



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Når fordommur hindrar god omsorg

When prejudice prevents care

Kandidatnummer: 203

Bachelor i sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitskap, institutt for helse- og omsorgsvitskap

14-06-2021

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle

kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Samandrag

Tittel: Når fordommar hindrar god omsorg.

Bakgrunn for val av tema: Fedme kan gi følgesjukdommar som diabetes og hjarte- og karsjukdom, men ein kan også få psykisk sjukdom og oppleve fordommar. Desse fordommane kan også kome frå sjukepleiarar.

Problemstilling: Korleis påverkar fordommar mot pasientar med fedme kva tiltak og pleie desse pasientane får på sjukehus?

Metode: Oppgåva mi er ein litteraturstudie. Eg har basert kjeldene mine på fem forskingsartiklar, ein oversiktsstudie og faglitteratur. Vidare har eg nytta meg av egne erfaringar frå praksis i drøftinga. Forskinga fokusera på sjukepleiarar som jobbar med pasientar med fedme på sjukehus, og pasientar sine egne tankar og erfaringar.

Funn: Sjukepleiar har fordommar på lik linje med resten av samfunnet mot denne gruppa. Dårleg bemanning hang saman med auka diskriminering av pasientar med fedme. Fordommar mot fedme førte til negative konsekvensar for helsehjelpa som pasientar med fedme fekk. Fordommane førte til at pasientar med fedme vegra seg for å oppsøke helsehjelp.

Konklusjon: For å auke forståinga for kva pleie og omsorg desse pasientane treng, må sjukepleiaren vera bevist sine egne fordommar. Sjukepleiarar blir peika på som ei viktig yrkesgruppe til å skape ei haldningsendring av menneske med fedme både på sjukehus og i samfunnet generelt. Til dette trengs det meir forskning på området og ein må løfte fram kommunikasjon, pleie og omsorg til denne pasientgruppa.

Nøkkelord: Fordommar, diskriminering, fedme, sjukepleie, sjukehus, helsehjelp

Summary

Title: When prejudice prevents care

Background: Obesity can lead to comorbidity like diabetes and cardiovascular disease, but it can also lead to mental illness and bias. The bias can also come from nurses.

Thesis statement: How does bias toward obese patient admitted to hospital affect their quality of care?

Method: This bachelor is a literature study. I have based my sources on five research articles, one systematic review and professional literature. Furthermore, I have used my own experiences from practice to discuss the problem. The research focuses on nurses that work with patients with obesity in hospitals, and the patient's own thoughts and experiences.

Result: Nurses have bias against people with obesity just like the rest of society. There was a significant association between perceived personal discrimination of obese patients and lack of staff. Bias against obesity had negative consequences for the patients and the healthcare they received. Perceived weight bias resulted to treatment avoidance.

Conclusion: Nurses need to be aware of their bias to raise understanding for the patients' needs in healthcare. They are also identified as an important leader to destigmatize obesity and work to develop accepting attitudes against people with obesity. There needs to be done more research on this subject. Communication, bias and care to these patients needs to be implemented in the education of nurses.

Keywords: Bias, discrimination, obesity, nursing, hospital, healthcare

Innholdsfortegnelse

1 Innleiing, bakgrunn og teoretisk rammeverk	1
1.1 Haldningar, fordommar og diskriminering	2
1.2 Helse og sjukdom	3
1.3 Kommunikasjon	5
2 Problemstilling	6
2.1 Avgrensing av problemstilling	6
3 Litteraturstudie som metode	7
3.1 Litteraturstudie som metode	7
3.2 Søke- og utvalsprosess	7
3.3 Vurdering av kjelder	9
4 Presentasjon av funn	10
4.1 Fordommar og diskriminering av pasientar med fedme	10
4.2 Møte med profesjonelle når ein har fedme	10
4.3 Ulike årsaker til fordommar og diskriminering	11
4.4 Konsekvensar	11
5 Drøfting	12
5.1 Arbeid med å fremme lik behandling og likeverd	12
5.2 Ressursar, tid og bemanning	14
5.3 Pasienten vil ha sjukepleiarar med kompetanse	16
6 Konklusjon	19
7 Litteraturliste	20

1 Innleiing, bakgrunn og teoretisk rammeverk

Temaet for denne oppgåva er sjukepleiaren sine haldningar til pasientar med fedme som er innlagt på sjukehus. Vidare vil eg sjå nærare på korleis negative og positive haldningar endrast, og sjukepleiaren si rolle i haldningsendring i samfunnet. Som sjukepleiarstudent har eg opplevd gode arbeidsmiljø som reflektera rundt negative haldningar mot pasientar, der det har vore rom for å sei ifrå dersom ein opplev negative haldningar eller oppførsel. På den andre sida har eg opplevd avdelingar med kultur for å ytre negative haldningar, og pasienten vert sett på som ei byrde framfor eit individ som har behov for pleie.

I Noreg har rundt 1 av 4 menn og 1 av 5 kvinner mellom 40 – 54 år fedme (Folkehelseinstituttet, 2017). Fedme er ein tilstand der fordeling og mengd av kroppsfett aukar risiko for sjukdom i vesentleg grad, og kan føre til kortare levetid og dårlegare livskvalitet (Toubro, 2011, s.19). KMI står for Kroppsmasseindeks og vert nytta for å sjå om ein ligg innan kategorien normalvekt, overvekt eller fedme. Dette gjer ein ved å ta vekt i kg og dele på høgd gange høgd. Om ei kvinne er 170 cm høg og veg 70 kg så har ho ein KMI på: $70 \div (1,7 \times 1,7) = 24,2$ (Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, u.å). Kvinna i eksempelet kan vege mellom 54 – 72 kg og fortsatt halde seg innanfor normalverdi, altså KMI mellom 18,5 – 24,9. Dersom kvinne veg mellom 72 – 86 kg vert ho definert som overvektig og 87 – 101 kg vert definert som fedme. Grad 2 og grad 3 av fedme får ein når KMI ligg mellom 35 til 40 eller høgare (Folkehelseinstituttet, 2004). Overvekt og fedme gir auka risiko for hjarte- og karsjukdom, diabetes, søvnapné og kreft, men det kan også føre til psykiske plager og stigmatisering (Folkehelseinstituttet, 2017).

Anja Natasja Robstad, førsteamanuensis ved UiA, har utført ein studie som ser på intensivsjukepleiara sine haldningar til menneske som er overvektige. I eit intervju seier ho at mange hadde negative haldningar til dei med overvekt, dei meinte at det var sjølvforskyldt, det var fysisk krevjande å stelle dei og somme lurte på om desse pasientane hadde rett på lik behandling som normalvektige får (Manbari, 2020).

1.1 Haldningar, fordommar og diskriminering

I tillegg til somatisk sjukdom har fedme sosiale konsekvensar, og menneske med høg KMI opplev diskriminering, fordommar og nedsettande haldningar. Dette kjem ikkje berre frå samfunnet, men også frå foreldre, kjærast og vener. Trua på at overvektige menneske er skuld i eigen situasjon er det som driv diskrimineringa. Beskrivingar som manglande kontroll, impulsivitet, manglande viljestyrke, manglande motivasjon og latskap vert ofte nytta om desse menneska. Generelt vert menneske med fedme oppfatta som dei har vanskeleg for å finne ein partner, som lite tiltrekkande og med låg sjølvkjensle. I helsesektoren er dei også utsett for fordommar frå helsepersonell, og dette kan føre til at desse menneska ikkje tørr å søke hjelp (Jensen, 2011, s.101).

Ei haldning er definert som tendensen til å handle negativt eller positivt ovanfor noko og kva me tenkjer, kjenner på, verdiane våre rundt objekt, politikk eller menneske. Haldningar kan ein få frå samfunnet, vener, foreldre eller andre grupper ein identifiserer seg med. Dei er vanskelege å endre og er ein del av det sosiale og korleis me oppfattar oss sjølve (Svartdal, 2020). Som sjukepleiar har ein ansvar for å beskytte pasientar mot krenkande haldningar, ein skal varsle eller melde dersom pasienten vert utsett for uforsvarlege eller kritikkverdige forhold og ein skal bidra til at praksisen er fagleg forsvarleg og omsorgsfull (Norsk sykepleierforbund, 2019).

Haldningane våre kan også føra til fordommar som er eit resultat av lite kunnskap om visse grupper, menneske, personar, objekt eller idear. Ofte får ein fordommar mot det ein ikkje er ein del av eller dei gruppene ein ikkje er medlem av. Fordommene kan også føra til negativ åtferd som uttrykkast mot ei gruppe menneske og dette kallast diskriminering (Store norske leksikon, 2020). Vidare vert diskriminering definert som å urimeleg behandle nokon meir ugunstig enn andre (Ikdahl, 2018). Jf. likestilling- og diskrimineringslova skal alle borgarar ha like moglegheiter, og lova skal hindre skaping av nye samfunnsskapte funksjonshemmande barrierar. Vidare poengterast det at ein føresetnad for likestilling er tilrettelegging og tilgjengelegheit, og at lova gjeld på alle samfunnsområde (Likestillings- og diskrimineringsloven, 2017, §1 & §2). Lova seier også at diskriminering og forskjellsbehandling kan oppstå ved manglande universell utforming eller individuell

tilrettelegging. Det vert også presisert at offentlege og private verksemdar som er allmennretta, har ei plikt til universell utforming av verksemda sine alminnelige funksjonar (Likestillings- og diskrimineringsloven, 2017, §6, §7, §12, §17 og §19). Dette samsvarer med dei yrkesetiske retningslinjene der sjukepleiaren skal engasjere seg i den helsepolitiske og sosiale utviklinga og ivareta behov for heilheitleg omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2019). Vidare må sjukepleiaren fohalde seg til lovverket der alle pasientar har rett på lik tilgang på tenester og at desse skal ha god kvalitet. Pasientar skal behandlast med respekt for den enkelstes menneskeverd, liv og integritet, og sjukepleiaren skal fremme tillitsforholdet mellom helse- og omsorgstenesta og pasienten (Pasient- og brukarrettighetsloven, 1999, § 1-1 & § 2-1).

1.2 Helse og sjukdom

I følgje verdas helseorganisasjon er helse definert som ein tilstand der ein har mentalt, fysisk og sosialt velvære. Definisjonen poengtera vidare at ein ikkje treng å ha fråvær av sjukdom eller tilstandar som er medisinsk invalidiserande for å ha god helse (Verdens helseorganisasjon, u.å). Det er fleire dimensjonar av helse og det inneberer at eit menneske skal kunne fungere sosialt, fysisk og mentalt. Sjølv sagt er det ulikheiter i helse der nokre personar kan få kreft eller komme utfor ei ulukke, og andre er friske heile livet. Sjølv om det er ulikheiter innan helse skal ein aldri få dårlegare helsehjelp på bakgrunn av ulike sosiale forhold som kultur, rase, kjønn eller økonomi (Urke, 2018, s.16). For å få til dette må ein fordele resursar slik at ulikheitene vert redusert. Desse resursane eksisterer ikkje kunn på eit sjukehus eller på institusjon, men omfattar heile samfunnet og miljøet som menneska lev i. Vidare er det faktorar som økonomi, jobb, sosialt nettverk og livsstil som påverkar helsa vår (Larsen, 2018, s. 44- 46).

For å gi fagleg forsvarleg sjukepleie som fører til god helse, så må det utøvast forsvarleg praksis. Krav om forsvarlegheit byggjer på kva som kan forventas av sjukepleiaren i situasjonen ein er i, kompetansen ein har og kva arbeid ein skal utføre. Kravet er ein rettsleg minstestandard for helsehjelpa som blir gitt. Dette kan endre seg med tida saman med oppdatert kunnskap som sjukepleiaren har ei plikt til å halde seg oppdatert på. Vidare knytt ein forsvarlegheitskravet til at sjukepleiaren skal syne respekt og omtanke for pasienten, og

fagleg sjukepleie skal bli gitt på riktig måte. Det forventast at sjukepleiaren skal ha ei haldning som syner respekt for den enkelte pasient. Det er først når sjukepleiaren klarer å ivareta mellommenneskelege verdiar, i tillegg til å gi fagleg forsvarleg sjukepleie, at hjelpa er omsorgsfull (Flovik & Rokseth, 2016, s. 282 – 285). Erfarne sjukepleiarar i avdelingar kan fungere som rollemodellar ved å rettleie, dele erfaringar eller undervise sine kollegaer. Avdelinga kan også nytte seg av risikokartlegging av sårbare områder (ROS). Når ein har kartlagt det aktuelle problemområdet, så må ein spørje vidare om kvifor dette problemet har oppstått. Dette kan vera mangel på tid, utstyr, tilgjengelegheit eller manglande vilje. Dette gir rom til diskusjon og bevisstgjerung av temaet (Flovik & Rokseth, 2016, s. 291). Dette forutsetter at sjukepleiaren tek opp det aktuelle problemet med leiar, andre tilsette eller tillitsvalt, slik at praksisen vert endra (Flovik & Rokseth, 2016, s.285).

Som profesjonell sjukepleiar har ein ei maktrulle ovanfor pasientar og pårørande som må forvaltast på ein moralsk forsvarleg måte. Ein jobbar på ein helsefremmande måte der ein skal redusere det som er truande for god helse, og fremme det som gir god helse (Alvsvåg, 2018, s. 66). Sjukepleiaren må sjå individet i sin heilheit og kartleggje kva moglegheiter og resursar pasienten har for å ta vare på eigen helse (Larsen, 2018, s. 46). Sjølv om pasienten har ein sjukdom er meistringa av kvardagen og overskotet ein har til overs viktig for å ha god helse (Larsen, 2018, s. 43). Omgrepet helse i helsesektoren i dag forståast i stor grad som fråvær av sjukdom. Pasienten har ein diagnose som krev behandling og sjukepleiaren, saman med anna helsepersonell, definerer kva som er problemet og løysinga (Larsen, 2018, s. 38 – 39). Makta ein har som sjukepleiar må forvaltast forsvarleg, og ikkje bidra til at pasienten kjenner på makteslausheit og skam. Den sjuke kroppen og den sunne kroppen har gjennom historia bygd på teknikkar og metodar som gjer oss disiplinerte nok til å ta vare på eiga helse. Denne disiplinen byggjer på eit samfunnsansvar og at sjukdom kan kontrollerast ved at ein lev ein sunn livsstil. Dei som ikkje klarar å leve korrekt etter dette får tilbod om skolering i form av rehabilitering, pasientundervisning eller opphald på institusjon slik at dei kan leve eit riktig liv (Alvsvåg, 2018, s. 66-67).

Helseåtferd er åtferd som kan gi god helse og livskvalitet eller som gir auka risiko for sjukdom. Negativ helseåtferd kan endrast over tid, men er avhengig av kva kunnskap

pasienten har om sjukdom eller konsekvens av åtfærd, tillit til helsetenesta og nytteverdien av handlingar (Gammersvik, 2018, s. 207). For å få til eit samarbeid om endring må sjukepleiaren lytte til pasienten og kva resursar og bidrag vedkommande har. Pasienten er ekspert på eige liv og sjukdom, og dersom ein ikkje lyttar kan ein stenge pasienten ute frå avgjersle om eiga helse. Dette kan føre til at pasienten ikkje kjenner eigenskap til løysingar og tiltak. Paternalisme og nedvurdering kan gjer at pasienten kjenner seg framandgjort, objektifisert og gi ei kjensle av maktlausheit. Dersom ein lyttar til pasienten og erfaringane vedkommande har, så kan dette bidra til håp, mestring og velvære (Gammersvik, 2018, s. 122).

1.3 Kommunikasjon

For å kunne vera ein sjukepleiar som lyttar og forstår pasienten, så må ein forstå korleis den me snakkar med tenkjer og opplev verda. Dette kan vera krevjande fordi alle menneske opplev verda på sin måte. Vår eigen for-forståing er basert på våre eigne erfaringar, kultur, kjensler og tankar. I møte med den andre får me innblikk i deira for-forståing. For å kunne bli god på kommunikasjon, så må ein difor reflektere og vera kritisk til sin eigen for-forståing. For-forståinga og kunnskapen om ulike kulturar, sjukdommar og grupper av menneske har noko å sei når ein skal gi omsorg og pleie (Røkenes & Hanssen, 2015, s.15).

Når ein jobbar med menneske som sjukepleiar er det forventat at sjukepleiaren skal vera til hjelp for pasienten. I denne relasjonen kan ein fort vera effektiv og handle ut ifrå rutinar og reglar. Sjukepleiaren skal prioritere pasientar som har størst behov for hjelp (Norsk sykepleierforbud, 2019), og må tilpasse prosedyrar og tid som vert brukt etter hjelpebehovet. Den andre sine meiningar og opplevingar må vektleggast slik at pasienten ikkje vert objektifisert, og kjenner seg styrt av sjukepleiaren. Dei som kjenner seg styrt av ytre forhold eller andre menneske har lettare for å gi opp og utvikle psykiske eller somatiske plager (Røkenes & Hanssen, 2015, s. 16). Ved å objektifisere menneske tiggjer me dei, altså at ein behandlar dei som ting og handlar ut ifrå dette. Det blir då ingen dialog med menneske me har framfor oss, og ein behandlar vedkommande ut i frå eige perspektiv og kva me trur stemmer. Dette kan fort bli snevert og kroppen vert sett på som ein ting. Dersom du et mykje mat så legg du på deg, og dersom du et mindre mat blir du tynn.

(Røkenes & Hanssen, 2015, s. 51). Kommunikasjonen kan også bli dårleg ved sjukepleiaren sin sosiale persepsjon.

Sosial persepsjon bidreg til korleis me oppfattar mennesket me har framfor oss. Me vel oss ut sider ved den andre, som gir meining til åtferda deira, og forkastar dei sidene som ikkje passar inn i det biletet me har av personen. Dette indre biletet ein skapar av andre kan kome i vegen for god kommunikasjon, og me vel vekk åtferd som bryt med vår eiga oppfatning (Røkenes & Hanssen, 2015, s. 219). Fordi me gjerne vil skape ei meining med den andre sin åtferd, så tolkar me åtferda til den andre og gir dei eigenskapar ut ifrå det me trur. Dette kallast attribusjon. Dette kan vera intensjonane eit menneske har, kjensler, personlegdomseigenskapar og meiningar. Dersom ein pasient er taus og seier lite kan me trekke konklusjonar om at denne pasienten er nervøs. Vidare kan pasienten tenkje at sjukepleiaren er autoritær og snakkar mykje, og difor er ikkje denne sjukepleiaren ein god lyttar. Når ein gir meining til andre menneske sin åtferd på denne måten, så kan dette føre til feilattribusjon. Kommunikasjonen blir dårleg og det kan føre til misforståing. (Røkenes & Hanssen, 2015, s. 219).

2 Problemstilling

Korleis påverkar fordommar mot pasientar med fedme kva tiltak og pleie desse pasientane får på sjukehus?

2.1 Avgrensing av problemstilling

Eg har valt å avgrense problemstillinga mi til vaksne menneske over 18 år med fedme som får behandling når dei er innlagt på sjukehus, og som opplev negative haldningar, diskriminering og fordommar. Det er to grupper involvert i denne samanhengen; sjukepleiaren og pasienten. Eg vil gjerne belyse begge sider, få fram kva som ligg til grunn og kva konsekvensane blir. I denne oppgåva kjem eg ikkje til å fokusere på somatisk sjukdom som følgje av fedme, men på forholdet mellom sjukepleiar og pasient.

3 Litteraturstudie som metode

I denne delen skal eg gjere greie for val av litteraturstudie som metode, søkeprosess og grunnleggjande val av litteratur. Vidare skal eg ta føre meg svake og sterke sider ved litteraturen og forskinga eg har nytta meg av.

3.1 Litteraturstudie som metode

I denne oppgåva hentast data frå eksisterande kjelder som forskning, teori og pensumlitteratur frå bachelor i sjukepleie. (Dalland, 2018, s. 207). For å ha kunnskap til å belyse problemstillinga, må ein nytte seg av relevante databasar og vurdere desse funn kritisk. Vidare skal litteratur og teori vera relevant til problemstillinga slik at dette kan drøftast (Grønseth & Jerpseth, 2019, s.80). Gjennom litteraturstudie som metode vil eg syne korleis eg har gått fram for å finne eksisterande kjelder.

3.2 Søke- og utvalsprosess

For å finna relevant forskning til oppgåva har eg nytta meg av søkemotoren EBSCO og databasane ERIC, Medline, Cinahl og Academic Search Elite. Vidare har eg nytta meg av Svemed+ med norske søkeord. Eg har valt å velje ut fleire søkeord og fokusert på artiklar mellom 2017 og 2021 for å få det nyaste innan forskning. Eg har nytta meg av biblioteket sine databasar for å finne relevant litteratur og fagbøker. Søkeorda eg har nytta har eg valt å omsetje til engelsk der overvekt og fedme blir «obesity or overweight or obese or unhealthy weight or high bmi», Sjukepleiar til «nurse, or nurses or nursing,» og fordommar og stigmatisering til «prejudice or bias». Ved søk på Svemed+ har eg nytta meg av søkeorda stigmatisering og fedme.

For å finne «*Nurses' weight bias in caring for obese patients: Do weight controllability beliefs influence the provision of care to obese patients?*» (Tanneberger & Chiupitu-Plath, 2018) nytta eg meg av søkeorda «nurse, or nurses, or nursing», «bias, prejudice or discrimination», «obese patients» og «obesity, or overweight, or fat». Ved dette søket fekk eg opp 150 treff, men etter å ha begrensa det til artiklar mellom 2018 og 2021 fekk eg opp 18 artiklar. Etter å ha lese over samanfatinga valte eg artikkel nummer 1.

«Intensive care nurses' implicit and explicit attitudes and their behavioural intentions towards obese intensive care patients» (Robstad et al., 2019) fant eg ved å søke på “nurse or nurses”, “prejudice or bias” og “obesity or overweight or obese or unhealthy weight or high bmi”. Ved dette søket fekk eg opp 321 treff. For å snevre inn søket valte eg å fokusere på artiklar mellom 2019 og 2021 og fekk opp 26 treff. Etter å ha lest gjennom samanfatinga og sett vekk frå artiklar som ikkje er relevant nok til å belyse problemstillinga, så valte eg nummer 5 og denne er i tillegg Norsk.

«Intensive care nurses' experiences of care for obese intensive patients: A hermeneutic study» (Robstad et al., 2017) fant eg ved å søke på «nurse or nurses og nursing», «experiences or attitudes», «obesity or overweight» og «qualitative research». Eg fekk opp 441 treff. For å snevre inn søket mitt valte eg artiklar mellom 2017 og 2021. I geografifeltet såg eg at det var 4 norske artiklar og eg valte den første artikkelen.

For å finne artiklane «*Stigmatisering og skam – en kvalitativ studie om å leve med fedme*» (Ueland, 2019) og «*Materiell og profesjonell stigmatisering av mennesker med sykkelig overvekt*» (Christiansen et al., 2017) nytta eg meg av Svemed+ og søkeorda stigmatisering og fedme. Vidare kryssa eg av for artiklar som var peere-reviewed. Her fekk eg opp to artiklar og eg valte å nytte meg av begge, og desse er også norske.

For å finne oversiktsartikkelen «Concept of overweight bias among healthcare professionals: An evolutionary concept analysis» (Hyer & Conner, 2020) søkte eg på «Systematic review», «healthcare», «Overweight or obesity or obese» og «bias or prejudice or discrimination». Eg fekk opp 303 artiklar. Eg ville fokusere på artiklar mellom 2020 – 2021 og fekk opp 37 artiklar. Eg valte den første artikkelen.

I tillegg til forskning skal eg nytte meg av faglitteratur. Eg har valt meg ut nokon bøker, lover og yrkesetiske retningslinjer som eg skal nytte meg av for å svare på problemstillinga. Då eg leita etter faglitteratur har eg prøvd å finne det nyaste slik at informasjonen er oppdatert.

3.3 Vurdering av kjelder

Når ein skal vurdere kjelde kritisk så må ein karakterisere og vurdere litteraturen ein finn. For å vurdere forskingsartiklane har eg nytta meg av helsebiblioteket sine sjekklister for å kunne vurdere dei kritisk (Helsebiblioteket, 2016). Fordi eg måtte nytte meg av dansk og engelsk litteratur i tillegg til pensumlitteratur, har eg sjekka kven forfattarane av bøkene er og kva forlag som har gitt ut bøkene. Artiklane eg har funnen til oppgåva belyser forskjellige sider av problemstillinga slik at begge sidene i saka blir synt fram.

Ein styrke til artiklane er at dei ikkje er eldre enn frå 2017 og eg har i all hovudsak haldt meg til nyare bøker. Vidare har eg prøvd å finne norske studiar fordi det blir tatt utgangspunkt i norske forhold. Fordi to av bøkene er skriva på eit anna språk er det viktig at eg les teksten nøye slik at eg ikkje mistolkar innhaldet. Dette gjeld også for artiklane eg har funne då fire av dei er skriva på engelsk. Sjølv om fleire av studiane er norske, så kan studiane i oversiktsartikkelen og den tyske studien, baserer seg på eit helsevesen med ulike plikter og lovverk enn i Noreg.

For å vurdere artiklane mine har eg nytta meg av helsebiblioteket sine sjekklister. På denne måten har eg sjekka om formål, metode, utforming og gjennomføring av studiane er tydelege. Vidare er det eit godt verktøy for å sjekke om kjeldene eg har valt er pålitelege. Resultata skal også vera relevant for å svare på problemstillinga (Helsebiblioteket, 2016). Forskinga er i hovudsak primærkjelder og eg har valt meg ut både kvantitative og kvalitative forskingsartiklar. Ei primærkjelde er ei førstehandskjelde og den er ikkje oversett til eit anna språk eller behandla (Dalland, 2018, s. 162). Til denne oppgåva har eg også inkludert ein systematisk oversiktsartikkel. Dette er ei sekundærkjelde då den nyttar seg av allereie eksisterande primærstudiar (Dalland, 2018, 163). Sjølv om den er ei sekundærkjelde har eg tatt denne med fordi den gir mykje informasjon frå fleire studiar.

4 Presentasjon av funn

Etter å ha lese gjennom forskinga er det 4 punkt som utmerkar seg når det gjeld fordommar, diskriminering og pasienten si oppleving. Dette er: *fordommar og diskriminering av pasientar med fedme, møte med den profesjonelle når ein har fedme, årsakar til fordommar og diskriminering og konsekvensar.*

4.1 Fordommar og diskriminering av pasientar med fedme

I oversiktsstudien til Hyer og Conner (Hyer & Conner, 2020, s. 398) finn dei at skuld og overbevisinga om at fedme er sjølvforskyldt, er dei to største faktorane for stigmatisering. Fleira av studiane dei har sett på konkludera med at helsepersonell generelt har dårlege haldningar til pasientar med fedme. Dette kjem også fram i studien til Robstad et. al, der sjukepleiarane føretrakk tynne pasientar over dei med fedme. Dei såg på pasientar med fedme som latare enn dei tynne, samt at dei hadde mindre viljestyrke. Vidare rapporterte dei at haldningane deira ikkje gjekk ut over måten dei behandla pasientane (Robstad et al., 2019). I kontrast til dette rapporterte 28,2% av deltakarane i studien til Tanneberger og Chiuoitu-Plath at dei kunne ha gitt desse pasientane ulik behandling enn normalvektige. Halvparten av deltakarane meinte at andre sjukepleiarar behandla pasientar med fedme dårlegare enn normalvektige, og berre 18,3% meinte at alle fekk lik behandling (Tanneberger & Chiuoitu-Plath, 2018). I ein annan studie kjenner ein av sjukepleiarane at ho må beskytte pasientane frå anna personale, og ein annan meiner at dei ikkje har rett til lik helsehjelp som normalvektige (Robstad et al., 2017, s. 390 – 391).

4.2 Møte med profesjonelle når ein har fedme

I Hyer og Conner sin oversiktsstudie kjem det fram at det er vanskeleg å pleie og kommunisere med pasientar på grunn av det sosiale stigma som følgjer med fedme. (Hyer & Conner, 2020, s. 398). Ein deltakar seier at haldningar kjem fram i kommunikasjonen om og til pasienten. Det kom også til uttrykk gjennom kroppsspråk (Robstad et at., 2017, s. 390). I ein kvalitativ studie seier ein av deltakarane at helsepersonell har for lite kunnskap om kva problem ein har som overvektig, og kunnskap om overvekt generelt. Han saknar fokus på kva som ligg bak kvifor folk et meir og er i mindre aktivitet. Forfattarane skriv at skoen trykker på feil plass på grunn av feil fokus når det gjeld fedme. Kunnskapen er basert på eit syn der

kosthald og aktivitet er oppskrifta på vektnedgang, snarare enn at overvektige menneske har behov for personleg tilpassa behandling som enkeltindivid (Christiansen et al.,2017). Empati blir trekt fram i oversiktsartikkelen som mogleg verktøy for å redusere og fjerne stigma frå denne pasientgruppa (Hyer & Conner, 2020, s. 398). I følgje studien til Ueland merkar deltakarane haldningane frå både samfunnet og helsevesen. Deltakarane brukte også forsvarsstrategiar for å ikkje få negative kommentarar. Dei synte også trekk på internalisert stigma, og omtalte seg sjølv som dumme, mislukka og mindre begava (Ueland, 2019).

4.3 Ulike årsaker til fordommar og diskriminering

I studien til Tanneberger og Chiuoitu-Plath, var det fem kategoriar som kom tydleg fram då sjukepleiarane sjølv skulle sette ord på kva dei trudde var grunnen til forskjellsbehandling. Dei ulike kategoriane var: fysiske begrensingar, lite tilfredstillande utstyr og mangel på personale, at pasientane trengte meir pleie enn andre pasientar, partiskheit og dei som hadde nulltoleranse mot diskriminering av desse pasientane (Tanneberger og Chiuoitu-Plath, 2018). Dette vert også tatt opp i oversiktsstudien der tid til kvar pasient og korleis arbeidet blir organisert også blir nemnt. Vidare såg ein forskjell i diskriminering mellom land ut ifrå forskinga som er gjort. Studien forklarar at ut ifrå ulike rollemodellar så skapast ulike haldningar i yrket (Hyer & Conner, 2020, s. 398). I studien til Robstad et al. finn dei at sjukepleiarane får forsterka fordommar mot pasientar mot overvekt på grunn av det tunge arbeidet. Dette blir igjen forsterka av kollegaer som sniker seg unna når desse pasientane treng pleie og mobilisering. Vidare var det utstyr tilpassa vekt, men utstyret var ikkje tilpassa store kroppar (Robstad et al., 2017, s. 392).

4.4 Konsekvensar

Når ein baserer avgjersler og praksis på pasientar si vekt, så får dette konsekvensar i negativ forstand for pasientar med fedme. Dersom sjukepleiaren ikkje har god nok kompetanse på fedme, kan ein gløyme behovet desse pasientane har til tilpassa utstyr og pleie. Vidare poengterer dei viktigheita med å vera bevist sin eigen kommunikasjon og eige stigma. Helsepersonell som hadde eit negativt syn på pasientar med fedme hadde også ein mindre pasient-sentrert tilnærming i kommunikasjonen med desse pasientane. Sjukepleiaren blir framheva som ein av dei viktigaste yrkesgruppene til å motarbeide stigma mot fedme (Hyer & Conner, 2020, s. 398). Konsekvensane av at pasientane blir utsett for stigma og

diskriminering kan bli at pasientane ikkje tør å fortelje om fysiske eller psykiske plager. Vidare har det ført til at mange pasientar med fedme ikkje møter opp til timar ellar avtalar som gjeld helsa deira (Christiansen et al., 2017). Resultatet av dette er at pasientane først oppsøker helsehjelp når sjukdomsbiletet er blitt veldig komplisert (Hyer & Conner, 2020, s. 395).

5 Drøfting

I denne delen skal eg ta med teori og funn frå forskning for å belyse ulike delar var problemstillinga.

5.1 Arbeid med å fremme lik behandling og likeverd

Studiar frå USA syner at jo lenger ein jobbar med menneske med fedme, jo meir negativt syn får ein på desse pasientane. I Tyskland synte det seg det motsette: meir arbeidserfaring førte til eit meir positivt syn på pasientar med fedme. Dette kan forklarast ut ifrå at helsepersonell fungera som rollemodellar for nyutdanna helsepersonell (Hyer & Conner, 2020, s. 398).

Fordommar og stigma kan lærast av dårlege rollemodellar. Sjukepleiarstudentar som blir vitne til sjukepleiarar som diskriminera pasientar med fedme, kan ta dette med seg inn i si yrkesrolle. Vidare kan dei då oppfordre sine studentar til å fortsette med denne åtferda (Hyer & Conner, 2020, s. 398). På den andre sida kan erfarne sjukepleiarar rettleie, undervise og dele sine erfaringar med kolleager, og dermed fungere som gode rollemodellar for god praksis (Flovik & Rokseth, 2016, s. 291, Norsk sykepleierforbund, 2019). Sjølv har eg erfart gode og dårlege rollemodellar gjennom jobb og praksis. Ein av avdelingane hadde kultur for negative haldningar mot pasientar som dei syns var krevjande, eller om dei trengte meir tid enn andre pasientar. Ei anna avdelinga hadde gode rutinar for pasientar som kravde meir tid og resursar, og sjukepleiarane fekk reflektere rundt det dei meinte var krevjande.

Avdelingsleiar lytta til sine tilsette og satt inn resursar der det var mogleg, og kulturen i avdelinga oppfordra til etisk refleksjon.

Sjukepleiarar vert identifisert som ein av dei viktigaste yrkesgruppene når det gjeld

samfunnsendring, og korleis ein oppfattar menneske med fedme (Hyer & Conner, 2020, s. 398). Dette krev at sjukepleiaren held seg fagleg oppdatert, men også at sjukepleiaren reflektera og er kritisk til si eiga for-forståing (Røkenes & Hanssen, 2015, s.15). Den sosiale persepsjonen sjukepleiaren har, kan føre til at ein tek vekk dei sidene ved pasienten som ikkje stemmer overeins med det indre biletet ein har skapt seg. Dette kan føre til at pasienten får eigenskaper som ikkje stemmer overeins med røynda. Desse kan vera negative eller positive (Røkenes & Hanssen, 2015, s. 219). Haldningar kan vera med å forme desse eigenskapane og desse kan vera vanskeleg å endre, då det kjem frå både samfunn, familie, media og vener (Svartdal, 2020). Kva haldningar ein har skal ikkje kome i vegen for å fremme tillitsforholdet mellom helse- og omsorgstenesta og pasient, respektere kvart enkeltes menneskeverd, liv og integritet og gi alle lik tilgang på tenester av god kvalitet (Pasient- og brukerrrettighetsloven, 1999, § 1-1 & § 2-1). I studien til Tanneberger og Ciupitu-Plath var det 22,9 prosent av sjukepleiarane som hadde nulltoleranse mot diskriminering av pasientar. Dei såg på dei som pasientar som trengte hjelp og hadde ein rett til forsvarleg pleie og omsorg (Tanneberger og Ciupitu-Plath, s. 425)

For å gi fagleg forsvarleg sjukepleie, så må det utøvast forsvarleg praksis. Vidare kan ein ikkje gi omsorgsfull pleie med mindre ein klarar å ivareta mellommenneskelege verdiar i tillegg til forsvarleg sjukepleie. Det forventast at sjukepleiaren skal ha haldningar som syner respekt for pasienten (Flovik & Rokseth, 2016, s. 282 – 285, Norsk sykepleierforbud, 2019). I oversiktsstudien var det studiar der sjukepleiarane fortsatt ga desse pasientane like god pleie som normalvektige, sjølv om dei hadde negative haldningar mot desse pasientane. Vidare finn dei at nokon har vanskeleg for å endre tankar kring fedme, og at dei manglar emna til å gi empatisk pleie (Hyer & Conner, 2020, s. 398 - 399).

Empati kan vera ein viktig faktor for å redusere fordommar, fordi det gir sjukepleiaren betre forståing for pasienten sitt perspektiv (Hyer & Conner, 2020, s. 398 - 398). Ein av deltakarane i oversiktsstudien sa at når ho sjølv var yngre og slank, så hadde ho mindre sympati og toleranse mot fedme. Før tenkte ho at pasientane ikkje hadde vilje til gå ned i vekt. No erfarte ho sjølv at etter barnefødsel og endra metabolisme var det vanskeleg for henne å halde si eiga vekt nede (Hyer & Conner, 2020, s. 400). Ein annan hadde mangel på forståing

på kvifor nokon kan få for høg KMI og korleis dei kunne sette seg sjølv i ein slik situasjon (Tanneberger og Ciupitu-Plath, s. 425). Dersom ein har manglande forståing har ein ei plikt til å tileigne seg kunnskap og halde seg oppdatert. Dette gjeld blant anna kunnskap om fedme og korleis ein skal gi sjukepleie til desse pasientane (Flovik & Rokseth, 2016, s. 282 – 285).

Mangelen på forståing kan føre til dårleg kultur på ei avdeling. Nokre av sjukepleiarane såg på pasientane som store personar, og ikkje som vanlege menneske (Robstad et al., 2017, s. 392). Vidare omtalte dei pasientane som «ein av dei» når dei blei innlagt, og fleire på avdelinga kunne reagere med negativt kroppsspråk (Robstad et al., 2017, s. 392). Om ein ser at kulturen i avdelinga er negativ mot pasientar mot fedme, så kan sjukepleiaren ta dette opp med tillitsvalt, leiar eller andre tilsette. På denne måten kan ein endre praksis slik at den vert god (Flovik & Rokseth, 2016, s.285). Avdelinga kan også nytte seg av ROS for å kartleggje det aktuelle problemområdet: sjukepleiaren har fordommar mot pasientar mot fedme, eller at sjukepleiaren gir ulik pleie til pasientar med fedme. Vidare spør ein seg om kvifor dette problemet har oppstått, kva som er årsaksfaktorane, og bevisstgjere temaet (Flovik & Rokseth, 2016, s. 291). Nokon av årsaksfaktorane for fordommar mot overvekt kjem fram i studiane: viljestyrke, kompetanse, erfaring, resursar, bemanning og rollemodellar (Tanneberger og Ciupitu-Plath, s. 421, Hyer & Conner, 2020, s. 397).

5.2 Ressursar, tid og bemanning

Oversiktsstudien til Hyer og Conner finn at mangel på tid til kvar pasient, korleis arbeidet blir fordelt og mangel på utstyr gjer det vanskeleg å gi pleie til pasientar med fedme.

Akuttsjukepleiarar i ein av studiane var bekymra for nok bemanning til kvar pasient (Hyer & Conner, 2020, s. 398). Dårleg bemanning på ei avdeling kan også føre til auka diskriminering av pasientar med fedme (Tanneberger og Ciupitu-Plath, s. 422). Ein sjukepleiar forklarte at mobilisering av pasientar utan hjelp var utfordrande, og ein annan påpeka at det var tungt for kroppen å gi pleie til desse pasientane. For å gi forsvarleg sjukepleie til pasientar med fedme, så krav det meir av dei fysisk (Tanneberger og Ciupitu-Plath, s. 425).

Fordi arbeidet er fysisk krevjande, så kjenner fleire av sjukepleiarane på at pasienten blir ekstra sårbar og vekta blir veldig synleg. Dei var også redde for å påføre seg sjølv

arbeidsskade som følgje av det fysiske arbeidet (Robstad et al., 2017, s. 389 - 390). Fleire blei frustrerte over kollegaer som prøvde å snike seg unna når dei trengte hjelp til å mobilisere pasientar. I tillegg var utstyre deira tilpassa høg vekt, men ikkje kroppsfasongen til pasientane, og dette gjorde pleiesituasjonane vanskeleg. Vidare var det sjukepleiarar som ville gi god pleie til pasientar med fedme, men dei var frustrerte og irriterte når dei skulle gi pleie til desse pasientane. Det var delt frustrasjon mellom pasienten med fedme som gjorde arbeidet deira vanskeleg, og kollegaer som sneik seg unna. Fordommene deira hang saman med haldningar dei allereie hadde, og det krevjande arbeidet og frustrasjon over kollegaer forsterka det (Robstad et al., 2017, s. 392).

I tillegg til fysisk belastning og underbemanning rapporterte nokre av sjukepleiarane at det var mangel på utstyr og plass (Tanneberger og Ciupitu-Plath, s. 421). Alle menneske i Noreg har rett til å bli behandla likt og utan diskriminering. Føresetnaden for dette er tilrettelegging og tilgjengelegheit (Likestillings- og diskrimineringsloven, 2017, §1 & §2). Det var fleire sjukepleiarar som ikkje hadde tilgang til, eller hadde dårleg kvalitet på, gåstolar tilpassa dei med fedme og nok plass på romma til å gi pleie (Tanneberger og Ciupitu-Plath, s. 421). Den manglande plassen og mangelen på utstyr pressa dei inn i stillingar som var unaturlege og gjorde pasienten tyngre (Tanneberger og Ciupitu-Plath, s. 425). Forskjellsbehandling og diskriminering kan oppstå ved manglande individuell tilrettelegging og universell utforming, og dette skal hindrast ved at offentlege og private verksemder utformer verksemda til å passe for alle (Likestillings- og diskrimineringsloven, 2017, §6, §7, §12, §17 og §19). Dette har eg sjølv sett at ikkje alltid er tilfelle i praksis. Døme på dette er smale dører inn til toalettet eller små rom med liten plass til stell.

Ein av sjukepleiarane meinte at dersom ein nytta meir tid på pasientar med fedme, så var dette urettferdig mot andre pasientar på avdelinga (Tanneberger og Ciupitu-Plath, s. 425). Andre meinte at det var deira eigen feil, at følgjesjukdommane ikkje skal snakkast vekk fordi dei har tatt dårlege val om eiga helse. Nokre av sjukepleiarane i studien meinte at dei ikkje hadde rett til lik behandling fordi det kravde meir tid og resursar (Robstad et al., 2017, s.392). Sjukepleiaren skal tilpasse tid og ressursar ut ifrå pasienten sitt hjelpebehov, og det er forventa at sjukepleiaren skal vera til hjelp for pasienten (Larsen, 2018, s. 46, Norsk

sykepleierforbud, 2019). Utan nok utstyr, personale og plass kan ein tenkje seg at dette er krevjande. For å gjere desse situasjonane betre under stell prøvde sjukepleiarane i ein av studiane å snakke det vekk. Dei prøvde å gjere det så behageleg som mogleg og minst mogleg sjenerande for både dei sjølv og pasienten. På denne måten prata dei aldri om fedme, men unngjekk tema, på grunn av stigma rundt det (Hyer & Conner, 2020, s. 399).

Dersom ein tykkjer det er ubehageleg å prate om fedme, så kan dette føre til feilattribusjon. Pasienten kan, i verste fall, tolke sjukepleiaren sin unngåing av tema som noko negativt. Dersom pasienten ikkje gir uttrykk for dette, så kan sjukepleiaren oppfatte eigen åtferd som positivt og fortsette med si åtferd. Ein har gitt kvarandre meiningar, kjensler og intensjonar som fører til misforståing (Røkenes & Hanssen, 2015, s. 219). For å unngå at dette skjer, og at fordommar skapast, etterspør studiane opplæring i årsakar til fedme og korleis ein skal kommunisere med desse pasientane (Hyer & Conner, 2020, s. 400).

5.3 Pasienten vil ha sjukepleiarar med kompetanse

Sjukepleiarar utan kompetanse på fedme, kan gløyme behovet deira for tilpassa utstyr og pleie. Dersom ein baserer avgjersler og praksis på pasienten sin vekt, kan dette få negative konsekvensar for pasienten og resultere i dårlegare pleie (Hyer & Conner, 2020, s. 399).

Sjukepleiaren har ei maktrolle ovanfor pasienten, og pasienten skal kunne stole på at sjukepleiaren er profesjonell (Alvsvåg, 2018, s. 66). Skal ein gi god kommunikasjon og pleie, så må ein vera bevist sin eigen for-forståing. Har ein den oppfatninga at ein berre kan slutte å ete så mykje for å nå normalvekt, så gjer ein pasienten om til eit objekt (Røkenes & Hanssen, 2015, s. 51). Paternalisme, framandgjering og nedvurdering kan føre til at pasienten kjenner på makteslausheit (Gammersvik, 2018, s. 122).

For å fremme god helse og gi pasienten eigeskap til løysingar og tiltak når vedkommande ligg på sjukehus, så må ein lytte til pasienten. Ved å lytte til pasienten og erfaringane vedkommande har, så kan ein bidra til håp, mestring og velvære (Gammersvik, 2018, s. 122). I oversiktsstudien fann dei at dei med negativt syn på pasientar med fedme hadde ein mindre pasient-sentrert tilnærming. Dei kommuniserte mangel på empati og respekt i samtale med pasienten (Hyer & Conner, 2020, s. 399). I ein av studiane kom det fram at

fordommene kjem frå alle yrkesgruppene på avdelinga, på rapport, i pausen og inne på rommet til pasienten. Ein av sjukepleiarane sa at ho følte ho måtte beskytte pasienten frå andre på avdelinga. Når pasienten blei skriven inn så opplevde ho at sjukepleiarar kom inn for å sjå kor stor pasienten var. Andre reagerte på språk og kroppshaldning og ser at pasienten får med seg at folk prata om vekta deira (Robstad et al., 2017, s.390).

Konsekvensane av at pasientane blir utsett for stigma og diskriminering kan bli at pasientane ikkje kommuniserer sine behov. Det har også ført til at dei ikkje møter opp til timar eller avtalar som gjeld helsa deira (Christiansen, Karlsen & Larsen, 2017). Resultatet av dette er at pasientane kjem med eit meir avansert sjukdomsbilete når dei først oppsøk hjelp (Hyer & Conner, 2020, s. 395). Dersom sjukepleiaren møter dei med mangel på forståing om kvifor dei har latt det gå så langt (Tanneberger og Chiupitu-Plath, s. 425), så kan ein kanskje ane eit mønster som fører til at dei ikkje oppsøk helsehjelp.

Helse er ikkje berre fråvær at sjukdom, men ein tilstand med fysisk, mentalt og sosialt velvære. Ein treng ikkje å ha fråvær av sjukdom for å ha god helse (Verdens helseorganisasjon, u.å). Dimensjonen av helseomgrepet inneberer også om eit menneske fungerer og har det godt mentalt og sosialt (Urke, 2018, s.16). Deltakarane i studien til Ueland kjente på at dei måtte nytte humor for å kome negative kommentarar i forkjøpet, og dei syntre trekk på internalisert stigma ved å omtale seg sjølv som dumme, mislukka eller mindre begava. Ein av deltakarane kjente på at skryt for vekt nedgang tolkast som å få meir verdi som menneske (Ueland, 2019). Denne tolkinga kan mogleg kome frå korleis helsesektoren forstår omgrepet helse: som fråvær av sjukdom. For å leve eit riktig liv som byggjer på eit felles samfunnsansvar, så må ein skape ein sunn kropp gjennom ein sunn livsstil (Alvsvåg, 2018, s. 66-67). I tillegg til stigma og nedsettande haldningar frå samfunnet og helsevesen opplev dei også dette frå vener, familie og dei som står dei nærast (Jensen, 2011, s.101). Ein kan spørje seg om helsa deira blir bevart i nokon dimensjon i det heile.

I eit intervju seier ein av deltakarane at han saknar helsepersonell som har kunnskap om kva problem ein har som overvektig. Han vil ha meir fokus på årsakene til at folk et meir og er mindre i aktivitet, og at dei han møter av helsepersonell har meir kunnskap om fedme. Dersom ein blir kjend med mennesket ein har framfor seg, så kan ein finne bakanforliggende

årsaker som depresjon eller traumatiske hendinger (Christiansen, Karlsen & Larsen, 2017). Pasientar med fedme som opplev fordommar kjenner seg meir deprimert og hadde bekymring rundt mat, vekt og kropp. Dei som opplevde upassande kommentarar og mangel på respekt følte at dette gjekk utover sjukepleiar-pasient forholdet (Hyer & Conner, 2020, s. 395). Studiar finn at for å bli kvitt fordommar, så må ein bli bevisst på at ein har dei. Sjukepleiarar som er bevisst på sine egne fordommar kan auke forståinga for kva pleie og omsorg desse pasientane treng, og dette kan føre til meir likestilt pleie (Hyer & Conner, 2020, s. 399).

I studien til Robstad et al. Ser ein at sjukepleiarane har fordommar mot pasientar med fedme, men dei meiner at dette ikkje kjem i uttrykk gjennom handlingar (Robstad et al., 2019, s. 3638). På den andre sida seier sjukepleiarane at dei ser at haldningar kjem til uttrykk i kroppsspråk og kommunikasjon (Robstad et al., 2017, s. 390). Vidare meiner over halvparten av sjukepleiarane i studien til Tanneberger og Chiupitu-Plath at pasientar med fedme blir behandla annleis enn tynne pasientar, men berre 28,2 prosent svarar at dei kan ha gjort dette (Tanneberger og Chiupitu-Plath, s. 420). Likevel sit nokon menneske med fedme igjen med kjensla av skam, at dei er mislukka og at kroppen deira er eit avvik (Ueland, 2019).

6 Konklusjon

Korleis påverkar fordommar mot pasientar med fedme kva tiltak og pleie desse pasientane får på sjukehus? I denne oppgåva har eg drøfta problemstillinga ved bruk av teori, forskning og anna litteratur. Eg har også nytta meg av egne erfaringar. Gjennom å skrive oppgåva har eg lært at pasientar med fedme opplev fordommar og diskriminering når dei er innlagt på sjukehus. Sjukepleiarane tykkjer det er vanskeleg å stelle dei i små rom, det er krevjande med underbemanning og alt av utstyr er ikkje tilpassa pasientar med fedme. Vidare meiner dei at pasienten har mangel på viljestyrke og motivasjon. Studiane poengterer at det er fleire årsaksfaktorar som må forskast på for å få eit tydelegare bilete av situasjonen. Dei etterspør at temaet blir ein del av pensum i utdanninga av sjukepleiarar. Dette er noko eg kan seie meg eining i, men sjukepleiaren har fortsatt eit ansvar for sjølv å oppdatere seg fagleg. Sjølv saknar eg at stemma til pasienten kjem tydelegare fram og meir forskning på korleis pasienten opplev møte med sjukepleiaren på norske sjukehus. På denne måten kan ein lære frå pasienten sin perspektiv og kanskje kan det bidra til meir empati. Eg saknar også forskning på kva grad diskrimineringa blir meldt ifrå om, eller om det er kultur for å melde frå om diskriminering og fordommar mot pasientar med fedme. Det var sjukepleiarar som hadde nulltoleranse mot fordommar og diskriminering mot desse pasientane i forskinga. Kva gjorde desse sjukepleiarane i møte med diskriminering og fordommar? I ein av studiane spør dei seg om behandling til fedme kunne ha blitt gitt av helsepersonell som har hatt, eller har fedme. Dei poengtera at dette allereie vert gjort i behandling av avhengigheit.

Gjennom oppgåva har eg sett at ansvaret til å halde seg fagleg oppdatert, eller å unnlate å gjere det, kan få direkte konsekvens for forsvarleg sjukepleie. Fordommene kan føre til at pasientar med fedme ikkje oppsøk helsehjelp. Sjukepleiaren blir identifisert som ei viktig yrkesgruppe for å endre haldningar om menneske med fedme. Dersom ein går fram som ein god rollemodell for kollegaer, studentar og i samfunnet generelt, så kan ein bidra til opplysning og haldningsendring. Dette føresett at sjukepleiaren blir bevist sine egne haldningar.

7 Litteraturliste

- Alvsvåg, H. (2018). Helsefremming og sykdomsforebygging: et historisk og sykepleiefaglig perspektiv. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.). *Helsefremmende sykepleie – I teori og praksis*. (2. utg. s. 50 - 70). Fagbokforlaget.
- Christiansen, W., S., Karlsen, T., I., Larsen, I., B. (2017). Materiell og profesjonell stigmatisering av mennesker med sykkelig overvekt. Norsk tidsskrift for helseforskning 13(2). <https://doi.org/10.7557/14.4195>
- Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.) Gyldendal.
- Flovik, A., M. & Rokseth, T. (2016). Kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red). Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie (5. utg., s. 271 – 296). Cappelen Damm Akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2017, 3. januar). Overvekt og fedme i Norge. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/overvekt-og-fedme/>
- Folkehelseinstituttet. (2004, 3. februar) Kroppsmasseindeks (KMI) og helse. <https://www.fhi.no/fp/overvekt/kroppsmasseindeks-kmi-og-helse/>
- Fordom (psykologi). (2020, 14. april). I *Store norske leksikon*. <https://snl.no/fordom> - psykologi
- Gammersvik, Å. (2018). Helsefremmende arbeid i sykepleie. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.). *Helsefremmende sykepleie – I teori og praksis*. (2. utg. s. 112 - 134). Fagbokforlaget.
- Gammersvik, Å. (2018). Å fremme helse sett fra et helsepsykologisk perspektiv. I Å. Gammersvik & T.B. Larsen (Red.). *Helsefremmende sykepleie – I teori og praksis*. (2. utg. s. 202 - 220). Fagbokforlaget.
- Grønseth, R. & Jerpseth, H. (2019). Bacheloroppgaven i sykepleie: praktiske råd i skriveprosessen (1. utg). Fagbokforlaget.

Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). *Sjekklistor*. Henta 15. mai frå:

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Ikdahl, I. (2018, 3. august) I Hovde, K., O. (Red.). Diskriminering. *Store Norske Leksikon*.

<https://snl.no/diskriminering>

Jensen, H., V. (2011). Følgesykdomme: psykososiale konsekvenser af adipositas. I O. L. Svendsen, A. Astrup & G. S., Hansen (Red.), *Adipositas: sykdom, behandling og organisation* (1. utg, s. 100 – 104). Munksgaard.

Landsforeningen for hjerte- og lungesyke. (u.å). BMI-kalkulator. Henta 5. mai frå:

<https://www.lhl.no/overvekt-og-livsstil/bmi-kalkulator/>

Larsen, T. B. (2018). Helsebegrepet i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.). *Helsefremmende sykepleie – I teori og praksis*. (2. utg. s. 37 - 49).

Fagbokforlaget.

Likestillings- og diskrimineringsloven. (2017). *Lov om likestilling og forbud mot diskriminering* (LOV- 2017-06-16-51). Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-51)

[51](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-51)

Manbari, Z. (2020, 16. mai). Sykepleiere kvier seg for å pleie overvektige. *Norsk rikskringkasting*.

[https://www.nrk.no/sorlandet/sykepleiere-kvier-seg-for-a-pleie-overvektige- 1.15009314](https://www.nrk.no/sorlandet/sykepleiere-kvier-seg-for-a-pleie-overvektige-1.15009314).

Norsk sykepleierforbund. (u.å). Yrkesetiske retningslinjer. Henta 14. mai frå:

<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02- 63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient-%20og%20bruker>

Robstad, N., Söderhamn, U. & Fegran, L. (2017). Intensive care nurses' experiences of caring for obese intensive care patients: A hermeneutic study. *Journal of clonical nursing*, 2018 (27), ss. 386 – 395. <https://doi.org/10.1111/jocn.13937>

- Robstad, N., Westergren, T., Siebler, F., Söderhamn, U. & Fegran, L. (2019). Intensive care nurses' implicit and explicit attitudes and their behavioural intentions towards obese intensive care patients. *Journal of advanced nursing*, 2019(75), ss. 3631 – 3642.
<https://doi.org/10.1111/jan.14205>
- Røkenes, O., H. & Hanssen, P.-H. (2015). *Bære eller briste: kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (2.utg.). Fagbokforlaget.
- Svartdal, F. (2020, 3. november). I O., E. Hoprekstad (Red.). Holdning. *Store Norske Leksikon*
<https://snl.no/holdning>
- Tanneberger, A. & Chiupitu-Plath, C. (2018). Nurses' weight bias in caring for obese patients: do weight controllability beliefs influence the provision of care to obese patients? *Clinical nursing research*, 2018(27), ss. 414 – 432. <https://doi.org/10.1177/1054773816687443>
- Toubro, S. (2011). Definitioner: definition af adipositas. I O. L. Svendsen, A. Astrup & G. S. Hansen (Red.), *Adipositas: sykdom, behandling og organisation* (1. utg., s. 19 – 26). Munksgaard.
- Ueland, V. (2019). Stigmatisering og skam – en kvalitativ studie om å leve med fedme. *Sykepleien forskning* 2019(14) Artikkel e-77012.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.77012>
- Urke, H., B. (2018). Helsefremmende arbeid – Ideologier og begreper. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.). *Helsefremmende sykepleie – I teori og praksis*. (2. utg. s. 14 - 36). Fagbokforlaget.
- Verdens helseorganisasjon. (u.å). *Constitution*. Henta 16. mai frå:
<https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	10-06-2021 12:30	Termin:	2021 VÅR
Slutt dato:	14-06-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sjukepleie		
Flowkode:	203 SK152 1 O 2021 VÅR		
Intern sensor:	Ole Tormod Kleiven		

Deltaker

Kandidatnr.:	203
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	8192
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja

Inneholder besvarelsen
konfidensielt
materiale? Nei

Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei