades för att utforska materialet och applicera befintliga teorier.
- Huvudresultat:** Uppkomsten av moraliska känslor förklaras som en reaktion på något som bryter mot vår moral, vilket kan tolkas som att bristande moral är anledningen till att stigma existerar och i utsträckning drabbar de stigmatiserade såväl som andra i närheten. Ett av de viktigaste bidragen är att inse att vi alla är människor, som har olika reaktioner och tankar kring ämnet, och att viktbias i vården har negativ emotionell påverkan även på vårdpersonal.

Tack!

Jag vill rikta ett extra stort tack till de fem personer som ställde upp på intervjuer, utan era bidrag i form av erfarenheter och reaktioner hade denna uppsats inte blivit av. Ni ger mig hopp för framtiden!

Stort tack till min handledare Josefin Persdotter, jag vet inte vad jag hade gjort utan dig. Tack för alla kommentarer, samtal och uppmuntran under vägen. Jag hoppas vi får samarbeta någon gång i framtiden igen!

Avslutningsvis måste jag säga tack till min partner som stöttat och hjälpt mig under hela min studietid men kanske extra mycket nu när jag skrivit denna uppsats.

Innehållsförteckning

| | |
|--|-----------|
| 1. Inledning | 1 |
| 1.2 Problemformulering | 2 |
| 1.3 Syfte | 2 |
| 1.4 Frågeställningar | 2 |
| 1.5 Uppsatsens disposition | 2 |
| 2. Tidigare forskning | 4 |
| 2.1 Viktrelaterad bias inom vården | 4 |
| 2.2 Stigma och övervikt inom vården | 5 |
| 3. Teoretisk inramning | 6 |
| 3.1 Tjockhet, begreppsligt ställningstagande | 6 |
| 3.2 Stigma | 6 |
| 3.3 Öppen och dold viktbias | 7 |
| 3.4 Moraliska emotioner | 7 |
| 4. Metod | 9 |
| 4.1 Material och urval | 9 |
| 4.2 Datainsamling | 10 |
| 4.3 Genomförande av analys | 11 |
| 4.4 Etisk reflektion | 12 |
| 4.5 Validitet och reliabilitet | 13 |
| 5. Resultat och analys | 15 |
| 5.1 Reaktionen på stigmatisering av tjocka personer inom vården | 15 |
| 5.1.1 Reaktion: Rädsla och oro..... | 15 |
| 5.1.2 Reaktion: Frustration och ilska..... | 16 |
| 5.1.3 Reaktion: Sorg | 17 |
| 5.1.4 Reaktion: Chock | 18 |
| 5.1.5 Reaktion: Avsky och hat..... | 19 |
| 5.2 Förklaringar till bias mot tjocka personer i vårdsammanhang | 20 |
| 5.2.1 Förklaring: Det ständiga fokuset på vikten..... | 20 |

| | |
|---|-----------|
| 5.2.2 Förklaring: Fel fokus | 21 |
| 5.2.3 Förklaring: Okunskap | 22 |
| 5.2.4 Förklaring: Bristande empati och sympati..... | 23 |
| 5.2.5 Förklaring: Övervikt är synligt | 25 |
| 5.2.6 Förklaring: ”Jag hoppas det inte är mina arbetskamrater som betar sig så illa”..... | 26 |
| 6. Sammanfattande slutsats och avslutande diskussion | 28 |
| 6.1 Avslutande diskussion | 29 |
| 6.1.2 Vidare forskning | 30 |
| <i>Litteratur- och källförteckning</i> | 31 |
| 8. Bilagor | 35 |
| 8.1 Rekryteringsbrev | 35 |
| 8.2 Intervjuguide 1 – fokusgrupp..... | 37 |
| 8.3 Intervjuguide 2 – individuell intervju..... | 38 |
| 8.4 Stimulusmaterial – Presentation av vittnesmål | 39 |

1. Inledning

I kampen mot fetma talas det ofta om hur mycket den överviktiga befolkningen kostar vården (Schwartz m.fl., 2003). Däremot vet vi inte varför det finns ett samband mellan fetma och vissa sjukdomar (Sørensen, 2009). Sambandet kan påverkas av sjukdomsmekanismer i relation till fetma, men även av att överviktiga patienter kan vara motvilliga att söka vård på grund av den bias som finns mot tjocka personer. Om de inte söker vård förrän det blir akut så kan sjukdomar inte upptäckas i ett tidigt skede, vilket ökar risken för medicinska problem och ökar vårdkostnaderna (Schwartz m.fl., 2003). Det ena sambandet behöver inte utesluta det andra, men bias påverkar tjocka personers relation till sjukvården. Hemmingsson och Wollter (2022a) förklarar hur bias kan leda till ökad vikt eftersom den orsakar långvarig stress och stressen ökar risken för skadlig fettinlagring. Det finns även studier som presenterat att personer som upplevt viktdiskriminering löper 40% ökad risk att utveckla demens (Sutin m.fl., 2019), och närmare 60% högre risk för en för tidig död (Sutin m.fl., 2015). Dessutom har ett starkt samband mellan viktdiskriminering och depression redovisats (Pearl & Puhl, 2018), och de som utsätts för viktmobbning löper 150% högre risk för psykisk ohälsa (Hemmingsson & Wollter, 2022a). Sammantaget kan det tolkas som att vikstigmatisering har ett samband med att vårdkostnaderna för att behandla övervikt ökar.

Hemmingsson och Wollter (2022a) argumenterar i sin nyutgivna bok för kroppsaktivismens livräddande värde. De belyser *kroppsnegativitetet* som den förhärskande normen i samhället. Författarna har samlat in vittnesmål som exemplifierar vilka konsekvenser viktfokus inom vården kan leda till. I en debattartikel med titeln ”Kroppsaktivisternas lögn får inte stå oemotsagda” framfördes direkt kritik mot Hemmingsson och Wollter för de så kallade osanningar debattartikelförfattarna menade att de skrivit i sin bok (Bäcklund m.fl., 2022). Författarna av debattartikeln var enligt dem själva 12 experter inom obesitas, en blandning av professorer, folkhälsovetare och vårdpersonal. Bäcklund m.fl. hävdar bland annat att kroppsaktivister förnekar att fetma är farligt, tycker att vårdens försök att hjälpa överviktiga är kränkande, och leder till ätstörningar. Hemmingsson och Wollter (2022b) besvarade kritiken genom att fastslå att deras mening aldrig var att ifrågasätta huruvida fetma är farligt utan att ”vikten påverkar hälsan, ja, men det gör även mobbning, stigma, kroppshat, diskriminering och utanförskap” (femte stycket i artikeln).

1.2 Problemformulering

Hemmingsson och Wollter (2022a) menar att några av de värsta effekterna av viktmobbing sker inom vården. Denna studie tar avstamp i deras arbete genom att problematisera sättet som vården i Sverige är utformad. Phelan m.fl. (2014) menar att de inte finns någon press att framstå som opartisk mot tjocka personer och att det kan vara en anledning till att vårdpersonal stigmatiserar tjocka patienter. Stigmatiseringen berättigas eftersom fetma är skadligt, men samtidigt tar de då inte hänsyn till de allvarliga konsekvenser som stigmatiseringen leder till (Pearl & Puhl, 2018; Sutin m.fl., 2015, 2019).

Denna studie avser att med hjälp av vittnesmålen från 'Kriget mot kroppen' (Hemmingsson & Wollter, 2022a) undersöka hur vårdpersonal reagerar på och förklarar stigmatisering av tjocka personer. Vittnesmålen är ur patienternas perspektiv och exemplifierar hur den negativa synen på kroppen skadar människor. För att få ett bredare perspektiv av hur viktstigma manifesteras är det av betydande vikt att undersöka detta utifrån vårdpersonalens perspektiv. För att belysa subjektiva upplevelser från vårdpersonalen undersöker denna studie reaktioner på vittnesmål från tjocka personer som utsatts för stigmatisering i vårdsammanhang.

1.3 Syfte

Studiens övergripande syfte är att öka förståelsen kring hur stigmatisering av tjocka personer inte bara påverkar de stigmatiserade. Dessutom bidrar studien med att beskriva varför negativa attityder gentemot tjocka personer förekommer och upprätthålls i ett led för att minska gapet mellan vårdpersonal och patienter.

1.4 Frågeställningar

1. Vilka reaktioner och emotioner väcks hos vårdpersonal kring vittnesmål av stigmatisering mot tjocka personer inom vården?
2. Vilka förklaringar har vårdpersonal för bias mot tjocka personer i vårdsammanhang?

1.5 Uppsatsens disposition

I kommande kapitel (2) presenteras relevant tidigare forskning, vilket sedan följs av kapitel 3 där jag presenterar studiens teoretiska perspektiv och verktyg. I kapitel 4 presenteras och

diskuteras metoderna som använts för att samla in och analysera studiens empiriska material. I kapitel 5 analyseras reaktioner på stigmatiseringen av tjocka personer, förklaringar för viktbias i vårdssammanhang, och en emotionssociologisk analys. I det sista kapitlet, kapitel 6, presenteras en sammanfattning av analysen och resultatet samt en avslutande diskussion med förslag på vidare forskning.

2. Tidigare forskning

I kapitlet presenteras tidigare forskning som berör stigmatisering av tjocka personer inom vården utifrån vårdpersonals perspektiv. Den första delen innefattar studier som utifrån ett psykologiperspektiv genomfört kvantitativa mätningar av vårdpersonals attityder (Meadows m.fl., 2017; Phelan m.fl., 2014; Schwartz m.fl., 2003; Swift m.fl., 2013; Talumaa m.fl., 2022). I den andra delen presenteras kvalitativa studier om stigma och övervikt hos vuxna inom vården i en metaanalys av Malterud och Ulriksen (2011). Studierna använder sociologiska teorier kring bland annat stigma (Brown & Thompson, 2007) och status (Wear m.fl., 2006) för att analysera det sociala fenomenet. Men de följer främst en hälsopsykologisk (Brown & Thomson, 2007; Epstein & Ogden, 2005) eller medicinsk disciplin (Wear m.fl., 2006).

Studien efterfrågar en djupare insikt om vad vårdpersonal tänker om den stigmatisering som tjocka personer utsätts för. Tidigare forskning har med en kvantitativ ansats kartlagt vårdpersonals attityder om tjocka personer, medan de kvalitativa studierna har fördjupat förståelsen kring vad vårdpersonal tänker om att behandla tjocka patienter. Därför har denna studie undersökt vårdpersonals inställning till stigmatiseringen, och presenterat teorier kring hur viktbias kan motverkas med en sociologisk analys. Utöver det har studien bidragit med svensk empiri till ett fält med övervägande anglosaxisk dominans.

2.1 Viktrelaterad bias inom vården

Det finns omfattande forskning som genom kvantitativa mätningar av attityder bevisat att vårdpersonal har viktrelaterad bias, vilket innebär att vårdpersonal stigmatiserar tjocka personer och har negativ attityd gentemot dem (Talumaa m.fl., 2022). Meadows m.fl. (2017) menar att även ifall vårdgivaren i fråga anser sig vara opartisk (*unbiased*) kan omedvetna attityder påverka deras beteende eller bedömning. Även vårdpersonal som specifikt arbetar med överviktiga personer har påvisat stark viktbias, vilket signalerar hur starkt stigma är. Exempelvis undersökte Schwartz m.fl. (2003) forskare och vårdpersonal på en vetenskaplig konferens i Kanada för studier av övervikt. Studien visade att konferensdeltagarna förknippade överviktiga personer med stereotyper som "lata, dumma och värdelösa". Resultaten är uppseendeväckande eftersom deltagarna behandlade och studerade övervikt.

Ett flertal studier har undersökt vårdstudenters attityder gentemot tjocka personer. Phelan m.fl. (2014) genomförde en studie med vårdstudenter från USA där deras attityder gentemot överviktiga patienter undersöktes. Dessutom utforskades sambandet mellan öppen

och dold bias; där öppen bias är den medveten eller avsiktlig partiskhet, medan dold bias aktiveras automatiskt och kan vara undermedveten. Korrelationen visade sig vara svag, där det snarare fanns ett mönster av hög dold bias och låg öppen bias, vilket tyder på att stigmatisering patienter utsätts för ofta är undermedveten från vårdpersonalens sida. Phelan m.fl. (2014) diskuterar huruvida hög öppen viktbias kan förklaras genom att det inte finns någon press för att framstå som opartisk (*unbiased*) mot tjocka personer. Stigmatiseringen av tjocka personer berättigas med att övervikt är skadligt och därmed skiljs inte övervikt som symptom från överviktiga som patienter.

I en studie med brittiska vårdstudenter kunde Swift m.fl. (2013) bekräfta att vårdpersonal presenterar negativa attityder gentemot tjocka personer. Så många som 10,5% av deltagarna uppvisade till och med på en hög grad så kallad "fettfobi", vilket definieras som patologisk rädsla för fetma. Swift m.fl. understryker att det finns en oacceptabel nivå viktbias bland vårdstudenter i Storbritannien, vilket anses kunna generaliseras till andra delar av västvärlden.

Sammantaget visar dessa studier att när det kommer till vårdpersonalen har tidigare forskning främst haft en kvantitativ ansats och presenterat hur attityder gentemot tjocka personer sett ut. Däremot saknar dessa studier beskrivningar kring varför negativa attityder gentemot tjocka personer förekommer och upprätthålls.

2.2 Stigma och övervikt inom vården

I Malterud och Ulriksens (2011) metaanalys har de sammanställt resultat från kvalitativa studier som synliggör dels hur viktrelaterat stigma upplevs av vårdtagare, dels hur stigmatiseringen genomförs och upprätthålls av vårdpersonal. Studierna genomfördes i Storbritannien, Skottland, USA, Australien och Nya Zeeland. Fem av studierna behandlar endast överviktiga vuxna, alltså patienter, medan sex av studierna fokuserar endast på vårdpersonal. En studie innefattar vårdstudenter och i en studie kombineras både patienter och vårdpersonal. Malterud och Ulriksen beskriver hur stigmatiseringen påverkar individer och bland annat kan leda till försämrade självkänsla. Ett återkommande tema är hur stigmatiserade personer känner en stark skam och hur vårdgivare skuldbelägger dem för deras misslyckanden med viktminskning. När det kommer till vårdpersonalens agerande och attityder beskrivs hur överviktiga skämtas allra mest om bland vårdpersonal (Wear m.fl., 2006) och att vårdpersonal anser övervikt är patienters egna ansvar (Brown & Thompson, 2007; Epstein & Ogden, 2005).

3. Teoretisk inramning

3.1 Tjockhet, begreppsligt ställningstagande

I denna studie används ordet "tjock" för att beskriva individer. I många sammanhang används begreppen övervikt eller fetma och inom vården har begreppet obesitas börjat användas i ett försök att finna en neutral term för att minska stigmat (Bäcklund m.fl., 2022). Det kan dock knappast klassas som ett neutralt begrepp, eftersom obesitas kommer från det latinska adjektivet *obesus* som översätts till "föräten" eller "fullstoppad" (Psykologiguiden, 2022). Allt fler efterfrågar att vi börjar använda, eller återtar, ordet tjock eftersom det inte innefattar någon form av problem eller patologi. Det är del i att avmystifiera och avstigmatisera ordet, för tjocka personer är inte dåliga (Harker, 2015).

3.2 Stigma

I denna studie kommer Goffmans (1968) begrepp *stigma* användas för att beskriva den sociala stämpel som tjocka personer har och vad stigmatiseringen får för konsekvenser i vårdsammanhang. Goffman menar att stigma kan göra att individer inte ses som riktigt mänskliga, att de är så pass annorlunda att de diskrimineras, vilket minskar deras livschanser. Vidare kan detta härledas till hur personer som upplevt viktdiskriminering bland annat löper högre risk att dö i förtid (Sutin m.fl., 2015). Malterud och Ulriksen (2011) beskriver hur övervikt kan inkluderas i Goffmans stigma som något avskyvärt på kroppen eller felaktigt hos individen.

Link och Phelan (2001) menar att det behövs fyra komponenter för att det ska vara tal om stigma. Först sker ett särskiljande, en märkning, av det som avviker. Sedan sker en koppling mellan de märkta personerna och icke-önskvärda karaktärsdrag, vilket leder till skapande av fördomar och stereotyper. Det tredje steget innebär att de märkta placeras i en avskild kategori jämfört med de dominerande normerna, de blir de stigmatiserade vilket möjliggör uppdelningen av "vi och dem". I det sista steget uppkommer konsekvenser av stigmat, de stigmatiserade diskrimineras genom att till exempel exkluderas. Att vara stigmatiserad handlar om något betydligt allvarligare än fördomar och diskriminering, det är en stämpel på samhälleligt plan som gör att en person kan känna sig som mindre värd än andra människor på grund av sitt stigma. I många fall leder stigmat till bristande välmående och det kan även få effekter för vilken vård de får (Malterud & Ulriksen, 2011).

3.3 Öppen och dold viktbias

Viktbias innebär att en person på grund av någons vikt systematiskt drar slutsatser kring personen, vilket resulterar i ett visst beteende gentemot denne (Phelan m.fl., 2014). För att återkoppla till Link och Phelans (2001) tolkning av stigma konstrueras viktbias genom att en individ sammankopplas med ett icke-önskvärt karaktärsdrag, vilket leder till att de behandlas annorlunda. Det kan till exempel vara att de stigmatiserade, tjocka personer, kopplas till karaktärsdrag som ”lat” eller ”dum” och det påverkar hur personen med viktbias beter sig. Beteendet kan påvisas både medvetet eller omedvetet, vilket även benämns som öppen och dold bias (*explicit and implicit*). *Öppen bias* är exempelvis när en läkare behandlar alla tjocka personer som lata och ohälsosamma och påvisar uppenbara fördomar (Phelan m.fl., 2014). *Dold bias* är när en läkare bestämt hävdar att hen aldrig diskriminerar en patient eller behandlar dem olika beroende av deras utseende, men ändå exempelvis lägger mindre tid på överviktiga patienter jämfört med normalviktiga. Dold bias är handlingar och tankar som sker per automatik och är därför särskilt problematiskt, eftersom vi inte är medvetna om den och hur den påverkar andra (Phelan m.fl., 2014).

3.4 Moraliska emotioner

I studiens analys kommer ett emotionssociologiskt perspektiv användas för att öka förståelsen kring hur stigmatisering av tjocka personer inte bara drabbar de stigmatiserade, utan även vårdpersonal. Inom den kognitiva psykologin diskuteras hur emotioner styr hjärnan (Franks, 2006), och därmed är djupt inprogrammerat. Medan emotionssociologin fokuserar på funktionen emotioner har för hur vi beter oss i sociala interaktioner, och något som vi socialiseras in i vår kultur (Peterson, 2006). Det sociala beteendet kan styras av vår moral, eller det Stets och Turner (2006) benämner som moraliska emotioner (*moral emotions*). Moraliska emotioner fungerar som självkontroll för att följa etiska koder och sätter även i gång processer för att producera andra emotioner. Till exempel argumenterar Stets och Turner för att sorg eller ledsamhet är den dominanta emotionen för skam och skuld. Men genom att kombinera de tre primära negativa emotionerna; ilska, rädsla och sorg, skapas skam och skuld. När du känner skam blir du ledsen, eftersom skam är en oerhört smärtsam känsla som individen känner att hen måste fly ifrån. Flykten går ofta via försvarsmekanismer som omvandlar sorg till ilska, och slutligen leder till rädsla för konsekvenser. För skuld är det omvänt, efter att du blir ledsen så blir du rädd för konsekvenserna och slutligen arg.

Moraliska emotioner används också för att reagera på andras brott mot etiska koder eller normer. Om någon betar sig elakt så kan det leda till att du uttrycker avsky eller förakt mot den personen (Stets & Turner, 2006), som ett sätt att få hen att korrigera sitt beteende. Ibland kan dock avskyn hämmas av *consequent emotions* som till exempel chock. Det innebär att när vi inte är beredda på någons beteende, så blir vi så chockade att den emotionella reaktionen dämpas (Kemper, 2006). När någon förolämpar dig blir du arg, en direkt emotionell respons för att visa för personen att du inte tycker hans beteende är acceptabelt. Men när förolämpningen kommer från ett oväntat håll, till exempel din läkare, så blir du chockad i stället för utåtagerande.

Det finns även moraliska emotioner som respons på andras lidande, nämligen empati och sympati (Stets & Turner, 2006). Empati innebär att du reagerar starkt och även kan känna de känslor som någon som lider eller blir behandlad illa. Sympati handlar mer om att verkligen förstå och visa förståelse för de svårigheter som någon annan upplever. Stets och Turner beskriver därför empati och sympati som rolltagande emotioner.

4. Metod

Studien har använt en kvalitativ intervjumetod eftersom syftet var ökad förståelse kring vårdpersonals tankar om stigmatisering av tjocka personer inom vården. Intresset för intervjun var riktat mot deltagarens erfarenheter och åsikter (Bryman, 2011).

Kapitlet inleds med att förklara hur urval och insamling av material gick till väga, följt av motivering kring valet av metoder. Vidare följer en beskrivning av hur analysen gick till och därefter presenteras etiska reflektioner följt av hur studien tar hänsyn till validitet och reliabilitet.

4.1 Material och urval

Det empiriska materialet skapades med hjälp av fem individer med arbetserfarenhet inom primärvården. Deltagarna hade ett åldersspann på 22–65 år och medelåldern var 35.2 år. Samtliga identifierade sig som kvinnor och de var bosatta i Skåne, Halland, Östergötland, Västra Götaland och Stockholms län. Deltagarna hade olika yrkesroller; en fysioterapeut, en läkarstudent, en sjuksköterskestudent, en distriktssköterska, en psykolog. Det är inte menat som att de är representanter för sitt yrke, utan redovisas för att visa på den spridning av erfarenheter som finns bland deltagarna.

För att rekrytera deltagarna användes social media för så stor spridning som möjligt. En rekryteringsannons publicerades på Facebook och Instagram, där jag även uppmuntrade till att dela annonsen. Jag kontaktade även några användare som publicerar kroppsaktivistiskt material och bad dem dela annonsen. Inom tre dagar inkom sex intresseanmälningar. Därefter, med hjälp av närståendes kontaktnät, inleddes kontakt med ytterligare en person.

Ambitionen var att deltagarna skulle vara från olika arbetsplatser inom primärvården och ha olika yrkesroller för att täcka ett bredare perspektiv. Det kan kallas målinriktat urval eftersom ett specifikt fält (*primärvården*) och deltagare (*individer med arbetserfarenhet inom primärvården*) identifierats. Valet föll på primärvården eftersom det var därifrån flera av vittnesmålen (se Bilaga 4) kom ifrån. Urvalet kan därtill beskrivas som slumpmässigt bekvämlighetsurval, eftersom urvalet utgick från de individer som visade intresse, ett beslut som togs utifrån den svårighet som fanns att få tillgång till fältet (Bryman, 2011).

Slutligen blev resultatet tre individuella intervjuer med yrkesverksamma och en fokusgrupp med två studenter. Med hänsyn till studiens tidsram ansågs urvalet som tillräckligt för att bidra till ämnet. Det är svårt att i förväg veta hur många intervjuer som behövs för att

uppnå teoretisk mättnad, vilket innebär att temat är uttömt och tillräckligt varierat (Bryman, 2011). Bryman beskriver även att det inte direkt finns några kriterier för en bedömning av om studien uppnått teoretisk mättnad.

Tabell 1: Deltagare

| Pseudonym | Yrkesroll | Ålder |
|-----------|----------------------|-------|
| Jane | Läkarstudent | 22 |
| Vega | Psykolog | 27 |
| Anna | Fysioterapeut | 28 |
| Marie | Sjuksköterskestudent | 34 |
| Ingela | Distriktssköterska | 65 |

4.2 Datainsamling

Empirin genererades genom semistrukturerade intervjuer, vilket innebar att en stor flexibilitet gavs till deltagarna att utforma sina svar och materialet fick även till stor del styra analysen (Bryman, 2011). Intervjuguiden (se Bilaga 2 och 3) utformades med övergripande frågor som skulle beröras, och stor frihet gavs till deltagaren att utforma svaren på sitt eget sätt (Dalen, 2015). Frågorna behövde inte komma i samma ordning varje gång, och ytterligare frågor kunde ställas som anknytning till något deltagaren sagt. Intervjuguiden kompletterades med stimulusmaterial (se Bilaga 4), något som används för att få en givande diskussion och har en anknytning till ämnet som diskuteras (Wibeck, 2010). Stimulusmaterialet var vittnesmål från boken 'Kriget mot kroppen' (Hemmingsson & Wollter, 2022a) användes som inledning för intervjun samt för att få i gång diskussionen kring ämnet, något som visade sig vara effektivt.

Den huvudsakliga metoden för datainsamling var individuella intervjuer som valdes för att ge möjlighet till att få så uttömmande och detaljerade svar som möjligt. I en individuell intervju är det deltagaren som är fokus, och kan själv anpassa sina svar för att bäst spegla sina personliga erfarenheter och åsikter, samtidigt som forskaren har kontroll över ämnet (Dalen, 2015). Den andra metoden, fokusgrupp, valdes för att främja en öppen diskussion kring vad vårdpersonal tänker om stigmatiseringen av tjocka kroppar där deltagarna kan bygga på varandras idéer. Wibeck (2010) beskriver fokusgrupp som en teknik där data samlas in genom en gruppinteraktion runt ett specifikt ämne. På så vis kan även forskaren skapa en förståelse kring varför deltagarna tycker som de gör, eftersom det finns en möjlighet för deltagarna att

utforska varandras skäl till en åsikt. Det skiljer sig från en gruppintervju där diskussioner uppträder spontant och ingen fungerar som moderator (Wibeck, 2010).

I fokusgrupper kan deltagarnas perspektiv och synsätt, som är av stor vikt i kvalitativ forskning, komma fram på ett sätt som kan vara omöjligt i individuella intervjuer (Bryman, 2011). Fokusgrupper kan dock innebära en mindre kontroll av diskussionen från forskarens sida, jämfört med i individuella intervjuer. Det märktes i datainsamlingen då fokusgruppen oftare kom ifrån ämnet och började diskutera sådant som inte var relevant för studiens syfte. En initial plan utformades med två fokusgrupper, en med studenter och en med yrkesverksamma. Tyvärr visade det sig inte genomförbart då en gemensam tidpunkt var svår att hitta för alla deltagare, en student och en yrkesverksam fick även avböja på grund av schemakonflikt.

Inför intervjutillfället mottog deltagarna skriftlig information om intervjuens utformning samt övrig praktisk information som sammanfattades i ett rekryteringsbrev (se Bilaga 1). Det undersöktes även om deltagaren var villig att delta i en fokusgrupp samt när de kunde genomföra intervjun. Intervjuerna genomfördes i det digitala verktyget Zoom eftersom alla deltagare befann sig på olika orter, och då det kan användas med video och ljud samt för att dela stimulusmaterial. Varje intervju pågick i cirka 60–75 min.

4.3 Genomförande av analys

Efter varje intervju transkriberades inspelat material så snabbt som möjligt, vilket motiverades av att jag skulle kunna minnas intervjun och uppfatta detaljer i den. När samtliga intervjuer transkriberats inleddes analysprocessen. Flera metoder kombinerades för att analysera materialet. Först kodades materialet med inspiration av *grounded theory*, vilket innebär att jag använde empirin som grund för teoribildning (Charmaz, 2014). Att det endast anses som inspirerat att *grounded theory* är eftersom det endast skedde en öppen kodning. Materialet lästes igenom grundligt, för att sedan sätta etiketter eller koder vid de delar som ansågs vara intressanta. Innehållet i materialet styrde analysen, något som Wibeck (2010) beskriver som *tematisk innehållsanalys*. Det ledde bland annat till att det emotionssociologiska perspektivet adderades för att bidra till fördjupad förståelse för deltagarnas reaktioner.

Därefter skapades ett analyschema där tabeller (se exempel Tabell 2) ställdes upp för att få en översikt över vad som framkommit i intervjuerna, och för att kunna identifiera teman eller kategorier. En tabell innehöll de reaktioner som gavs på vittnesmålen, den andra innefattade svar från nästa moment i intervjun som bestod av frågor eller ämnen kopplat till

stigmatisering av tjocka personer, och en tredje tabell för de emotionella reaktionerna som framkom. Denna tematiska analys kallas även *Framework* (Bryman, 2011). Det beskrivs som att skapa ett index med centrala teman och ställa upp en tabell upp med fall och variabler, varje deltagare är ett fall och varje vittnesmål, ämne eller emotion är en variabel. Efter att deltagarnas utsagor sorterats in i respektive tabell skapades nya tabeller med fördjupade teman.

I ett sista steg genomgick materialet en rensning där endast det som var relevant för studiens syfte blev kvar. Det resulterade i följande teman som grund för fördjupad analys: "Vikt som enda lösning", "Fel fokus", "Okunskap", "Hur du pratar", "Skam/Skuld", "Arbetsplatsen" och "Fördomar". Därtill kodades materialet utifrån de emotioner som framkom: "Rädsla/Oro", "Frustration/Ilska", "Sorg/Ledsamhet", "Chock" och "Avsky/Hat". Analysen fortsatte med inspiration av Wolcotts (1994) steg: beskrivning, analys och tolkning. Jag började med att sammanfatta materialet, identifierade teman blev till rubriker i analyskapitlet med anpassning och modifiering utifrån empirin. I nästa steg användes studiens teoretiska ramverk mer fördjupat. Jag markerade de delar som jag ansåg behövde vidare analys och förklaring, och vände mig till min teori för svar. På så vis fick jag chans att verkligen arbeta med min empiri och teori (Wolcott, 1994). Avslutningsvis tolkade jag det som material och teori beskrev, för att få en helhetsbild av vad det innebar för mitt resultat.

Tabell 2: Exempel på tematisk analys

| Deltagare | Okunskap (sammanfattningar kring vad som sagts om temat) |
|-----------|--|
| Anna | Läkare som antar att alla symptom löses genom att gå ner i vikt |
| Marie | Läkare måste hålla sig uppdaterade och vara villiga att lära sig nytt hela tiden. |
| Jane | Alla vårdyrken ska vara evidensbaserade, därför ingår det i yrket att hålla sig uppdaterad i sitt område. |
| Ingela | Sköterskan ska inte överhuvudtaget lägga någon värdering utan bara hjälpa patienten med såret. |
| Vega | En diabetesläkare borde veta bättre, och inte bara vifta bort en oro för att utveckla psykisk ohälsa för att "det är ändå bra om du går ner i vikt". |

4.4 Etisk reflektion

Studien är genomförd enligt Vetenskapsrådets etiska principer kring god forskningssed (Vetenskapsrådet, 2017). Inför intervjuerna förklarades syfte och utformning noggrant, både

skriftligt via rekryteringsbrevet samt muntligt vid intervjutillfället. Det förtydligades att deltagandet är helt frivilligt och anonymt, samt att de hade lov att hoppa av om de ville. Jag beskrev även hur materialet skulle hanteras och publiceras, och att det endast får användas för studien i fråga. I samband med den muntliga introduktionen fick deltagarna chans att ställa frågor och samtycke om deltagande och ljudinspelning efterfrågades. Samtycke har inte samlats in skriftligt eftersom det skulle kräva en del från deltagarna då intervjun skedde på distans. Eftersom samtycket medgavs muntligt och materialet anonymiseras är min bedömning att deltagarnas integritet förblivit intakt. Samtliga deltagare har tilldelats en pseudonym, något deltagarna informerades om och de fick möjlighet att välja pseudonym. Inspelningar från intervjuerna har raderats efter att de transkriberats för att försäkra att de inte kan användas till något annat.

De vittnesmål som användes som stimulusmaterial behandlade känsliga ämnen, till exempel när barn utsatts för stigmatisering eller när smärta och oro förminskas till en fråga om vikt. Deltagarna ombads att uttrycka alla former av reaktioner och emotioner som väcktes av vittnesmålen, men det tydliggjordes redan från början att om de var obekväma med att prata om något eller inte ville svara så fick de hoppa över. I samband med avslutningen av intervjun fick deltagarna chans att ta upp om det var något de tyckte vi missat eller något annat de ville prata om. Jag frågade även hur det känts att genomföra intervjun och hur de kände inför att fortsätta prata om ämnet fortsättningsvis.

4.5 Validitet och reliabilitet

I studien har jag lagt stor vikt vid transparens för att öka studiens validitet och reliabilitet. Studien är en representation och konstruktion av den sociala verkligheten (Bryman, 2011), de reaktioner och förklaringar som presenteras kan inte ses som en direkt spegelbild av verkligheten men ändå är tillräckliga och giltiga. För att försäkra att studien verkligen undersöker det som den säger sig undersöka fokuserades på att det går att identifiera samma anknytning till forskningsfrågorna under samtliga huvudområden, det ska finnas en överenskommelse mellan teori och empiri för att stärka den interna validiteten. Gällande extern validitet finns det ingen garanti för att denna kan uppfyllas då det inte går att generalisera till andra sociala situationer utifrån ett fåtal intervjuer. Dock kommer det att presenteras teorier kring att resultatet förekommer även i andra sammanhang, och förslag på vidare forskning för att öka generaliserbarheten (Harboe, 2013).

Jag har reflekterat kring min förförståelse i koppling till studiens syfte för att försäkra att materialet är tillförlitligt och stärka reliabiliteten (Harboe, 2013). Anledningen till det valda fenomenet grundades i mitt intresse för kroppsaktivism och allas rätt till lika vård. Jag har inte själv utsatts för stigmatisering inom vården och har därmed kunnat hålla mig relativt objektiv till ämnet. Angående min egen påverkan på datainsamlingen, så var jag i början var nervös och obekvämt vid intervjutillfället och har reflekterat över hur det kunnat påverka kvalitén på materialet från första till sista intervju. Det kan även ha stor påverkan på varför jag ansåg att fokusgrupp var bäst lämpad metod eftersom jag kunde hålla mig mer i bakgrunden och lyssna medan deltagarna diskuterade med varandra. För både individuell och fokusgruppsintervju tror jag även det är avgörande vem deltagaren är, vissa personer fungerar bättre i en fokusgrupp medan andra är bättre lämpade för en individuell intervju. Vad jag vill dra för slutsats kring metodvalet är att det alltid kommer spela roll vilka individer som deltar.

I analysen försökte jag till en början hålla mig så objektiv som möjligt till mitt material, och låta materialet tala för sig själv med så lite påverkan som möjligt av min egen teoretiska förförståelse. Genom en abduktiv ansats där jag först lät materialet stå i fokus, för att sedan applicera relevanta teorier och tidigare forskning samtidigt som jag kunde upptäcka nya teorier utifrån materialet (Patel & Davidson, 2011). Därmed kunde jag i så stor utsträckning som möjligt försäkra mig om att inget missades och minska min påverkan som forskare för att öka den interna reliabiliteten. Replikerbarheten kanske inte går att uppnå fullt ut eftersom det inte går att "frysa" en social miljö (Bryman, 2011), men i och med att det tydligt presenteras hur resultatet uppnåtts menar jag att kraven för extern reliabilitet uppnås.

5. Resultat och analys

I resultat- och analyskapitlet presenteras det empiriska materialet och analyseras med hjälp av ovan presenterade teoretiska perspektiv samt tidigare forskning. Analysen sker integrerat i presentationen av resultatet.

Resultatet presenterar en relativt enhetlig bild där starka reaktioner väcks på vittnesmålen, vilket kommer redovisas i detalj under analysens första del. Det kan tolkas som ett tecken på hur stigmatiseringen av tjocka personer påverkar vårdpersonal negativt, eftersom vittnesmålen väcker negativa emotionella reaktioner som till exempel sorg, ilska och chock. En annan gemensam reaktion från deltagarna var att de gärna ville komma med förklaringar för den bias som förekommer i vårdsammanhang. Förklaringarna har sammanfattats i den andra delen av analysen, där det går att urskilja likheter såväl som skillnader i hur de olika deltagarna beskrev problematiken. Till exempel var alla eniga om att det är viktigt hur vi talar om vikt, men de hade en del olika uppfattningar om varför vårdpersonal behandlar tjocka personer illa.

5.1 Reaktioner på stigmatisering av tjocka personer inom vården

I kommande avsnitt analyseras de mest framträdande reaktionerna på stigmatisering med hjälp av den övergripande forskningsfrågan: *vilka emotioner och reaktioner väcks hos vårdpersonal kring vittnesmål av stigmatisering mot tjocka personer inom vården?*

Emotionerna som framkom i analysen av intervjuerna; rädsla, oro, frustration, ilska, sorg, chock, avsky och hat, kommer nedan att analyseras för att öka förståelsen för deltagarnas reaktioner.

5.1.1 Reaktion: Rädsla och oro

Flera deltagare beskrev en rädsla eller oro för de patienter som beskrivs i vittnesmålen (se Bilaga 4). Deltagaren Vega beskrev det som en oro för patienten i vittnesmålet, och att om hen någonsin fick den vård hen behövde, men även för vårdgivarens andra patienter och hur de behandlas. Deltagaren Anna upplevde även en oro för barnen i närheten av personer som utsätts för stigmatisering, hur det även påverkar barnen att se sina föräldrar eller andra närstående bli behandlade så illa och att det kan leda till att den skeva synen på kroppen går i arv.

"Alltså just det här vittnesmål tycker jag att det är tragiskt att man inför ett barn uttrycker sig på ett sådant sätt och att barnet blir så otroligt rädd för sitt liv egentligen."
(Anna, fysioterapeut)

I Annas citat speglas hur barnet är rädd för de konsekvenser som kommer om hen fortsätter vara tjock. Med hjälp av Stets och Turners (2006) beskrivning av moraliska känslor tolkar jag den rädsla och oro som deltagarna upplever som ett tecken på att de känner en skam för att de har kollegor som behandlar patienter illa. Stets och Turner beskriver det som att skammen är en reaktion på att någon annan brutit mot kulturella koder eller regler. För att reflektera vidare så leder skammen till att de blir arga på hur vårdgivarna betar sig och sedan rädda för vilka konsekvenser det dåliga bemötandet har för framtida patienter. Kombinationen av rädsla och ilska leder ofta till en stark motvilja eller motsättning mot personen som framkallat emotionen. Denna kombination speglas väl i citatet nedan.

"Så jag blir ju arg och jag blir också orolig, och då blir jag orolig både för alltså just den här patienten men även liksom för läkarnas andra patienter." (Vega, psykolog)

5.1.2 Reaktion: Frustration och ilska

Som påvisas ovan är emotioner nära förknippade och kan utlösa varandra. När vittnesmålen ledde till reaktioner som rädsla och oro är det därför inte så konstigt att de även väckte frustration och ilska hos deltagarna. I de fall som de uttryckte att de blev arga var det även ofta för de hade en personlig koppling till ämnet, vilket ses som en respons på att någon annan brutit mot en kulturell kod (Stets & Turner, 2006). Kulturell kod skulle här kunna hänvisa till att inte använda evidensbaserad vård även om det är praxis inom vården. En deltagare beskrev hur hon själv utsatts för viktstigmatisering av vården, och en annan hur hon fått höra att hennes 3-åriga dotter hade för högt BMI. Sedan fanns det även exempel från arbetsplatsen som lett till ilska, som det exempel deltagaren Marie berättade om:

"Vi har ju en läkare. Han är ju väldigt glad i att säga till folk att de är för tjocka. Och så var det en kvinna som kom in en gång och hon hade så ont i sin livmoder och där nere. Och... hon hade haft proppar och sådant innan. Jag kollade lite grann i hennes journal. Och jag blev så arg på honom alltså säger du till den här kvinnan denna gång att hon är tjock så... alltså jag vet inte vad jag gör. Du skickar henne till akuten, du ger henne en remiss till ultraljud, du säger inte till henne att hon är tjock det räcker!"
(Marie, sjuksköterskestudent)

I citatet återberättade Marie om en situation när en läkare, som ofta påpekade om han ansåg att någon var för tjock, skulle träffa en patient med akut smärta. Marie tolkade situationen som så pass akut att valde att agera och säga till läkaren att han inte skulle säga något annat till patienten än att hon skulle skickas till akutmottagning. Ilskan som deltagaren Marie beskrev upplevs som så stark att flera deltagare redogjorde för att det skulle vara svårt att behålla lugnet i liknande situationer. Jag tolkar det med hjälp av moraliska emotioner som att en hög intensitet i emotionen leder till att deras instinkter vill använda ilskan för att hjälpa till att korrigera någon annans beteende. Något som beskrevs tidigare var att kombinationen av ilska och rädsla kan leda till att motsättningen mot personen blir väldigt stark (Stets & Turner, 2006), till och med fientlig, vilket kan förklara det deltagarna upplever som att det blir svårt att hålla sig lugn och tvingas till att agera.

5.3.3 Reaktion: Sorg

Ilska eller frustration var en vanlig reaktion men sorg och chock var ännu vanligare, vilket kanske inte är så konstigt om vi tänker på hur Stets och Turner (2006) beskriver sorg som den dominanta emotionen för skam och skuld. Flera deltagare drabbades hårt av hur patienterna blivit bemötta och beskrev hur de blev "ledsna", "deppiga", "olyckliga", eller att det var "tråkigt", "fruktansvärt", "hemskt" och "synd". Dessa reaktioner kom som respons på när vittnesmål beskrev långvarig sjukdom eller smärta eller när patienten i vittnesmålet blir behandlad som att hen får skylla sig själv. Deltagarna Marie och Jane beskrev det som att det försämrar livskvaliteten, och deltagaren Ingela sa att alla vittnesmål gjorde henne olycklig för att personer blivit behandlade på det sättet. Utifrån Stets och Turner kan sorgen tolkas som ett exempel på hur deltagarna känner en form av skam, eller skuld, för hur andra vårdgivare beter sig och risken att som vårdpersonal försätts i en situation där du stigmatiserar någon. Även hur sorg kombinerat med ilska kan leda till att de känner sig nedstämda, förolämpade och missnöjda (Stets & Turner, 2006). Som ett exempel resonerar Vega kring vad det är som gör henne ledsen.

"Det är också så otroligt okänsligt av sjuksköterskan att efter en så traumatisk händelse att bli påkörd av en bil liksom. Det är ju en superstor grej som kan väcka supermycket hos patienten. Där behöver man ju bara så här [säga till patienten] att du kom väldigt lindrig undan och bemöta de känslorna som finns hos patienten för vad som kunde ha hänt. Inte bara säga "det är ditt eget fel" som är lite underförstått [i det sjuksköterskan sa]. Jag tänker att vissa tänker att övervikt är ens eget fel, och fel överhuvudtaget. Är väl en

sådan grej... Det är det jag tänker. Skrattar lite men blir ju egentligen ledsen.”

(Vega, psykolog)

Vegas resonemang liknar många andras på det vittnesmål som beskrev hur en person fått höra från en sjuksköterska att hen blev påkörd för att hen var tjock. Det var det vittnesmål som kanske gav allra mest emotionella reaktioner, och inte så mycket annat i form av förklaringsmodeller eller liknande. Med hjälp av moraliska känslor kan vi förstå det som att anledningen till att deltagarna reagerar så starkt är att det bryter mot deras moral. I enlighet med Stets och Turners (2006) kan även kopplingar dras till att deltagarna känner sig ledsna eller arga för att de har kollegor som bemöter överviktiga patienter med viktbias.

5.3.4 Reaktion: Chock

Citatet i stycket ovan från Vega visar på hur chocken som reaktion leder till en förvirring bland känslorna, när något är så chockerande att det nästan blir skrattretande fast det är sorgligt. Stets och Turner (2006) beskriver att det finns mycket vi fortfarande inte vet om kombinationer av emotioner, och vad det skapar för nya emotioner. Jag tolkar det som att det kan finnas ett samband mellan den chock som deltagarna upplever som sedan leder till starkare emotioner. Det var mycket på grund av det vittnesmål som tidigare nämnts, med personen som blev påkörd, som gjorde att deltagarna inte ens hann läsa klart innan de spontant utbrast i chockade reaktioner som ”va skojar dom”, ”det här kan jag inte ta på allvar”, eller som Ingela beskrev det:

”Ja alltså det där kan man... ja det är ju nästan som... Men är det verkligen är någon som verkligen sagt så där jag fattar inte det alltså. Det är ju helt sjukt i så fall. Jag menar det... varför hon cyklar omkull eller inte det...” (Ingela, distriktssköterska)

Ingelas reaktion illustrerar hur chocken leder till att det inte ens går att formulera ett svar, det går inte att förstå och därför tar chocken överhand. Kemper (2006) beskriver hur chock är ett resultat av att vi inte var beredda på emotionen som framkallades av någon annan. I Ingelas fall reagerar hon på det empatilösa uttalandet i vittnesmålet och chocken dämpar den egentliga emotionella reaktionen när hon försöker förstå. De spontana reaktionerna innefattade mycket chock som gjorde att flera deltagare blev så pass ställda att de inte visste vad de skulle säga. Flera vittnesmål beskrevs som ”så sjukt” och att det inte gick att förstå att någon sagt på det viset, vilket jag tolkar som att chock var den första emotionen som väcktes för att sedan tas över av andra emotioner som ilska eller sorg. Reaktionen kan förklaras

genom att flera emotionssociologer ser chock som en primär emotion. Stets och Turner (2006) förklarar primära emotioner som att de är djupt programmerade inom oss alla, kanske till och med medfött beroende på vem du frågar. Sammanfattningsvis är det i reaktionerna från denna studie uppenbart att det finns någon form av koppling mellan chock och andra emotioner, men det behöver undersökas mer för att bekräfta exakt vad och hur starkt sambandet är.

5.3.5 Reaktion: Avsky och hat

Vissa av vittnesmålen var som tidigare nämnt svåra att reagera på för de var så chockerande, och den enda möjliga förklaringen var att vårdgivaren i fråga måste ha ett "hat", "avsky" eller "avsmak" för tjocka personer. Stets & Turner (2006) beskriver avsky som en "kritik mot andra"-emotion, till skillnad från skuld och skam som är självkritiska. Avsky kan även framkallas som en respons på en kombination av rädsla och ilska. Vega ger ett exempel på där hon upplever att en läkare visat avsky mot en patient:

"Här blir det också tydligt att patienten inte är lika mycket värd för hen är tjock. Läkaren hade ju aldrig sagt så här till en smal person." (Vega, psykolog)

Vegas citat kommer som respons på formuleringar som inte borde existera i vårdsammanhang och får det att upplevas som att patienten inte förtjänar vården. Deltagarna tolkade beteendet som "empatilöst", "okänsligt" eller "elakt". Det som förstås som total avsaknad på empati genererar starka reaktioner som även följer Stets & Turners teori kring hur avsky kan framkallas genom en kombination av rädsla och ilska.

"Jag blir äcklad. Här hade jag även som psykolog haft svårt att bemöta den här läkaren på ett professionellt sätt. Även om jag vet att läkaren inte kommer göra ett piss annorlunda om jag inte pedagogiskt förklarar för läkaren. Men här hade haft svårt att hålla mig till min professionella reaktion. Usch alltså... Alltså jag hoppas den här personen fick annat stöd på annat håll." (Vega, psykolog)

Jag tolkar Vegas starka reaktion som ett exempel på hur du blir så arg för att läkaren betett sig illa, och även rädd för att patienten inte fått det stöd hen behöver, vilket leder till att du känner en avsky. Det kan även tolkas som att Vega känner så pass djupt för patienten i vittnesmålet, en form av medlidande.

5.2 Förklaringar till bias mot tjocka personer i vårdsammanhang

I analysen nedan kommer fokus ligga på förklaringsmodeller kring varför vårdpersonal använder bias med den övergripande frågeställningen: *vilka förklaringar har vårdpersonal för bias mot tjocka personer i vårdsammanhang?*

5.2.1 Förklaring: Det ständiga fokuset på vikten

Flera vittnesmål beskriver hur tjocka personer som söker vård blir bemötta med ett viktfokus trots att det som de söker vård för inte har med vikten att göra. Bland annat diskuterade Anna kring problematiken att antyda att hälsa på insidan alltid speglas av det som syns på utsidan, och att god hälsa skulle ha direkt korrespondens med vikt. Anna, som är fysioterapeut, menade att kosten är viktigare än exakt de kilo som står på vågen. Andra deltagare använde liknande förklaringar:

“Det verkar vara svårt att förstå att du kan vara i supergod hälsa även om du är tjock. Du kan vara tjock även om du tränar och äter bra. Gener och massa annat påverkar också.”
(Marie, sjuksköterskestudent)

Maries citat ger exempel på hur tjocka personer förknippas med icke-önskvärda karaktärsdrag, ett steg i hur stigma skapas (Link & Phelan, 2001), eftersom vårdgivaren inte kan föreställa sig att det är något annat än övervikten som bidrar till en sämre hälsa. Det upprörde deltagarna hur viktnedgång ses som en garanterad lösning för att allt ska bli bra igen, att du ska bli “hel” eller att smärtan kommer försvinna. Samtidigt framhöll samtliga deltagare att det är viktigt att kunna tala om vikt, och att det finns tillfällen då vikt kan vara en bidragande faktor till sjukdomssymptom eller att det kan vara symtomlindrande att gå ner i vikt. I fokusgruppen med de två studenterna diskuterades hur samtal om vikt hämmas av att ämnet upplevs som laddat.

“Det triggar ju folk oerhört mycket när man pratar om vikt. Alltså alla har vi någonting till vikten” (Marie, sjuksköterskestudent)

Marie fortsatte att beskriva hur personer hon känner, inklusive hon själv, minns när de blev medvetna om sin kropp och vikt som bra eller dålig. Detta hänvisar till att kopplingen mellan vikt och hälsa är starkt etablerad, inte bara inom vården utan i allmänhet.

Sammanfattningsvis tolkar jag deltagarnas förklaringar som en respons på att vårdgivaren verkar ha en dold bias som kopplar tjockhet till ohälsa, och inte lägger märke till hur de diskriminerar patienten och ger dem sämre vård. Det kan jämföras med det Goffman (1968) beskriver som att stigmat leder till att den stigmatiserade ses som mindre mänsklig. Min tolkning är att de deltagare som uppmärksammade vårdpersonals felaktiga koppling mellan hälsa och vikt har en bättre kunskap kring hur stigmatiseringen av tjocka personer tas i uttryck inom vården. Den kunskapen kan förklaras genom att deltagarna tyckte ämnet var intressant och därför ville delta.

5.2.2 Förklaring: Fel fokus

Deltagarna reagerade starkt på den fokusförflyttning som sker när tjocka personer söker vård för diverse sjukdomsfall eller andra problem. Till och med när du blivit påkörd av en bil, eller söker hjälp efter att närstående dött så kan du inte vara säker på att undvika stigmatiseringen. Anna beskrev hur hon upplevde att vårdpersonalen från vittnesmålen inte tog patienten på allvar och inte ens försökte hjälpa. Jag tolkar det som att hon reagerade på att vårdgivaren inte ser patienten som en individ, utan endast ser den tjocka kroppen. Alla deltagare var överens om att det upplevdes som "skevt" eller "konstigt" att ens ta upp vikten. Marie ifrågasatte om det ens hjälper att påpeka vikten, och att det bara bidrar till att göra situationen obekvämt och lämnar patienten med chocken av att ha blivit stigmatiserad. Jag tolkar det som ett exempel på hur stigmatisering tas i uttryck inom vården, att du som tjock kan bli diagnostiserad utan att ha blivit undersökt ordentligt eller att någon frågar hur du mår och tänker kring diagnosen.

Vega reagerar på att det blir som att tjocka personer inte skulle ha egna tankar, vilket även kan liknas med att Anna säger att "övervikten sitter ju inte i hjärnan och förstör den liksom". Bägges reaktioner tolkar jag som ännu ett exempel på hur stigma påverkar tjocka personers vård, att de anses vara dumma för att de låtit sig själva bli tjocka och därmed kan de inte tänka själva. Vega beskrev det som att individen inte spelade någon roll, som att patienten bara är ett objekt som ska undersökas och människan inuti hade lika gärna kunnat stanna hemma. Jag tolkar detta som att deltagarna själva försöker hitta förklaringsmodeller som respons på hur vårdpersonal kan behandla patienter så som beskrevs i vittnesmålen.

Ingela menade att vikt tas upp i för många sammanhang när det inte är relevant. Hon fortsätter att förklara det med att eftersom vårdpersonal förväntas arbeta hälsofrämjande så tas vikten upp som exempel för hur patienten ska förbättra sin allmänhälsa. I fokusgruppen diskuterades att när du söker vård är det ofta för att du vet att något är fel, eller annorlunda,

och du vill ha hjälp med att bli frisk. Jane menade att har du varit tjock hela ditt liv är det knappast det som leder dig till att söka vård, utan snarare för att något plötsligt börjar göra ont eller något annat som förändrats.

“Vikt är en av många faktorer, men ibland känns det som det är allt eller inget. Antingen tar vikt allt fokus eller uppmärksammas inte överhuvudtaget.” (Jane, läkarstudent)

I Janes citat blir det uppenbart att det viktigt att kolla upp alla parametrar, inklusive potentiella plötsliga förändringar i vikten, det måste tas prover och undersökas om det finns andra förklaringar. Jane fortsätter att beskriva att hälsa är komplext och vårdyrket ska tänka bredare än att vikt är lika med hälsa som rak kurs. Ingela framhöll vikten av att bli hänvisad rätt, kanske är inte vårdcentralen alltid de bästa för att hjälpa men patienten måste få hjälp att ta reda på var hen ska vända sig.

Jag tolkar resultatet ovan som att fokusflyttningen fungerar som en förstärkning av stigmat, och som ett medel för att göra stigmatiseringen internaliserad. Eftersom det i och med att fokus flyttas från det patienten söker vård för till hens vikt så blir det underförstått som att säga att hen var dum som sökte vård, hen behöver ju bara gå ner i vikt och har själv orsakat sitt tillstånd.

5.2.3 Förklaring: Okunskap

Okunskap kring övervikt och dess risker var något som frekvent diskuterades. Det beskrevs av Anna som ett bevis på att det behövs mer forskning kring hur vården kan stötta patienterna. Flera deltagare framhöll problematiken kring att viktnedgång “skrivs ut” som behandlingsform för att lösa de problem patienten har. Sedan, menade deltagarna, lämnas patienten helt ensam. Enligt Anna beror det delvis på att det även om fetma klassas som sjukdom och viktnedgång som behandlingsform inte finns någon yrkesroll som specifikt arbetar med viktnedgång.

“Ibland har vi fått remisser där det står liksom att behov [av] hjälp med viktnedgång men det är ju inget som vi gör. Det som också är så himla synd att inom vården finns det också så himla lite hjälp för patienten, kan jag uppleva, med den specifika [viktnedgången], utan man får liksom uppgiften “du ska gå ner i vikt” och sen så läggs det på dig lite. (...) Det är väl dietister som kan ha mest kompetens. Men de dietister som är anställda inom vården idag de jobbar ju mer kanske med specifika sjukdomar eller folk som har svårt att hålla sin vikt.” (Anna, fysioterapeut)

Anna upplever att fysioterapeuter eller dietister antas vara de som kan hjälpa med viktnedgång. Men eftersom Anna själv var fysioterapeut förklarade hon ingen av dem arbetar med viktnedgång, utan det ansvaret ligger helt på patienten själv, och återigen utan garanti för att viktnedgång kommer att hjälpa dig med dina problem. Anna upplevde vittnesmålen som exempel på vilken okunskap det finns om övervikt och hur vikt kan ha olika påverkan på olika individer. Jane menade att det är en förlegad syn som behöver uppdateras, något som även diskuterades av samtliga deltagare. Jane beskrev att det finns ett grundläggande krav att vårdpersonal ska söka efter den evidens som finns, alla vårdyrken ska vara evidensbaserade. I fokusgruppen fastslogs att du inte kan hålla kvar gamla värderingar och synsätt bara för det är så vi alltid gjort, du är skyldig i din yrkesroll att uppdatera med det senaste hela tiden. Ett exempel som tas upp i fokusgruppen var vårdpersonal som arbetade utifrån gamla principer där endast det som stod journaler eller kliniska undersökningar gällde, och att det på så vis knappt är någon idé att ens prata med patienten.

Ingela diskuterade inte specifikt okunskap som orsak till att vårdgivare inte ger evidensbaserad vård, utan hur felaktigt det är att använda egna värderingar eller åsikter som vårdpersonal. Jag tolkar det som att det inte är okunskap som är problemet, utan snarare att viktstigmat är så pass starkt att det nästan "förblindar" vårdpersonalen. Det innebär att vårdgivaren inte ens undersöker relevant evidens, eftersom hen är övertygad om att sambandet mellan hälsa och vikt är starkt. Sammanfattningsvis tolkar jag det som att vårdgivaren inte uppdaterar sin kunskap kring övervikt eftersom hen tror att det hen säger är vetenskapligt bevisat, en konsekvens av brist på självmedvetenhet kring stigma och bias. Vårdpersonal måste arbeta mer aktivt med att synliggöra sin bias, speciellt dold bias (se Phelan m. fl., 2014), eftersom problemet ligger i att inte kunna se hur ens beteende påverkar andra.

5.2.4 Förklaring: Bristande empati och sympati

I flera intervjuer framkom en förståelse för att den vårdsökande till slut inte orkar söka vård, för att det är ett ständigt upprepanande kring vikten oavsett om det är vad du söker för eller inte. Jag tolkar det som ett exempel på hur bristande sympati från vårdpersonalen kan leda till negativa konsekvenser. Alla deltagare diskuterade kring att vårdpersonal måste vara medveten om vad du säger och hur du uttrycker dig. Den medvetenheten kan kopplas till det Stets och Turner (2006) beskriver som att du visar empati genom att förstå och känna de emotioner någon annan upplever, och sympati genom att du förstår och visar stöd för de svårigheter

personen går igenom. Marie framhöll att du som vårdgivare inte bara kan prata om vikt utan även måste fråga hur patienten mår, vad som är fel, var hen har ont, och lämna bort delen om vikt. Jane tyckte det var positivt är att det på hennes utbildning fokuseras mycket på patientmöte, patientkontakt och bemötande.

“Det känns ändå som att utbildningsväsendet börjar inse att de har ett stort ansvar när det kommer till patientbemötande, att de som utbildningsinstitution måste ta ansvar för att studenter blir duktiga på det. Men det måste ju handla om mer än att man bara ska vara snäll, en bredare diskussion kring vad det innebär att visa respekt och aldrig diskriminera någon.” (Jane, läkarstudent)

Jane fortsatte att beskriva hur synen på läkare som yrkesroll har förändrats. Anna och Ingela tog upp att som läkare handlar det inte bara om att göra undersökningar och diagnostisera, du måste även ta hänsyn till personen du har framför dig för att värna om den psykiska hälsan. Ingela menade att alla har dåliga dagar eller dåliga patientmöten och kan känna efteråt att det inte blev bra, men du måste ändå göra ditt yttersta för att uttrycka dig rätt.

“Men har man uttryckt sig så illa som de här exemplen, så får det inte vara. Man måste lyssna på patienten och försöka sitt bästa.” (Ingela, distriktssköterska)

Jag tolkar citatet ovan, och diskussioner kring att värna om patientens psykiska hälsa, som exempel på att vårdpersonalen måste visa sympati för patienten. Som vårdpersonal måste du sätta dig in i och förstå patientens situation. Det var något som även diskuterades i fokusgruppen, hur det ofta inte tas hänsyn till är den psykiska hälsan. I fokusgruppen framfördes kritik mot det ständiga viktfokuset, och att viktfokuset inom vården inte bara drabbar tjocka personer. Jane hävdade att även normalviktiga tycker att de är överviktiga eftersom smalhetsnormen är så stark, medan en tjock person vet att hen är tjock utan att någon behöver säga det till dem.

Jag tolkar diskussionerna kring hur du pratar med en patient som ytterligare ett tecken på att du som vårdgivare måste vara självmedveten, och visa både empati såväl som sympati (se Stets & Turner, 2006). Du måste vara uppmärksam och reflektera över hur ditt beteende påverkar andra, kanske speciellt kring vilken dold bias du har som leder till att du systematiskt drar felaktiga slutsatser kring tjocka personer (Phelan m.fl., 2014).

5.2.5 Förklaring: Övervikt är synligt

Deltagarna som var yrkesverksamma beskrev det som att det är enklare att dra slutsatser kring det som är synligt, men att det är riskabelt eftersom det kommer leda till fel diagnostisering. Vega menade att eftersom din kropp är synlig kan det innebära att i en pressad situation så väljer vårdpersonal den enklare lösningen eftersom en övervikt kan ses på utseendet, medan andra orsaker behöver undersökningar och prover. Jag tolkar det som deltagarna beskrev som ett exempel på hur stigmat, och karaktärsdrag som associeras med det, gör det enklare att dra slutsatser kring det som är synligt. Ingela diskuterade även hur patienter ibland kan haka upp sig på något du säger, för att det triggar tidigare minnen av stigmatisering, och sedan inte uppfattar resten av samtalet. Även om så är fallet finns det uppenbarligen exempel på vårdgivare som betett sig så pass illa att det skapar djupa men hos patienterna, och så får det inte vara.

”Och det är också så att när är man [patienten] faktiskt är orolig för att man ska utveckla en psykisk sjukdom, psykisk ohälsa/en ätstörning, men att man [läkaren] bara “äh, det gör inget!” [eftersom patienten är tjock]. Alltså ätstörning är den dödligaste psykiska ohälsan, flest dör!” (Vega, psykolog)

”Ja och då blir det nästan så här... hellre dö smal.” (Intervjuare)

”Ja men precis! Hellre dö smal än leva tjock.” (Vega, psykolog)

Det Vega beskrev i citatet ovan kom som respons på att hon i sitt arbete som psykolog mött många patienter som fått höra av läkare eller dietister att de måste gå ner i vikt, och de konsekvenser det sedan haft för patientens psykiska hälsa och syn på sin kropp. Det Vega beskrev är respons på smalhetsnormen som infiltrerar alla delar av vårt samhälle, och som vittnesmålen illustrerar påverkar det även vården. Ingela diskuterade kring att folk inte kommer söka vård om de blir dåligt bemötta, de kommer tänka att det är fel på dem och deras eget fel. Anna beskrev att även om du vet att inte all vårdpersonal är hemsk så vågar du inte ta risken för rädslan att möta någon som dömer. Anna trodde även att är det inte är helt enkelt att ifrågasätta när du blivit dåligt bemött, för det finns ofta ett förtroende för att vårdgivaren vet bäst.

”Men jag tror att blir man också hela tiden då skuldbelagd för det här [sin övervikt] inom vården kan det kanske kännas svårt att lyfta det. För att man känner att vi [övrig vårdpersonal] kanske också tycker samma sak [att patienten bär skulden för sin övervikt].” (Anna, fysioterapeut)

Det Anna menade var att du som patient kanske tror att om du blivit stigmatiserad för din vikt så är det för att det är den allmänna uppfattningen på vårdmottagningen att du får skylla dig själv om du väger för mycket. Något Anna menade kan innebära att patienten inte anmäler vårdpersonalen som behandlat dem illa. Vega var inne på liknande och menade att om någon berättar att de är rädda för att söka till läkare är det viktigt att lyssna och ta det på allvar, och se till att de får träffa en trygg vårdkontakt. Inte minst eftersom de processer som förknippas med skuld och skam enligt Stets och Turner (2006) kan vara djupt programmerade inom oss vilket innebär att de är självkontrollerande.

5.2.6 Förklaring: ”Jag hoppas det inte är mina arbetskamrater som betar sig så illa”

I ett försök att gräva djupare i varför bias mot tjocka personer förekommer i vårdsammanhang diskuterades hur de skulle bemöta en kollega som använde fördomar i sin bedömning och huruvida arbetsgivare tar ansvar för att minska stigmatiseringen. Deltagarna hamnade ofta i diskussioner kring att resurs- eller tidsbrist skulle förklara varför vårdgivare söker enkla förklaringar och därmed utgår från fördomar. Anna beskrev att tidsbrist är något som alltid finns inom vården, inget specifikt för dessa patienter. Hon förklarade att resursbrist kan förklara en viss del, till exempel det som tidigare beskrevs av Anna att dietister har för lite resurser och därmed inte kan arbeta förebyggande med överviktiga personer. Vad finns det för andra faktorer som gör att bemötandet blir dåligt? Vega hävdade att det är en kombination av okunskap, lathet och tidsbrist. Jag kan inte undvika att tolka Vegas förklaring, som även bekräftas av flera andra, som en något förenklad bild som behöver nyanseras. Problemet är att vårdgivaren inte ser felet med deras beteende eller inte är medvetna om den bias de har (Phelan m.fl., 2014). Vega beskrev att vårdpersonal har en skyldighet att tänka kring vilken bias hen kan ha, och öka sin självmedvetenhet. Samtidigt tror deltagarna att alla vill väl, att de vill göra det bästa med de resurser de har. Anna beskrev att det är viktigt att våga diskutera tuffa ämnen, så som stigmatisering eller hur vi påverkas av bias. Jane tyckte att vi måste våga säga ifrån när någon betar sig illa, eller uttalar något som är felaktigt, vilket även bekräftas av Marie.

“Ingen har tidigare sagt ifrån, de vågar inte. De uttrycker att det är jobbigt att han pratar så om eller till patienter. men de skyller på att han är gammal och gamla läkare är som dom är.” (Marie, sjuksköterskestudent)

Maries citat kom i samband med en diskussion kring hur en äldre läkare använder sig av fördomar i sin bedömning. Jane beskrev hur strukturer kommer uppifrån i gamla synsätt men även utifrån, till exempel från olika myndigheter och media. Som ny är det inte bara själva utbildningen som påverkar ens värderingar utan även allt runt omkring. Hierarki framhölls av Jane som en stor faktor till att strukturer bevaras, då det kan vara svårt att säga ifrån till någon som är överordnad. Alla deltagare ansåg att det även är arbetsgivarens ansvar att se till att personalen är medveten om hur deras beteende och sätt att tala påverkar patienterna. Samtliga yrkesverksamma sa att deras arbetsgivare inte tar något ansvar för att minska stigmatisering. Deltagarna var eniga om att de tror det skulle behövas och vara bra om det uppmuntras till diskussioner på arbetsplatsen alternativt att det hålls någon form av utbildning. Särskilt eftersom inte alla verkar medvetna om att det är ett problem överhuvudtaget.

“Det har jag märkt redan idag då när jag sa till några kollegor här att jag ska sitta kvar här idag och prata om en uppsats om det här ämnet. Och dom bara: “Va, vadå att tjocka personer diskrimineras i vården?”” (Vega, psykolog)

Vega beskrev att du kan dela med dig av din kunskap eller egna erfarenheter, men det kanske inte alltid är så lätt. Det pågår alltid utvecklingsarbete på arbetsplatser, det kräver bara att folk bryr sig och kan driva det. Det leder till ökad självmedvetenhet, något som är viktigt när du jobbar med människor. Sammantaget ger analysen av förklaringar kring viktbias i vårdsammanhang intrycket av att det finns en konflikt inom vårdssystemet som leder till att patienter diskrimineras baserat på sin vikt. Det finns inte en enkel förklaring, och därmed inte heller en enkel lösning på problemet. Men deltagarnas förklaringsmodeller kan ändå bidra till ökad förståelse för vad utvecklingsarbetet på vårdmottagningar bör fokusera på.

6. Sammanfattande slutsats och avslutande diskussion

Resultatet visar att samtliga deltagare reagerar starkt på hur allt härleds till vikten, fokusförflyttningen, och att det inte ges evidensbaserad vård. Nedan kommer jag utifrån analysens resultat besvara studiens frågeställningar.

1. Vilka reaktioner och emotioner väcks hos vårdpersonal kring vittnesmål av stigmatisering mot tjocka personer inom vården?

Vittnesmålen och uppföljande diskussion kring stigmatisering av tjocka personer inom vården väckte starka emotionella reaktioner hos deltagarna, där de mest framträdande rent kvantitativt var ilska och sorg. Samtidigt blev det tydligt hur emotioner i kombination, som till exempel ilska och rädsla, kunde fungera förstärkande för reaktionen på vittnesmålet. Men även att emotioner är nära förknippade och kan utlösa varandra, som när spontana reaktioner som rädsla och oro sedan ledde till frustration eller ilska. Det kan ses som ett typiskt exempel på hur moraliska känslor fungerar, och hur emotioner har stor effekt när det kommer till upprätthållande av moral (Stets & Turner, 2006).

Emotioner hade stor påverkan på reaktioner och de diskussioner som följde därefter. Särskilt hur den initiala reaktionen oftast var chock, vilket sedan snabbt skiftade till en starkare emotion i form av till exempel ilska eller oro. Kan det innebära att chock är en emotion som startar produktionen av andra emotioner, och vad innebär det för förståelsen kring emotionella reaktioner? Vad händer om vi slutar vara chockade över stigmatisering av tjocka personer, och vad skulle det innebära för de stigmatiserades roll i samhället? Stets och Turner (2006) förklarar uppkomsten av moraliska känslor som en reaktion på något som bryter mot vår moral, vilket kan tolkas som att bristande moral är anledningen till att stigmat existerar och i utsträckning drabbar de stigmatiserade såväl som andra i närheten.

2. Vilka förklaringar har vårdpersonal för bias mot tjocka personer i vårdsammanhang?

De förklaringar som ges kan inte tas som absolut sanning, men de är ändå intressanta att reflektera över som individ och arbetsgivare för vidare utveckling. För att återkoppla till Link och Phelans (2001) fyra komponenter för skapandet av stigma har studien visat hur tjocka personer är märkta i och med sin vikt där deltagarna reagerade starkt på den fokusförflyttning som sker. Det blev också uppenbart att deltagarna uppmärksammade kopplingen mellan stigmat och icke-önskvärda karaktärsdrag när de till exempel reagerar på hur patienten

behandlas som att hen är dum eller ”att övervikten sitter i hjärnan och förstör den”. Deltagarna reagerade även på hur de stigmatiserade placerades i en avskild kategori, där vårdpersonalens bias gentemot tjocka personer gör att de behandlar dem annorlunda jämfört med smala personer. Samt faktumet att vårdpersonalen inte ger vård utifrån vetenskaplig evidens, utan låter fördomar och bias styra. Konsekvenserna av stigmat blir tydliga eftersom det är vad deltagarna reagerade på och försökte förklara. Stigmats existens förklaras kanske bäst i Vegas citat: ”Här blir det också tydligt att patienten inte är lika mycket värd för hen är tjock. Läkaren hade ju aldrig sagt så här till en smal person.”.

Deltagarna reagerade på hur vårdpersonal använder sig av bias, även om samtliga var eniga om att all vårdpersonal vill sina patienter väl. Det kan ses som ett tecken på att vårdpersonal har dold bias gentemot tjocka personer. Det liknar det Phelan m.fl. (2014) presenterade kring dold bias, och hur viktigt det är att synliggöra bias. Deltagarna beskrev även att all vårdpersonal har en skyldighet att hålla sig uppdaterade och vara självmedvetna när det kommer till sina fördomar och bias. Deras förklaringar för viktbias i vårdsammanhang ger en bild av en konflikt inom vårdsystemet, där det behöver arbetas med att förbättra relationer mellan vårdpersonal och patienter.

6.1 Avslutande diskussion

Med denna studie hoppas jag kunna bidra till den redan omfattande diskussionen om stigmatisering av tjocka personer och hur vården kan förbättras. Syftet var inte att kritisera en enskild individ, utan kritiken riktas mot det samhälle och den kultur som tillåter att stigmatiseringen fortsätter. Vårdpersonalen kan ses som offer för det system som de arbetar inom, där de kommer i kläm mellan patienterna de ska ta hand om och begränsningarna i systemet (Malterud & Ulriksen, 2011). Studien bidrar med ett djup i diskussionen som jag anser saknas i tidigare forskning, och jag tänker är en viktig del i det är att minska gapet mellan vårdpersonal och patienter. Vad jag menar med det är att det kan upplevas som i många vittnesmål att vårdpersonalen är den onda makten som skammar och skuldbelägger, och att det är svårt att relatera till varandra både från vårdgivarens och patientens perspektiv. I likhet med Malterud och Ulriksens (2011) analys visar resultatet i denna studie på hur stigmatiseringen påverkar individer och bland annat kan leda till försämrade självkänsla. Dessutom bekräftar resultatet det faktum att patienter med övervikt ofta lämnas till att klara en viktnedgång själva, i likhet med Brown och Thompson (2007) samt Epstein och Ogden (2005).

Ett av de viktigaste bidragen med denna studie är att den visar hur viktbias i vården har negativ emotionell påverkan även på vårdpersonal. Detta tillför ett perspektiv i relation till tidigare forskning som främst kartlagt vårdpersonals attityder och bias mot tjocka personer som söker vård (Meadows m.fl., 2017; Phelan m.fl., 2014; Schwartz m.fl., 2003; Swift m.fl., 2013; Talumaa m.fl., 2022). Deltagarna representerar ett litet urval, men de ger ändå hopp om det finns en möjlighet och vilja till förändring. Även om urvalet är för litet för att generalisera är det ändå indikationer om vad som kan förbättras. Som med så mycket annat krävs det en gemensam insats från olika håll, och jag hoppas min studie kan vara en pusselbit på vägen.

6.1.2 Vidare forskning

Efter att ha analyserat materialet insåg jag att jag gärna hade intervjuat läkare, eftersom många av vittnesmålen beskriver bemötande från läkare samt att mycket relaterades till läkaryrket under intervjuerna. Samtidigt är det för mycket begärt att en läkare skulle representera hela kåren. För ökad förståelse behövs en större kvalitativ intervjustudie med läkare för att möjliggöra en djupare analys kring deras reaktioner och förklaringsmodeller i syfte att både öka förståelsen till varför det går snett och hur vård kan förbättras.

Malterud och Ulriksen (2011) beskriver i sin meta-analys att det finns en kunskapslucka när det kommer till observationsstudier. Genom att göra observationsstudier av konkreta interaktioner skulle förståelsen kunna fördjupas. Utan observationer kan kvalitativa studier bara undersöka deltagarnas tolkningar och uppfattningar.

Dessutom behövs mer studier kring den påverkan emotioner har, för att ge mer kontext till det dåliga bemötandet av tjocka personer inom vården. Till exempel hur rädsla, avsky eller hat en person kan känna mot fetma eller tjocka personer leder till ett empatilöst eller elakt beteende mot patienten. Kan *moraliska emotioner* vara en anledning till att dåligt bemötande överhuvudtaget förekommer?

Litteratur- och källförteckning

- 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.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04450.x>
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder* (2., [rev.] uppl.). Liber.
- Bäcklund, C., Danielsson-Liljeqvist, P., Ekbohm, A., Hagman, E., Georgiev, K., Klaesson, S., Larsson, I., Lindberg, L., Marcus, C., Persson, M., Ryberg, J., & Thorén, A. (2022, november 18). *DN Debatt*. "Kroppsaktivisternas lögner får inte stå oemotsagda". DN.SE. <https://www.dn.se/debatt/kroppsaktivisternas-logner-far-inte-sta-oemotsagda/>
- Charmaz, K. (2014). *Constructing grounded theory* (2nd edition.). Sage Publications.
- Dalen, M. (2015). *Intervju som metod* (2., utök. uppl.). Gleerups utbildning.
- Epstein, L., & Ogden, J. (2005). A qualitative study of GPs' views of treating obesity. *The British Journal of General Practice*, 55(519), 750–754.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1562352/>
- Franks, D. D. (2006). The Neuroscience of Emotions. I J. E. Stets & J. H. Turner (Red.), *Handbook of the sociology of emotions* (s. 38–60). Springer. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1007/978-0-387-30715-2>
- Goffman, E. (1968). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Penguin.
- Harboe, T. (2013). *Grundläggande metod: Den samhällsvetenskapliga uppsatsen* (1. uppl.). Gleerup.
- Harker, Y. S. (2015). Fat Rights and Fat Discrimination: An Annotated Bibliography. *Legal Reference Services Quarterly*, 34(4), 293–323.
<https://doi.org/10.1080/0270319X.2015.1102025>
- Hemmingsson, E., & Wollter, S. (2022a). *Kriget mot kroppen*. Bonnier fakta.

- Hemmingsson, E., & Wollter, S. (2022b, november 23). *DN Debatt Repliker*. "Chockerande påhopp från professionen om obesitas". DN.SE.
<https://www.dn.se/debatt/chockerande-pahopp-fran-professionen-om-obesitas/>
- Kemper, T. D. (2006). Power and Status and the Power-Status Theory of Emotions. I J. E. Stets & J. H. Turner (Red.), *Handbook of the sociology of emotions* (s. 87–111). Springer. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1007/978-0-387-30715-2>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385. <https://www.jstor.org/stable/2678626>
- Malterud, K., & Ulriksen, K. (2011). Obesity, stigma, and responsibility in health care: A synthesis of qualitative studies. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 6(4). <https://doi.org/10.3402/qhw.v6i4.8404>
- Meadows, A., Higgs, S., Burke, S. E., Dovidio, J. F., van Ryn, M., & Phelan, S. M. (2017). Social Dominance Orientation, Dispositional Empathy, and Need for Cognitive Closure Moderate the Impact of Empathy-Skills Training, but Not Patient Contact, on Medical Students' Negative Attitudes toward Higher-Weight Patients. *Frontiers in Psychology*, 8, 504. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00504>
- Patel, R., & Davidson, B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder: Att planera, genomföra och rapportera en undersökning* (4., [uppdaterade] uppl.). Studentlitteratur.
- Pearl, R. L., & Puhl, R. M. (2018). Weight bias internalization and health: A systematic review. *Obesity Reviews*, 19(8), 1141–1163. <https://doi.org/10.1111/obr.12701>
- Peterson, G. (2006). Cultural Theory and Emotions. I J. E. Stets & J. H. Turner (Red.), *Handbook of the sociology of emotions* (s. 114–133). Springer. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1007/978-0-387-30715-2>
- Phelan, S. M., Dovidio, J. F., Puhl, R. M., Burgess, D. J., Nelson, D. B., Yeazel, M. W., Hardeman, R., Perry, S., & van Ryn, M. (2014). Implicit and Explicit Weight Bias in a

- National Sample of 4732 Medical Students: The Medical Student CHANGES Study. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 22(4), 1201–1208. <https://doi.org/10.1002/oby.20687>
- Psykologiguiden. (2022b). *Slå upp obesitas på Psykologiguiden i Natur & Kulturs Psykologilexikon*.
<https://www.psykologiguiden.se/psykologilexikon/?Lookup=obesitas>
- Schwartz, M. B., Chambliss, H. O., Brownell, K. D., Blair, S. N., & Billington, C. (2003). Weight Bias among Health Professionals Specializing in Obesity. *Obesity Research*, 11(9), 1033–1039. <https://doi.org/10.1038/oby.2003.142>
- Stets, J. E., & Turner, J. H. (2006). Moral emotions. I J. E. Stets & J. H. Turner (Red.), *Handbook of the Sociology of Emotions* (s. 544–565). Springer. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1007/978-0-387-30715-2>
- Sutin, A. R., Stephan, Y., Robinson, E., Daly, M., & Terracciano, A. (2019). Perceived Weight Discrimination and Risk of Incident Dementia. *International journal of obesity (2005)*, 43(5), 1130–1134. <https://doi.org/10.1038/s41366-018-0211-1>
- Sutin, A. R., Stephan, Y., & Terracciano, A. (2015). Weight Discrimination and Risk of Mortality. *Psychological Science*, 26(11), 1803–1811.
<https://doi.org/10.1177/0956797615601103>
- Swift, J. A., Hanlon, S., El-Redy, L., Puhl, R. M., & Glazebrook, C. (2013). Weight bias among UK trainee dietitians, doctors, nurses and nutritionists. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 26(4), 395–402. <https://doi.org/10.1111/jhn.12019>
- Sørensen, T. I. A. (2009). Challenges in the study of causation of obesity: Conference on ‘Multidisciplinary approaches to nutritional problems’ Symposium on ‘Diabetes and health’. *Proceedings of the Nutrition Society*, 68(1), 43–54.
<https://doi.org/10.1017/S0029665108008847>

- Talumaa, B., Brown, A., Batterham, R. L., & Kalea, A. Z. (2022). Effective strategies in ending weight stigma in healthcare. *Obesity Reviews*, 23(10), e13494.
<https://doi.org/10.1111/obr.13494>
- Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed* (Reviderad utgåva). Vetenskapsrådet.
https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningssed_VR_2017.pdf
- Wear, D., Aultman, J. M., Varley, J. D., & Zarconi, J. (2006). Making Fun of Patients: Medical Students' Perceptions and Use of Derogatory and Cynical Humor in Clinical Settings. *Academic Medicine*, 81(5), 454–462.
<https://doi.org/10.1097/01.ACM.0000222277.21200.a1>
- Wibeck, V. (2010). *Fokusgrupper: Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod* (2., uppdaterade och utök. uppl.). Studentlitteratur.
- Wolcott, H. F. (1994). *Transforming qualitative data: Description, analysis, and interpretation*. Sage.

8. Bilagor

8.1 Rekryteringsbrev

Hej!

Mitt namn är Maria Hertzman och skriver till Dig med anledning av det examensarbete jag genomför vid institutionen för sociologi och arbetsvetenskap på Göteborgs Universitet. Studiens syfte är att med hjälp av vårdpersonal diskutera problematiken kring diskriminering och fördomar mot tjocka personer. Erik Hemmingsson och Stina Wollter gav nyligen ut boken 'Kriget mot Kroppen' där de bland annat mottagit en stor mängd vittnesmål kring stigmatisering inom vården, till exempel:

“Jag var lite överviktig men aktiv och hade aldrig sökt vård för något som 23-åring. Jag slutade känna mina fötter och visste att något var väldigt fel. Sökte vård. Jag fick höra att jag antagligen bara behövde röra på mig mer då allt såg bra ut. Men jag var ju överviktig så det måste ha med det att göra sa dom. ... Det var MS.”

Vad?

Studien kommer att bygga mycket på de vittnesmål som samlats in för boken 'Kriget mot kroppen' som diskussionsmaterial för intervju eller fokusgrupp. Tillsammans med andra som arbetar inom vården kommer Du få ta ställning till dessa vittnesmål och diskutera kring ämnen som till exempel; Vad väcker dessa vittnesmål för tankar hos mig? Vad hade jag gjort om det var min patient som berättade detta för mig? Hur kan jag prata med en kollega som baserar sina diagnoser på fördomar kring tjocka personer? Osv.

Var?

Eftersom möjligheten finns att deltagare kan bo på olika orter så finns möjlighet att intervju alternativt fokusgruppsintervju att arrangeras via Zoom. Det innebär att Du får en inbjudan via länk till din e-post till det avtalade tillfället. Det bästa vore om Du kan delta via en dator, laptop eller surfplatta - men i värsta fall fungerar det även med en smartphone. Kontrollera så att både din kamera och mikrofon fungerar ordentligt och att du har en plats att sitta på som är lugn, har bra internetuppkoppling och där du inte kan bli störd. Vid fokusgrupp är det extra viktigt att ingen obehörig kan höra samtalet för att bevara samtligas anonymitet, använd gärna hörlurar om möjligt.

När?

Enligt överenskommelse kommer intervjutillfället ske via Zoom under maximalt 90 minuter. Först inleds med en introduktion och beskrivning, sedan följer själva diskussionen. Avslutningsvis samlar vi ihop oss för att sammanfatta vad som framkommit och avrundar tillsammans.

Hur?

Insamlat material kommer att behandlas anonymt. Samtliga deltagare kommer få delge samtycke till att intervjutillfället spelas in och sedan transkriberas. All information som ges i intervjun kommer att anonymiseras och hanteras konfidentiellt, och efter att intervjun har transkriberats raderas ljudfilen.

Vid fokusgruppsintervju går det inte att garantera fullständig anonymitet, men jag vill be Dig om att inte dela det som sägs under tillfället då det endast ska användas för uppsatsen i fråga.

Jag hoppas att Du ser detta som ett givande tillfälle som även kan göra nytta för Dig i ditt arbetsliv.

Ett stort tack på förhand – Ert deltagande är mycket viktigt för uppsatsens genomförande!

Kontaktuppgifter:

Maria Hertzman

073 – 533 08 25

gushermaq@student.gu.se

Uppsatshandledare:

Josefin Persdotter

070 – 728 40 70

josefin.persdotter@socav.gu.se

8.2 Intervjuguide 1 – fokusgrupp

Välkommen och introduktion

15 min

Kortfattat om mig; bakgrund till studien, mina förväntningar. Det finns inga rätt eller fel svar, det är positivt med så mycket olika tankar och åsikter som möjligt. Syftet är inte att hitta en lösning på problemet, utan att diskutera kring vad det betyder för just dig. Jag vill heller inte att ni känner att ni är någon sorts representanter för vården, syftet är att ni ska få dela med er av era åsikter.

Det är helt okej att hoppa över frågor om du inte vill/kan svara, du kan avbryta om du vill.

Överenskommelse om intervjuens planerade varaktighet: max 90 min

Intervjun delas upp i 2 huvudsakliga pass; först tar vi 25–30 min, där ni ska få reagera på några vittnesmål och diskutera kring dem. Vi tar sen en kort paus, och efter det fortsätter vi att med stöd av några ämnen/frågor diskutera kring diskriminering av tjocka personer inom vården i stora drag. Sedan avslutar vi tillsammans för att ”knyta ihop” och sammanfatta.

Information om användning och publicering av uppgifter (anonymitet)

Isbrytare; Presentera sig för varandra (ex. vad de jobbar med/pluggar, hur länge de jobbat inom vården).

PASS 1 – Vittnesmål (se Bilaga 4)

25–30 min

Börja med att kolla på vittnesmål från Kriget mot kroppen av Erik Hemmingsson och Stina Wollter, vi tar ett i taget och alla får framföra sina tankar och reaktioner. OBS! Säg gärna vilka spontana känslor som väcks och tänk på saker som: hur hade jag reagerat om jag hörde detta från en patient, eller om jag hörde en kollega prata så här till en patient?

Jag kommer hålla mig mest i bakgrunden så får ni diskutera, jag kanske flikar in lite om jag har någon följdfråga på något ni säger samt när det är dags att byta vittnesmål. Låter det okej?

PASS 2 - Fortsatt diskussion (se Bilaga 4)

20–25 min

Indelat i olika teman; FÖRDOMAR, SKAM, STIGMATISERING

- Om du fick drömma fritt, hur skulle en medmänsklig vårdkontakt se ut?

Avslutning & Sammanfattning

15 min

Är det något du trodde att jag skulle fråga, eller som du tänkte att du skulle berätta om som inte kommit med?

Hur tycker du att det kändes att göra intervjun?

Hur känner du inför att prata om ämnet, och att fortsätta prata om det på t ex din arbetsplats?

Hur kommer materialet hanteras? Var och när kan de ta del av resultatet?

TACK OCH ÅTER TUSEN TACK!

8.3 Intervjuguide 2 – individuell intervju

Välkommen och introduktion

15 min

Kortfattat om mig, bakgrund till studien, mina förväntningar.

Det finns inga rätt eller fel svar, det är positivt med så mycket olika tankar och åsikter som möjligt.

Syftet är inte att hitta en lösning på problemet, utan att diskutera kring vad det betyder för just dig.

Jag vill heller inte att du känner att du är någon sorts representant för vården, syftet är att du ska få dela med dig av dina åsikter och det är individuella vittnesmål som är av vikt för den här studien.

Det är helt okej att hoppa över frågor om du inte vill/kan svara, du kan avbryta om du vill.

Överenskommelse om intervjuens planerade varaktighet: max 90 min

Intervjun delas upp i 2 huvudsakliga pass; första halvan, där ni ska få reagera på några vittnesmål och diskutera kring dem Sedan, med stöd av några ämnen/frågor diskutera kring diskriminering av tjocka personer inom vården i stora drag. Avslutning tillsammans för att ”knyta ihop” och sammanfatta.

Information om användning och publicering av uppgifter (anonymitet)

Isbrytare; Presentera sig för varandra (ex. vad du jobbar med/pluggar, hur länge du jobbat inom vården).

PASS 1 – Vittnesmål (se Bilaga 4)

25–30 min

Börja med att kolla på vittnesmål från Kriget mot kroppen av Erik Hemmingsson och Stina Wollter. Du får gärna komma med spontana tankarreaktioner efter varje vittnesmål. OBS! Säg gärna vilka spontana känslor som väcks och tänk på saker som: hur hade jag reagerat om jag hörde detta från en patient, eller om jag hörde en kollega prata så här till en patient? Låter det okej?

PASS 2 - Fortsatt diskussion

20–25 min

1. Vad tänker du kring de vittnesmål om diskriminering av tjocka personer som framkommit?
2. Finns det tillfällen fördomar gentemot tjocka personer i vårdsammanhang är berättigat?
3. Vad tänker du kring att tjocka personer inte ens vill söka vård då de inte orkar bli skammade?
4. Varför tror du det finns exempel där vartenda litet symptom härleds till övervikt?
5. Hur skulle du reagera om en patient berättade att hen blivit diskriminerad för hen var tjock?
6. Vad skulle du göra om en kollega använde fördomar mot tjocka personer i sin bedömning?
7. Går det att ändra undermedvetna fördomarna kring tjocka personer?
8. Ge exempel på hur man kan arbeta mot stigmatiseringen av tjocka personer?
9. Anser du att din arbetsgivare tar ansvar för att minska stigmatiseringen?
10. Om du fick drömma fritt, hur skulle en medmänsklig vårdkontakt se ut för dig?

Avslutning & Sammanfattning

15 min

Är det något du trodde att jag skulle fråga, som du tänkte att du skulle berätta som inte kommit med?

Hur tycker du att det kändes att göra intervjun?

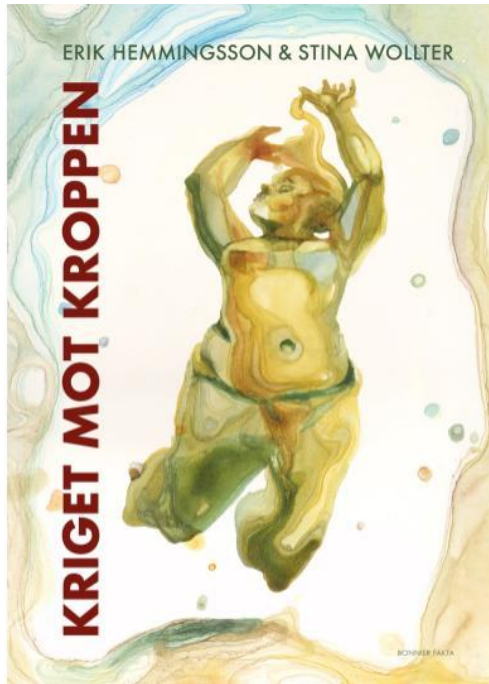
Hur känner du inför att prata om ämnet, och att fortsätta prata om det på t ex din arbetsplats?

Hur kommer materialet hanteras? Var och när kan de ta del av resultatet?

TACK OCH ÅTER TUSEN TACK!

8.4 Stimulusmaterial – Presentation av vittnesmål

Nedan presenteras de vittnesmål som användes som stimulusmaterial under intervjuer och fokusgrupp, samt teman och diskussionsfrågor för fokusgruppen.



"Igår var jag och min dotter på VC då vi misstänkte urinvägsinfektion. Läkaren började då prata om att vi varit och fått hjälp för hennes vikt. Jag tyckte det var obekvämt att prata vikt inför min dotter. Min dotter som är 11 år fick höra att hon lider av fetma, att hon bör gå på diet och riskerar att bli allvarligt sjuk i framtiden. Hemma pratade vi om samtalet. Tårarna började rinna på henne och hon undrade om hon skulle dö av den sjukdomen"

(Vittnesmål från "Kriget mot kroppen", Hemmingsson & Wollter, 2022:292)

Hånad

"Vill berätta lite om vilket bemötande min syster får. Hon har bulimi som hon kämpar med att hålla i schack. Hon må bära extrakilo mot vad samhället anser är normalt men jag som själv är sjuksköterska säger till henne och andra att vikt inte är viktigt! Hon har problem med hälsan. När hon ringer till vårdcentralen och berättar om sin bulimi nästan hånskrattar dom och säger att dig hjälper vi inte förrän du gått ner i vikt. Hon har med sig ett ungt barn också. Ska barnet behöva se sin mamma få ett återfall, hamna på sjukhus för att hon är undernörd innan någon ger henne någon slags vård? Vi har sett henne gå den vägen förut."

(Vittnesmål från "Kriget mot kroppen", Hemmingsson & Wollter, 2022:288)

Skam

"Risken att bli skammad gör att jag hellre avstår från att gå till läkare. Något som gör att jag inte kan använda mitt knä på ett bra sätt. Ännu mindre motionera. Så riskerar jag att bli ännu mer överviktig och otränad pga rädslan att bli skammad av vården. Vi som är överviktiga vet det. Ingen behöver säga det eller skriva det i en journal för att vi ska fatta."

(Vittnesmål från "Kriget mot kroppen", Hemmingsson & Wollter, 2022:292)

Felbehandlad

"Jag har varit överviktig hela mitt liv, började i 5-årsåldern och idag är jag 36 år. Jag började få ont i mina leder för 11 år sen och gick till en massa läkare, den ena var hemskare än den andra. Jag sökte ingen sjukskrivning utan jag ville veta vad som var fel då jag hade så ont. Det tog två år innan en läkare tog mig på allvar och mina leder hade blivit så förstörda, fingrar som är så stela, som sjunkit ihop så ledvätska försvunnit mm. Jag sökte för ryggvärk och i min journal stod det att jag är stor och att jag gungade fram när jag gick. Jag gick framåtbrjrd för jag hade så ont i ryggen. Läkaren tittar på mig och säger att jag vet varför du har ont, du är tjock"

(Vittnesmål från "Kriget mot kroppen", Hemmingsson & Wollter, 2022:286)

Fördom

”Jag fick veta att jag var överviktig och det var därför jag blev påkörd när jag cyklade. De menade att jag inte hade samma uppmärksamhet som smala och att jag inte kunde vända huvudet tillräckligt. Alltså, hade jag varit smal hade jag sett bilisten. Detta fick jag höra av sköterskan som skulle sköta om mitt sår på knät. Och detta är bara toppen av isberget vad gäller sjukvården i mitt och dotterns liv.”

(Vittnesmål från "Kriget mot kroppen", Hemmingsson & Wollter, 2022:295)

Dömd

”Jag fick problem med inkontinens och framfall i 40-årsåldern. Försökte få hjälp av vården men det var inte lätt. Men efter att ha blivit rasande över att behöva använda blöja vid 40 fick jag remiss till rätt doktor. Efter att ha blivit avklädd och undersökt tittar doktorn på mig med avsmak och säger: Du får väl operation då, fastän du är överviktig”

(Vittnesmål från "Kriget mot kroppen", Hemmingsson & Wollter, 2022:293)

Övervikten

”När jag som 16-årig överviktig tjej klagar till min diabetesläkare att jag blir sjuk av medicinen han skrivit ut åt mig, att jag inte kan äta och är orolig för att jag ska bli anorektisk så säger han: Ja, men det gör ju ingenting. Du är ju ändå så tjock! Eller när ÖL på samma avdelning, säger åt mig att: Ta ett glas ljummet vatten när jag är sugen. Frågar honom om han SJÄLV skulle göra det, eller gör det när han är sugen: Nää, men jag är ju inte fet!”

(Vittnesmål från "Kriget mot kroppen",
Hemmingsson & Wollter, 2022:295)

Sorg

“När min mamma och syster plötsligt avled för tre år sedan, (och jag fick ta hand om min systers barn och mammas dödsbo) gick jag till vårdcentralen för att bli sjukskriven i det akuta sorgearbetet. Då tittar doktorn på mig och rekommenderar en viktminskningsmedicin. Jag kommer dit med akut sorg, både mamma och syster avled i sina respektive hem helt oväntat, och han rekommenderar ett viktminskningspreparat!!!!????”

(Vittnesmål från "Kriget mot kroppen",
Hemmingsson & Wollter, 2022:296)

Fördomar

Diskutera kring fördomar och stereotypers roll i vårdkontakter.

Finns det några tillfällen när det är berättigat att använda fördomar gentemot tjocka personer i vårdsammanhang?

Vad skulle du göra om en kollega använde fördomar mot tjocka personer i sin bedömning/sina diagnoser?

Går det att ändra undermedvetna fördomarna kring tjocka personer?

Skam

Diskutera kring hur vi ska hantera skammen som förknippas med att vara tjock.

Vad tänker du kring att tjocka personer rapporterar om att de inte ens vill söka vård då de inte orkar bli skammade? (vilket då kan leda till att de blir ännu sjukare och behöver mer akut vård)

Hur skulle du hantera om en patient berättade för dig att hen blivit diskriminerad inom vården på grund av att hen är tjock?

Stigmatisering

Diskutera kring vilka konsekvenser stigmatisering av tjocka personer får i vårdsammanhang.

Kan du ge några exempel på hur man kan arbeta mot stigmatiseringen av tjocka personer? Hur kan det undvikas?

Anser du att din arbetsgivare tar ansvar för att minska stigmatiseringen?

"Stigmatisering är inom samhällsvetenskaperna en term för social stämpling"
(Nationalencyklopedin, stigmatisering.
<http://www.ne.se/ezproxy.ub.gu.se/uppslagsverk/encyklopedi/lang/stigmatisering>
(hämtad 2022-11-22))

Framtiden

Om du fick drömma fritt, hur skulle en medmänsklig vårdkontakt se ut?