



Blekinge Tekniska Högskola
Sektionen för hälsa

MÖTET MELLAN VÅRDPERSONAL OCH ÖVERVIKTIGA SAMT OBESA VÅRDTAGARE

- EN LITTERATURSTUDIE

MALIN BLOM
EMMA BOMAN

Examensarbete i vårdvetenskap 15 ECTS
VO1309
Sjuksköterskeprogrammet 180 ECTS
Juni 2009

Examinator: Mats Lintrup
Handledare: Lena Kransberg
Blekinge Tekniska Högskola
Sektionen för hälsa
371 79 Karlskrona

MÖTET MELLAN VÅRDPERSONAL OCH ÖVERVIKTIGA SAMT OBESA VÅRDTAGARE

- EN LITTERATURSTUDIE

MALIN BLOM
EMMA BOMAN

Författare/Blom, M. & Boman, E.

Mötet mellan vårdpersonal och överviktiga samt obesa vårdtagare. En litteraturstudie. *Examensarbete i vårdvetenskap, VO1309, 15 ECTS*. Blekinge Tekniska Högskola, Sektionen för hälsa 2009.

Abstract:

Bakgrund: Övervikt och obesitas är ett växande problem. Globalt sett räknas var tredje vuxen person vara överviktig och var tionde obes. Studier har visat att denna grupp möter en negativ attityd när de söker vård. Som vårdpersonal är det viktigt att se hela människan och inte bara till det yttre. Syfte: Syftet med studien var att belysa mötet mellan vårdpersonal och överviktiga samt obesa vårdtagare. Metod: Metoden som användes var en litteraturstudie med kvalitativ ansats och analys utifrån Graneheim och Lundmans beskrivning. Resultat: I resultatet framkom fyra kategorier: Bristerna i mötet, Kommunikation i mötet, Sjuksköterskors BMI påverkar mötet och Förhållningssätt i mötet. Vårdtagare känner att de får ett annorlunda bemötande beroende på deras vikt. Avhållsamhet och nedlåtande kommentarer är något som förekommer i mötet. Sjuksköterskans egen kroppsbild är också något som påverkar mötet. Slutsats: Huvudfynden i vårt resultat visar att vårdpersonal och vårdtagare upplever ett annorlunda beteende i mötet med de överviktiga och obesa vårdtagarna. Det handlar främst om kränkande kommentarer och sättet att möta sin vårdtagare på. En del sjuksköterskor är rädda för att prata om vårdtagarens övervikt och drar sig in i det längsta för att lyfta ämnet. Det visar sig också att sjuksköterskornas egna vikt och kroppsbild har betydelse för hur de möter dessa vårdtagare. Vårdtagarna i vår studie pekar på att sjukvårdspersonalen inte ser helheten och deras behov här och nu.

Nyckelord: Kommunikation, Möte, Obesitas, Sjukvårdspersonal, Övervikt.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	1
BMI	1
Mötet med vårdtagaren	2
<i>Kommunikation</i>	2
<i>Bemötande</i>	3
Vårdlidande	3
METOD	4
Urval	4
Analys	5
RESULTAT	6
Bristerna i mötet	6
Kommunikation i mötet	7
Sjuksköterskors BMI påverkar mötet	8
Förhållningssätt i mötet	8
DISKUSSION	9
Metoddiskussion	10
Resultatdiskussion	11
SLUTSATS	15
REFERENSER	16
BILAGEFÖRTECKNING	19
Bilaga 1 – Mall för kvalitetsgranskning	20
Bilaga 2 – Beskrivning av artiklar	21
Bilaga 3 – Sökhistorik	23
Bilaga 4 – Exempel på analys	25

BAKGRUND

Övervikt och fetma eller obesitas som det också kan benämnas var tidigare känt som ett hälsoproblem i höginkomstländer och är numera ett växande problem i hela världen (WHO, 2008). Redan vid lätt övervikt kan riskerna öka att drabbas av sjukdomar. Några av dessa sjukdomar är diabetes typ 2, hjärt- och kärlsjukdomar, stroke och cancer i vissa kroppsdelar. Detta är sjukdomar som sedan kan leda till en förtidig död (WHO, 2006). Övervikten kostar samhället stora summor varje år och redan år 2002 kostade övervikt och obesitas Sverige över tre miljarder svenska kronor i form av sjukhusvård och egenvård (SBU, 2002).

Globalt sett räknas det med att var tredje person är överviktig och att var tionde person är obes av den vuxna befolkningen (WHO, 2006). En undersökning utförd i USA visar att i åldersgruppen 20-39 år är andelen med $BMI \geq 25$ ca 60 % och i åldersgruppen 40-59 år ca 75 % (Ogden, Carroll, Curtin, McDowell, Tabak & Flegal, 2006). Även i Sverige blir viktproblemet allt större. Enligt Socialstyrelsen (2005) har antalet överviktiga män ökat med 30 % sedan 1980 och kvinnor med 20 %. Idag är hälften av alla män och en tredjedel av kvinnorna överviktiga eller har obesitas (a a).

BMI

Övervikt och obesitas är idag ett ofta förekommande begrepp och räknas ofta ut med Body Mass Index (BMI). BMI räknas ut genom kroppsvikt i kg/kroppslängd i m^2 , en vuxen person 20 – 70 år är normalviktig vid ett BMI mellan 20 – 25, överviktig då BMI överstiger 25 och har obesitas då BMI överstiger 30 (Andersen, Rissanen & Rössner, 1998). BMI räknar ut kroppsmassan och skiljer därför inte på muskler och fett och kan därför vara felaktigt i vissa fall (Socialstyrelsen, 2005). Referensvärdena för BMI gäller som ovan sagt för personer mellan 20 - 70 år. För personer över >70 år finns inga direkt referens- och normvärden (WHO, 1995). Detta då vikt- och längdmätningar med åren inte längre är densamma som för en ung vuxen (a a). Inte heller hos barn är BMI ett bra mått att använda då deras viktförhållanden inte alltid överensstämmer med deras tillväxt i meter (Karlberg & Albertsson-Wikland, 2001). För dem används istället längd- och viktkurvor (WHO, 1995).

I en undersökning av Brandsma (2005) undersöktes hur obesa vårdtagare och läkares attityder är till övervikt och obesitas. Undersökningen utfördes på ett sjukhus i mellanvästra USA där 26 vårdtagare med obesitas och 26 läkare deltog. I resultatet framkommer det att inställningen hos obesa vårdtagare och vårdpersonal till obesitas visar sig vara negativ. Många av deltagarna som var med i studien svarar att synen av eller att vara nära en person med obesitas är obehaglig eller motbjudande. Den tyder också på att de deltagande vårdtagarna säger sig ha sämre syn på sig själva än en normalviktig person (a a). Adams, Smith, Wilbur och Grady (1993) menar i sin studie att många överviktiga upplever rädsla för att besöka vården då de fruktar att vårdpersonalen kommer att döma dem för övervikten i första hand i stället för det primära hälsoproblemet

som de sökt för. Drury och Louis (2002) visar i sin undersökning att en del vårdtagare med övervikt undviker vården då de själva vet att de har gått upp i vikt och att detta kommer att tas upp under mötet med vårdpersonalen.

I en undersökning av Harvey och Hill (2001) gjord i England där rökare har jämförts med överviktiga har det visat sig att attityden hos vårdpersonalen är att överviktiga personer i större utsträckning kan påverka sin livssituation än det ansågs att rökare kunde göra. Det visar sig också i samma undersökning att i jämförelse med rökare har överviktiga sämre livskvalitet och är mer otillfredsställda med sig själva och deras tillstånd som överviktiga (a a).

Brown (2006) menar att inom vården, är övervikt och obesitas i vissa fall kopplat till negativa attityder och diskriminering. Omvårdnadsfilosofen Martinsen (1989) belyser i sin filosofi vikten av att se hela människan och utgå från vårdtagarens behov här och nu när det gäller omvårdnad. Hon menar att en relation med vårdtagaren ska bygga på de generella livsyttningarna som förekommer spontant för att relationen ska kunna bli trygg. Livsyttningar förekommer naturligt och spontant tills relationen blir sviken och återspeglar de personliga drag en människa har (a a). Livsyttningar i mötet med vårdtagaren innebär att livet bevaras ur både ett kroppsligt, själsligt, existentiellt och andligt perspektiv (Arman & Rehnsfeldt, 2006). Känner sig vårdtagaren uttittad kan enligt Martinsen (1989) en trygg relation inte skapas. Sjuksköterskans uppgift är att motivera vårdtagarens självmod och självförtroende för att finna ett förtroende hos vårdtagaren. Det är viktigt med förståelse, hur vi kan förstå den andres situation men för att vi ska kunna förstå varandra måste det vara något som binder oss samman i någon form av gemenskap. Denna gemenskap delar vi i dagligvärlden där vi har något gemensamt (a a).

Mötet med vårdtagaren

I ett möte ingår olika aspekter som förklaras nedan.

Kommunikation

Innebörden av kommunikation är överföring av information på olika sätt. Inom vården är kommunikationen mellan vårdgivare och vårdtagare nödvändig för att samarbeta och rent av överleva och kan definieras som ett ömsesidigt utbyte. Vårdgivaren är viktig som person beroende på vad denne har att förmedla eller lära ut. Trots detta kan känslor och uppfattningar finnas om en vårdtagare p g a dennes symtom eller upplevt lidande. Detta speglar hur ett samtal eller bemötande går till, upplevelsen av samtalen ur vårdtagarens synvinkel och hur vårdgivaren upplever kontakten med vårdtagaren är vad mötet handlar om. Eventuella förväntningar och krav är lika men det är inte ovanligt att deras uppfattning är olika (Fossum, 2007).

Det finns olika kommunikationsmetoder, motiverande samtal förkortas ofta MI och är en förändringsinriktad samtalsmetodik med styrande faktor. Målet med MI är att hjälpa vårdtagaren till förändring genom ett samarbete där vårdtagarens egna erfarenheter och mål ligger till grund. Det är viktigt att ha ett förhållningssätt där vårdtagaren lockas till att ta fram sina egna tankar om förändring. MI används

främst i arbetet med livsstilsförändringar (Larsson, Palm & Rahle Hasselbalch, 2008).

Bemötande

Ett bemötande har flera olika betydelser men handlar bland annat om hur samtal genomförs och utförs. Det finns flera olika synonymer med ordet bemötande, dessa kan vara mottagande, uppträdande, behandling men även svar och replik. Även människosyn och hur vården utförs är benämningar som går in i bemötandet. Bemötande och människosyn är något som berör oss alla inom vården dock när det benämns i vårdsammanhang handlar det ofta om hur mycket pengar som kan sparas från mötet och inte hur själva mötet går till. Det är alldeles för sällan det faktiskt diskuteras hur vården egentligen sker och vilken människosyn som står bakom den (Fossum, 2007).

Bemötandet påverkas av hur vi tar emot en vårdtagare; hur vårt kroppsspråk är, hur vi hälsar, tittar i ögonen, om vi sitter eller står i förhållande till vårdtagaren. Det är viktigt att vara artig, hjälpsam och vänlig för att få ett gott och respektfullt bemötande (a a).

Vårdlidande

Vårdlidande är enligt Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg (2003) ett onödigt lidande som uppstår inom vården när en vårdtagare inte uppmärksammas för sitt lidande. Vårdtagaren kan känna sig förolämpad, förödmjukad eller uppleva att de inte blir sedda eller hörda. Då ett vårdlidande uppstår är vårdtagaren i detta fall ofta den som är i underläge och är beroende av i detta fall vårdpersonalen som hamnar i överläge då den har möjlighet att hjälpa vårdtagaren (a a). I begreppet vårdlidande framhålls kränkning av värdighet, maktutövning, fördömelse och utebliven vård (Arman & Rehnsfeldt, 2006). I de situationer då vårdtagare inte blir trodda eller tagna på allvar, kränks deras värdighet mycket lätt. Vårdtagarens egen uppfattning av behandling eller diagnos ifrågasätts ofta. En annan typ av kränkning är fördömelse då det är vårdaren som avgör vad som är bra för vårdtagaren i form av anvisningar eller råd om livsstil. Om en vårdtagare nekas vård på ett eller annat sätt är det också en form av vårdlidande (a a).

Enligt ovanstående visar det sig att det finns vårdpersonal som har en negativ attityd gentemot överviktiga vårdtagare (Brandsma, 2005). Det visar sig också att många överviktiga och obesa personer väljer att inte söka för sitt primära vårdbehov av rädsla att vårdpersonalen ska koncentrera sig på övervikten istället för på det primära vårdbehovet (Adams et al., 1993). Vårdpersonalen ska behandla alla vårdtagare lika (ICN, 2000) och negativa attityder får inte förekomma. Eftersom detta uppenbarligen är ett problem vill vi undersöka hur mötet med de överviktiga och obesa vårdtagarna är.

SYFTE

Syftet med studien var att belysa mötet mellan vårdpersonal och överviktiga samt obesa vårdtagare.

METOD

Metoden var en litteraturstudie. Som syftet beskriver var målet att belysa ett möte och därför blev inriktningen kvalitativ ansats. Eftersom känslor och uppfattningar i ett möte i regel mäts med kvalitativ metod och då vi själva inte har studerat ett möte var det av stor vikt att använda oss av artiklar med kvalitativ ansats. I en kvalitativ forskning används fördjupade frågeställningar så att fenomenet, i detta fall mötet med vårdtagaren, förklaras på djupet (Olsson & Sörensen, 2001).

När arbetet påbörjades användes en litteratursökningsmetod (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006) som har fyra olika steg. Innan första steget initierades var det viktigt att problemområdet var preciserat. I första steget identifierades tillgängliga resurser, planering av tidsåtgång och möjligheter att erhålla material, här beslutas även vilka databaser som skulle användas och vilka tillgångar av Internet och datorer som fanns. Andra steget innebar att relevanta källor identifierades. De relevanta källorna bestämdes utifrån ämnet hälsa och de databaser som skolan har att erbjuda inom det området och utefter dessa fattades ett beslut om var studier som svarade på syftet bäst kunde påträffas. I tredje steget avgränsades forskningsproblemet och huvuddragen i sökningen bestämdes. I det fjärde och sista steget utvecklades en sökväg för varje söksystem, då de olika databaserna inte är uppbyggda på samma sätt och skiljer sig från hur övriga sökmotorer är uppbyggda (a a).

Urval

Efter att ha formulerat problemområdet beslutades vilka databaser som skulle användas. Sökningarna som sedan ledde fram till våra artiklar genomfördes på CINAHL, Psykinfo och Medline. Utifrån syfte och bakgrund formades sökord och MeSH -termer utifrån olika kombinationer. Sökningarna utfördes och genom att läsa titel och syfte i studierna gjordes en kraftig utrensning. Utefter den rensningen valdes de artiklar abstractet skulle läsas på. Om abstractet sedan motsvarade syftet skedde ett första urval och artikeln kvalitetsgranskades. Totalt kvalitetsgranskades 21 artiklar. Om granskningen sedan höll gjordes ett andra urval och artikeln gick vidare för analys. För att kvalitetsgranska artiklarna användes mallen som Willman et al. (2006) har tagit fram, se Bilaga 1. Kvalitetsgranskningen utfördes genom att varje ja svar i kvalitetsgranskningen fick en procentsats, dessa lades sedan ihop och artikeln fick sin slutgiltiga procent. För att få en bedömning ”god” krävdes 80 - 100 %, för ”medel” 70 - 79 % och för ”svag” 60 - 69 % (a a). Av de artiklar som använts i studien fick sex artiklar

bedömningen medel och tre bedömningen god. Ingen artikel fick bedömningen svag. Efter kvalitetsgranskningen återstod nio artiklar som kom att utgöra resultatet, för mer information om artiklarna se Bilaga 2. För mer detaljerad sökinformation se Bilaga 3.

Inklusionskriterierna i studien var att det skulle vara vårdspersonal, d v s sjuksköterskor och läkare, som möter överviktiga och obesa vårdtagare samt överviktiga och obesa vårdtagare som har kontakt med öppen- och slutenvården. Utöver det skulle artiklarna vara skrivna med kvalitativ ansats och på skandinaviska språk eller engelska. Exklusionskriterierna var vårdspersonal som hade kontakt med barn och ungdomar <18 år och äldre >70 år.

Analys

Studien har analyserats utifrån Graneheim & Lundmans (2004) beskrivning av en kvalitativ innehållsanalys. En manifest innehållsanalys gjordes. Analysmetoden innebär flera olika steg. Första steget gjordes för att få en överblick över textmaterialet och artiklarna lästes igenom två till tre gånger.

I steg två lästes artiklarnas resultat igenom stycke för stycke och de meningsenheter som var relevanta för syftet valdes ut. Meningsenheterna valdes ut enskilt för att sedan jämföra vad var och en kommit fram till. Vid skiljaktighet diskuterades dessa tills enighet uppstod. Meningsenheterna överfördes sedan till ett dokument. Följande mening är ett exempel på en meningsenhet: *Jag skulle inte råda en vårdtagare till en annan diet för jag tänker på min egen vikt.*

I steg tre kondenserades meningsenheterna för att få fram kontexten i meningarna. Utifrån ovanstående meningsenhet blev det kondenserade resultatet följande: *Egen vikt påverkar kommunikationen.* I samband med detta sattes även koder på de olika kondenseringarna. Koden för samma mening blev då: *Egen vikt påverkar.* Koderna som framkom grupperades sedan utefter dess innehåll.

I fjärde steget skapades subkategorier utifrån de grupperade koderna. De olika grupperna hade något gemensamt innehåll. Innehållet och namnsättningen på subkategorierna diskuterades gemensamt. Subkategorin till ovanstående blev: *Påverkan av den egna vikten.*

I steg fem diskuterades innehållet i de olika subkategorierna och utifrån detta skapades kategorier. Ovanstående subkategori slogs ihop med subkategorin: *Den egna vikten i förhållande till kommunikation* och bildade tillsammans kategorin: *Sjuksköterskors BMI påverkar mötet.* Övriga kategorier som bildades var: *Kommunikation i mötet, Bristerna i mötet* och *Förhållningssätt i mötet.* För fler exempel på analysprocessen se bilaga 4. För att få ett överskådligt resultat kommer dessa kategorier utgöra rubriker.

RESULTAT

I arbetet med analysen framkom fyra kategorier som stämde överens med vårt syfte: *Bristerna i mötet, Kommunikation i mötet, Sjuksköterskors BMI påverkar mötet och Förhållningssätt i mötet.*

Bristerna i mötet

Vårdtagare pratade ofta om sina känslomässiga bekymmer vid ett vårdbesök och då läkaren uppfattade dem som deprimerade blev de ordinerade antidepressiva läkemedel istället för att behandlas för vikten som var orsaken till depressionen (Thomas, Hyde, Karunaratne, Herbert & Komersaroff, 2008). Andra vårdtagare berättade om hur vikten sågs som huvudproblemet till alla medicinska åkommor och att de inte blev trodda när de sökte för andra hälsoproblem (Merrill & Grassley, 2008).

Vissa läkare ansåg att svår övervikt var ett erkänt medicinskt problem och var oense med sina vårdtagare om hos vem ansvaret för livsstilsförändringen låg (Epstein & Ogden, 2005). Vårdtagare som ansåg att viktproblemet var något som deras läkare skulle ta tag i gjorde sina läkare frustrerade då de ansåg att det var vårdtagarens problem. Detta ledde till att läkarna blev irriterade på sina vårdtagare för att de inte tog tag i sin livsstilsförändring (a a).

Vissa av vårdtagarna upplevde att de inte sågs som individer utan stämplades som en överviktig vårdtagare i mötet med sjukvården (Thomas et al., 2008). Samtidigt pratade sjuksköterskor om att de ville undvika att placera sina vårdtagare i ett fack (Wright, 1998). Vårdtagarna fick många råd om hur de kunde påverka sin viktsituation men inte stöd i själva utförandet (Thomas et al., 2008).

En del av vårdtagarna var missnöjda med läkarnas förmåga att se problemen och ingripa i tid (Merrill & Grassley, 2008). En del vårdtagare var mycket nöjda med sina läkare och deras förmåga att ta tag i problemen (Thomas et al., 2008). De tyckte också att läkarna var den enda vårdpersonal de kunde vända sig till för att få råd och stöd och att de var goda förespråkare för deras behandling (a a). Generellt påvisades att överviktiga och obesa fick genomgå fler undersökningar än normalviktiga (Hebl & Xu, 2001).

En överviktig eller obes vårdtagare kunde stöta på en del rent praktiska problem i mötet med sjukvården (Merrill & Grassley, 2008). Det visade sig att problem som kunde uppstå var att sjukvårdspersonalen inte var beredd att ta hand om dessa vårdtagare (Pain & Wiles, 2006). Några vårdtagare vittnade om hur de inte fått plats i ambulansen och hur brandkåren fått tillkallas (a a), andra om hur personalen sprungit runt och letat efter tillräckligt stora blodtrycksmanschetter (Merrill & Grassley, 2008). En vårdtagare fick väntas i sex veckor på en lämplig säng vilket ledde till förödmjukelse för vårdtagaren (Pain & Wiles, 2006). Någon avdelning hade rätt utrustning för att ta hand om vårdtagaren men inga resurser för att förflytta vårdtagaren dit. En annan vårdtagare blev lämnad på golvet då det inte fanns någon lift avsedd för vårdtagarens vikt (a a).

Kommunikation i mötet

Vårdpersonalen kände obehag i att ta upp ämnet om viktnedgång och valde istället att låta vårdtagaren ta upp ämnet först (Brown & Thompson, 2007). Många sjuksköterskor antydde att deras vårdtagare var mycket känsliga för att prata om sin vikt och drog sig därför in i det längsta innan de tog upp ämnet (Wright, 1998). Främsta orsaken till svårigheten att lyfta fram ämnet visade sig vara att sjukvårdspersonalen inte ville förolämpa någon (Brown & Thompson, 2007). Även vårdtagarna själva tyckte att det var ett känsligt ämne att prata om (Wright, 1998). Vårdtagarna var mer benägna än vårdpersonalen att prata om sin vikt (Pollak, Østbye, Alexander, Gradison, Bastian, Namenek, Brouwer & Lyna, 2007). På grund av denna känslighet kring ämnet påverkade det sjuksköterskans förmåga att agera och de valde att inte ta upp ämnet med vårdtagaren (Wright, 1998). Det fanns även sjukvårdspersonal som menade att de inte hade några problem med att lyfta ämnet (Brown, Stride, Psarou, Brewins & Thompson, 2007). För att göra det lättare att lyfta ämnet krävdes ibland särskilda hjälpmedel och verktyg för att slippa säga till den överviktiga vårdtagaren att så är fallet (Brown & Thompson, 2007).

"I actually, sort of, put it sideways and say, well the computer's saying that, in fact, you are overweight or obese". (Brown & Thompson, 2007, s 538)

Viktfrågan togs upp oftare med obesa vårdtagare än med överviktiga (Pollak et al., 2007). Det var viktigt för sjuksköterskorna att när frågan väl togs upp att det utfördes med försiktighet (Brown & Thompson, 2007). Sjuksköterskor i Wrights (1998) studie ansåg att obesitas var ett ord med negativ innebörd vilket påverkade deras bemötande med denna grupp. Då vårdtagarna själva sökte vård på grund av sin övervikt var ämnet lättare att ta upp men svårare om övervikten var sekundärt (Brown & Thompson, 2007). En del vårdtagare såg övervikten som ett stigmatiserat problem som påverkade sjukvårdspersonalen eftersom de trodde att sjukvårdspersonalen såg dem som en ekonomisk börda (Thomas et al., 2008).

I mötet med vårdtagaren förhöll sig vårdpersonalen relativt empatiska genom att använda sig av MI (Pollak et al., 2007). En empatisk framton resulterade i att vårdtagaren var mer benägen att förändra sin livsstil. Om sjukvårdspersonalen inriktade sin kommunikation till vårdtagarens benägenhet till förändring, var vårdtagaren mer tillmötesgående och hade större möjlighet och motivation till att gå ner i vikt (a a). Det var viktigt med en bra relation till vårdtagaren för att kunna diskutera viktfrågan på ett bra sätt (Brown & Thompson, 2007). Ur vårdtagarens aspekt ansåg de att läkarna i vissa fall inte avsatte tillräckligt med tid för att lyssna på deras problem och i vissa fall även blev avfärdade på grund av sin övervikt (Merrill & Grassley, 2008). Ett uttryckt missnöje visade sig då vårdtagarna berättade om att de på något sätt blivit förödmjukade eller fått utstå nedlåtande kommentarer (Pain & Wiles, 2006).

"When I was delivering my son.../.../I just felt huge... I can remember in the delivery room the doctor saying something to me... during the birthing process. He said, 'just relax and just envision yourself on a

beach like a big ole whale beached'... That hurt me so much because already I felt big". (Merrill & Grassley, 2008, s 142)

Det fanns svårigheter bland sjukvårdspersonal att se vårdtagarens nuvarande behov och den skillnad som kan förekomma under en tidsperiod (Pain & Wiles, 2006).

"A particular nurse... said, 'she doesn't need one. I watched her last time she was in, she was able to get out of that wheelchair six months ago' ". (Pain & Wiles, 2006, s 1215)

Det var viktigt för sjukvårdspersonal att inse att vårdtagaren känner sin kropp bäst (Pain & Wiles, 2006).

Sjuksköterskors BMI påverkar mötet

Sjuksköterskor som hade ett högre BMI menade att de inte skulle råda en vårdtagare till annan diet då de var medvetna om sin egen kroppsstorlek (Brown & Thompson, 2007). Dessa sjuksköterskor såg sig inte som bra förebilder när de mötte denna grupp.

"Sometimes I think, 'Maybe I'd be a better, better example, better role model if I was thinner' ". (Brown & Thompson, 2007, s 540)

Desto större sjuksköterskans kroppsbyggnad var desto mindre benägen var hon att ge viktreducerande råd (Brown & Thompson, 2007). Många av dessa sköterskor ansåg att detta var ett problem i kontakten med sina överviktiga och obesa vårdtagare. Sjuksköterskorna ansåg sig också ha en snällare framtoning för att de hade den personliga erfarenheten (a a). En del sjuksköterskor med ett högre BMI var mer kritiska till sina vårdtagare just för att de hade den personliga erfarenheten och var mer benägna att ta upp ämnet (a a).

Normalviktiga eller underviktiga sjuksköterskor visade mer försiktighet för ämnet då de inte ansåg sig ha personliga erfarenheter av viktproblem (a a). Dessa sjuksköterskor undvek att ta upp ämnet om inte deras vårdtagare gjorde det. Om sjuksköterskan ansåg det nödvändigt att ta upp ämnet kunde hon för vårdtagarens skull nedvärdera sig själv först för att verka ödmjuk (a a).

"But I'll say, I say, 'Well I, I am hopeless at swimming, I don't get enough exercise' and I think in a way your trying to make yourself come across as being real. You know, because we all are real, aren't we?... otherwise it can be very preachy – your preaching at people and they'll think, 'Oh, what do you know? Or you know, 'You don't need to worry' ". (Brown & Thompson, 2007, s 540)

Förhållningssätt i mötet

I mötet med överviktiga och obesa vårdtagare uppmärksammades kvinnors övervikt i större utsträckning än mäns (Wright, 1998). Läkare uppmärksammade i större grad än sjuksköterskor kvinnors övervikt och gav dessa vårdtagare mindre

behandling än överviktiga män (a a). Överviktiga kvinnor kunde bli vägrade en behandling eller operation och blev tillsagda att gå hem och gå ner i vikt (a a). Sjuksköterskor uppfattade en skillnad på läkares behandling gentemot kvinnor och nedvärderande kommentarer till överviktiga kvinnor var inget ovanligt (a a). Det var inte heller ovanligt att läkare stämplade överviktiga vårdtagare i journalen och skrev med stora att denna vårdtagare är obes (a a). Kvinnliga vårdtagare kunde bli tillsagda att de var obesa och tillfrågade vad de skulle göra åt det (a a). T o m under narkos kunde ett mönster urskiljas där kvinnliga vårdtagare behandlades annorlunda gentemot manliga vårdtagare som var överviktiga (a a). Läkare ansåg obesa kvinnors kroppar vara oacceptabla och sågs ofta som ett subjekt (a a). De vårdtagarna som blev nekad behandling menade läkaren var för deras eget bästa på grund av riskerna med narkos och nedvärderande kommentarer var menade som goda råd (a a). Det visade sig också att en del sjuksköterskor kunde bemöta överviktiga kvinnor på ett annorlunda sätt.

”Most doctors would pass some sort of comment on female patients who were thought to be overweight. He didn’t use the word ‘fat’ he just said ‘you’ll have to get a bit of this off. Pity about that waistline thing’./.../”.
(Wright, 1998, s 312)

Vid uppföljning visade studien att läkare svarade annorlunda beroende på vårdtagarens vikt (Hebl & Xu, 2001). Vägde vårdtagaren mer uppvisades en mer negativ framtoning och viss avhållsamhet kunde tydas. Läkare spenderade mindre tid med vårdtagaren desto mer den vägde (a a). Det visade sig att vårdpersonal i vissa fall kände sig äcklade av de överviktiga eller obesa vårdtagarna (Brown et al., 2007). En överviktig eller obes vårdtagare som kom till en avdelning fick höra nedvärderande kommentarer om sin vikt (Wright, 1998).

På grund av att diskussioner kring ämnet var ett känsligt område, uppstod frustration över svårigheterna att upprätthålla en trygg relation mellan vårdgivare och vårdtagare. Denna frustration uppstod även i möten med vårdtagare som säger att de äter en väldigt sund kost men fortfarande inte går ner i vikt och blir därför stämplade som lögnare (Brown & Thompson, 2007). Vårdtagare berättade om att återkommande besök för uppföljning är ett bra stöd för viktminskning. Under dessa besök påpekades saker som hjälpte vårdtagaren och läkaren uppfattades som att han brydde sig om vårdtagaren (Thomas et al., 2008). Det fanns också vårdtagare som kände besvikelse över sina möten med vården då det enda råd de fick för att minska i vikt var att de skulle röra på sig mer (a a). Vissa av vårdtagarna i studien upplevde att sjukvårdspersonalen klandrade sina överviktiga vårdtagare att vara en stor börda för sjukvården på grund av deras övervikt (a a).

DISKUSSION

Diskussionen är indelad i metoddiskussion och resultatdiskussion.

Metoddiskussion

Anledningen till de olika sökorden i de olika databaserna är att alla MeSH -termer inte är desamma i de olika databaserna utifrån de sökningar vi har utfört, därför valdes de sökord som databasen föreslog som synonym. Sökorden som användes motsvarade syftet, andra sökord hade kunnat användas och hade då förmodligen påverkat resultatet. Under arbetets gång har vi funderat över eventuella andra sökord men enats om att de vi redan har bäst stämt överens med syftet.

Något att vara uppmärksam på är att de flesta av artiklarna är från USA och efter att ha läst urvalet i dessa visar det sig att i många undersökningar uppmanas deltagarna att själva uppges sin vikt, utan att denna kontrolleras. I de undersökningar som är riktade ur vårdpersonalens perspektiv pratar de endast om sina överviktiga eller obesa vårdtagare utan några direkta referensvärden. Detta gör att det kan bli felvärde på BMI och det innebär att det kan vara deltagare som i realiteten har ett annat BMI än vad som krävs för undersökningen. Vi anser ändå att dessa studier visar hur vårdpersonal som möter överviktiga eller obesa i deras ögon och hur vårdtagare som anser sig vara överviktiga eller obesa har upplevt mötet. Eftersom artiklarna tar upp både övervikt och obesitas valde vi att belysa mötet utifrån båda begreppen. Det var svårt att hitta artiklar med kvalitativ ansats, de flesta artiklar hade en kvantitativ ansats men valdes bort p g a att ett möte blev belyst och detta beskrivs bättre i en kvalitativ studie som belyser upplevelser, attityder och känslor till eller för något. Föreliggande studie belyser ett perspektiv från både vårdtagare och vårdpersonal, en inriktning på ett av perspektiven hade inneburit att artiklar med både kvalitativ och kvantitativ ansats hade utgjort resultatet p g a dåligt artikelutbud. För att få bredd i studien valde vi dels för intresset och dels för bristande material från bara vårdtagarperspektiv eller vårdpersonalperspektiv att se på mötet ur både vårdtagar- och personalperspektiv och därmed enbart använda artiklar med en kvalitativ ansats. Graneheim & Lundmans (2004) beskrivning av innehållsanalys användes då det var bestämt att artiklar med kvalitativ ansats skulle användas. Utöver denna analysmodell tittade vi på Baxters (1994) beskrivning av tolkande innehållsanalys. Då arbetet var under tidspress och viss förkunskap redan fanns om Graneheim & Lundmans (2004) beskrivning valdes denna analysmetod. Hade arbetet utförts under andra förhållanden och det funnits mer tid och resurser hade en empirisk studie över mötet mellan denna grupp och sjukvården studerats. Detta innebär också att grundlig data om vårdtagarnas vikt nog hade dokumenterats.

Efter kvalitetsgranskningen återstod nio artiklar som alla antingen fick bedömningen god eller medel. Då alla artiklar var medel eller mer ansågs artiklarna hålla en tillräckligt god kvalitet för att utgöra resultatet i föreliggande studie. En strävan hade förstås varit att alla artiklar haft bedömningen god men innehållsmässigt uppfyllde artiklarna med bedömningen medel vårt syfte.

Då sökningarna som utförts inte gav några resultat från Skandinavien är artiklarna som studerades från England, USA och Australien. I de Europeiska länderna omfattas hela befolkningen av sjukvårdsfinansieringen och alla medborgare har rätt till sjukvård. Detta är något som USA saknar vilket kan medföra att många vårdtagare inte får tillgång till sjukvården p g a att de inte har råd att uppsöka läkare (Calltorp, 2008). Detta kan ha medfört bias i undersökningen, något som vi har haft i åtanke under arbetets gång. Fördelen med urvalet är att USA har en stor

andel överviktiga och obesa i befolkningen (Ogden et al., 2006) vilket gör att det är intressant att se hur de möter dem. En annan faktor som kan påverka resultatet är att överviktiga och obesa i USA blir lönemässigt olika behandlade genom att de får mindre lön och skillnaden är större mellan kvinnor och män (Baum & Ford, 2004). Detta kan påverka genom att de i större utsträckning får mindre tillgång till vård eftersom deras sjukvårdssystem ser ut som det gör, enligt ovanstående. I Australien har de ett liknande sjukvårdssystem som i Europeiska länder som kallas Medicare. Australiens befolkning har alla tillgång till detta sjukvårdssystem till en överkomlig summa och det finns även privata alternativ (Commonwealth Department of Health and Aged Care, 2000). Utöver tillgången till sjukvård finns det många andra aspekter att beakta när det gäller kulturella och sociala skillnader mellan USA och Sverige. I en studie av NaPier, Harrington Mayer & Himes (2005) gjord i USA framkom det att då övervikt respektive obesitas börjat bli så vanligt att stigmatiseringen på ämnet inte längre är lika påtagande. Vidare visar den att övervikten generellt sett ses som det egna ansvaret. Vilket också framkom i föreliggande studie. Annat som kan ha påverkat resultatet är att vita och afroamerikanska kvinnor ser olika på övervikt (Blixen, Singh & Thacker, 2006). Vita kvinnor känner sig oattraktiva som överviktiga medens afroamerikanska kvinnor känner sig mer attraktiva. De vita kvinnorna hade också en mer negativ syn på obesitas än de afroamerikanska kvinnorna hade (a a). Obesitas för afroamerikanska kvinnor var inte någon svår åkomma medens de vita kvinnorna ansåg att det i större grad var det (a a). Detta visar på att det finns en klar skillnad mellan afroamerikanska kvinnors och vita kvinnors syn på övervikt och obesitas. I de undersökningar som resultatet baseras på tar endast en upp att deras resultat baseras på endast vita kvinnor och att detta kan ha påverkat deras resultat. Därför är dessa skillnader inget vi har uppmärksammat i föreliggande undersöknings resultat. Dock är vi medvetna om att de finns och hade studien grundat sig på svenska undersökningar hade kanske resultatet sett annorlunda ut, detta råder det ovisshet om då de kulturella skillnader som kan ha påverkat resultaten i de medverkande undersökningarna inte har klarlagts.

Då BMI inte anses vara ett tillförlitligt sätt att mäta övervikt och obesitas hos barn och ungdomar samt äldre över 70 år har dessa åldersgrupper exkluderats från undersökningen (Karlberg & Albertsson-Wikland, 2001; WHO, 1995) eftersom BMI ofta är det sättet som övervikt och obesitas mäts med.

Resultatdiskussion

Att det finns kulturella och sociala skillnader är inget som har framkommit i resultatet. De kulturella och sociala skillnader som diskuteras i metoddiskussionen har inte påvisats i föreliggande studie. Detta kan medföra att resultatet i denna studie inte är överförbart till svenska förhållanden.

Resultatet visar att det finns stora brister i mötet med överviktiga och obesa vårdtagare. I resultatet framgår det att en del vårdtagare blir stämplade som deprimerade och får antidepressiva läkemedel utskrivna istället för att behandlas för den bakomliggande orsaken som i dessa fall är övervikt och obesitas (Thomas et al., 2008). Det är viktigt att se till vårdtagarens primära bekymmer, om så inte är fallet kan detta bidra till ett vårdlidande (Arman & Rehnsfeldt, 2006). En vårdtagare som får problem med sin övervikt på grund av depression eller vice

versa måste bemötas på den grund som ger en förbättring till vårdtagaren (Martinsen, 1989). I vissa artiklar framkom det att en del läkare mötte vårdtagaren på dess nivå och utgick ifrån vårdtagaren i det vårdande mötet men andra undersökningar pekade på motsatsen. Enligt en undersökning (Pollak et al., 2007) visar det sig att motiverande samtal är en väldigt bra samtalsmetodik. Vårdtagarna i denna undersökning fick en väldigt positiv upplevelse av mötet. Denna samtalsmetodik har visat sig användbar där vårdpersonal möter vårdtagare på dess nivå och utgår ifrån det i förändringsarbetet (Larsson et al., 2008).

Det visar sig i resultatet att vårdpersonal i vissa fall är ganska dåligt förberedda på att ta emot och bemöta denna grupp (Pain & Wiles, 2006). Vårdtagare fick exempelvis vänta länge på rätt utrustning och på att personal ska hitta rätt storlek på t ex en blodtrycksmanschett (Merrill & Grassley, 2008). När dessa vårdtagare känner sig kränkta över mötet övergår det i vissa fall i ett vårdlidande (Arman & Rehnsfeldt, 2006) eftersom personalen inte uppmärksammar vårdtagarens behov av att bli behandlad korrekt. Det förhållningssätt som det visat sig att en del vårdpersonal har om att överviktiga skulle vara äckliga och motbjudande får enligt ett etiskt korrekt tänkande inte förekomma. I Martinses (1989) omvårdnadsteori diskuterar hon den moraliska grund som finns hos alla människor och att den måste vara värdig gentemot de vårdtagare vårdpersonalen möter. Vårdpersonal som går in i ett möte med ett negativt förhållningssätt gentemot vårdtagaren ger inget bra möte och Martinsen (1989) menar att det är viktigt att vara öppen och open-minded inför alla möten med vårdtagare och inte stämpla dem i förväg. Enligt Martinsen (1989) är det av stor vikt som vårdpersonal att se till hela människan eller vårdtagaren i det här fallet. För att vårdtagarens eller människans spontana livsyttringar ska kunna yttra sig måste en trygg och säker relation framföras. Blir vårdtagaren kränkt framstår en otrygg relation och ett bra möte kan inte utföras.

Överviktiga och obesa kvinnor blir mer ifrågasatta och mer kränkta än överviktiga och obesa män (Wright, 1998). Som resultatet visar kan överviktiga och obesa möta många problem. Ett problem vi kan göra något åt är att möta dessa vårdtagare på ett respektfullt sätt. Det kan urskiljas en skillnad i genus när det gäller mötet med den överviktiga och obesa vårdtagaren. Kvinnors övervikt får mer uppmärksamhet än män i form av sämre bemötande och nekade operationer (Wright, 1998). Även under narkos kunde kvinnliga vårdtagare bemötas annorlunda gentemot sina manliga motsvarigheter (a a). Under analysarbetet framkommer ett mönster som visar att män inte lika ofta utsätts för kränkande bemötande som kvinnor. I undersökningen framkommer det att det är läkarna i större grad än övrig sjukvårdspersonal som åsidosätter sina överviktiga kvinnliga vårdtagare (a a). De kvinnliga vårdtagarna nekas behandling p g a sin kroppsstorlek och får utstå kränkande kommentarer som läkaren anser är goda råd (a a). Det visar sig också att det finns de läkare som faller olämpliga kommentarer till kvinnliga vårdtagare under narkos (a a). Behandling av män och kvinnor som har visat sig vara annorlunda i studien är mycket oroväckande då sjuksköterskeprofessionen inte tillåter att detta förekommer då alla ska behandlas lika och ses utifrån sitt omvårdnadsbehov (ICN, 2000). Skillnader i mötet med män och kvinnor lyfts också i Perez-Lopes, Lewis och Cashs (2001) undersökning.

Övervikt och obesitas är ett stigmatiserat ämne i dagens samhälle (Thomas et al., 2008). Många vårdtagare anser att sjukvårdspersonalen påverkas av detta vilket medför att de känner sig kränkta. Vårdtagare uppfattar också att de är en börda för sjukvården då deras omvårdnad medför stora kostnader för vården (a a). Detta kanske blir mer utmärkande när dessutom läkare och annan vårdpersonal tycker att det är vårdtagarnas eget ansvar att gå ner i vikt och inte anser att det är så motiverande att hjälpa dem (Epstein & Ogden, 2005). Det uppstår ett stort dilemma då varken vårdpersonalen eller vårdtagarna är motiverade till att göra någonting åt övervikten (a a). Behandlingen av och mötet med vårdtagare med övervikt och obesitas kan uttrycka sig på många sätt. Frustration uppstår då det är svårt att uppnå resultat inom området och många behandlingar finns. I undersökningen framkommer att om vårdpersonalen möter vårdtagarna på deras nivå, genom bra kommunikation och motiverande samtal påvisas en större vilja att förändra sin livsstil (Pollak et al., 2007). Människan som enligt Martinsen (1989) är beroende av varandra förväntar sig relationer med sina medmänniskor. Då en vårdtagare vänder sig till sin vårdpersonal för att få omvårdnad och istället får höra att det är hennes egna bekymmer blir relationen sviken (a a).

Många av vårdpersonalen delar ett uttryckt obehag och känslighet kring ämnet i mötet då de inte vill förolämpa någon (Brown & Thompson, 2007). Då både sjukvårdspersonal och vårdtagare känner känslighet inför ämnet, kan det vara viktigt att införa nya metoder för att kunna ta itu med viktproblemet. Om ett svar på vems ansvar det är kan redas ut måste det därifrån kunna byggas upp en strategi om det så gäller att använda hjälpande verktyg eller motiverande samtal. Det framkommer också i undersökningen att många av sjukvårdspersonalen anser det viktigt att ha en bra relation till sin överviktiga eller obesa vårdtagare för att kunna lyfta fram ämnet på ett bra sätt (a a). Detta styrker också tillvägagångssättet i motiverande samtal som innebär ett bemötande på vårdtagarens nivå (Larsson et al., 2008) där sjuksköterskan har insikt i vårdtagarens nuvarande status och inte baserar sin bedömning utifrån hur vårdtagaren var vid föregående möte (Pain & Wiles, 2006). Även Martinsens (1989) omvårdnadsteori belyser vikten av relationen mellan människor.

Det visar sig att fler undersökningar ordinerar till de överviktiga och obesa vårdtagarna gentemot de normalviktiga (Hebl & Xu, 2001), detta kan tolkas som både positivt och negativt. Vårdtagaren får en bra hälsokontroll men får också utstå flera undersökningar som leder till upprepade läkarbesök, där vårdtagaren rent praktiskt blir förödmjukad. Detta då det inte finns utrustning som är gjord för denna grupp (Pain & Wiles, 2006), vilket innebär att sjukvården inte är tillräckligt förberedd för att möta denna grupp av vårdtagare. Studien visar också att vårdtagarna får mindre tid med sina läkare p g a att de är överviktiga och läkaren känner sig äcklad av vårdtagaren (Brown et al., 2007). Som vårdtagare ska man inte behöva komma till en vårdsituation och känna sig uttittad, förödmjukad eller nedvärderad. Då vår studie visar att detta faktiskt förekommer, är det ett oroväckande faktum. Som sjukvårdspersonal ska man ha som regel att behandla alla vårdtagare lika utan att åsidosätta eller förödmjuka (ICN, 2000). En vårdtagare ska ses utifrån ett helhetsperspektiv (Martinsen, 1989) och inte behöva bli förödmjukad då detta kan leda till ett vårdlidande (Arman & Rehnsfeldt, 2006).

Mötet med vårdtagaren påverkas dessutom av hur sjuksköterskan ser på sig själv. En överviktig sjuksköterska ansåg det oangenämt att råda en vårdtagare till en annan diet då de såg på sin egen kroppsbyggnad (Brown & Thompson, 2007). Dessa sjuksköterskor hade däremot lättare att ta upp ämnet med vårdtagaren men såg sig inte som någon bra förebild. En normalviktig eller underviktig sjuksköterska kände känslighet kring ämnet då hon inte ansåg sig ha den personliga erfarenheten att vara överviktig och ville inte i vårdtagarens ögon verka duktig (a a). Sjuksköterskans roll är att ha en professionell framtonig och se till hela människan (Martinsen, 1989). Hennes egen personlighet ska givetvis medverka i mötet men inte på så sätt att det påverkar det professionella mötet med vårdtagaren.

Läkarna använde ofta nedvärderande kommentarer som goda råd (Wright, 1998). Vissa obesa eller överviktiga vårdtagare fick dessutom tidigt i vårdförloppen en stämpel av läkarna att vara just överviktig eller obes genom att läkaren med stora bokstäver benämner detta i journalen (a a). Det kan diskuteras om detta hade godtagits här i Sverige eftersom vår Patientjournalag (SoFS 2008:14) säger att endast det som är relevant för fortsatt vård skrivs i journalen. Stämpling av vårdtagaren var annars i studien något som sjuksköterskorna ville undvika, vilket också ledde till att ämnet frångicks helt (Wright, 1998). Ämnet är något som behöver tas upp då det kan leda till svåra följd sjukdomar. Hur ämnet sedan tas upp kan påverka vårdtagarens fortsatta förändringsarbete till en bättre livsstil. Stämpling av vårdtagare är en oroande upptäckt som undermedvetet kan påverka mötet med vårdtagaren.

En bidragande faktor till relationen i mötet är också vårdtagarnas matvanor. Under möten med sjukvården svarar sjukvårdspersonal att de inte tror på en vårdtagare som säger sig äta hälsosamt och fortfarande inte går ner i vikt. Detta bidrar till en otrygg relation då vårdtagaren anses vara en lögnare (Brown & Thompson, 2007). Att bli stämplad som lögnare av sin doktor leder inte till något bra möte. Ett bra möte bygger på att vi är artiga, hjälpsamma och vänliga, men det är inte särskilt vänligt att kalla någon lögnare (Fossum, 2007).

Det visar sig att inte allt är negativt, det finns de vårdtagare som berättar att de får råd och stöd av sina läkare och sjuksköterskor och är nöjda med hur de blir behandlade (Thomas et al., 2008). Tyvärr är detta inget vanligt förekommande i de undersökningar vårt resultat baseras på.

Vårdtagarna som i många fall är medvetna om hur de ses i vården tror sig själva vara en stor börda för hälso- och sjukvården ekonomiskt. Allt negativt en vårdtagare får utstå vare sig det är dåligt bemötande, bristande resurser eller negativt förhållningssätt blir det ett vårdlidande. Vårdlidande är alltid onödigt och får egentligen inte förekomma.

SLUTSATS

Huvudfynden i vårt resultat visar att sjukvårdspersonal respektive vårdtagare upplever ett avvikande beteende i mötet med de överviktiga och obesa vårdtagarna gentemot normalviktiga. Det handlar främst om kränkande kommentarer och sättet att möta sin vårdtagare. Det visar sig att en del sjuksköterskor är rädda för att prata om vårdtagarens övervikt och drar sig in i det längsta för att lyfta ämnet. Det visar sig också att sjuksköterskornas egna vikt och kroppsbuild har betydelse för hur de möter dessa vårdtagare. Vårdtagarna i vår studie pekar på att sjukvårdspersonal inte ser vårdtagarens helhet och behov här och nu. Martinsen (1989) menar i sin omvårdnadsteori att det är viktigt att se helheten och att utgå ifrån vårdtagarens behov. Mycket i vår studie pekar på att detta är något som många inom sjukvården behöver jobba på. Denna upptäckt är intressant och något som behöver utvecklas för att ge en bra vård till denna grupp. Kan det i dagsläget vara aktuellt att uppgradera sjukvården så att de blir rätt rustade för dessa vårdtagare då övervikt och obesitas är ett växande problem?

Eftersom de flesta undersökningarna i resultatet är utförda i USA och att det ser lite annorlunda ut där i form av att deras sjukvårdssystem är annorlunda uppbyggt och det finns större sociala och kulturella skillnader hade det varit intressant att genomföra en liknande studie som denna under svenska förhållanden för att se om resultatet hade blivit ett annat.

REFERENSER

- Adams, C. H., Smith, N. J., Wilbur, D. C. & Grady, K. E. (1993). The relationship of obesity to the frequency of pelvic examinations do physician and patient attitudes make a difference?. *Women & Health, 20*, (2), 45-57.
- Andersen, T., Rissanen, A. & Rössner, S. (Red) (1998). *Fetma/fedme – en nordisk lärobok*. Lund: Studentlitteratur.
- Arman, M. & Rehnsfeldt, A. (2006). *Vårdande som lindrar lidande*. Stockholm: Liber.
- Baum, C. L. & Ford, W. F. (2004). The wage effects of obesity: A longitudinal study. *Health Economics, 13*, 885-899.
- Baxter, L. A. (1994). Content analysis. I *Studying interpersonal interaction* (Montgomery B. M. & Duck S. (Red)), The Guilford Press, New York, s. 239-254.
- Blixen, C. E., Singh, A. & Thacker, H. (2006). Values and beliefs about obesity and weight reduction among African American and Caucasian women. *Journal of Transcultural Nursing, 17*, (3), 290-297.
- Brandsma, L. L. (2005). Physician and patient attitudes toward obesity. *Eating Disorders, 13*, 201-211.
- Brown, I. (2006). Nurses' attitudes towards adult patients who are obese: literature review. *Journal of Advanced Nursing, 52*, (2), 221-232.
- Brown, I., Stride, C., Psarou, A., Brewins, L. & Thompson, J. (2007). Management of obesity in primary care: nurses' practices beliefs and attitudes. *Journal of Advanced Nursing, 59*, (4), 329-341.
- Brown, I. & Thompson, J. (2007). Primary care nurses' attitudes, beliefs and own body size in relation to obesity management. *Journal of Advanced Nursing, 60*, (5), 535-543.
- Calltorp, J. (2008). *Ersättningsystem inom hälso- och sjukvården – En kunskapsöversikt baserad på internationella erfarenheter*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Commonwealth Department of Health and Aged Care (2000). *The Australian health care system - An outline*. Australien: Commonwealth of Australia.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

- Drury, A. A. C. & Louis, M. (2002). Exploring the association between body weight, stigma of obesity, and health care avoidance. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 14, (12), 554-561.
- Epstein, N. & Ogden, J. (2005). A qualitative study of GPs' views of treating obesity. *British Journal of General Practice*, 55, 750-754.
- Fossum, B. (2007). *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur.
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Harvey, E. L. & Hill, A. J. (2001). Health professionals' views of overweight people and smokers. *International Journal of Obesity*, 25, 1253-1261.
- Hebl, M.R. & Xu, J. (2001). Weighing the care: Physicians' reactions to the size of a patient. *International Journal of Obesity*, 25, 1246-1252.
- ICN (2000). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.
- Karlberg, J. ZC. L. & Albertsson-Wikland, K. (2001). Body mass index reference values (mean and SD) for Swedish children. *Acta Pædiatrica*, 90, 1427-1434.
- Larsson, I., Palm, L. & Rahle Hasselbalch, L. (2008). *Patientkommunikation i praktiken – information, dialog, delaktighet*. Stockholm: Norstedts Akademiska Förlag.
- Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Oslo: Tano.
- Merrill, E. & Grassley, J. (2008). Women's stories of their experiences as overweight patients. *Journal of Advanced Nursing*, 64, (2), 139-146.
- NaPier, E. A., Harrington Meyer, M. & Himes, C. L. (2005). Old and overweight: Another kind of double jeopardy. *Generations*, 29, (3), 31-37.
- Ogden, C. L., Carroll, M. D., Curtin, L. R., McDowell, M. A., Tabak, C. J. & Flegal, K. M. (2006). Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999-2004. *Journal of American Medical Association*, 295, (13), 1549-1555.
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2001). *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber.
- Pain, H. & Wiles, R. (2006). The experience of being disabled and obese. *Disability and Rehabilitation*, 28, (19), 1211-1220.
- Patientjournalagen. SoFS 2008:14.

- Perez- Lopez, M., Lewis, R. J. & Cash, T. F. (2001). The relationship of antifat attitudes of other prejudicial and gender-related attitudes. *Journal of Applied Social Psychology*, 31, (4), 683-697.
- Pollak, K. I., Østbye, T., Alexander, S., Gradison, M., Bastian, L., Namenek Brouwer, R. & Lyna, P. (2007). Empathy goes a long way in weight loss discussions. *The Journal of Family Practice*, 56, (12), 1031-1036.
- SBU (2002). *Fetma – problem och åtgärder: En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Socialstyrelsen (2005). *Folkhälso rapporter 2005*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Thomas, S. L., Hyde, J., Karunaratne, A., Herbert, D. & Komersaroff, P. (2008). Being 'fat' in today's world: a qualitative study of the lived experiences of people with obesity in Australia. *Health Expectations*, 11, 321-330.
- WHO (1995). *Physical status: The use and interpretation of anthropometry*. Geneva: WHO technical report 854.
- WHO (2006). What are the health consequences of being overweight?. ><http://www.who.int/features/qa/49/en/index.html><2008-05-16.
- WHO (2008). Obesity. ><http://www.who.int/topics/obesity/en/><2008-05-21.
- Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2006) *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.
- Wright, J. (1998). Female nurses' perceptions of acceptable female body size: an exploratory study. *Journal of Clinical Nursing*, 7, 307-315.

BILAGEFÖRTECKNING

Bilaga 1 – Mall för kvalitetsgranskning

Bilaga 2 – Beskrivning av artiklar

Bilaga 3 – Sökhistorik

Bilaga 4 – Exempel på analys

BILAGA 1

Mall för kvalitetsgranskning enligt Willman et al. (2006)

TYDLIG PROBLEMFÖRMULERING	JA	NEJ	VET EJ
PATIENTKARAKTERISTIKA	Antal		
	Ålder		
	Man/Kvinna		
ÄR KONTEXTEN PRESENTERAD	JA	NEJ	VET EJ
ETISKT RESONEMANG	JA	NEJ	VET EJ
URVAL			
Relevant	JA	NEJ	VET EJ
Strategiskt	JA	NEJ	VET EJ
METOD FÖR:			
urvalsförfarande tydligt beskrivet	JA	NEJ	VET EJ
Datansamling	JA	NEJ	VET EJ
Analys tydligt beskrivet	JA	NEJ	VET EJ
GILTIGHET			
Är resultatet logiskt, begripligt	JA	NEJ	VET EJ
Råder datamättnad	JA	NEJ	VET EJ
Råder analysmättnad	JA	NEJ	VET EJ
KOMMUNICERBARHET			
Redovisas resultatet klart och Tydligt	JA	NEJ	VET EJ
Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram	JA	NEJ	VET EJ
HUVUDFYND			
Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs? Är beskrivningen/analys adekvat?			
KOMMENTAR			

BILAGA 2

Beskrivning av artiklar

Författare, land	Titel	Tidskrift och årtal	Syftet forskningsfråga	Metod	Resultat och kvalitetsbedömning
Pollak, K. I., Østbye, T., Alexander, S., Gradison, M., Bastian, L., Namenek Brouwer, R. & Lyna, P. USA	Empathy goes a long way in weight loss discussions.	The Journal of Family Practice 2007	Hur viktrelaterade ämnen diskuteras mellan läkare och deras överviktiga/feta kvinnliga patienter.	Ljudinspelade hälsokontroller.	Belyser vikten på kvalitén på mötet för att den överviktiga patienten ska kunna tappa vikt. Kvalitetsbedömning: Medel
Epstein, N. & Ogden, J. England	A Qualitative study of GPs' views of treating obesity.	British Journal of General Practice 2005	Undersöka hur läkares syn på att behandla patienter med fetma.	Intervjuer.	Belyser läkares behandling av överviktiga patienter. Kvalitetsbedömning: Medel
Hebl, M.R. & Xu, J. USA	Weighing the care: Physicians' reactions to the size of a patient.	International Journal of Obesity 2001	Att undersöka hur en patients vikt påverkar deras behandling.	Djupgående formulär.	Belyser läkares behandling av överviktiga i förhållande till normalviktiga. Kvalitetsbedömning: Medel
Brown, I., Stride, C., Pсарou, A., Brewins, L. & Thompson, J. England	Management of obesity in Primary Care: Nurses' Practicis Beliefs and Attitudes.	Journal of Advanced Nursing 2007	Undersöka mönster av sjuksköterskors kliniska praxis, tro och attityder i relation till överviktsbehandling.	Öppna frågeformulär.	Det framkom att fetma är en viktig hälsofråga och hanteringen av det är en del av deras yrkesroll. Kvalitetsbedömning: Medel

Merrill, E. & Grassley, J. USA	Women's stories of their experiences as overweight patients.	Journal of Advanced Nursing 2008	Belysa överviktig a kvinnors erfarenhet av vårdpersonal.	Intervjuer.	Fyra stora teman framkom: Kämpa för att få plats, Inte känna sig mänsklig, Bli avvissad & V ägran att ge upp.
Brown, I. & Thompson, J. England	Primary care Nurses' attitudes, beliefs and own body size in relation to obesity management.	Journal of Advanced Nursing 2007	Belysa sjuksköterskors uppfattning av överviktiga patienter i relation till sin egen kroppbyggnad.	Intervjuer.	Kvalitetsbedömning: God Deltagarna påverkades av sin egen kroppbyggnad i sättet de bemötte sina överviktiga patienter på.
Wright, J. England	Female nurses' perceptions of acceptable female body size: an exploratory study.	Journal of Clinical Nursing 1998	Kvinnliga sjuksköterskors uppfattning av acceptabel kvinnlig kroppstorlek.	Intervjuer.	Kvalitetsbedömning: God Kvinnliga patienters kroppstorlek är av godtycklig karaktär och de råd som ges till patienterna är inte empiriskt grundade.
Pain, H. & Wiles, R. England	The experience of being disabled and obese.	Disability and Rehabilitation 2006	Undersöka upplevelsen av att vara överviktig och kraftig obes i samhället.	Intervjuer.	Kvalitetsbedömning: God Tre teman framkom: Erfarenheten av det dagliga livet, Tillgång till hjälp & Svar på utmaningar.
Thomas, S. L., Hyde, J., Karunaratne, A., Herbert, D. & Komersaroff, P. Australien	Being 'fat' in today's world: a qualitative study of the lived experiences of people with obesity in Australia.	Health Expectations 2008	Belysa aspekten av levda erfarenheter och påverkan och samhället och kulturen.	Intervjuer.	Kvalitetsbedömning: Medel Ungefär hälften menade att de blivit förödmjukade av sjukvården p.g.a. deras vikt.

BILAGA 3

Sökhistorik

Sökningar i CINAHL						
#	Datum	Sökord	Träffar	Lästa abstract	Urval 1	Urval 2
#1	090402	Obesity	16931			
#2	090402	Attitudes	58734			
#3	090402	#1 AND #2	464	2	1	1
#4	090402	Attitudes to obesity	52	20	4	1
#5	090402	Nurse attitudes	11743			
#6	090402	#1 AND #5	34	16	3	3
#7	090402	Attitudes of health personnel	12397			
#8	090402	Overweight	4297			
#9	090402	#7 AND #8	15	4	2	
#10	090402	#1 AND #7	51	26	1	
#11	090402	#1 AND # 5	24	10	1	

Sökningar i Medline						
#	Datum	Sökord	Träffar	Lästa abstract	Urval 1	Urval 2
#1	090401	Obesity	81912			
#2	090401	Attitude of health personnel	69329			
#3	090401	#5 AND #2	240			
#4	090401	Overweight	13051			
#5	090401	#1 OR #4	83131			
#6	090401	Prejudice	17358			
#7	090401	#3 AND #6	36	10	6	3
#8	090401	Health personnel	14282			
#9	090401	Attitude	33511			
#10	090401	#6 OR #9	49964			
#11	090401	#10 AND #5 AND #8	2	2		

Sökningar i PsycINFO						
#	Datum	Sökord	Träffar	Lästa abstract	Urval 1	Urval 2
#1	090403	Obesity	6178			
#2	090403	Prejudice	2142			
#3	090403	#1 AND #2	21	1		
#4	090403	Health personnel attitudes	7660			
#5	090403	#1 AND #4	44	5		
#6	090403	Obesity (attitudes toward)	92			
#7	090403	Health personnel	16844			
#8	090403	#6 AND #7	8	4	1	1

#9	090403	#2 AND #6	9	1		
#10	090403	Overweight	599			
#11	090403	#1 OR #10	6288			
#12	090403	#4 AND #11	45	2	1	
#13	090403	Attitudes	121075			
#14	090403	Nurses	10272			
#15	090403	#2 OR #13	6301			
#16	090403	#7 OR #14	24990			
#17	090403	#11 AND #15 AND #16	55	12		
#18	090403	#6 AND #16	8	5		
#19	090403	#11 AND #4	45	8	1	

BILAGA 4

Exempel på analys

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori
För de flesta deltagare var deras egen kroppsstorlek ett problem som de var mer eller mindre medvetna om i deras kontakt med vårdtagare där fetma var i fokus.	Personalens egen vikt påverkar mötet.	Egen vikt påverkar mötet.	Påverkan av den egna vikten i mötet.	Sjuksköterskors BMI påverkar mötet
Några deltagare kände sig äcklade av obesa vårdtagare.	Obesa vårdtagare motbjudande.	Motbjudande.	Relationen med den överviktiga och obesa vårdtagaren.	Förhållningsätt i mötet.
Deltagarna hade blivit förödmjukade eller fått nedsättande kommentarer om sin vikt av sjukvårdspersonalen.	Förödmjukande och nedsättande kommentarer.	Bristande möte.	Att kommunicera med den överviktiga och obesa vårdtagaren.	Kommunikation i mötet.
Personalen verkade vara dåligt förberedda på att möta kraftigt överviktiga vårdtagare.	Dåligt förberedd personal.	Bristande resurser.	Fysiska svårigheter i vårdandet.	Bristerna i mötet.