



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

NÄR STORLEKEN SPELAR ROLL

– Upplevelsen av sjuksköterskan och vårdens bemötande när man är storleken större.

Anna Brindelöv och Wiola Lönnerfors

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht 2016
Handledare:	Christopher Holmberg
Examinator:	Inger Jansson
	Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Vi tackar vår handledare Christopher Holmberg för goda råd på vägen och varandra för ett gott samarbete.

Titel	När storleken spelar roll – Upplevelsen av sjuksköterskan och vårdens bemötande när man är storleken större
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht 2016
Författare	Anna Brindelöv och Wiola Lönnerfors
Handledare:	Christopher Holmberg
Examinator:	Inger Jansson

Sammanfattning:

Bakgrund: Andelen människor med fetma har ökat drastiskt globalt och i Sverige de sista årtionena. Fetma definieras med Body Mass Index (BMI) ≥ 30 . Att leva med fetma medför en ökad risk av komorbiditeter och andra allvarliga sjukdomar. Dess etiologi och bakomliggande orsaker är komplext sammansatta. Faktorer bland flera som inverkar är hereditet, stress, konsumtion av alkohol och fysisk inaktivitet men även psykiskt mående och omvärldens normer. Depression har visat sig vara en riskmarkör för fetma. Den stora förekomsten av personer som lever med fetma medför att sjuksköterskor inom alla delar av vården kommer att komma i kontakt med patienter med fetma. **Syfte:** Att belysa hur patienter med fetma upplever att sjuksköterskan bemöter dem inom hälso- och sjukvård. **Metod:** En litteraturstudie med elva valda artiklar. Åtta med kvalitativ- och tre med kvantitativ studiedesign. **Resultat:** Huvudtemat *De ser bara min fetma* framträdde samt de sju undertemana; *Skuld och skam*, *Vården är inte fysiskt anpassad för mig*, *Upplevelser av utsatthet*, *Ett personligt ansvar för fetman*, *Sårbarhet*, *Varierande upplevelser av stöd* och *Vården saknar kunskap*. **Diskussion:** Det finns positiva erfarenheter i möten mellan patienterna och sjuksköterskan, men en övervägande del av patienternas upplevelser i vården är negativa. Detta leder till att vårdrelationen baserad på respekt, förtroende och ömsesidighet blir lidande. Patienternas utsatthet bidrar till inre processer som i sin tur leder till ett copingbeteende med ökad fetma och större psykisk ohälsa t.ex. depression. Patienterna kan även internalisera omgivningens normer om fetma. **Slutsatser:** Patienter med fetma är en stor och ökande heterogen grupp i samhället och vården. Dess komplexa etiologi och komorbiditeter i kombination med att patienternas eventuella svårighet att själva formulera sitt vårdbehov p.g.a. stigmatisering och skuldkänslor, gör att det är av högsta vikt att den grundutbildade sjuksköterskan strävar efter att skapa en god vårdrelation och tillägna sig en bredare kunskap inom ämnet.

Nyckelord: fetma, upplevelse, stigmatisering, bemötande, vårdrelation, sjuksköterskan, patient

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Fetma	1
Diagnos Fetma	1
Följdsjukdomar	2
Normer om vikt och dess betydelse inom sjukvården	2
Hur hälso- och sjukvårdspersonal förhåller sig till patienter med fetma.....	3
Viktstigma.....	3
Sjuksköterskans ansvar	3
Vårdrelationen	4
Problemformulering	4
Syfte	4
Metoden.....	5
Databassökning.....	5
MeSH-termer och begränsningar.....	5
Trunkering och Booelsk sökning.....	5
Inklusions- och exklusionskriterier.....	6
Analys	7
Resultat.....	7
De ser bara min fetma.....	8
Skuld och skam	9
Vården är inte fysiskt anpassad för mig	10
Upplevelser av utsatthet	10
Ett personligt ansvar för fetman	10
Sårbarhet.....	11
Varierande upplevelser av stöd	11
Vården saknar kunskap... ..	11
Diskussion	12
Metoddiskussion	12
Resultatdiskussion	13
Slutsats	15
Implikationer för vårdande.....	15
Referenslista	16

Bilagor

Bilaga 1 Söktabell

Bilaga 2 Översiktstabell

Bilaga 3 Kvalitetsgranskningstabell A och B

Inledning

En bidragande anledning till ämnesvalet är våra egna erfarenheter av att vara överviktiga i mötet med sjuksköterskor och vårdpersonal som på ett eller annat vis påpekat det som för en själv är uppenbart och kopplat till skuld och skamkänslor. När en som patient blir respektlöst bemött kan detta oavsett kropps-konstitution sätta starka spår. För patienter med fetma kan ett respektlöst bemötande innebära att de undviker att söka sjukvård vid senare tillfällen i livet. Vilket i sin tur kan leda till ytterligare sjukdom och ohälsa. Som sjuksköterskestudenter står vi med foten mellan två "världar" och gör en resa från att ha varit patienter själva, och fått ett dåligt bemötande, till att vara de som ska bemöta patienter, utföra omvårdnad och agera professionellt. Detta fick oss att fundera över hur andra med viktproblematik upplevt bemötandet från sjuksköterskor och vårdpersonal och hur viktigt det är att belysa detta ämne.

Bakgrund

Fetma

Globalt har förekomsten av fetma mer än fördubblats sedan 1980-talet. År 2014 förekom fetma hos 15 procent av världens kvinnor över 18 år, samt med 11 procent hos män över 18 år (WHO, 2016). I Sverige har förekomsten av fetma nästan fördubblats från 1980 till 2002 (SBU, 2002). År 2016 är förekomsten av fetma 14 procent hos både kvinnor och män (Folkhälsomyndigheten, 2016). Detta medför att sjuksköterskor inom all typ av hälso- och sjukvård kommer att möta patienter med fetma. Fetmans etiologi och bakomliggande orsaker är komplexa. Faktorer som påverkar är genetisk predisposition, stress, kostvanor, konsumtion av alkohol och fysisk inaktivitet m.m. Fetma följer även en socioekonomisk gradient vilket innebär en högre förekomst av fetma i befolkningen med lägre utbildningsgrad (SBU, 2002). En högre prevalens av fetma än i den vanliga populationen förekommer också hos patienter med psykisk funktionsnedsättning. I longitudinella studier har det visat sig att depression är en riskfaktor för fetma och omvänt. Det existerar könsskillnader i hur kvinnor respektive män med fetma mår. Kvinnorna med fetma mår sämre med högre grad av depressioner, suicidtankar och suicidförsök än normalviktiga kvinnor. För männen gäller ett motsatt förhållande, då de med fetma mår psykiskt bättre än sina normalviktiga motsvarigheter. Bland patienter med fetma förekommer hetsätning och ätstörningar i högre grad än i den normalviktiga befolkningen, vilket har kopplats till låg självkänsla och depression (Läkemedelsverket, 2015). I ovanstående forskning ses ett samband mellan hur fetma, psykiskt mående och omvärldens normer om kroppens utseende samspelar. Patientens första vårdkontakt för behandling mot fetma sker normalt via vårdcentralen. Utöver det finns specialiserade obesitasmottagningar som patienter kan remitteras till. Emellertid återfinns patienter med fetma inom alla kategorier av vård. Därför är det ytterst viktigt att det finns kompetenta sjuksköterskor med gott bemötande på alla vårdnivåer.

Diagnos Fetma

Enligt ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, version 10) är "E66 fetma", en diagnos under huvudrubriken "E65-E68 Fetma och andra övernäringstillstånd". Det finns flera kategorier av fetma som bland annat definieras utifrån hur fetman inducerats eller var den är lokaliserad: "E66.0 fetma orsakat av för högt kaloriintag", "E66.1 läkemedelsutlöst fetma" och "E 65 lokaliserad fetma" (Diagnoskod, 2016). Fetma kan definieras genom att räkna ut ett BMI (body-mass index). Kroppsvikten i kg divideras med kroppslängden i kvadrat, kg/m². Vid normal vikt ska kvoten ligga mellan 20

och 25 (Nationalencyklopedin, 2016a) medan fetma definieras som ett BMI lika med eller över 30. Detta utan att hänsyn tas till var fettet är lokaliserat, andel fett/muskler eller hur det uppkommit (SBU, 2002). I Socialstyrelsens Folkhälsorapport (2009) beskrivs bukomfång som en bättre indikation på övervikt. Det måttet tas mellan höftkammen och bröstkorgens nedre kant eller beräknas som kvoten mellan stuss och buk. Begreppet bukfetma beskriver fetman som omsluter de inre organen i buken och runt tarmarna snarare än underhudsfettet. Ett midjemått på över 88 cm hos kvinnor och 102 cm hos män räknas som bukfetma. I forskningssammanhang används BMI ≥ 30 som den vanligaste definitionen för fetma (SBU, 2002).

Följsjukdomar

Med fetma ökar risken för komorbiditet av allvarliga följsjukdomar som hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes mellitus typ 2, sjukdomar i gallblåsa och lever, sjukdomar i rörelse- och andningsorganen samt en del cancersjukdomar (SBU, 2002). En annan del av komplexiteten med fetma är det metabola syndromet vilket innefattar riskmarkörerna: högt blodtryck, höga blodfetter, förhöjt blodsocker samt fetma och bukfetma. Sammantaget ökar dessa komponenter risken att dö i förtid (Socialstyrelsen, 2009). Fetma kan utöver de fysiska problemen orsaka psykiska problem och lidande (SBU, 2002). Dessa kan uppstå när omgivningen agerar enligt gällande norm- att fetma är dåligt, med alltifrån respektlöst bemötande till ogillande, förakt, nedlåtande kommentarer och elaka handlingar. Om normen får råda och sjuksköterskor och vårdpersonal inte antar ett reflexivt normmedvetet förhållningssätt till egna handlingar och sätt att kommunicera kan detta leda till att en redan utsatt patientgrupp avstår från att uppsöka vård (Dahlborg Lyckhage, Lau & Tengelin, 2015, s.38-54). Detta ger i förlängningen en ökad komorbiditet och förtroendet för sjukvården bryts ned.

Behandling mot fetma kan i första hand fås på vårdcentral i form av råd och stöd kring mat (1177, 2014a). Fysisk aktivitet på recept, s.k. FaR, ett individuellt anpassat schema på fysisk aktivitet kan skrivas ut som hjälp till patienten att minska eventuell fysisk inaktivitet (1177, 2014b). Medicinsk långtidsbehandling i form av läkemedlet Orlistat samt alternativet magsäcks-förminskande operation finns, men de behandlingsalternativen kräver vidare utredning. Vid en magsäcks-förminskande operation ställs höga krav på patienten, bl.a. ska denne ha ett BMI högre än 40 eller ett BMI över 35 med sjukliga komplikationer, patienten måste ha prövat andra alternativ för viktning, blivit bedömd av en psykolog om eventuell ätstörning m.m. (Läkemedelsverket, 2015).

Normer om vikt och dess betydelse inom sjukvården

Normer fungerar som regler i det tysta. De är kollektivt uttalade uppfattningar och tankemönster om hur vi bör och inte bör agera i sociala sammanhang, samt definierar vem som accepteras. Normerna styr vårt agerande i det "tysta" och kan uttryckas med bl.a. ord, blickar, suckar och grimaser. De bidrar till att skapa en hierarki som i vårdsammanhang kan ha förödande konsekvenser (Dahlborg Lyckhage, Lau & Tengelin, 2015, s.38-54).

Sjuksköterskan och vårdpersonalen har ett tydligt uppdrag och ansvar att behandla alla lika (HSL 1982:763) och att bemöta människan bakom diagnosen fetma utan fördomar och diskriminerande handlingar. I mötet med patienten har forskning visat att vårdpersonal dock tenderar att utgå från sig själva. Personalen blir då en representant för de ideal som råder i sjukvården och samhället d.v.s. att alla ska vara normalviktiga och sträva efter ett "sunt" leverne. Normen kan generera tankar som "varför skärper sig inte patienten?" eller "det är bara att äta mindre och röra sig mer". Om patienten betar sig fel, d.v.s. inte hälsosamt blir

fetman en manifestation för vårdpersonalen av det “felaktiga beteendet”. Detta kan resultera i ett sämre bemötande (Dahlborg Lyckhage et al., 2015, s.38-54). Normen sanktionerar en förenkling av den komplexitet som fetma innebär och “tillåter” sjuksköterskan och vårdpersonal att agera fel. Fetma är på så sätt den sista legitima diskrimineringen (Rössner, 2002).

Hur hälso- och sjukvårdspersonal förhåller sig till patienter med fetma

I en systematisk litteraturöversikt av Mold & Forbes (2013) av patienters och vårdpersonalens upplevelser av fetma visar det sig att fetma har betydelse i mötet. I olika yrkesgrupper inom vården framkommer det med statistisk signifikans att de som konsekvent arbetar mycket med den patientgruppen har mindre förutfattade meningar om patienternas personliga egenskaper t.ex. motivation. Patienten anses också ha ett eget ansvar för sin vikt. Motståndet steg mot att utföra fysiska undersökningar på patienter med fetma. Sjuksköterskornas omvårdnad av patienter med fetma påverkas av en ambivalens i de egna attityderna om faktorer som orsakat den. I en systematisk litteraturöversikt av Brown (2006a) gjordes en genomgång av sjuksköterskors attityder gentemot vuxna patienter med fetma. Resultatet visar en förekomst av negativa attityder hos dem. Faktorer som påverkar är; egen ålder, missnöje med egen kroppsvikt och patientens kön m.m. Vidare visar Browns (2006a) studie att en ökad motvilja mot patienter med fetma korrelerar med ökad förekomst av andra fördomar. Utbildning, erfarenhet och högre ålder hos sjuksköterskorna motverkar negativa attityder mot patienter med fetma.

Viktstigma

Begreppet stigma kommer från latin och betyder brännmärke (NE, 2016c). Medicinskt beskrivs det som en visuell kroppslig förändring beroende på sjukdom eller genetiskt betingad avvikelse från det som anses normalt. Stigmatisering är en term för att beskriva att individer ur olika sociala kategorier t.ex. personer med fetma blir diskriminerade på grund av sitt tillstånd (NE, 2016d). Författarna menar att stigmatisering uppkommer ur normerna. I detta fall ur den kollektiva tanken som ger normen - att alla ska vara smala och att inget annat är acceptabelt. Normer och stigmatisering leder ofta till psykisk ohälsa hos den drabbade. Brewis (2014) menar att detta i sin tur kan leda till copingmekanismer som överätning och tröstätande, vilket ger ytterligare viktuppgång och kan leda till emotionell stress. Ytterligare en aspekt är att patienter med fetma tenderar att internalisera stigmatiseringen och införliva samhällets och sjukvårdens nedsättande epitet till att bli en del av deras egen karaktär (NE, 2016b). Således genereras det en ond cirkel.

Sjuksköterskans ansvar

Sjuksköterskans ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen är att ge vård som värnar om patientens integritet och självbestämmande samt främja goda kontakter mellan patient och sjukvårdspersonal (HSL 1982:763). Sjuksköterskan ska agera på ett professionellt sätt som inger förtroende. Hen ska medverka till att omvårdnaden innehar ett etiskt förhållningssätt som respekterar olikheter och verkar för en öppen dialog. Alla människor har rätt till respektfull omvårdnad oavsett var på den sociala rangskalan de befinner sig (ICN:s etiska kod för sjuksköterskor, 2012). När det gäller patienter med fetma har sjuksköterskan ett viktigt arbete att utföra, där empati, känslighet och respekt krävs. Då patientgruppen per automatik ofta har en låg social status beroende på normer i samhället och viktstigma, krävs det att sjuksköterskan förmår skapa en tillitsfull relation med människan bakom diagnosen s.k. personcentrerad vård. Detta för att kunna förmedla hjälp till självhjälp. Begreppet personcentrerad vård jämföras ofta med patient-, klientcentrerad eller patientfokuserad vård.

Eftersom det handlar om ett hälsofrämjande samarbete mellan sjuksköterskan och patienten kan begreppen betraktas som jämförbara med personcentrerad vård (Vårdhandboken, 2016). I uppsatsen kommer fortsättningsvis begreppet patient att användas.

Vårdrelationen

Inom det vårdvetenskapliga perspektivet utgörs grunden för vårdandet av begreppet vårdrelationen (Björck & Sandman, 2007). Den ansvarsfulla vårdrelationen innehåller tre grundläggande värden: *ömsesidighet, förtroende och respekt*. För en *ömsesidighet* i vårdrelationen krävs ett samspel och interaktion mellan sjuksköterskan och patienten. Denna växelverkan kan leda till förtroende, om parterna *kan* vara jämbördiga trots den vertikala relationen sjuksköterskan har i och med professionen. Termen *förtroende* rymmer bl.a. ord som förtröstan, tillförsikt och tilltro, alla förknippade med en vårdande relation. Motsatsen är misstro och beskriver t.ex. en konsekvens av respektlöst bemötande. Begreppet *respekt* karakteriseras bland annat av acceptans och förståelse av andra människors livssituation vilket medför förtroende och ömsesidighet (Tarlier, 2004, s.237-239). Det finns flera synonymer till begreppet respekt t.ex. omtanke, hänsyn och erkännande. Att inge respekt är dock tveeggat med negativt klingande betydelser och implikationer t.ex. auktoritet, att inge fruktan och rädsla (Synonymer, 2016). Patienten är per definition i en utlämnad situation och i behov av hjälp. Om vårdrelationen blir icke-vårdande t.ex. genom ett respektlöst bemötande där de negativa aspekterna av ordets betydelse ingår, kan det bidra till ett ökat lidande för patienten (Halldorsdottir, 1996).

Problemformulering

En stor andel av befolkningen har diagnosen fetma, vilket ger en ökad risk för allvarliga följsjukdomar, ökat vårdbehov och förtidig död. Sjuksköterskans profession genomsyras av en inbördes konflikt mellan omvårdnadsperspektivet på fetma; att se människan bakom sjukdomen samt det biomedicinska perspektivet; där stort fokus läggs på riskmarkörer. I denna kontext har sjuksköterskan ett ansvar att arbeta normmedvetet med sina egna och vårdkulturens fördomar. Tidigare forskning visar att det förekommer negativa attityder gentemot patienter med fetma. Detta kan leda till att patienterna avbokar, fördröjer sina besök eller helt enkelt avstår från att söka hjälp för sina besvär och sjukdomar. Ansatsen för denna uppsats är således inte fetmaproblematiken ur ett fysiologiskt och patologiskt perspektiv, utan sjuksköterskans bemötande av patienter med fetma. Med den ökande prevalensen av fetma i vårt samhälle kommer sjuksköterskor sannolikt att möta fler patienter med denna problematik, därigenom blir det goda bemötandet centralt. Patienternas perspektiv är viktigt att klargöra för att sjuksköterskan ska kunna bemöta och förstå dem bättre.

Syfte

Att belysa hur patienter med fetma upplever att sjuksköterskan bemöter dem inom hälso- och sjukvård.

Metod

Denna uppsats är en litteraturöversikt på kandidatnivå. Avsikten är att belysa ett problemområde inom aktuell forskning genom att grundligt och systematiskt sammanställa aktuell publicerad forskning samt bidra till fördjupad kunskap inom ett växande kunskapsområde. För att kunna säkerställa att litteraturöversikten är av god kvalitet och att tillvägagångssättet skett med en vetenskaplig systematik, fodras en transparens i arbetsprocessen från början till slut. Sökning och granskning av information behöver kvalitetsgranskas och redovisas för att kunna reproduceras (Östlundh, 2006, s. 46). Vid sökning av information och artiklar användes både systematisk- och osystematisk sökning. Båda metoderna avser sökning i databaser och bibliotekskataloger, men skillnaden är att arbetet med den systematiska sökningen måste dokumenteras, kunna följas och reproduceras. Den osystematiska sökningen kan vara manuell sökning t.ex. på internet, sökning i referenslistor och böcker m.m. Dessa sökningssätt kompletterar varandra och bidrar till att det samlade materialet för ämnet blir belyst ur flera angreppsvinklar. Därigenom ringas all aktuell forskning in relaterat till uppsatsens syfte (Östlundh, 2006, s. 48-49).

Databassökning

Författarna valde att börja med osystematisk informationssökning i de vetenskapliga databaserna CINAHL och PubMed eftersom fokus ligger på omvårdnads- och medicinsk forskning, ansågs de mest passande till ämnesvalet. För att överblicka det valda ämnesområdet med syftet: "Att belysa hur patienter med fetma upplever att sjuksköterskan bemöter dem inom hälso- och sjukvård" gjordes sökningar med ordet "obesity". Att sondera terrängen på detta sätt kallas att "*anlägga ett helikopterperspektiv*" (Friberg, 2006b, s. 119). Begränsningarna peer-review, all adult och årtalsbegränsningen 2000-2016 gav 15 460 träffar i CINAHL. I PubMed motsvarades detta av 77 516 träffar. Slutsatsen drogs att ämnet fetma är omfattande.

MeSH-termer och begränsningar

Eftersom syftet är komplext krävdes en utformning av olika ämnesord som kunde paras ihop och leda till passande träffar. Detta ledde till ett sökande av passande MeSH-termer (Medical Subject Headings) som båda databaserna använder sig av. "Overweight" och "obesity" sorteras under samma ämnesord i CINAHL men inte i PubMed där "obesity" är en egen MeSH-term. Eftersom det specifikt söktes efter kategorin patienter med fetma, innebar det att resultatet från Cinahl gav träffar på både "overweight" och "obesity". Då syftet enbart berör fetma krävdes en noggrannare genomgång av urvalen i studierna från CINAHL. För en bred sökning med fokus på "obesity" och dess psykosociala inverkan valdes kombinationen "obesity" med begränsningen "psychosocial factor". Begränsning av årtalen 2000-2016 gjordes medvetet för att se vad som gjorts nyligen inom området med tanke på de sista decenniernas ökning av fetma (SBU, 2002). Begränsningarna gav 290 träffar vars titlar lästes. (Se bilaga 1 söktabell.)

Trunkering och Booelsk sökning

KIB's (Karolinska Institutets Bibliotek) publikation; *Termer för "Upplevelser" och "Bemötande" i olika former (Karolinska Institutets Universitetsbibliotek, 2013)* användes för att finna fler söktermer med patientperspektivet på fetma t.ex. "obesity" AND "patient AND attitud*" samt "professional-patient relations". Trunkering och booelsk sökteknik användes

med termer som (weight stigma) AND nurs*. Detta för att inte förlora alternativa böjningsformer av nurse och för att kombinationer av sökord med tilläggen “AND”, “OR” och “NOT” kunde ge mer precisa sökningar. Nedan exempel på en sådan sökning: ”discrimination AND obesity kombinerades med NOT pregnancy OR maternity OR maternitycare samt NOT doctor OR physician OR primary care provider”. Just denna sökning resulterade inte i någon relevant träff men speglar hur den boolska söktechniken använts (Östlundh, 2006, s. 57-60). För en illustration av databassökningen (se bilaga 1, söktabell). Trots sökningar med trunkering och boolsk söktechnik gav “obesity” med begränsningen “psychosocial factor” flest passande träffar. Genom utförandet av sökningarna på ovanstående sätt, där strukturerade MeSH-termer kombineras med mer experimentella sökord, ges en framgångsrik informationssökning (Östlundh, 2006, s. 62).

Inklusions- och exklusionskriterier

Då syftet med uppsatsen är att belysa patienters upplevelse av sjuksköterskans bemötande krävdes strikta inklusions- och exklusions kriterier för att identifiera detta. Väl valda inklusions- och exklusions kriterier ger en uppsats med ett välgrundat resultat (Friberg, 2006c, s. 33-34).

Inklusion

- Artiklar med enbart patienters perspektiv och upplevelse av bemötande av sjuksköterskan i sjukvården.
- Artiklar där urvalet i studierna skulle ha ett BMI ≥ 30 . Detta för att diagnosen fetma utgår från ett BMI ≥ 30 .
- Artiklar med professionen sjuksköterskor, detta för att uppsatsens fokus är mötet mellan patient och sjuksköterska.
- Artiklar som innehöll termen vårdpersonal togs också med p.g.a. att sjuksköterskan ingår i kategorin vårdpersonal och utför omvårdnadsarbetet tillsammans med undersköterskor. Därtill gör artiklarna inte alltid en distinktion.

Exklusion

- Fokuset i artiklarna skulle ligga på sjuksköterskans bemötande därför uteslöts artiklar med enbart läkares bemötande.
- Artiklar med enbart specialistsjuksköterskans bemötande uteslöts p.g.a. att uppsatsens fokus ligger inom ramen för allmänsjuksköterskans kompetensområde.
- Artiklar som berörde specialiserade mottagningar; exempelvis obesitasmottagningar uteslöts p.g.a. eventuell specialiserad kunskap och bemötande i förhållande till patientgruppen.
- Patienter som gjort eller skulle göra en magsäcksoperation och patienter som ingick i ett viktningsprogram. Dessa är metoder för att gå ner i vikt och var inte relevant för uppsatsens syfte och kunde påverka resultatet eftersom patienterna var i en transition från fetma till normal vikt.
- Gravida patienter med fetma uteslöts på grund utav att de artiklar de förekom i mestadels berörde barnmorskans profession och ämnesområde.
- Patienter med konstaterad psykisk sjukdom uteslöts p.g.a. svårigheter i att bedöma om patientens upplevelse beror på en bättre eller sämre period i måendet.

De relevanta artiklarnas sammanfattningar genomlästes och in- eller exkluderades. Om författarna bedömde en artikels relevans olika behölls den tills vidare (Rosén, 2012 s.437).

Analys

Elva studier som höll ovanstående kriterier valdes slutligen att ingå i denna litteraturöversikt. Åtta artiklar med kvalitativ ansats och tre artiklar med kvantitativ ansats (se bilaga 2 översiktstabell). Därpå kvalitetsgranskades gemensamt de kvalitativa artiklarna med SBU:s granskningsmall för kvalitativa artiklar (SBU, 2014b) och de kvantitativa artiklarna kvalitetsgranskades med Willman & Stoltz (2002) mall avsedd för kvalitetsgranskning av kvantitativa artiklar (se bilaga 3 kvalitetsgranskningstabell). Liknande indikatorer från de olika mallarna valdes för att få en rättvis bedömning i förhållande till varandra. Studierna bedömdes som hög, medel eller låg kvalitet och gavs i relation till hur många "ja" enligt kriterierna författarna kunnat sätta. Därefter lästes artiklarna först översiktligt och sedan på djupet tills förståelse för innebörden uppnåts. En tabell med sammanställning av artiklarnas resultat gjordes vilket gav en tydlig överblick (se bilaga 2 översiktstabell). Vidare togs relevanta innebörder för syftet ut. Därefter lästes artiklarna igenom återigen och diskuterades sinsemellan för att uppnå konsensus i tolkningen av de relevanta innebörderna. Detta är enligt Friberg (2006a, s. 111) att "*identifiera nyckelfynden*" i studierna. I denna del av fasen var det viktigt att ta ställning till vad som är relevant för uppsatsens syfte (Friberg, 2006a).

Eftersom patienternas upplevelse är syftet i uppsatsen letades meningar fram som ansågs representativa för artiklarnas resultat och vårt syfte. Detta gjordes artikel efter artikel. Allt skrevs ut och klipptes isär. Därefter pusslades dessa skiftande innebörder ihop för att skapa och kategorisera olika teman. Detta gjordes först på varsitt håll och därefter gemensamt för att öka trovärdigheten och konsensus i tolkningen av materialet. Friberg (2006a) poängterar att det är viktigt att tänka på hur den nya enheten sätts ihop. Det är viktigt att vara medveten om att innebörder kan tolkas på olika sätt och att artiklarnas resultat kan innehålla motsägelser som kan behöva uppmärksammas. Åtta av studierna har ett eller flera etiska godkännanden, varav tre av dessa har godkännanden baserat på tidigare studier. Vad gäller de tre resterande studierna är det oklart.

Resultat

I resultatet kom författarna fram till ett huvudtema *De ser bara min fetma* och sju underteman *Skuld och skam*, *Vården är inte fysiskt anpassad för mig*, *Upplevelser av utsatthet*, *Ett personligt ansvar för fetman*, *Sårbarhet*, *Variierande upplevelser av stöd* och *Vården saknar kunskap...* Meningen med att ha ett huvudtema och sju underteman är att tydliggöra patientens upplevelse av hur hen definieras av sjuksköterskan ur både negativ och positiv aspekt. Valet av namnet på huvudtemat syftar till patientens upplevelse av att dennes fetma blir något som sjuksköterskan ser, påverkas av, drar slutsatser om och lägger en värdering i. Samtidigt handlar det om patientens upplevelse av sin fysiska kropp i bemötandet. De andra undertemana vill författarna inte rangordna av den anledningen att deras bidragande verkan anses likvärdiga för fenomenet. Utsatthet är i kontrast till sårbarhet i resultatet, då utsattheten kommer från yttre normativa, stigmatiserande och diskriminerande handlingar gentemot patienten från sjuksköterskor. Sårbarheten innefattar hur det normativa bemötandet tas emot av patienten och internaliseras.

Temat *Skuld och skam* belyser patientens känsla av att vara skyldig till sin fetma och upplevelsen av att sjuksköterskan och vårdpersonal hela tiden poängterar det (vill att patienten

ska veta det). Kategorin innefattar också patientens ofta misslyckade försök att gå ner i vikt vilket direkt kan påverka hur bemötandet upplevs. Undertemat *Vården är inte fysiskt anpassad för mig* beskriver patientens bristande fysiska förutsättningar att passa in i sjukvårdens praktiska utformning baserad på den "normalviktiga patienten". *Ett personligt ansvar för fetman* relaterar till motstridigheten i huruvida patienten anser att den bör axla ansvaret för fetman eller inte. Kategorin *Varierande upplevelser av stöd* innefattar olika grader av stöd från sjuksköterskan och hens inverkan på patienten.

Likheter finns mellan *Skuld och skam*, *Vården är inte fysiskt anpassad för mig* och *Utsatthet* då alla de undertemana innefattar en yttre påverkan som avspeglas i patientens inre i form av sårbarhet. *Personligt ansvarig för fetman* och *Sårbarhet* reflekterar båda en inre respons hos patienten på sjuksköterskans bemötande. *Varierande upplevelser av stöd* och *Vården saknar kunskap* är olika de andra eftersom det representerar en process eller en avsaknad av process mellan interagerande parter. Alla teman går dock in och ut ur varandra i ett komplicerat samspel (se figur 1).



Figur 1 Tematisering av resultat

De ser bara min fetma

Patienterna i studierna har flera gemensamma nämnare däribland att deras fetma alltid kommer först oavsett andra attribut och sjukdomar. Sjuksköterskan och vårdpersonal tenderar att fokusera på patienternas fysiska form främst oavsett orsak till vårdbesöket. Samhällelig- och social status som t.ex. yrke, inkomst och utbildning som i vanliga fall uppmärksammas först, hamnar i bakgrunden till fetman (Brown, Thompson, Tod & Jones, 2006b; Merrill &

Grassley, 2008; Rogge, Greenwald & Golden 2004; Thomas, Hyde, Karunaratne, Herbert & Komesaroff, 2008). Detta gör att patienternas känsla av att inte bli bemötta som människor förstärks (Merrill & Grassley, 2008; Puhl, Moss-Racusin, Schwartz & Brownell, 2008). De vill inte bli dömda baserat på utseendet vilket exemplifieras av citatet ”...*I am not my weight. Don't look at me as some huge overweight woman who needs your help.*” (Merrill & Grassley, 2008, s. 142). För patienterna kan detta leda till fördröjd eller utebliven behandling då alla hälsoproblem relateras till deras vikt (Merrill & Grassley, 2008). Det finns en hierarki i “den fysiska kroppens utseende” där personer med fetma alltid hamnar längst ned (Rogge et al., 2004). Detta främjar inte patienternas kamp för att passa in och att bli tagna på allvar (Merrill & Grassley, 2008). En del patienter tror att de blir annorlunda bemötta på grund av sin fetma, men att detta inte behöver innebära sämre vård, medan andra uppger att ett dåligt bemötande är vanligt förekommande vid besök på akutmottagningen och i samband med tillfälliga vårdkontakter (Buxton & Snethen, 2013). I ett försök att få ett bättre bemötande och respekt anstränger sig somliga patienter inför vårdbesöken genom att t.ex. klä upp sig, men upplever att det är en konstant kamp att få hjälp (Merrill & Grassley, 2008).

Skuld och skam

Personer med fetma anses vara en ekonomisk och fysisk börda, både för samhället och hälso- och sjukvården. Detta medför att skuldbeläggningen gentemot dem ökar (Thomas et al., 2008). En viktnedgång på mer än 10 % av kroppsvikten räcker för att förbättra chanserna att undvika kronisk sjukdom, men det räcker dock inte till för att ge personen högre status i allmänhetens ögon. Detta då personen fortfarande har fetma enligt BMI (Rogge et al., 2004). Trots det faktum att fetma är en diagnos och per definition en sjukdom, får patienter med fetma skylla sig själva för sitt tillstånd. Skulden är deras eftersom insjuknandet kan förhindras genom korrigering av en ohälsosam livsstil. Den kan liknas vid den skam man belägger patienter med som fått könssjukdomar eller sjukdom p.g.a. tobaksrökning. Skulden bidrar följaktligen till rädsla för att uppsöka vården på nytt vid viktuppgång (Rogge et al., 2004).

Hälso- och sjukvårdens offentliga budskap är att patienter med fetma ska “*lighten up*” vilket medför att det blir fritt för alla att kritisera och klandra dem (Rogge et al., 2004, s.310). Då skulden för fetman anses ligga hos patienten (Puhl et al., 2008) medför det att patienter med fetma förväntar sig att bli negativt behandlade p.g.a. tillståndet (Brown et al., 2006b) och känner skam över oförmåga att följa sjukvårdens rekommendationer att “*äta mindre och röra sig mer*”(Kirk, Price, Penny, Rehman, Lyons, Piccinini-Vallis, Vallis, Curran & Aston, 2014). Vidare kan upprepade misslyckanden av viktnedgång göra att man tvingas erkänna sin oförmåga att hantera vikten, vilket leder till känsla av skam, skuld och underlägsenhet hos patienterna redan innan de möter sjuksköterskan. Denna känsla av underlägsenhet kan färga upplevelsen av bemötandet negativt (Merrill & Grassley, 2008). Komponenter som karaktäriserar möten mellan patienterna och sjuksköterskan och i sin tur genererar skamkänslor är allt från att inte bli tagen på allvar, bli avfärdad, nedtryckt, uppleva pinsamma möten med vårdpersonal (Merrill & Grassley, 2008), till att bli förödmjukad på grund utav sin vikt och bli kallad ”obese” (Thomas et al., 2008). Exempel på pådyvlat skuld är när patienten bryskt och med normativa kommentarer uppmanas att lösa sitt eget problem med fetman “*...You've got a problem. Sort it...*” (Brown et al., 2006b s.670). Genomgående i studierna försöker patienterna att gå ner i vikt och misslyckas (Brown et al., 2006b; Buxton & Snethen, 2013; Hansson et al., 2014; Kirk et al., 2014; Merrill & Grassley, 2008; Puhl et al., 2008; Rogge et al., 2004; Santos et al., 2012; Thomas et al., 2008). “*Being overweight is the worst thing in my life, and it consumes my life.*” (Merrill & Grassley, 2008, s.142). Patienterna i

Puhl et al. (2008, s.353) vill förmedla hur konstanta viktminskningsförsök tär på självförtroende och ofta resulterar i en ond cirkel med viktuppgång istället som resulterar i ännu mer skam. "*My body just doesn't cooperate...*" Förväntningarna på en lyckad viktnedgång är låga efter många misslyckade försök (Kirk et al., 2014; Merrill & Grassley, 2008). Drivkrafter för att gå ned i vikt är antingen ilska eller passion. Ilska riktad mot sig själv "*...I just get mad, because why can't I loose this weight? Why is it so hard?*" (Rogge et al., 2004, s.311). Hälften av kvinnorna i studien av Thomas et al. (2008) menar att de in absurdom tänker på vikten och prövar alla metoder för att minska den. Skammen över oförmågan att få bukt med fetman leder till att patienterna "tystas". De lämnas svarslösa inför det faktum att de hålls personligt ansvariga för sin vikt (Brown et al., 2006b; Rogge et al., 2004).

Vården är inte fysiskt anpassad för mig

Ett annat problem patienterna beskriver är brist på fysiskt utrymme i vårdens praktiska utformning. Detta manifesteras av små undersökningsrum, smala britsar, medicinsk utrustning och patientkläder anpassade för normalviktiga. Problemen börjar redan när patienterna kommer in i väntrummet och inte hittar någonstans att sitta och fortsätter med en alltför klen blodtrycksmanschett. En kvinnlig patient beskriver hur pinsam och generande en situation blev för henne när blodtrycksmanschetten inte passade och sjuksköterskan sprang runt på kontoret och letade medan hon jäktat uttryckte sig på ett nedlåtande sätt "*... We need the bigger cuff. She can't fit the other...*". Att bli reducerad till någon utan namn som därtill är för stor skapar en känsla av skam hos patienten. Denna utsatthet och sårbarhet hos patienterna blir påtaglig då sjukvårdsmiljön inte är fysisk utformad för dem (Merrill & Grassley, 2008, s.141). Avsaknad av en fysiskt inbjudande miljö gav patienterna en känsla av ett utpekande av dem som avvikande från normen. "*I'd be thinking everybody's thinking, oh, look at her. Look at her. Look at the size of her, and I couldn't cope with that.*" (Brown et al., 2006b s. 669).

Upplevelser av utsatthet

Det framkommer att sjukvården är en av de vanligaste arenorna för upplevd diskriminering av patienter med fetma (Puhl et al., 2008). Enligt Hansson, Näslund & Rasmussen (2010) finns det ett visst samband mellan utbildningsnivå och upplevd diskriminering, men däremot är det inte statistisk signifikant. Patienter med högre utbildning bland både de med fetma och svår fetma uppger oftare upplevd diskriminering än deras normalviktiga motsvarigheter. Patienter med svår fetma uppger dubbelt så mycket diskriminering i sjukvården i jämförelse med normalviktiga (Hansson et al., 2010). Diskriminering kan ses som en negativ särbehandling som tilltar med ökande vikt. Ett statistiskt samband ses mellan upplevelsen av stigmatisering i sjukvården och tilltagande grader av fetma (Jackson, Steptoe, Beeken, Croker & Wardle, 2015; Hansson & Rasmussen, 2014; Hansson et al., 2010). Prevalensen av upplevd stigmatisering är högre hos kvinnor. De är oavsett vikt dubbelt benägna att uppges en diskriminerande handling i jämförelse med männen (Hansson et al., 2014). Av de patienter som inte upplever någon diskriminering är alla män (Thomas et al., 2008). Dock motsägs detta av Puhl et al., (2008) och Jackson et al., (2015), där de explicit uttrycker att genus saknar betydelse i deras resultat.

Ett personligt ansvar för fetman

Patientens personliga ansvar för sin fetma styrks av Brown et al. (2006b s. 669) vilket illustreras av följande citat: "*But only the fat person can do it for themselves and I think if the health service [-] were a bit more encouraging instead of so negative about obesity, then maybe we'd get somewhere.*" Däremot anser andra patienter att de inte kan hållas fullt

ansvariga för sin fetma p.g.a. matens beroendeframkallande effekt. De önskar att människor kunde göra en ansats att förstå komplexiteten med fetma; bakomliggande faktorer som bidrar till den och inte minst hur det är att leva med fetma. "...I would like "thin" people to walk in overweight people's shoes for the day to see how we are treated and how we live our lives..." (Puhl et al., 2008, s. 354).

Sårbarhet

För patienter med fetma innebär tillståndet förödande och djupt gående konsekvenser som sträcker sig längre än ett högt BMI och komorbiditeter. Fetman medför en sårbarhet och psykologiska men som skam, depression, förnedring, dåligt självförtroende och själv-hat (Kirk et al., 2014; Puhl et al., 2008; Santos, Pasquali & Marcon, 2012; Thomas et al., 2008), vilket manifesteras i citatet "*I consider my life awful! I have severe depression and I sleep all day long...*" (Santos et al., 2012, s. 5). I respons på detta kan patienten tillämpa överätning som copingstrategi, vilket därmed genererar högre vikt och sämre mående (Puhl et al., 2008). Patienter med fetma är sårbara per definition och behöver skydda sig mot stigmatiseringen genom att t.ex. driva med sig själv, stänga av emotionellt eller att ignorera det (Thomas et al., 2008). I andra fall blir de yttre stigmatiserande epiteten; lathet, hetsätare, låg intelligens, bristande viljestyrka och självdisciplin som förknippas med fetma, något som patienterna själva införlivar med sin karaktär och tror på (Puhl et al., 2008).

Varierande upplevelser av stöd

Patienterna uttrycker ett oformulerat behov av stöd som sjuksköterskan och vårdpersonal har svårt att möta då komorbiditeter krävs för att få hjälp med fetman (Kirk et al., 2014). En del patienter upplever frustration över det bristande stödet. De blir konstant tillsagda att gå ner i vikt, men ges inga verktyg eller uppföljning, medan andra får högre grader av icke dömande stöd, råd och uppföljning (Brown et al., 2006b; Thomas et al., 2008). Vid tillfällen där problematiken med fetman uppmärksammas av sjuksköterskan har behandlingen saknat uppföljning och lämnat patienten frustrerad och besviken. Däremot framkommer det i studien av Santos et al. (2012) att patienter med fetma upplever att stöd i gruppform är positivt. Patienterna känner samhörighet, får ta del av goda exempel på viktning samt delar den levda erfarenheten av viktstigmat, vilket leder till förbättrad livskvalitet. Gruppen bjöd in representanter från sjukvården att föreläsa inom olika områden av hälsa. Detta ledde till ett mindre vertikalt förhållande till sjukvården. Det finns andra patienter som haft positiva upplevelser och bra interaktioner med sjuksköterskor och vårdpersonal (Merrill & Grassley, 2008; Thomas et al., 2008). Typiskt är att vid högre grader av stöd upplevs bemötandet bättre (Brown et al., 2006b).

Vården saknar kunskap

Respekt och ett personligt bemötande är viktiga komponenter som eftertraktas i relationen mellan sjuksköterska och patient (Buxton & Snethen, 2013; Jackson et al., 2015; Kirk et al., 2014, Merrill & Grassley, 2008; Rogge et al., 2004; Thomas et al., 2008). Patienterna anser att fetman har en komplex etiologi och de upplever att sjuksköterskan inte alltid har kunskap och förmåga att förstå de bakomliggande orsakerna t.ex. genetik, metabolism och användande av mat som en drog likt rökning och bruk av alkohol (Puhl et al., 2008). En viktig sak som framkommer i studien av Buxton & Snethen (2013) är uppfattningen om egen hälsa kopplat till fetma. Patienterna uppfattar sig inte som sjuka trots sin fetma. De anser att fetman inte hindrar dem i det dagliga livet. God hälsa baseras inte på BMI utan på måendet, möjligheter att göra det de vill och ifall existerande sjukdom finns t.ex. högt kolesterol, diabetes m.m. De

flesta patienterna i studien av Buxton & Snethen (2013) svarar också att de inte fördröjer eller undviker kontakt med hälso- och sjukvård.

Diskussion

Metoddiskussion

Författarnas uppfattning om att patienter med fetma blir dåligt bemötta av sjuksköterskor och vårdpersonal inom hälso- och sjukvård är baserat på egna erfarenheter. Denna förförståelse kan ha inverkat både positivt och negativt på uppsatsen. Vi var dock noggranna med att lyfta fram alla aspekter som framkom i mötet mellan patienterna och sjuksköterskan. Författarna ville undersöka om det fanns studier i ämnet med fokus på sjuksköterskans bemötande, då vi själva är i transition från sjuksköterskeelever till sjuksköterskor. Därför valdes litteraturstudie som metod. De artiklar uppsatsens resultat baseras på är utvalda enligt strikta inklusions- och exklusionskriterier. Det har medfört att vi vid ett flertal tillfällen har tvingats avstå intressanta artiklar som belyser uppsatsens syfte där t.ex. läkaren eller specialistsjuksköterskan stått för bemötandet, eftersom vi exkluderat alla andra vårdgivare än sjuksköterskor och vårdpersonal. Uteslutandet av patienter med psykisk sjukdom kan ha medfört en svaghet i resultatet eftersom fetman har en stark koppling till psykisk ohälsa. Exklusionskriterierna kan ha medfört att väsentlig kunskap möjligen överförbar till sjuksköterskans roll har gått förlorad. Väsentlig tid gick åt till att hitta lämpliga artiklar passandes våra kriterier. Artiklarna är hämtade från sökningar som både varit breda med söktermen "obesity", "obesity" med avgränsningen psychosocial factor och ännu mer specifika med termer som (weight stigma) AND nurs*. Därför anses fenomenet inringat. Eftersom fetma är ett pågående och växande problem valdes tidsbegränsningen 2000-2016. Perioden löper över 16 år p.g.a. att de senaste 10 åren inte gav tillräckligt med relevanta artiklar. De systematiska översikterna av Mold & Forbes (2011) och Brown (2006a) granskades med Amstar (SBU, 2014a) som visade på hög kvalitet.

Alla artiklarna granskades först var för sig och därefter av båda författarna vilket innebär en högre reliabilitet. De åtta kvalitativa artiklarna har granskats med SBUs granskningsmall för kvalitativa artiklar (2014). De tre kvantitativa artiklarna har granskats med Willman & Stoltz granskningsmall för kvantitativa artiklar (2002). Eftersom uppsatsens ansats är att belysa upplevelser hos patienterna gav det tre kvantitativa artiklarna information om konsekvenser av upplevd stigmatisering snarare än upplevelser p.g.a. artiklarnas natur. Detta ansågs komplettera materialet på ett berikande sätt. Nio artiklar hittades i databaserna CINAHL och PubMed med systematisk sökning. Två artiklar är funna sekundärt. En artikel av Santos et al. (2012) med låg kvalitet inkluderades p.g.a. att vi ansåg att dess innehåll berikade materialet med patienternas goda upplevelser av gruppstöd och belysning av psykologiska konsekvenser av fetma. Indexering av tidningar där studierna har publicerats och antal citeringar har nämnts eftersom det indikerar ifall studierna blivit uppmärksammade och det är tidningar med påverkan inom ämnesområdet. En aspekt av bedömningen av artiklarna är att uppmärksamma antalet citeringar. Ett högre antal citeringar kan innebära god kvalitet. De studier vi ansett vara av hög kvalitet har också fått ett högre antal citeringar än de med lägre kvalitet. Detta kan dock vara avhängigt studiens ålder. De nyare studierna av hög kvalitet från år 2013-2015 har av förklarliga skäl färre citeringar (bilaga 2, översiktstabell).

De 11 artiklarna som till sist valdes ut kommer från olika delar av världen, fyra från USA, två från Sverige, två från Storbritannien, en från Canada, Brasilien, Australien. Eftersom strävan var att urvalet skulle spegla flera världsdelar, diskuterades det om fyra artiklar från USA skulle vikta resultatet. Då det skiljer sig mellan sjukvårdssystemens utformning och uppbyggnad i de olika länderna. Detta motsägs vid närmare granskning utav diversiteten i urvalet från dessa studier då deras urval representerar olika etniciteter, grupptillhörigheter och olika stater vilket sammantaget med de övriga sju artiklarna speglar fenomenet och vårt syfte "patientens upplevelse av sjuksköterskans bemötande inom hälso- och sjukvård" på ett mångfacetterat sätt. De kvalitativa studiernas urval är till övervägande delen självvalt, dvs. att deltagarna har t.ex. sett annonser i media och själva anmält intresse för att delta. Detta kan ge ett snedvridet resultat p.g.a. selektionsbias då t.ex. patienter med fetma som har väldigt starka negativa eller positiva känslor kan välja att delta. Det kan bli svårt att visa nyanserade upplevelser. Vad gäller de kvantitativa artiklarnas urval kommer det från två tidigare stora befolkningsstudier. Två innefattar åldersspannet yngre arbetsför befolkning medan den andra studerar övre medelåldern och uppåt. Det ger ett rikt material, men osäkerhet i generalisering eftersom faktisk stigmatisering och upplevelsen av stigmatiseringen kan variera beroende på åldern. Därtill är det oklart om uppsatsens resultat går att generalisera till en svensk kontext, men det bidrar till fördjupad kunskap inom ett växande kunskapsområde.

Analysen av artiklarnas resultat tog mycket tid i anspråk, då noggrann genomläsning krävdes för att hitta det resultat i artiklarna som huvudsakligen berörde sjuksköterskan och därefter vårdpersonalen. Anledningen till detta är att vår profession ingår i kategorin vårdpersonal och därför togs studier som berör vårdpersonalen med. Utöver det, patientens eventuella svårighet att särskilja sjuksköterskan från annan vårdpersonal. Först formulerades teman var för sig för att försäkra att möjliga teman inte förlorades i processen. Därefter diskuterades detta ihop och nya teman formulerades tillsammans tills konsensus uppnåddes. En svårighet författarna upplevde var att hitta renodlade teman utan en inbördes växelverkan med flera interfererande komponenter. Detta i relation till det centrala i uppsatsens resultat, patienten och hans upplevelse av att bara vara en visuell påminnelse av stigmat för sjuksköterskan och den inre upplevelsen av samma fenomen. Detta löstes genom att fokusera på tematiseringen och inte rangordningen. Därefter sågs ett tydligt huvudtema: "De ser bara min fetma" som gjorde de andra temana underordnade utan inbördes rangordning.

Resultatdiskussion

Det centrala i resultatet är att patienterna känner sig stigmatiserade p.g.a. fetman. Den ses alltid först och detta bidrar till inre processer som i sin tur kan leda till ett copingbeteende med ökad fetma och större psykisk ohälsa t.ex. depression. Patienterna i studierna upplever olika grader av stöd, från att inte få någon hjälp alls till måttligt stöd. Detta kan även bero på att de eventuellt brister i förmågan att formulera sitt behov. Därtill visar det sig att sjukvårdens krav är att patienterna har komorbiditeter p.g.a. fetman för att få hjälp. Patienterna upplever brist på respekt och implicit att de får skylla sig själva för fetman. Det finns exempel på goda möten, men i vårt resultat ser vi inget som tyder på att det är något annat än slumpen som avgör hur kompetent sjuksköterskan är i mötet. I de fall patienterna får en mer kontinuerlig kontakt har de en bättre upplevelse. En del av stigmat är att fetman utgör och förknippas med negativa epitet. En aspekt av stigmat är den fysiska upplevelsen av den bristande praktiska utformningen av vårdmiljön. Patienternas kroppar blir en visuell manifestation av avvikandet från normen.

Vårdrelationen med ömsesidighet, respekt och förtroende kommer att bli lidande då patienterna upplever en brist på respekt och varken känner förtroende eller ömsesidighet. I den systematiska litteraturöversikten av Mold & Forbes (2011) beskrivs att sjuksköterskor upplever ambivalens gentemot patienter med fetma, eftersom de anser att patienterna har ett eget ansvar för fetman och borde göra något åt det. Brown et al. (2006a) menar att negativa attityder, stereotyper och olika personliga egenskaper påverkar attityderna mot patienterna. Det är konsistent med det vi observerat i våra fynd att slumpen avgör vårdrelationens vara eller icke vara beroende på vilken vårdkultur patienten befinner sig i. Sjuksköterskor är människor. De lever som nämnts i bakgrunden i ett socialt sammanhang där normen utgör ett ramverk för beteendet. I samhället idag finns ett sundhetsideal som omfamnar den "smala kroppen", att äta hälsosamt och att träna m.m. Den s.k. smalnormen ger viktstigmat som tillåter ett normativt beteende. Och därmed rätten att behandla en person med fetma som en sorts icke person, bara en fysisk representation av ett stigma. I sjukvården kan dessa ideal förstärkas relaterat till de medicinska riskerna med fetma. Sjuksköterskan kan vara normmedveten eller inte, vilket har betydelse för hur bemötandet blir. Huvudtemat i uppsatsen "De ser bara min fetma" styrker att patienterna blir behandlade efter utseendet. Sålunda har normen betydelse för patienternas upplevelse av bemötandet.

Patienterna med fetma kan internalisera omgivningens stereotyper och stigmatisering. Det beskrivs hur ett negativt bemötande eller rädslan för ett negativt bemötande initierar vidare psykologiska processer hos den drabbade individen. Det här kan för patienterna leda till ett införlivande av omgivningens normer om hur personer med fetma "är", vilket åskådliggörs i skulden och skammen de upplever p.g.a. fetman (Brown et al., 2008b; Buxton & Snethen, 2013; Kirk et al., 2014; Merrill & Grassley, 2008; Puhl et al., 2008; Rogge et al., 2004; Santos et al., 2012; Thomas et al., 2008). Det något oväntade fyndet i vårt resultat är att internaliseringen kan leda till att personer med fetma själva tar avstånd från, och ser med omgivningens ögon på deras likar (Buxton & Snethen, 2013; Rogge et al., 2004). I de systematiska översikterna av Brown (2006a) och Mold & Forbes (2011) påtalas internaliseringen, men däremot inte att patienter med fetma i sin tur ser med samma anti-fat bias på andra personer med fetma som övriga omgivningen gör.

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) säger att alla människor ska få likvärdig vård på lika villkor. Resultatet visar att patienterna i studierna upplever att de inte får en likvärdig vård i jämförelse med normalviktiga patienter. Den systematiska översikten av Brown et al. (2006a) visar som tidigare nämnts att sjuksköterskor påverkas i mötet av patienterna med fetma. De hyser tvivel om patienten egen motivation, blir "äcklade" m.m. I Mold & Forbes (2011) uppger sjuksköterskor och vårdpersonal en lägre acceptans gentemot denna patientgrupp. Emellertid tar Mold & Forbes (2011) upp att sjuksköterskor och vårdpersonal som arbetar i direktkontakt med patienter med fetma är mindre fördomsfulla i sitt bemötande. Patienternas upplevelser i bemötandet av sjuksköterskan är centralt i uppsatsen. Det som kan övervägas är huruvida det existerar en kultur av intolerans gentemot patienter med fetma. En kultur som tillåts att fortgå p.g.a. okunskap om diagnosen fetmas komplicerade etiologi samt psykiska- och fysiologiska konsekvenser. Resultatet beskrivs med ett huvudtema: De ser bara min fetma och sju underteman. De glider in och ut ur varandra i ett komplicerat och ofta negativt samspel som påverkar individen på olika sätt. Kontentan blir dock detsamma för patienten - ett lidande.

Slutsats

Patienter med fetma är en stor och heterogen grupp som mer än fördubblats de sista årtiondena. Patientgruppen har stort behov av sjukvård p.g.a. fetmans negativa effekter och komorbiditeter. Patienterna i uppsatsens resultat upplever till övervägande del att deras behov av adekvat vård inte hörsammas av sjuksköterskan. Både till följd av normen i samhället som leder till viktstigmatiseringen men även p.g.a. kunskapsbrist hos sjuksköterskan. Patienterna får inte gehör för sina behov eftersom de utöver en eventuell oförmåga att formulera vad de behöver, inte heller lyssnas på eller tas på allvar. Denna oförmåga i kombination med ett respektlöst bemötande utmynnar i en internalisering av samhällets stigmatisering och skuldbeläggning.

Implikationer för vårdande

Vårdrelationen behöver med sina tre nyckelbegrepp; respekt, ömsesidighet och förtroende användas aktivt för att skapa ett möte mellan patienten och sjuksköterskan. Patienter med fetma är sårbara och utsatta p.g.a. sitt tillstånd och både Hälso- och Sjukvårdslagen (HSL 1982:763) och ICN:s etiska kod (2012) för sjuksköterskor förordar ett möte baserat på respekt och ödmjukhet inför individens unika behov. Det blir en kedjereaktion när hjälpsökande patienter med fetma blir stigmatiserade av sjuksköterskor i sjukvården, vilket leder till mer ohälsa fysiskt och psykiskt med copingbeteende som t.ex. överätning som följd. Detta resulterar i ett högre BMI. Den högre vikten medför i förlängningen följsjukdomar och komorbiditeter vilka sjukvården till sist och syvende måste ta hand om – då med sämre förutsättningar och ett större lidande för patienten. Fenomenet beskrivs i Hansson et al. (2010), Hansson et al. (2014) och Jackson et al. (2015), att vikten steg med stigmatiserande upplevelser i sjukvården. Här är bristen i vårdrelationen evident med förödande följder och detta styrker att sjuksköterskan är involverad i en process med patienten. Det utvecklas en misstro och förtroendet bryts. Alla patienter med fetma upplever inte ett negativt bemötande, men det är av vikt att höja kunskapsnivån hos sjuksköterskor om fetmans komplexa etiologi för att säkra en patientsäker vård och ett för vården resurseffektivt utnyttjande. Kurser om fetmans etiologi och komplexitet fysiologiskt och psykologiskt bör införas i grundutbildningen av sjuksköterskor, då det är viktigt eftersom fetma- E66 är en diagnos och en folkhälsosjukdom på frammarsch.

Referenslista

- Björck, M., & Sandman, L. (2007). Care relation: trying to clarify the use of the concept. *Nordic Journal Of Nursing Research & Clinical Studies / Vård I Norden*, 27(4), 14-19.
- Brewis, A. A. (2014). Stigma and the perpetuation of obesity. *Social Science & Medicine*, 118152-158. doi:10.1016/j.socscimed.2014.08.003
- Brown, I. (2006a). Nurses' attitudes towards adult patients who are obese: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 53(2), 221-232. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03718.x
- Brown, I., Thompson, J., Tod, A., & Jones, G. (2006b). Primary care support for tackling obesity: A qualitative study of the perceptions of obese patients. *British Journal of General Practice*, 56(530), 666-672.
- Buxton, B. K., & Snethen, J. (2013). Obese women's perceptions and experiences of healthcare and primary care providers: A phenomenological study. *Nursing Research*, 62(4), 252-259. doi:10.1097/NNR.0b013e318299a6ba
- Dahlborg Lyckhage, E., Lau, M., Tengelin, E. (2015). Normer som hinder för jämlik och rättighetsbaserad vård. I E. Dahlborg Lyckhage, G. Lyckhage, E. Tengelin (Red.), *Jämlik vård: Normmedvetna perspektiv* (s. 37-60). Lund: Studentlitteratur AB.
- Diagnoskod. (2016). *Kapitelsök i svenska ICD10-SE diagnoskoder och primärvårdskoder*. Hämtad 2016-10-12 från <http://www.diagnoskod.se/koder/index.php?first=E65&last=E68>
- Folkhälsomyndigheten. (2016). *Folkhälsan i Sverige 2016*: Halmstad: ISY Information System AB.
- Friberg, F. (2006a). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 109-112). Lund: Studentlitteratur AB.
- Friberg, F. (2006b). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 115-117, 119). Lund: Studentlitteratur AB.
- Friberg, F. (2006c). Tankeprocessen under examensarbetet. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 33-34). Lund: Studentlitteratur AB.

- Halldórsdóttir, S., Linköpings universitet, Omvårdnad, Hälsouniversitetet, & Institutionen för medicin och vård. (1996). *Caring and uncaring encounters in nursing and health care: Developing a theory*
- Hansson, L. M., Näslund, E., & Rasmussen, F. (2010). Perceived discrimination among men and women with normal weight and obesity. A population-based study from Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health, 38*(6), 587-596. doi:10.1177/1403494810372266
- Hansson, L. M., & Rasmussen, F. (2014). Association between perceived health care stigmatization and BMI change. *Obesity Facts, 7*(3), 211-220. doi:10.1159/000363557
- HSL 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- ICN: s etiska kod (2012). Svensk sjuksköterskeförening. (2012). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Jackson, S., Steptoe, A., Beeken, R., Croker, H., & Wardle, J. (2015;2014;). Perceived weight discrimination in England: A population-based study of adults aged ≥ 50 years. *International Journal of Obesity, 39*(5), 858-864. doi:10.1038/ijo.2014.186
- Karolinska Institutet. (2013). *Termer för "Upplevelser" och "Bemötande" i olika former*. Hämtad 2016-12-10 från https://kib.ki.se/sites/default/files/upplevelsebegrepp_2013.pdf
- Kirk, S. F. L., Price, S. L., Penney, T. L., Rehman, L., Lyons, R. F., Piccinini-Vallis, H., Aston, M. (2014). Blame, shame, and lack of support: A multilevel study on obesity management. *Qualitative Health Research, 24*(6), 790-800. doi:10.1177/1049732314529667
- Läkemedelsverket. (2015). *Övervikt och fetma*. Hämtad 2016-10-31 från https://lakemedelsboken.se/kapitel/nutrition/overvikt_och_fetma.html
- Merrill, E., & Grassley, J. (2008). Women's stories of their experiences as overweight patients. *Journal of Advanced Nursing, 64*(2), 139-146. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04794.x
- Mold, F., & Forbes, A. (2013). Patients' and professionals' experiences and perspectives of obesity in health-care settings: a synthesis of current research. *Health Expectations, 16*(2), 119-142. doi:10.1111/j.1369-7625.2011.00699.x

- Nationalencyklopedin. (2016a). *BMI*. Hämtad 2016-10-11 från <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/bmi>
- Nationalencyklopedin. (2016b). *Internalisering*. Hämtad 2016-11-21 från <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/internalisering>
- Nationalencyklopedin. (2016c). *Stigma*. Hämtad 2016-10-13 från <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/stigma>
- Nationalencyklopedin. (2016d). *Stigmatisering*. Hämtad 2016-10-13 från <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/stigmatisering>
- Puhl, R. M., Moss-Racusin, C. A., Schwartz, M. B., & Brownell, K. D. (2008;2007;). Weight stigmatization and bias reduction: Perspectives of overweight and obese adults. *Health Education Research*, 23(2), 347-358. doi:10.1093/her/cym052
- Rogge, M. M., Greenwald, M., & Golden, A. (2004). Obesity, stigma, and civilized oppression. *Advances in Nursing Science*, 27(4), 301-315.
- Rosén, M. (2012). Systematisk litteraturoversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 437). Lund: Studentlitteratur AB.
- Rössner, S. (2012). Utbredd diskriminering av feta. *Läkartidningen*, 99(49). Tillgänglig: <http://lakartidningen.se/OldPdfFiles/2002/25858.pdf>
- Santos, A. d. L., Pasquali, R., & Marcon, S. S. (2012). Feelings and living experiences of individuals taking part in a support group for control of obesity: An exploratory study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 11(1), 3-13.
- SBU. (2014a). AMSTAR granskningsmall. Hämtad 2016-12-08 från http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_systematiska_oversikter.pdf
- SBU.(2002). *Fetma-Problem och åtgärder*. Hämtad 2016-10-10 från <http://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/fetma---problem-och-atgarder/>
- SBU. (2014b). *Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser*. Hämtad 2016-11-16 från http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_kvalitativ_forskningsmetodik.pdf

- Socialstyrelsen.(2009). *Folkhälsorapport*. Hämtad 2016-12-14 från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71.pdf>
- Synonymer. (2016). *Respekt*. Hämtad 2016-10-31 från <http://www.synonymer.se/?query=respekt>
- Tarlier, D. S. (2004) Beyond caring: the moral and ethical bases of responsive nurse–patient relationships. *Nursing Philosophy*, 5: 230–241. doi:10.1111/j.1466-769X.2004.00182.x
- Thomas, S. L., Hyde, J., Karunaratne, A., Herbert, D., & Komesaroff, P. A. (2008). Being 'fat' in today's world: A qualitative study of the lived experiences of people with obesity in Australia. *Health Expectations*, 11(4), 321-330. doi:10.1111/j.1369-7625.2008.00490.x
- Vårdhandboken. (2016). *Personcentrerad vård*. Hämtad 2016-10-31 från <http://www.vardhandboken.se/Texter/Personcentrerad-varld/Oversikt/>.
- WHO. (2016). *Obesity and overweight*. Hämtad 2016-10-10 från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- Willman, A., & Stoltz, P. (2002). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.
- Östlundh, L. (2006). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats -vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 46, 62). Lund: Studentlitteratur AB.
1177. (2014a). *Fetma*. Hämtad 2016-10-31 från <http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Fetma/>
1177. (2014b). *Fetma*. Hämtad 2016-10-31 från <http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Tema/Halsa/Motion-och-rorelse/Motion-och-traning/FaR---fysisk-aktivitet-pa-recept/>

Bilagor

Bilaga 1 Söktabell

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
3/10 CINAHL	obesity psychosocial factor major	peer-reviewed psychosocial factor major subject all adult 2000-2016	290	14	14	5 Kirk et al.(2014) Santos et al.(2012) Rogge et al.(2004) Merrill & Grassley. (2008) Thomas et al.(2008)
10/10 CINAHL	(weight stigma) nurs*	peer-reviewed all adult 2000-2016	2	1	1	1 Buxton & Snethen. (2013)
19/10 Pub- Med	obesity (MeSH major topic), “professional-patient relations” (all fields)	peer-reviewed adult 19+ 2000-2016	205	8	1+ 2 sekundär artiklar	3 Hansson et al. (2014) Sekundärartiklar: Hansson et al.(2010) Jackson et al. (2015)
19/10 Pub- Med	obesity (MeSH major topic), “patient satisfaction” (all fields)	peer-reviewed adult 19+ 2000-2016	422	3	1	1 Brown et al.(2006b)
20/10 CINAHL	obesity AND qualitative	peer-reviewed all adult 2000-2016	348	34	1	1 Puhl et al.(2007)

Bilaga 2 Översiktstabell

Författare, namn på studien, land och tidskrift	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Indexering/citering	Kvalitet
<p>Thomas et al. (2008)</p> <p><i>Being 'fat' in today's world: a qualitative study of the lived experiences of people with obesity in Australia</i></p> <p>Australien</p> <p><i>Health expectations</i></p>	Att belysa den levda erfarenheten av fetma och inverkan av socio-kulturella faktorer på personer med fetma.	Djup-intervjuer med 76 självvalda deltagare med BMI över 30. Intervjuer skedde i person eller per telefon och tog 60-120 min.	76 deltagare som svarat på annons i tidning. 11 av dessa var medvetet valda från en obesitas mottagning eller per rekommendation av andra deltagare. Åldern på deltagarna var mellan 16-72 år.	72 deltagare har känt sig stigmatiserade (i samhället) p.g.a. fetman. Hälften av deltagarna hade känt sig förödmjukade i sjukvården. 17 deltagare direkt av sjuksköterskan. (Mer än någon nämnd yrkeskategori). 80 % avskyr ordet obesity.	Indexering: 3,2 (2015) Rankad nr 15 av 88 tidningar inom samma ämnesområde. Citeringar: 85 varav 9 i år.	Hög.
<p>Kirk et al (2014)</p> <p><i>Blame, shame, and lack of support: a multilevel study on obesity management</i></p> <p>Canada</p> <p><i>Qualitative health research</i></p>	Att belysa hur personer med fetma upplever vården, samhället och dess hantering av fetma.	Semistrukturerade intervjuer med en feministisk post-strukturalistisk ansats för att inkludera sociala konstruktioner, könsaspekter, etnicitet, klass, socioekonomisk gradient m.m.	42 semistrukturerade intervjuer med individer som identifierade sig som personer med fetma, vårdpersonal och politiker. Annonserades i olika medier samt uppsökning av specifika personer.	Teman som; skam som påtryckningsmetod, möter motstånd på ett systemiskt plan och individuellt plan, brist av stöd till individer med fetma.	Ingen indexering. Citeringar: 8 varav 4 i år.	Medel
<p>De Lima Santos et</p>	Att belysa hur det är	Observationer och inspelning	12 kvinnor och 2 män	Fetma skapade en tung	Ingen indexering.	Låg

<p>al (2012)</p> <p><i>Feelings and living experiences of individuals taking part in a support group for control of obesity: an exploratory study</i></p> <p>Brasilien</p> <p><i>Brazilian Journal of Nursing</i></p>	<p>att leva med fetma för deltagare i en självhjälps-grupp samt deras upplevelse av denna grupp.</p>	<p>under 7 tillfällen samt individuella intervjuer efter det 7:e tillfället. Analysering av teman. Gruppsessionerna varade mellan 60-90 minuter.</p>	<p>i en självhjälpsgrupp med BMI över 30.</p>	<p>psykologisk börda. Gruppen hjälpte deltagarna att finna en självacceptans och stöd. Underströks att självhjälps-grupper var ett effektivt verktyg för sjuksköterskan att arbeta med p.g.a. att maktförhållandet minskade och stimulerade empowerment hos deltagarna.</p>	<p>Citeringar: 3 varav 0 i år.</p>	
<p>Rogge et al (2004)</p> <p><i>Obesity, Stigma and Civilized Oppression</i></p> <p>USA</p> <p><i>Advances in Nursing Science</i></p>	<p>Att belysa vad som är meningsfullt och viktigt när man har fetma.</p>	<p>Hermeneutisk-fenomenologisk metod med intervjuer på 1-2 timmar med öppna frågor. Därefter analyserades teman.</p>	<p>13 personer med fetma och 5 familjemedlemmar. 7 kände författarna och 6 svarade på annonser i media. Därefter valdes 5 familjemedlemmar. Ålder 24-57 år.</p>	<p>Personer med fetma blir utsatta för ett socialt konstruerat förtryck och diskriminering av samhället och sjukvården i alla aspekter av det dagliga livet.</p>	<p>Indexering: 0,7 (2015) Rankad 84 av 116 tidningar inom samma ämnesområde. Citeringar: 62 varav 2 i år.</p>	Medel
<p>Merrill et al (2008)</p> <p><i>Women's stories of their experiences as overweight patients.</i></p> <p>USA</p> <p><i>Journal of Advanced Nursing</i></p>	<p>Att belysa överviktiga kvinnors upplevelser av bemötandet i sjukvården.</p>	<p>Metoden var en blandning mellan Heideggers hermeneutik, historieberättande/fenomenologi och feministisk teori. Djupintervjuer a` 50-90 minuter spelades in. Deltagarna uppmanades att berätta samt fick påföljande frågor för att klargöra. Intervjuerna hölls över en 4 månaders period i privata konferensrum i ett bibliotek.</p>	<p>Självvalt urval av åtta engelsk-språkiga kvinnor mellan 20-61 år som identifierade sig som överviktiga. Deltagarna anmälde sitt intresse via annonsering på medborgarkontor och i regionala tidningar.</p>	<p>Fyra teman framkom som berörde att det var en kamp att besöka sjukvården: – <i>Kamp för att passa in.</i> – <i>Bli avfärdad</i> – <i>Inte känna sig mänsklig</i> – <i>Vägran att ge upp</i></p>	<p>Indexering: 1,9 (2015) rankad 11 av 116 tidningar inom samma ämnesområde. Citeringar: 34 varav 3 i år.</p>	Medel

<p>Puhl et al (2008)</p> <p><i>Weight stigmatization and bias reduction: Perspectives of overweight and obese adults.</i></p> <p>USA</p> <p><i>Health Education Research</i></p>	<p>Att undersöka och förstå den subjektiva upplevelsen av viktstigmatisering i ett stort urval av kvinnor och män med övervikt och fetma. Studien ämnar också undersöka om responsen till viktstigmatisering korrelerar till graden av övervikt.</p>	<p>Studien baseras på en tidigare studie med online enkät bestående av ett kvantitativt frågebatteri för att mäta självupplevd viktstigmatisering. Enkäten innehöll även fyra kvalitativa frågor med öppna svarsalternativ som ligger till grund för den här studiens resultat.</p> <p>Deltagarna ombads beskriva: värsta erfarenhet av viktstigmatisering. Uppfattning om vanliga viktbaseade stereotyper, hur deras övervikt får dem att känna sig, förslag och strategier för att motverka viktstigmatiseringen i vår kultur.</p>	<p>Självvalt urval av 274 kvinnor och 44 män mellan 18-82 år. Urvalet rekryterades på en viktminskningsklubbs hemsida samt via annonsering i medlemstidningen.</p> <p>Av dessa 274 inkluderades tillslut bara de som svarat på de 4 kvalitativa frågorna =118 st (44 män and 74 kvinnor)</p>	<p>Vad gäller värsta erfarenheten av stigmatisering nämns health professionals som en bland flera källor. Stigmatiseringen skedde mest hemma, på offentliga platser och på vårdinrättningar. Deltagarna önskade också förståelse för konsekvenser av viktstigmatisering t.ex. depression, copingmekanismer som överätning m.m.</p>	<p>Ingen indexering. Citeringar: 101 varav 10 i år.</p>	<p>Hög</p>
<p>Buxton et al (2013)</p> <p><i>Obese women's perceptions and experiences of healthcare and primary care providers: A phenomenological study.</i></p> <p>USA</p>	<p>Att beskriva kvinnor med fetmas erfarenheter och upplevelser relaterat till stigma i vården och från deras vårdgivare</p>	<p>Fenomenologisk kvalitativ design, Colaizzimetoden.</p> <p>Semistrukturella intervjuer genomfördes och deltagarna ombads beskriva relationen till vårdgivaren och uppfattningar och upplevelser från vården.</p>	<p>Urvalet bestod av 26 engelskspråkiga kvinnor med ett BMI över 30. Urvalet kom från en lantlig miljö, nordöstra Philadelphia (PA)</p>	<p>Fyra teman framkom: 1) Uppfattningar om hälsa och vård 2) Respektera mig 3) Skapa vårdkontakt 4) Självsäkerhet är nödvändigt. Stigma nämndes inte i studien av någon av kvinnorna däremot talades det om negativ behandling av vårdpersonal.</p>	<p>Indexering: 1,8 (2015) rankad 14 av 116 tidningar inom samma ämnesområde. Citeringar: 5 varav 1 i år.</p>	<p>Medel</p>

<i>Nursing Research</i>						
<p>Hansson et al (2014)</p> <p><i>Association Between Perceived Health Care Stigmatization and BMI change.</i></p> <p>Sverige</p> <p><i>Obesity Facts</i></p>	<p>Sambandet mellan upplevelser av stigmatisering i sjukvården och förändringar i BMI av normalviktiga personer och personer med fetma.</p>	<p>Studie med data från tidigare ULF-studie kompletterat med uppföljningsdata på diskriminerande bemötande 2008. Personerna kategoriserades i normalviktiga, med fetma och sjuklig fetma. Det man tittade på var förändringen i BMI.</p>	<p>Urvalet bestod utav normalviktiga personer= 1064 st. Personer med fetma= 1273 st. Personer med allvarlig fetma= 291 st. Åldern på urvalet var 25-64 år 2008.</p>	<p>Vid stigmatiserande upplevelser ökade de med sjuklig fetma i vikt. Detta skedde inte med de normalviktiga, eller de med lägre grad av fetma.</p>	<p>Indexering: 2,4 (2015) rankad 39 av 80 tidningar inom samma ämnesområde. Citeringar: 2 varav 1 i år.</p>	Hög
<p>Hansson et al (2010)</p> <p><i>Perceived discrimination among men and women with normal weight and obesity. A population-based study from Sweden.</i></p> <p>Sverige</p> <p><i>Scandinavian Journal of Public Health</i></p> <p>Sekundärartikel</p>	<p>Om kvinnor och män med fetma upplever mer diskriminering än normalviktiga och om socioekonomiskt status påverkar detta.</p>	<p>Studie med data från tidigare ULF-studie. Personerna kategoriserades i normalviktiga, med fetma och sjuklig fetma. Det som undersötes var olika typer av upplevd diskriminering i förhållande till normalviktiga personer.</p>	<p>Normalviktiga personer =1112 st. Personer med fetma= 1362 st. Personer med allvarlig fetma =314 st. Åldern på urvalet var 25-64 år 2008.</p>	<p>Allvarligt feta uppgav dubbelt så mycket diskriminering i sjukvården än normalviktiga. Kvinnor, oavsett viktgrupp rapporterade diskriminering i sjukvården dubbelt så mycket i förhållande till männen. Deltagare med högre utbildning som var feta eller allvarligt feta uppgav mer diskriminering i sjukvården än de normalviktiga. Individer med låg utbildning rapporterade</p>	<p>Indexering: 1,3 (2015) rankad 113 av 172 tidningar inom samma ämnesområde. Citeringar: 23 varav 3 från i år.</p>	Hög

				i lägre grad diskrimineringen.		
<p>Brown et al (2006)</p> <p><i>Primary care support for tackling obesity: A qualitative study of the perceptions of obese patients</i></p> <p>USA</p> <p><i>British Journal of General Practice</i></p>	<p>Att undersöka patienter med fetmas erfarenheter och uppfattningar om stödet i vården</p>	<p>Kvalitativ studie med semi-strukturerade intervjuer utförda i patienternas hem. intervjuerna tog 1 h och spelades in.</p>	<p>Medvetet urval av 28 st patienter i blandade åldrar, med olika bakgrunder, grader av fetma och olika erfarenheter av vården.</p>	<p>Deltagarna beskrev hur de kände ett motstånd och var ambivalenta till att uppsöka vård p.g.a. vikten, att vården var ambivalent och saknade resurser, stigmarelaterade tankemönster återfanns hos deltagarna.</p>	<p>Ingen indexering. Citeringar: 57 varav 3 i år.</p>	<p>Medel</p>
<p>Jackson et al (2015)</p> <p><i>Perceived weight discrimination in England: A population-based study of adults aged >= 50</i></p> <p>England</p> <p><i>International Journal of Obesity</i></p> <p>Sekundärartikel.</p>	<p>Att undersöka prevalensen av upplevd viktdiskriminering inom 5 områden reaterat till vikt och sociodemografiska karakteristika i ett stort urval i en population av medelålders och äldre vuxna från England.</p>	<p>Longitudinell studie baserad på English Longitudinal Study of Ageing (ELSA). Den här studien baseras på våg 5 (2010–2011) intervjufrågor om erfarenheter av diskriminering inom flera områden inklusive vikt, samt antropometriska mätningar från våg 4 (2008–2009).</p>	<p>5347 män och kvinnor över 50 år. Inklusionskriterierna var att de svarat på kvalitativa frågor i ett frågeformulär från en tidigare sekvens av undersökningen samt att det fanns ett BMI uträknat.</p>	<p>Fem domäner undersöktes i relation till viktstigmatisering: respekt, intelligens, servicemiljöer, trasserier och medicinsk miljö. Ju högre vikt desto högre grad av upplevd viktdiskriminering.</p>	<p>Indexering: 5,3 (2015) rankad 6 av 80 tidningar inom samma ämnesområde. Citeringar: 1 varav 1 i år.</p>	<p>Medel</p>

Bilaga 3 Kvalitetsgranskningstabell A

	Utgår syftet från en väl-definierad problemformulering/frågeställning?	Är urvals-förfarandet tydligt beskrivet?	Finns etiskt godkännande?	Finns relevant etiskt resonemang?	Är data-Insamlingen tydligt beskriven?	Är analysen tydligt beskriven?	Är resultatet tydligt beskrivet?	Är resultatet överförbart till ett liknande sammanhang?	Kvalitet
Thomas et al. (2008)	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	HÖG
Kirk et al. (2014)	JA	JA	OKLART	NEJ	JA	JA	NEJ	JA	MEDEL
De Lima Santos et al. (2012)	JA	NEJ	JA	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	OKLART	LÅG
Rogge et al. (2004)	JA	NEJ	OKLART	JA	JA	JA	NEJ	JA	MEDEL

Bilaga 2 Kvalitetsgranskningstabell B

	Urvals-förfarandet tydligt beskrivet?	Etiskt godkännande?	Etiskt resonemang?	Analyserade i den grupp de randomiserades till?	Bortfallsanalys beskriven?	Adekvat statistisk metod?	Är resultatet generaliserbart?	Kvalitet
Hansson et al. (2014)	JA	JA*	NEJ	JA	NEJ	JA	JA	HÖG
Hansson et al. (2010)	NEJ	JA*	NEJ	JA	NEJ	JA	JA	HÖG
Jackson et al. (2015)	JA	JA*	NEJ	OKLART	NEJ	JA	NEJ	MEDEL

*Studierna baseras på stora befolkningsstudier som fått etiskt godkännande.

