



Vægtstigmatisering

Forekomst, betydninger og forebyggelsespotentialer

Rapport af

Janne Tolstrup
Pernille Andreassen
Maja Bramming
Lene Bull Christiansen

Anna Paldam Folker
Sigrid Bjerger Gribsholt
Rasmus Køster-Rasmussen
Lene Meyer

Kolofon

Rapport	Vægtstigmatisering - forekomst, betydninger og forebyggelsespotentialer
Udarbejdet af	Janne Tolstrup Pernille Andreassen Maja Bramming Lene Bull Christiansen Anna Paldam Folker Sigrid Bjerger Gribsholt Rasmus Køster-Rasmussen Lene Meyer
Fagredaktion	Katrine Finke Diana Reerman Emilie Jensen
ISBN	978-87-971490-8-9
Design	BI4
Publikationsår	2024, I. udgave
Rapporten refereres	Vægtstigmatisering, Tolstrup J, Andreassen P, Bramming M, Christiansen LB, Folker AP, Gribsholt SB, Køster-Rasmussen R, Meyer L, København: Vidensråd for Forebyggelse, 2024: I-151

Indholdsfortegnelse

Forord		6
Rapportens hovedkonklusion		8
1	Indledning	12
1.1	Baggrund	13
1.2	Formål	14
1.3	Målgruppe	14
1.4	Afgrænsninger	14
1.5	Metode	15
1.6	Arbejdsgruppen og andre bidragsydere	16
1.7	Begreber	18
1.8	Måling af vægtstigmatisering	21
1.9	Referencer	26
2	Om vægtstigmatisering	28
2.1	Den kulturelle baggrund for vægtstigmatisering	31
2.2	Forekomst af vægtstigmatisering	32
2.3	Selvstigmatisering	44
2.4	Social ulighed	46
2.5	Børn og unge	47
2.6	Referencer	54
3	Betydningen af vægtstigmatisering	70
3.1	Baggrund	72
3.2	Fysisk helbred	74
3.3	Sundhedsadfærd	78
3.4	Mentalt helbred	84
3.5	Socioøkonomiske konsekvenser	90
3.6	Børn og unge	92
3.7	Referencer	99

4	Forebyggelse af vægtstigmatisering	110
4.1	Baggrund	112
4.2	Strukturelle forebyggelsesindsatser	113
4.3	Indsatser i sundhedsvæsenet	116
4.4	Indsatser på arbejdspladsen	119
4.5	Indsatser i skolen og uddannelsessystemet	121
4.6	Indsatser for at mindske fordomme	125
4.7	Indsatser i medier og populærkultur	127
4.8	Indsatser ift. nære relationer	131
4.9	Indsatser ift. selvstigmatisering	133
4.10	Referencer	135
5	Forskningsperspektiver	144
6	Handlingsanvisninger	148
6.1	Sprog og kommunikation	149
6.2	Undervisning og efteruddannelse	149
6.3	Kommunale indsatser	150
6.4	Fysisk indretning	151
6.5	Politikker og indsatser på arbejdspladser	151
6.6	Lovgivning	151

Forord

Der har gennem flere år været stadig flere stemmer, der beretter om, hvordan personer med høj vægt oplever at blive behandlet anderledes i vores samfund. Vidensråd for Forebyggelse har derfor nedsat en arbejdsgruppe med det formål at undersøge, om personer med høj vægt udsættes for stigmatisering pga. deres vægt, og hvilken betydning det i givet fald har.

Sundhed handler både om at undgå fysisk sygdom og være i mental trivsel, jf. WHO's sundhedsbegreb. Derfor er vores udgangspunkt, at en vedvarende oplevelse af stigmatisering pga. kropsstørrelse i sig selv er et sundhedsproblem, som bør forebygges.

Denne temarapport kaster et tværfagligt blik på vægtstigmatisering ved at inddrage litteratur om den kulturelle baggrund for vægtstigmatisering, om begrebet stigmatisering og om udbredelse og konsekvenser. Desuden ønsker vi at præsentere beslutningstagere og fagpersoner for konkrete handlingsanvisninger til, hvordan man kan forebygge vægtstigmatisering.

Det er vores håb, at rapporten bidrager til at øge opmærksomheden på vægtstigmatisering og motiverer til handling på tværs af fagligheder og sektorer.

Tak til alle bidragsyderne for deres engagement i dette vigtige emne.

Mvh Janne Tolstrup



Janne Tolstrup
Næstforperson for Vidensråd for Forebyggelse

“Personer med høj vægt kan opleve at blive mødt med fordomme og diskrimination på grund af deres udseende mange steder. Fra daginstitution og skole, til arbejdsmarked og sundhedsvæsen, og i medier og populærkultur findes vægtstigmatisering. Ja selv i den nære familie. Ud over at det er ubehageligt, så kan det også have en negativ betydning for mange aspekter af livet for dem, det går ud over, og derfor er det vigtigt at forebygge vægtstigmatisering.”

Janne Tolstrup
Forperson for arbejdsgruppen

Rapportens hovedkonklusion

Vidensråd for Forebyggelse har gennemgået den videnskabelige litteratur om stigmatisering på grund af høj vægt og sammenhængen med en række sundhedsmæssige og socioøkonomiske udfald. De væsentligste overordnede konklusioner fra den samlede rapport "Vægtstigmatisering – forekomst, betydninger og forebyggelsespotentialer" præsenteres i det følgende.

Figur 1

Personer med høj vægt oplever stigmatisering i mange arenaer og relationer gennem livet.



Definition

I Vidensrådets rapport defineres vægtstigmatisering således:

”Vægtstigmatisering er en betegnelse for negative stereotyper rettet mod personer, der adskiller sig fra de dominerende normer for kropsvægt.”

Vægtstigmatisering kan komme til udtryk som negative holdninger, følelser og adfærd rettet mod mennesker med høj vægt.

Vægtstigmatisering kan opleves overalt i samfundet

Både ubevidste og bevidste fordomme om personer med høj vægt er hyppigt forekommende, og personer med høj vægt oplever stigmatisering mange forskellige steder i samfundet. Såvel i de nære relationer, i skole- og uddannelsesinstitutioner, på arbejdsmarkedet og i sundhedsvæsenet som i medier og populærkulturen. Fordomme ses hyppigere blandt personer, der har en forståelse af høj vægt som et individuelt ansvar fremfor en forståelse af, at høj vægt ofte afhænger af faktorer, der er uden for den enkeltes kontrol. Danmark ligger højt sammenlignet med en lang række andre lande i forhold til forekomsten af ubevidste fordomme om personer med høj vægt.

Børn og unge

Fordomme om personer med høj vægt starter tidligt. Hos små børn ses, at de udpeger børn uden høj vægt som foretrukne legekammerater frem for børn med høj vægt. Børn og unge med høj vægt er desuden i højere grad udsat for mobning, især hvis de selv føler, at deres vægt er for høj, og risikoen for at blive udsat for mobning stiger, jo højere vægten er.

Selvstigmatisering

Personer med høj vægt kan tage omverdenens stigmatisering på sig og udvikle følelser som skyld og skam og et negativt selv billede. Dette kaldes selvstigmatisering og er almindeligt blandt personer med høj vægt. Selvstigmatisering er mest udtalt blandt kvinder, yngre personer og dem, der forsøger at tabe sig.

Betydningen af vægtstigmatisering

Forskningen tyder på, at stigmatisering – ud over at være ubehagelig – kan påvirke helbredet mere alvorligt. Der mangler forskning, som dokumenterer denne sammenhæng bedre, men den gennemgæede forskning peger i den samme retning på flere helbredsområder.

På nedenstående områder vurderer arbejdsgruppen, at evidensen er moderat.

Socioøkonomiske konsekvenser

Forskningen peger på, at vægtstigmatisering fra arbejdsgivere kan påvirke lønniveauet og jobmulighederne for personer med høj vægt.

Sundhedsadfærd

Forskningen peger på, at vægtstigmatisering kan have negative konsekvenser for sundhedsadfærden hos personer med høj vægt, herunder mindre fysisk aktivitet, manglende motivation til motion og en større tilbøjelighed til overspisning.

Børn og unge

Forskningen peger på, at vægtstigmatisering kan påvirke børn og unges præstationer i skolen og deres uddannelsesmuligheder, sandsynligvis gennem øget mobning.

Endvidere peger forskningen på en sammenhæng mellem vægtrelateret mobning og brug af rusmidler blandt unge samt en tendens til, at børn, der har været udsat for vægtrelateret mobning, udvikler en højere vægt senere i livet. Forskningen peger også på, at vægtrelateret mobning og selvstigmatisering kan have betydning for børns mentale sundhed, fx i form af forstyrret spisning og ensomhed.

På nedenstående områder er forskningen mere begrænset, og der skal yderligere forskning til, for at der kan konkluderes noget entydigt.

Øget brug af alkohol, cigaretter og stoffer

Der antydes en forbindelse mellem vægtstigmatisering og øget brug af alkohol, cigaretter og stoffer.

Det fysiske helbred

Der er en antydning af, at vægtstigmatisering har en negativ påvirkning for det fysiske helbred herunder vægtøgning.

Det mentale helbred

Der ses en øget forekomst af spiseforstyrrelser blandt personer, der udsættes for vægtstigmatisering. Der ses også en højere forekomst af mentale helbredsproblemer blandt personer med høj vægt, herunder lavt selvværd, angst, depression og ensomhed.

Mødet med sundhedsvæsenet

Forskningen antyder at personer med høj vægt oplever, at deres møde med sundhedsvæsenet er præget af stereotype opfattelser og fordomme resulterende i, at de søger mindre hjælp fra sundhedsvæsenet.

Handlingsanvisninger

Arbejdsgruppen vurderer på baggrund af forskningen i forebyggelsesindsatser, at det er muligt at ændre fordomme og vægtstigma, hvis der sættes bredt ind på tværs af samfundets niveauer og i de arenaer, hvor vægtstigmatisering opleves.

Yderligere forskning kræves for at anbefale specifikke metoder; de følgende indsatser er derfor mere generelle.

Sprog og kommunikation

Medie-, kommunikations- og journalistuddannelser kan lære om ikke-stigmatiserende sprog og billeder. Fagfolk i social- og sundhedsvæsenet kan undervises i at undgå stigmatiserende kommunikation med borgere.

Kommunale indsatser

Kommunale ledere kan fremme afstigmatisering for borgere med høj vægt ved at tilbyde sundhedsindsatser med fokus på generel sundhed og trivsel frem for vægttab.

Undervisning og efteruddannelse

Ledere på uddannelsesinstitutioner kan formidle viden om kropsdiversitet, vægtstigmatisering og om, at årsager til udvikling af høj vægt er kompleks og afhænger af flere faktorer, som det enkelte individ ikke altid har kontrol over.

På samme måde kan ledere på skoler og ungdomsuddannelser integrere disse emner i undervisningen og bekæmpe vægtrelateret mobning.

Sundhedsvæsenet

Sundhedsprofessionelle kan mindske vægtstigmatisering gennem øget viden, respektfuld kommunikation og tilpasning af fysiske miljøer og diverse udstyr.

Fysisk indretning

Ledere på arbejdspladser, uddannelsesinstitutioner mv. kan sikre en ikke-stigmatiserende fysisk indretning som fx møbler, der også er egnet til personer med høj vægt.

Politikker og indsatser på arbejdspladser

Ledere på arbejdspladser kan fremme sundhed og trivsel gennem politikker og indsatser med fokus på organisationens ansvar for gode rammer for sundhed.

Lovgivning

Vægtdiskrimination kan inkluderes i forskelsbehandlingsloven på linje med køn, race og seksualitet for at forhindre forskelsbehandling på arbejdspladsen.



Indledning

I dette kapitel præsenteres rapportens baggrund, formål og målgruppe. Kapitlet omfatter desuden afgrænsninger af rapporten, definition af centrale begreber og en gennemgang af de metoder, der findes til måling af vægtstigmatisering. Efter dette vil den anvendte metode blive beskrevet. Til sidst præsenteres arbejdsgruppen og andre bidragsydere.

1.1 Baggrund

I den vestlige kultur og i det danske samfund er det fremherskende ideal at have en slank krop mens det at have høj vægt på grund af mere kropsfedt end normen, ofte mødes med fordømmelse.

Faktaboks I

Høj vægt

I rapporten anvender vi begrebet høj vægt om personer, der har en vægt, der på grund af mængden af kropsfedt er højere end de dominerende, kulturelle og sociale forestillinger om den ideelle kropsvægt i en nutidig dansk kontekst.

Negative forestillinger om personer med høj vægt er udbredte i Danmark (1) og begynder generelt tidligt i livet. Fx har 3-årige allerede en forståelse af, at det at have en høj vægt er forbundet med noget negativt (2). I Danmark oplever børn med høj vægt i højere grad end andre at blive udsat for mobning og at føle sig ensomme (3). Mennesker med høj vægt beretter om, at det opleves ubehageligt, fornedrende og uretfærdigt at blive udsat for andres fordomme på grund af deres kropsvægt (4), og mange oplever, at samfundet ikke er indrettet til dem. Det kan fx være vanskeligt at finde tøj i passende størrelse i almindelige butikker og siddepladser på restauranter og i fly og være svært at få adgang til offentlige toiletter (5).

Med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens og World Health Organizations sundhedsbegreb, hvor sundhed ikke kun handler om at undgå sygdom, men også om at opnå trivsel på alle områder af livet, er det bekymrende, hvis mennesker bliver udsat for fordømmende holdninger og forskelsbehandling på grund af deres krop (6). Derfor er udgangspunktet for at lave rapporten om vægtstigmatisering, at en vedvarende oplevelse af stigmatisering i sig selv er et sundhedsproblem, som bør forebygges. I denne rapport ser vi derfor nærmere på problemet og relaterer det til en dansk kontekst.

1.2 Formål

Formålet med temarapporten er at øge viden om stigmatisering samt at pege på tiltag, der kan mindske vægtstigmatisering over for både børn og voksne med høj vægt.

Denne rapport skaber derfor overblik over forskningen om, hvad vægtstigmatisering er, hvor og hvordan vægtstigmatisering forekommer, hvilke konsekvenser det har, og hvad man kan gøre for at forebygge det.

1.3 Målgruppe

Målgruppen for denne rapport er ledere, fagpersoner og politiske beslutningstagere, der kan være med til at skabe gode betingelser for, at personer med høj vægt ikke stigmatiseres.

1.4 Afgrænsninger

Rapporten indeholder ikke viden om sammenhængen mellem vægt og sundhed, herunder hvordan høj vægt er forbundet med sygdom. Det skyldes, at arbejdsgruppen med rapporten ønsker at skabe en øget forståelse af fænomenet vægtstigmatisering og af, hvordan det kan forebygges, uanset om personer med høj vægt oplever negative helbreds-konsekvenser af selve vægten eller ej.

Målgruppen for rapporten er ikke den enkelte borger. Rapportens handlingsanvisninger fokuserer derfor ikke på, hvordan man som privatperson undgår at vægtstigmatisere andre, eller hvordan en person, der oplever vægtstigmatisering, selv kan håndtere og bearbejde stigmatisering. Det skyldes et ønske om at pege på løsninger på samfundsniveau, da stigmatisering generelt ikke ændres uden et fælles ansvar for og fokus på for kultur- og adfærdændringer.

Det kan være relevant i andre sammenhænge at undersøge og sætte fokus på de områder, som vi afgrænser os fra i rapporten.

1.5 Metode

1.5.1 Narrativt ekspertreview

Rapporten er baseret på et narrativt ekspertreview, hvilket indbefatter en gruppe eksperters opsummering af den videnskabelige litteratur inden for et givet område baseret på deres viden om og ekspertise inden for området. I dette narrative review skaber forskerne i den tværfaglige arbejdsgruppe overblik over og vurderer forskningsviden om vægtstigmatisering fra forskellige faglige vinkler, der samlet giver en nuanceret forståelse af vægtstigmatisering.

1.5.2 Udvalgelse og vurdering af litteratur

Når man generelt vil undersøge, om der er en direkte årsagssammenhæng mellem to faktorer, vil man oftest gennemføre randomiserede kontrollerede studier (RCT), hvor deltagere tilfældigt enten udsættes for en bestemt eksponering eller fungerer som kontrolgruppe. Det ville selvsagt være uetisk at gennemføre lodtrækningsforsøg, hvor børn, unge eller voksne med høj vægt udsættes for vægtstigmatisering gennem en længere periode. Studier af den type eksisterer således ikke. Derfor har arbejdsgruppen inddraget viden fra ikke-randomiserede eksperimentelle studier, opfølgingsstudier, tværsnitsstudier og kvalitative studier. Fordelene ved opfølgingsstudier og tværsnitsstudier er blandt andet, at de ofte kan inkludere en bredere vifte af deltagere end dem, der typisk er inkluderet i RCT'er, hvilket kan gøre resultaterne mere generaliserbare ift. forskellige befolkningsgrupper. De formodede sundhedskonsekvenser af vægtstigmatisering er formentlig tilstande, der først manifesterer sig efter mange år. De inkluderede opfølgingsstudier har den fordel, at de er velegnede til at vurdere sammenhænge mellem stigmatisering, sundhed og sygdom på lang sigt. I opfølgingsstudier kan deltagerne følges gennem årtier, hvilket ofte ikke er praktisk muligt i RCT'er. Til gengæld kan confounding være et problem i opfølgingsstudier.

Der er generelt fundet ganske få europæiske, nordiske og danske studier. I det enkelte afsnit præsenteres litteraturen nærmere.

1.5.3 Inddragelse af citater

Rapporten benytter citater fra den inddragede litteratur for at illustrere, hvordan personer med høj vægt kan opleve vægtstigmatisering. Disse citater kommer ikke nødvendigvis fra det specifikke studie, der præsenteres i det pågældende afsnit. Hovedparten af citaterne er hentet fra internationale studier, og nogle få stammer fra et enkelt dansk studie.

1.5.4 Vurdering af evidens

På baggrund af vurderingen af den samlede kvalitet af den gennemgåede litteratur, konkluderes iht. tre evidensniveauer:

Stærk evidens: Det er usandsynligt, at yderligere forskning vil ændre vores tillid til den estimerede effekt.

Moderat evidens: Der er moderat sikkerhed for den estimerede effekt. Den estimerede effekt ligger sandsynligvis tæt på den virkelige, men der er en mulighed for, at yderligere forskning vil vise, at den er væsentlig anderledes.

Mangelfuld evidens: Der mangler forskning, eller der er stor sandsynlighed for, at yderligere forskning i betydelig grad vil vise, at den estimerede effekt er væsentlig anderledes.

Arbejdsgruppen har set på, om der findes flere forskningsresultater af høj kvalitet, der peger i samme retning, eller om området i højere grad er præget af forskningsresultater, der peger i forskellige retninger eller har lav kvalitet.

Kvaliteten af kvalitativ forskningslitteratur er vurderet ud fra studiets troværdighed, konsistens og overførbare til en dansk kontekst. Derudover er kvaliteten vurderet på baggrund af studiets gennemsigtighed i valg af teori og litteratur, metode og argumentation. Studiets kvalitet vurderes ydermere ift. troværdighed, altså om både argumenter og modargumenter præsenteres balanceret, så læseren får en nuanceret, troværdig og gennemsigtig præsentation af studiets fund.

Kvaliteten af den inddragede kvantitative litteratur vurderes også på baggrund af ovenstående kriterier. Og derudover på baggrund af risikoen for bias, nøjagtighed, konsistens og publikationsbias. Deskriptive studier er vurderet ift. om de har en velafgrænset og populationsbaseret stikprøve, hvor repræsentativiteten er høj ift. målpopulationen, og at der er anvendt valide målemetoder. De analytiske studier vurderes ift. hhv. om de er eksperimentelle studier med kontrolgruppe, uden større fejlkilder, og om prospektive observationsstudier er gennemført uden større fejlkilder (herunder confounding).

1.6 Arbejdsgruppen og andre bidragsydere

Arbejdsgruppens forperson er udpeget af Vidensråd for Forebyggelse, mens arbejdsgruppens medlemmer er udpeget i fællesskab af forpersonen for arbejdsgruppen og forpersonen for Vidensråd for Forebyggelse. Arbejdsgruppens medlemmer er valgt på baggrund af deres faglige kompetencer for at sikre en tilstrækkelig faglig bredde inden for emnet.

Herunder er en oversigt over arbejdsgruppen: forpersonen angives øverst og derefter medlemmerne af arbejdsgruppen i alfabetisk rækkefølge efter efternavn:

- **Janne Tolstrup** (arbejdsgruppens forperson), professor i epidemiologi, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet
- **Pernille Andreassen**, seniorforsker, National Center for Overvægt, ph.d., antropolog
- **Maja Bramming**, adjunkt, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, forsker, seniorepidemiolog, Novo Nordisk (fra marts 2024), epidemiolog
- **Lene Bull Christiansen**, lektor, Institut for Kommunikation og Humanistisk Videnskab, Roskilde Universitet, kulturforsker
- **Anna Paldam Folker**, professor, forskningschef, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, sundhedsfilosof
- **Sigrid Bjerger Gribsholt**, læge, Aarhus Universitetshospital, og seniorforsker, Steno Diabetes Center Aarhus
- **Rasmus Køster-Rasmussen**, lektor, Institut for Folkesundhed, Center for Almen Medicin, Københavns Universitet, praktiserende læge
- **Lene Meyer**, postdoc, Forskningsenheden for Almen Praksis, Københavns Universitet, autoriseret psykolog

Fra sekretariatet i Vidensråd for Forebyggelse har følgende personer bistået arbejdsgruppen:

- **Katrine Finke**, sekretariatschef, Vidensråd for Forebyggelses sekretariat, projektleder og fagredaktør
- **Diana Reerman**, chefkonsulent, Vidensråd for Forebyggelses sekretariat, projektleder og fagredaktør
- **Emilie Jensen**, fagkonsulent, Vidensråd for Forebyggelses sekretariat, projektleder og fagredaktør

Arbejdsgruppen ønsker at takke følgende fageksperter for faglig kommentering af udvalgte dele af rapporten:

- **Martin Marchman Andersen**, filosof, lektor ved Statens Institut for Folkesundhed.
- **Jan Alex Andersson**, specialkonsulent, Sund By Netværket.
- **Lise Geisler Bjerregaard**, forperson, Dansk Selskab for Adipositasforskning, seniorforsker i Sektion for Epidemiologi ved Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse.
- **Karen Eriksen**, Center for Forebyggelse i praksis, Kommunernes Landsforening.
- **Mette Lolk Hanak**, afdelingschef for Forebyggelse & Oplysning, Kræftens Bekæmpelse.
- **Tatjana Hejgaard**, chefkonsulent, Sundhedsstyrelsen.
- **Carsten Stage**, professor, viceinstituttleder, Institut for Kommunikation og Kultur - Nordisk Sprog og Litteratur, Aarhus Universitet.
- **Signild Vallgård**, professor emerita, Afdeling for Sundhedstjenesteforskning, Københavns Universitet.

1.7 Begreber

Sprogbrug og ordvalg spiller en stor rolle i forbindelse med vægtstigmatisering. Visse ord, der bruges til at omtale krop og vægt, kan opleves som sårende og stødende, mens andre anses for at være mere neutrale eller endda positive. Der er også ord, som af nogle personer opfattes som nedsættende, mens andre vil insistere på, at netop disse ord er neutrale. Der er enkelte undersøgelser med fokus på, hvilke betegnelser personer med høj vægt foretrækker, at sundhedsprofessionelle anvender til at beskrive kropsvægt, men arbejdsgruppen har ikke fundet undersøgelser, der belyser folks sproglige præference for at omtale kropsvægt, når det ikke handler om en sundhedsfaglig situation. Nedenfor beskrives, hvorfor arbejdsgruppen har besluttet at anvende begrebet høj vægt, dertil defineres begreberne stigmatisering og selvstigmatisering.

Høj vægt

I denne rapport har vi besluttet at anvende betegnelserne 'høj vægt' og 'personer med høj vægt' i stedet for fx body mass index (BMI)-kategoriseringen og betegnelserne normalvægt, overvægt og svær overvægt. Det beror på, at betegnelsen overvægt kan opleves at implicere, at vægten er for meget og dermed forkert ift. normalvægt (7). Denne konnotation vil vi gerne undgå med betegnelsen høj vægt og modstillingen personer uden høj vægt.

Betegnelsen høj vægt henviser i rapporten til en vægt, der på grund af mængden af kropsfedt er højere end de dominerende, kulturelle og sociale forestillinger om den ideelle kropsvægt i en nutidig dansk kontekst. Betegnelsen høj vægt er dermed ikke et objektivt mål, men kontekstbestemt og afhængig af de idealer og normer omkring vægt, der findes i samfundet. Det vil sige, at betegnelsen ikke kan anvendes i medicinske sammenhænge til at vurdere behov for sundhedsfaglig handling. Høj vægt kan indgå i det begrebsapparat, der anvendes blandt borgere imellem og mellem borgere og fagpersoner, når man ikke skal vurdere vægt ift. sundhedsfaglige risici. Det giver mulighed for at omtale sin egen eller andres vægt uden samtidig at henvise til vægten som en risikofaktor. Man kan indvende, at begrebet også kan betegne personer, der er høje, har en kraftig knoglebygning eller er meget muskuløse. Det er dog ikke arbejdsgruppens vurdering, at høj vægt er et almindeligt anvendt udtryk for store, muskuløse personer, hvorfor det vurderes, at det ikke vil være vanskeligt generelt at forstå formålet med begrebet, som anvendt i denne rapport.

Vi forventer ikke, at alle vil opleve høj vægt som den bedste betegnelse, men det er et forsøg på at bruge en betegnelse, der er mere neutral end fx overvægt og derfor forhåbentligt mindre stigmatiserende.

Begrebet høj vægt bruges gennem hele rapporten som erstatning for forskellige termer relateret til kropsstørrelse og -sammensætning, medmindre udskiftningen ville påvirke forståelsen eller betydningen af indholdet i det beskrevne studie. I de tilfælde bevares de oprindelige termer fra den inddragede litteratur.

Vægtstigmatisering

Der findes en række forskellige definitioner af vægtstigmatisering i forskningslitteraturen, hvor nogle lægger vægt på diskrimination og andre på oplevelsen af at blive stigmatiseret.

I denne rapport defineres vægtstigmatisering således:

Vægtstigmatisering er en betegnelse for negative stereotyper rettet mod personer, der adskiller sig fra de dominerende normer for kropsvægt.

Vægtstigmatisering kan komme til udtryk som negative holdninger, følelser og adfærd rettet mod mennesker med høj vægt.

Fordomme og stereotypisering

Fordomme og stereotypisering er en central del af vægtstigmatisering. Fordomme kan være individuelle eller sociale. Når de er sociale, vil det sige, at de deles af flere. Når negative sociale fordomme bevidst eller ubevidst bliver forbundet med en bestemt gruppe mennesker, kaldes det stereotypisering. Stereotyper opstår, når negative fordomme bliver en fælles opfattelse i samfundet. Stereotyper er typisk negative, karikerede og ensidige. De kan bidrage til at reducere personer, der tilhører en given gruppe, til alene at blive forstået ud fra de stereotype forestillinger om gruppen. Stereotyper kan derved fastholde forsimplede og fordomsfulde forestillinger om mennesker, der tilhører en bestemt gruppe eller har bestemte egenskaber (8).

Vægtdiskrimination

Vægtdiskrimination er negativ forskelsbehandling på grund af vægt. Dette kan ske med bevidst eller ubevidst reference til en persons vægt, som fx hvis en arbejdsgiver undlader at ansætte personer, fordi de har høj vægt, selvom det ikke har betydning for udøvelsen af jobbet. Vægtdiskrimination er en følge af vægtstigmatisering.

Selvstigmatisering i forbindelse med høj vægt

Selvstigmatisering i forbindelse med høj vægt opstår, når personer med høj vægt overtager, eller selv deler, de negative stereotyper om mennesker med høj vægt, som flourerer i samfundet, og retter dem mod sig selv. Man kan sige, at individet tager samfundets fordomme på sig og nedgør sig selv. Selvstigmatisering omkring vægt kaldes i den videnskabelige litteratur for internaliseret vægtstigmatisering eller på engelsk internalized weight bias.

Stigmatisering som et generelt fænomen

Det kan kaste lys over vægtstigmatisering at se den i sammenhæng med stigmatisering som et mere generelt fænomen. Det gør det muligt at se, at stigmatisering forandrer sig over tid, og at det kræver stor bevidsthed og opmærksomhed at ændre stigmatisering samt indsatser på både individuelt og samfundsmæssigt niveau.

Stigmatisering som generelt fænomen bliver defineret på forskellige måder. Det handler overordnet om en særlig opmærksomhed på menneskelige forskelle, samtidig med at disse forskelle betragtes med en negativ kategorisering. Der er mange forskelle mellem mennesker. Det kan være alt fra øjenfarve og kropsbygning til personlige karaktertræk, etnicitet, seksuel orientering og fysiske og psykiske lidelser. Kernen i stigmatisering er en social proces, hvor nogle af disse forskelle bliver tillagt særlig betydning og forbindes med negative stereotyper, som skærer alle medlemmer af en gruppe over én kam. Som konsekvens 'ser' man kun disse egenskaber og ikke det hele menneske (9,10).

Det kræver magt at stigmatisere: social, økonomisk eller kulturel magt (10). Det udelukker ikke, at grupper i mindre magtfulde positioner kan have negative stereotyper om magtfulde grupper af samfundet, hvilket umiddelbart kan virke stigmatiserende. Men egentlig stigmatisering og risikoen for de forskellige negative konsekvenser af stigmatisering forudsætter, at de grupper, der forbindes med negative stereotyper, har mindre social, økonomisk eller kulturel magt end dem, der opretholder disse stereotyper (9,10).

Kort sammenfattet tager rapporten udgangspunkt i en definition på stigmatisering, som består i, at stigmatisering opstår, når følgende fire normer er eller bliver gældende" (9):

- Labelling: oversættes til dansk som kategorisering og opstår når bestemte menneskelige forskelle bliver udvalgt som særligt betydningsfulde
- Negativ stereotypisering: at forskellene forbindes med negative sociale fordomme
- Sproglig adskillelse: at der laves en sproglig opdeling mellem 'dem og os', hvor dem, der bliver stigmatiseret, bliver skilt ud fra resten
- Magtasymmetri: at de grupper, der forbindes med negative stereotyper, har mindre social, økonomisk eller kulturel magt end dem, der opretholder disse stereotyper

På tværs af litteraturen bliver der peget på en række faktorer, der ser ud til at øge risikoen for stigmatisering (11). Det gælder fx, hvis stigmaet er synligt for andre og ikke kan skjules, hvis stigmaet kan opfattes som folks egen skyld, hvis det opfattes som grimt eller ulækkert eller udfordrer sociale normer for, hvordan man skal se ud eller opføre sig, eller hvis det opleves som farligt eller smitsomt.

Personer med høj vægt kan derfor antages at være i særlig risiko for stigmatisering, da høj vægt i modsætning til fx seksualitet eller alkoholoverforbrug er umiddelbart synlig, og da der er en kulturel og social magt forbundet med at være slank.

Det er svært at svare entydigt på, hvad der bestemmer, hvilke menneskelige forskelle der vælges ud og bliver koblet med negative stereotyper. En vigtig pointe er, at det kan skifte over tid. I Danmark har vi formentlig tidligere haft mere stigma

end i dag knyttet til hudfarve, til kvinder, der får børn uden for ægteskabet, og til alle former for seksuel orientering, som ikke er heteroseksuel. I dag har vi meget stigma knyttet til sundhed og sygdom. Dette benævnes sundhedsstigmatisering.

1.8 Måling af vægtstigmatisering

Der findes en række metoder til at måle vægtstigmatisering i form af måling af fordomme og negative automatreaktioner rettet mod mennesker med høj vægt, måling af oplevet vægtstigmatisering og oplevet diskrimination samt måling af selvstigmatisering.

Metoderne er udviklede til enten at måle, hvem der har hvilke fordomme, eller hvem der oplever fordomme og forskelsbehandling. En undersøgelse, der måler fordomme, måler ikke de konsekvenser, fordommene kan have for andre mennesker. Idet fordommene om høj vægt er sociale og udbredte, bliver de også til en fælles opfattelse i samfundet, og kaldes stereotyper. Når negative stereotyper rettes mod personer, der adskiller sig fra de dominerende normer for kropsvægt, kaldes det vægtstigmatisering (se Definition i Afsnit 1.7). Derfor kan målinger af fordomme give viden om, hvor stigmatisering forekommer. Jo flere negative fordomme om høj vægt, der eksisterer i en kultur, i et lokalsamfund, i en institution eller i en konkret social sammenhæng, jo mere stigmatisering må personer med høj vægt formodes at opleve. Nedenfor gennemgås forskellige målemetoder og i kapitel 2 gennemgås resultaterne af de undersøgelser, der har anvendt de forskellige metoder.

Fordomme og negative automatreaktioner

Der findes flere måder at måle fordomme på. Harvard's Implicit Association Test (IAT) måler reaktionshastighed i associeringen af positive og negative ord knyttet til høj vægt (12). Hvis høj vægt spontant forbindes med negative ord, fortolkes det som udtryk for ubevidste fordomme. Validiteten af IAT er dog omdiskuteret (13). Desuden findes Fat Phobia Scale, som måler bevidste fordomme om personer med høj vægt. Den findes i en lang version og i en kortere udgave, som er valideret op imod den lange med gode resultater og fremhæves for dens høje grad af reliabilitet (målenøjagtighed) (14). Den korte version af Fat Phobia Scale består af 14 par af adjektiver (Se Faktaboks 2), hvor deltageren skal sætte et X på linjen tættest på det adjektiv, personen mener beskriver vedkommendes følelser og overbevisninger mest nøjagtigt om personer med høj vægt. En tredje anvendt og valideret skala til måling af bevidste fordomme om mennesker med høj vægt er Universal Measures of Bias - Fat (UMB-FAT) (Se Faktaboks 3) (15). UMB-FAT bruges til at undersøge og sammenligne fordomme over for personer med høj vægt. UMB-FAT inkluderer bl.a. udsagn om holdninger til personer med høj vægt, og udsagn om, hvorvidt man har lyst til at være venner med en person med høj vægt. Alle udsagn vurderes ved hjælp af en skala fra 1 til 7, hvor 1 repræsenterer 'meget enig' og 7 repræsenterer 'meget uenig'.

Faktaboks 2

Fat Phobia Scale (kort version): Der sættes et X på linjen tættest på det adjektiv, man mener bedst beskriver ens følelser og overbevisninger om personer med høj vægt.

1.	Doven	Flittig
2.	Mangler viljestyrke	Har viljestyrke
3.	Attraktiv	Uattraktiv
4.	Høj selvkontrol	Lav selvkontrol
5.	Hurtig	Langsom
6.	Er udholdende	Er ikke udholdende
7.	Aktiv	Inaktiv
8.	Svag	Stærk
9.	Har selvkontrol	Mangler selvkontrol
10.	Kan ikke lide mad	Kan lide mad
11.	Har ikke en god figur	Har en god figur
12.	Spiser for lidt	Overspiser
13.	Usikker på sig selv	Selvsikker
14.	Lavt selvværd	Højt selvværd

Faktaboks 3

Universal Measure of Bias - Fat (UMB-FAT): Bruges til at undersøge og sammenligne fordomme om personer med høj vægt. Alle udsagn vurderes ved hjælp af en skala fra 1 til 7, hvor 1 repræsenterer "meget enig" og 7 repræsenterer "meget uenig".

1. Der bør gøres en særlig indsats for at sikre, at personer med overvægt har de samme rettigheder og privilegier som andre
2. Jeg ville være komfortabel ved at have en person med overvægt i min vennegruppe
3. Jeg synes personer med overvægt er attraktive
4. Personer med overvægt udgør gode romantiske partnere
5. Personer med overvægt har dårlig hygiejne
6. Jeg synes personer med overvægt er sexede
7. Personer med overvægt har tendens til dårlig opførsel
8. Jeg ville ikke ønske at bo sammen med en person med overvægt
9. Personer med overvægt er et turn-off
10. Jeg synes personer med overvægt er rare at se på
11. Der bør gøres en særlig indsats for at sikre, at personer med overvægt får den samme løn som andet
12. Somme tider tror jeg, at personer med overvægt er uærlige
13. Jeg forsøger at forstå perspektivet fra personer med overvægt
14. Der bør gøres en særlig indsats for at sikre, at personer med overvægt har de samme uddannelsesmuligheder som andre
15. Generelt tænker personer med overvægt ikke på andre personers behov.
16. Personer med overvægt er sjuskede
17. Jeg kan godt lide personer med overvægt
18. Der bør gøres en særlig indsats for at sikre, at personer med overvægt har de samme boligmuligheder som andre
19. Jeg holder ikke af at have en samtale med en person med overvægt.
20. Jeg vil gerne have en person med overvægt i mit menighedslokale eller forsamlingshus

Oplevet vægtstigmatisering og diskrimination

Et systematisk review fra 2021 fandt i alt 18 forskellige skalaer til måling af oplevet vægtstigmatisering (16). Skalaerne har været anvendt primært i USA i forskellige populationer, fx i lokalsamfund, eller blandt mennesker, der søger behandling til høj vægt. Reviewet bemærker, at ganske få af de anvendte skalaer hviler på en teoretisk forståelse af vægtstigmatisering eller på en grundig analyse af litteraturen om stigmatisering som grundlag for skalaudvikling. Konklusionen af reviewet er, at ingen af de 18 skalaer er tilstrækkeligt valideret, og at der hersker usikkerhed om, hvorvidt de tilstrækkelig præcist måler det fænomen, som det er hensigten, at de skal måle (16). Derfor er der behov for valideringsstudier, der kan bidrage til at etablere et solidt grundlag for valg af en skala til måling af oplevet vægtstigmatisering, som er både teoretisk funderet og videnskabeligt valide.

Enkelte undersøgelser af oplevet stigmatisering bruger den såkaldt ecological momentary assessment (EMA), hvor deltagerne løbende rapporterer om deres oplevelser af vægtstigmatisering i deres hverdag fx via mobiltelefon eller i en dagbog (17). En fordel ved denne metode er, at oplevelserne af stigmatisering registreres med det samme og derfor ikke beror på, hvad deltagerne kan huske fra længere tilbage. Omvendt er det en ret ressourcekrævende metode og måske ikke udtryk for det generelle billede.

Måling af oplevet diskrimination er fx brugt i opfølgingsstudier, hvor deltagerne bliver spurgt, hvor ofte de oplever situationer som at modtage dårligere behandling i restauranter, butikker og sundhedsvæsen og at blive truet eller generet (18).

Selvstigmatisering

En lang række undersøgelser måler vægtrelateret selvstigmatisering. Ifølge et systematisk review om vægtrelateret selvstigmatisering fra 2018 anvendte 54 af de i alt 74 inkluderede studier skalaen Weight Bias Internalisation Scale (WBIS), mens de øvrige 20 studier (27 %) anvendte skalaen Weight Self-Stigma Questionnaire (WSSQ) (19). Som det fremgår af reviewet, er begge skalaer blevet valideret, dvs. at det er dokumenteret, at skalaerne faktisk måler det, som var hensigten, at de skulle måle (19). Det systematiske review fra 2018 og arbejdsgruppens gennemgang af forskningslitteraturen peger samstemmende på, at WBIS er den mest anvendte og mest kvalificerede skala til måling af selvstigmatisering (19). WBIS er et spørgeskema, der består af 11 spørgsmål med udsagn om betydning, følelser og tanker knyttet til respondentens vægt (se Faktaboks 4). For hvert spørgsmål er der nogle fastsatte svarkategorier med en skala fra 1 til 7, der går fra 'meget uenig' til 'meget enig'. WBIS findes også i en modificeret version (WBIS-M), som ikke forudsætter, at respondenterne har høj vægt, og derfor kan anvendes generelt (se Faktaboks 4) (20).

Faktaboks 4

Weight Bias Score - Modified (WBIS-M). Alle udsagn vurderes ved hjælp af en skala fra 1 til 7, hvor 1 repræsenterer 'meget enig' og 7 repræsenterer 'meget uenig'.

1. Uanset hvad min vægt er, føler jeg mig lige så kompetent som alle andre
2. Jeg er mindre tiltrækkende end de fleste andre på grund af min vægt
3. Min vægt gør mig ængstelig, fordi jeg er bange for, at det påvirker hvad andre tænker om mig
4. Jeg ville ønske, jeg kunne ændre min vægt drastisk
5. Når jeg tænker meget på min vægt, føler jeg mig nedtrykt
6. Jeg hader mig selv på grund af min vægt
7. Min vægt har stor betydning for, hvordan jeg vurderer min værdi som person
8. Jeg føler ikke, at jeg fortjener et godt socialt liv på grund af min vægt
9. Jeg har det okay med den vægt, jeg har
10. På grund af min vægt føler jeg ikke, at jeg er mit 'sande' jeg
11. På grund af min vægt forstår jeg ikke, hvis attraktive personer ville have lyst til at date mig

1.9 Referencer

1. Charlesworth TES, Navon M, Rabinovich Y, Lofaro N, Kurdi B. The project implicit international dataset: Measuring implicit and explicit social group attitudes and stereotypes across 34 countries (2009–2019). *Behav Res Methods*. 2022.
2. Spiel EC, Paxton SJ, Yager Z. Weight attitudes in 3- to 5-year-old children: Age differences and cross-sectional predictors. *Body Image*. 2012:524–7.
3. VIVE - Viden til velfærd. The Social Cost of Childhood Overweight and Obesity – Results on Health Care Usage, Well-Being, Education, and Labor Market Outcomes Until the Age of 21. 2024.
4. Lawrence SE, Puhl RM, Schwartz MB, Watson RJ, Foster GD. “The most hurtful thing I’ve ever experienced”: A qualitative examination of the nature of experiences of weight stigma by family members. *SSM - Qual Res Heal*. 2022. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S266732152200035X>.
5. Brewis A, Trainer S, Han SY, Wutich A. Publically Misfitting: Extreme Weight and the Everyday Production and Reinforcement of Felt Stigma. *Med Anthropol Q*. 2017: 257–76. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/maq.12309>.
6. WHO. Health equity. 2010. Available from: https://www.who.int/health-topics/health-equity#tab=tab_1.
7. Monaghan LF, Rich E, Bombak AE. *Rethinking Obesity*. London: Routledge; 2022. Available from: <https://www.taylorfrancis.com/books/9781315658087>.
8. Hall S. *Representation*. 2nd ed. Evans J, Nixon S, editors. London: Sage.; 2021. Available from: <https://www.worldcat.org/title/Representation-edited-by-Stuart-Hall-Jessie-Evans-and-Sean-Nixon/oclc/769473197>.
9. Andersen MM, Varga S, Folker AP. On the definition of stigma. *J Eval Clin Pract*. 2022: 847–53.
10. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing Stigma. Vol. 27, Source: *Annual Review of Sociology*. 2001. Available from: <https://about.jstor.org/terms>.
11. Folker AP, Køster-Rasmussen R. Stigmatisering. In: *Forebyggende sundhedsarbejde*. Munksgaard; 2021. Available from: <https://portal.findresearcher.sdu.dk/da/publications/stigmatisering>.

12. Greenwald AG, Banaji MR, Nosek BA. Statistically small effects of the Implicit Association Test can have societally large effects. *J Pers Soc Psychol*. 2015: 553–61. Available from: <https://doi.apa.org/doi/10.1037/pspa0000016>.
13. Schimmack U. The Implicit Association Test: A Method in Search of a Construct. *Perspect Psychol Sci*. 2021: 396–414. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1745691619863798>.
14. Bacon JG, Scheltema KE, Robinson BE. Fat phobia scale revisited: The short form. *Int J Obes*. 2001;25(2):252–7.
15. Yunus NA, Sturgiss E, Soh SE. Validation of the Universal Measure of Bias–Fat (UMB Fat) among Malaysian health practitioners using Rasch analysis. *Obes Res Clin Pract*. 2023: 477–84. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1871403X23001278>.
16. Papadopoulos S, Piedad Garcia X, Brennan L. Evaluation of the psychometric properties of self-reported weight stigma measures: A systematic literature review. *Obes Rev*. 2021: 8;22(8).
17. Shiffman S, Stone AA, Hufford MR. Ecological Momentary Assessment. *Annu Rev Clin Psychol*. 2008: 1–32. Available from: <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091415>.
18. Jackson SE, Beeken RJ, Wardle J. Perceived weight discrimination and changes in weight, waist circumference, and weight status. *Obesity*. 2014: 2485–8.
19. Pearl RL, Puhl RM. Weight bias internalization and health: a systematic review. *Obes Rev*. 2018;1141–63.
20. Pearl RL, Puhl RM. Measuring internalized weight attitudes across body weight categories: Validation of the Modified Weight Bias Internalization Scale. *Body Image*. 2014: 89–92.

2

Om vægtstigmatisering

Dette kapitel beskriver den kulturelle baggrund om vægtstigmatisering og gennemgår viden om forekomsten af vægtstigmatisering i befolkningen, på arbejdspladsen, i sundhedsvæsenet, i nære relationer og i medier og populærkultur. Derefter gennemgås viden om, hvordan vægtstigmatisering kan føre til selvstigmatisering. Sammenhængen mellem vægtstigmatisering og social ulighed beskrives kort, og til sidst præsenteres viden om vægtstigmatisering blandt børn og unge, herunder deres egne fordomme samt forældres og skolemiljøets.

Kapitelsammenfatning

Forekomst af vægtstigmatisering

Vægtstigmatisering er udbredt i vestlige kulturer og manifesterer sig på forskellige måder i samfundet og blandt både børn, unge og voksne, og på arbejdspladsen, i sundhedsvæsenet, uddannelsesinstitutioner og medier. Danmark toppe listen over 34 lande med flest ubevidste fordomme om vægt. Internationale undersøgelser viser, at fordomme om personer med høj vægt eksisterer på tværs af køn, alder og uddannelsesbaggrund.

Arbejdspladsen

På arbejdspladser oplever personer med høj vægt stigmatisering og stereotype opfattelser om deres arbejdsevne og selvdisciplin. Forskning viser, at de har sværere ved at få ansættelse og forfremmelse end personer uden høj vægt.

Mødet med sundhedsvæsenet

Den inkluderede litteratur viser, at sundhedsprofessionelle, herunder læger og sygeplejersker, har fordomme om personer med høj vægt, både bevidste og ubevidste. Mens nogle studier antyder, at læger generelt forventer, at personer med høj vægt har sværere ved at fastholde behandling, er der ikke entydig dokumentation for, at disse fordomme påvirker den faktiske behandling.

Nære relationer

Forskningen viser, at vægtstigmatisering ofte opstår i nære relationer. Et enkelt studie blandt en gruppe amerikanske kvinder peger på, at vægtstigmatisering primært kommer fra familiemedlemmer, og et andet amerikansk studie viser, at halvdelen af deltagerne oplever vægtstigmatisering fra deres partner, heraf oplever en tredjedel det ofte. En metaanalyse konkluderer, at forældres opmuntring til vægttab og kritik af barnets krop har en negativ effekt på trivsel og sund adfærd.

Medier og populærkultur

Vægtstigmatisering i medierne forekommer ved negativ omtale af og fortællinger om mennesker med høj vægt, hvilket kan være med til at skabe og fastholde fordomme om personer med høj vægt.

Selvstigmatisering

Vægtstigmatisering er nært knyttet til selvstigmatisering, hvor personer med høj vægt internaliserer negative holdninger, undgår sociale situationer og tilpasser deres opførsel for at skjule kropsstørrelsen. Spørgeskemaundersøgelser viser, at selvstigmatisering er udbredt, især blandt personer med kort uddannelse og lav indkomst samt blandt kvinder, yngre personer og personer, der forsøger at tabe sig.

Social ulighed

Forskningen tyder på, at personer, som på flere måder er stigmatiserede eller marginaliserede, i højere grad oplever vægtstigmatisering og i højere grad udvikler selvstigmatisering, men der er behov for yderligere forskning for at klarlægge, hvordan vægtstigmatisering påvirkes af sociale faktorer som køn, socioøkonomisk position, seksualitet og etnicitet.

Børns fordomme

Børn udvikler fordomme om høj vægt tidligt i livet og forskningen peger på, at børn med fordomme om høj vægt er mindre tilbøjelige til at hjælpe børn med høj vægt, og at børn fra 5 års alderen foretrækker at være venner med børn, der ikke har høj vægt.

Forældres fordomme

Forældre uden høj vægt, især fædre, udviser i større grad fordomme om høj vægt, når de tænker på deres eget barn, sammenlignet med forældre med høj vægt. Mange teenagere oplever vægtrelaterede kommentarer fra deres forældre. Forskningen antyder en sammenhæng mellem oplevelser af vægtstigmatisering fra familiemedlemmer i barndom og ungdom og risikoen for at opleve vægtstigmatisering samt udvikling af forstyrret spisning som ung voksen. Der mangler forskning, der kan belyse sammenhængen mere detaljeret.

Skole og uddannelse

Vægtstigmatisering findes i de undersøgte skolemiljøer både i Danmark og i de andre undersøgte lande og omfatter mobning relateret til vægt. Mobning ser ud til at forekomme oftere, jo højere vægt. Forskning på skoleområdet viser, at lærere kan have fordomme om elever med høj vægt, både bevidste og ubevidste. Dette gælder ikke kun på folkeskoleniveau, men også på uddannelsesinstitutioner.

2.1 Den kulturelle baggrund for vægtstigmatisering

Negative forestillinger om høj vægt har rødder langt tilbage i historien. I den vestlige historie har man i varierende grad haft fordomme om mennesker med høj vægt (1). I middelalderen (ca. år 500-1500) blev kropsfedt forbundet med de kristne forbud mod grådighed, hvilket høj vægt blev set som et resultat af (1). At høj vægt kædes sammen med skyld og skam kan således på mange måder spores tilbage til den kristne moral (2). I en nuværende vestligt orienteret kultur hænger vægtstigmatisering sammen med en kulturel misforståelse af, at en vægt, der er højere end normen, kan betragtes som et tegn på en svag personkarakter eller psykologiske eller mentale svagheder. Derudover er skønhedsidealet forbundet med slankhed, hvilket giver slanke kroppe en positiv betydning (3,4). Vægtstigmatisering kan således opstå i individets møde med det omgivende samfund på grund af disse forventninger til personlige egenskaber koblet til kropsstørrelsen. De enkelte personer, der stigmatiserer, handler ikke blot ud fra personlige fordomme, men reagerer også i overensstemmelse med de grundlæggende diskurser og stereotyper, der eksisterer i samfundet (5-7). De fordomme, der danner grundlag for vægtstigmatisering, er forankrede i vores historie og kultur og samfund, og det er vigtigt at have fokus på, hvordan samfundets kultur og struktur medvirker til denne udvikling.

I nedenstående citat beskriver en kvinde, hvordan hun oplever den australske kultur:

Du har en kultur, der er så fedtfobisk, tykfobisk og så hadefuld over for fedt. Det er virkelig en af de sidste legitime fordomme, der findes. Det er en meget dybere og lumsk måde, som folk anvender til at håndtere tykke mennesker på. Jeg tror, jeg er ret hårdhudet, og det meste af tiden er jeg utrolig stærk ift. det, men der er dage, hvor man tænker 'Skal jeg virkelig igennem det her igen?' (51-årig kvinde)

Citater fra australsk undersøgelse (162).
Oversat af arbejdsgruppen.

At få tildelt en etiket som fx overvægtig refereres på engelsk som labelling og kan oversættes til dansk som kategorisering. Kategorisering kan være nødvendig inden for folkesundheden, men udgør samtidig et centralt element i definitionen af vægtstigmatisering. Udskamning sker kun, hvis der er tale om kategorisering. Kategorisering kan foregå uformelt, som når en forælder siger til sit barn 'du er for tyk'. Inden for samfundsforskningen betragtes kategorisering som en del af en moderne magtstruktur, der kan bevirke isolation og marginalisering af visse befolkningsgrupper som 'unormale' og 'problematisk', mens andre betegnes som 'normale' og 'inden for normen' (8-11). Forskning om vægtstigmatisering antyder,

at begreber som 'normalvægt' og 'overvægt' evaluerer menneskers kroppe som enten 'normale' (ønskværdige) eller 'unormale' (problematisk) og således kan virke stigmatiserende i sig selv (12).

2.2 Forekomst af vægtstigmatisering

Den tilgængelige viden om vægtstigmatisering kommer primært fra store internationale befolkningsundersøgelser med op til 2,3 mio. mennesker fra 34 forskellige lande, hvor også danske og nordiske data indgår (13-15), og fra spørgeskemaundersøgelser fra den internationale væggtabsorganisation WW International (tidligere Weightwatchers, på dansk Vægtvogterne) med data fra USA, Canada, Australien, Frankrig, Tyskland og Storbritannien (16,17).

Spørgeskemaundersøgelsen fra WW International med besvarelser fra knap 14.000 medlemmer (kun 5 % var mænd) viste, at over halvdelen (58 %) af deltagerne havde oplevet vægtstigmatisering. De angav, at det oftest var sket i barndommen og oftest fra familiemedlemmer (76-87 %), klassekammerater (72-76 %), læger (58-73 %), kolleger (54-62 %) og venner (49-66 %). Ligeledes viste en amerikansk online undersøgelse med 1.513 mænd med høj vægt at 40 % havde oplevet vægtstigmatisering. Det var oftest fra familiemedlemmer og fremmede (18). Selvom mænd ikke angiver at opleve vægtstigmatisering i lige så høj grad som kvinder, viste undersøgelsen, at oplevelsen af vægtstigmatisering steg, jo højere overvægten var.

De fleste undersøgelser beror på, at deltagerne skal huske, om de tidligere har oplevet vægtstigmatisering. I enkelte undersøgelser anvendes ecological momentary assessment (EMA), hvor deltagerne over en periode på fx 1-2 uger skriver dagbog eller får påmindelser om at angive vægtstigmatiserende oplevelser i deres hverdag. I et amerikansk og to australske studier angav deltagerne i gennemsnit at opleve vægtstigmatisering i deres hverdagsliv 3-4 gange om ugen (19-21), især på offentlige steder, af fremmede og i form af kommentarer (19). Andre studier rapporterer markant færre oplevelser. Fx viste en amerikansk undersøgelse, at kun lidt over halvdelen af deltagerne, nærmere bestemt 30 ud af 51 (86% kvinder), der stod på venteliste til et væggtabsforløb, i gennemsnit havde mindre end én oplevelse med vægtstigmatisering om ugen (22). Lignende fandt man i en undersøgelse med 55 LGBT+-kvinder (forkortelse for lesbisk (lesbisk), gay (homoseksuel mand), bisexual (biseksuel) og transgender (transkønnet), at kun knap en fjerdedel (24 %) angav at have oplevet vægtstigmatisering i løbet af en femdagesperiode. Dog var der blandt disse nogle, der angav at have helt op til 12 oplevelser på de fem dage, og i 75 % af tilfældene angav kvinderne også at være blevet stigmatiseret for andet end deres vægt, fx alder, etnicitet og seksualitet. Også for denne gruppe opleves stigmatiseringen oftest fra fremmede (23).

Jeg hader at købe ind. Jeg føler, at hvis jeg har en pakke Tim Tams [red. chokoladekiks] i hånden, tænker de 'se lige på dig selv, du giver los, du burde vide bedre... det er derfor, du er så stor' (35-årig kvinde)

Når du tager på en restaurant, er du for bange til at spise noget, fordi alle ser på dig: 'Burde hun spise det?' (51-årig kvinde)

Citater fra en australsk undersøgelse (162).
Oversat af arbejdsgruppen.



Det er svært at gøre det rigtige

Generelt mangler der viden om kønsforskelle og om vægtstigmatisering af især mænd. De fleste undersøgelser inkluderer kun kvinder eller undersøger ikke kønsforskelle. En gruppe forskere fra det svenske Karolinska Institutet har undersøgt kønsforskelle i oplevelser af fordomme og vægtstigmatisering blandt 2.788 svenske mænd og kvinder i alderen 25-64 år i forskellige vægtkategorier (24). Mænd oplevede mest stigmatisering på arbejdspladsen, mens kvinder oftere oplevede stigmatisering i andre sociale relationer. I alle vægtkategorier oplevede kvinder oftere vægtstigmatisering end mænd.

2.2.1 Fordomme i den brede befolkning

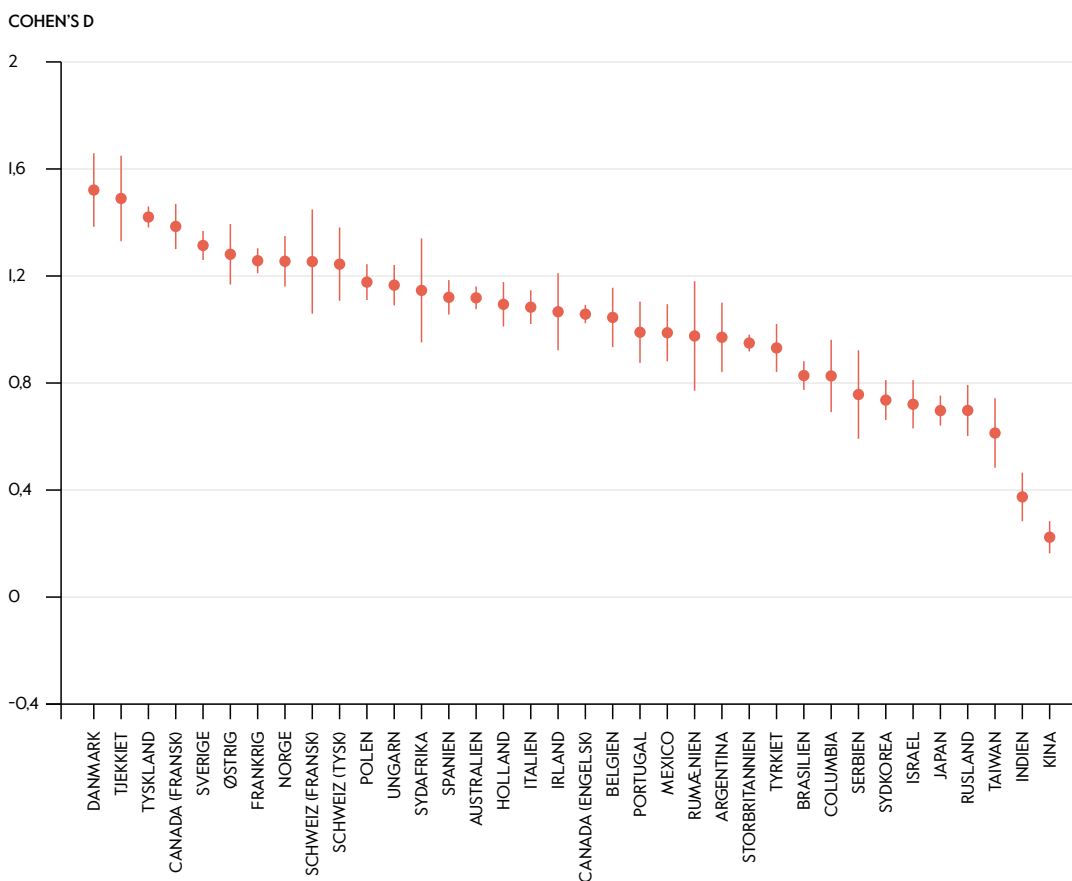
Resultaterne fra en dansk spørgeskemaundersøgelse udført af Kræftens Bekæmpelse, Sundhedsstyrelsen, Diabetesforeningen, Hjerteforeningen og Nationalt Center for Overvægt, hvor 5.220 voksne danskere (18 år eller derover) deltog, viser, at 67 % af respondenterne mener, at personer med overvægt bør leve sundere og tabe sig. Lidt over halvdelen (53 %) mener, at personer med overvægt spiser mere usundt, og 60 % mener, at de er mindre fysisk aktive end dem uden overvægt. Derudover vurderer 30 %, at personer med overvægt mangler viljestyrke og er mere dovne end dem uden overvægt (25).

Ifølge en stor online undersøgelse, der inkluderer 34 lande, er der i den brede befolkning ikke sket et fald i stigmatisering på grund af kropsvægt på trods af, at der er sket et fald i stigmatisering på grund af etnicitet, hudfarve, alder, seksualitet, handicap og køn fra 2007 til 2016 (15). Online undersøgelser fra USA, viser dog, at der fra 2007 til 2016 er sket et fald i bevidste fordomme om vægt, fx når svarpersonerne bliver spurgt om deres tanker og forestillinger om personer med høj vægt. Derimod er der sket en stigning i såkaldt ubevidste fordomme, som måles ved hjælp af Harvard's Implicit Association Test (IAT). Her skal deltagerne så hurtigt som muligt koble positive eller negative ord med billeder af personer med forskellig vægt. Ubevidste fordomme ses ved at deltagerne er hurtigere til at koble billeder af personer med en høj vægt med negative ord som fx ulækker, vrede og væmmelse end med positive ord som fx skønt, fantastisk, jubel, hvorimod de modsat er hurtigere til at koble positive ord med billeder af kroppe, der ikke har en høj vægt (26). Resultaterne viser, at deltagerne fra 2007 til 2016 havde fået færre bevidste fordomme om mennesker med høj vægt, men at de i stigende grad ubevidst og automatisk koblede personer med en høj vægt med noget negativt. Af de 34 lande i undersøgelsen ligger Danmark i top med flest ubevidste fordomme (se Figur 2). Til sammenligning ligger Sverige og Norge på hhv. en 5. og en 8. plads (15). Det tyder altså på, at vi i Danmark i højere grad end i de andre lande i undersøgelsen tænker negativt om personer med høj vægt.

Selvom andelen af mennesker med høj vægt stiger i mange lande, og høj vægt derfor bliver mere og mere almindeligt, er der ikke noget, der tyder på, at holdningen over for personer med høj vægt ændrer sig i en positiv retning (27).

Figur 2

Forekomst af ubevidste fordomme om personer med høj vægt



X-aksen: Cohens-d er det samme som *standardized mean difference*, som er en almindelig anvendt metode til at beskrive forskelle i gennemsnit mellem stikprøver. Jo højere værdien er, jo større er graden af ubevidste fordomme. Figuren viser, at Danmark er det land i undersøgelsen med flest ubevidste fordomme om mennesker med høj vægt. Forekomsten er undersøgt i 34 lande mellem 2009 og 2019 og målt online med hhv. Harvard Implicit Association Test og spørgeskemaer.

Nogle forskere peger på, at de ubevidste fordomme bidrager til, at samfundet, sundhedsvæsenet og det offentlige rum ikke er tilpasset kroppe med en høj vægt, og at personer med høj vægt dermed ender med at få andre livsbetingelser og udfoldelsesmuligheder end personer uden høj vægt (28,29). Forskere påpeger også en selvforstærkende effekt i, at gentagne ubevidste fordomme om personer med høj vægt bidrager til at vedligeholde denne ulighed, fordi vi i mindre grad bemærker og modsætter os uligheden, når den er ubevidst (29).

Undersøgelser har forsøgt at kortlægge, hvilke personer og grupper der har flest fordomme om høj vægt. En spørgeskemaundersøgelse med 2.866 personer i

Canada (621 personer), USA (1.261 heraf 159 studerende), Island (802 personer, heraf 643 studerende) og Australien (182 studerende) udforskede sammenhænge mellem fordomme ift. ens køn, vægt og alder. Studerende og voksne (mænd og kvinder med forskellig vægt) blev spurgt til egne oplevelser af vægtstigmatisering og antagelser om årsagerne til høj vægt (16). Graden af fordomme blev målt ved spørgeskemaerne Fat Phobia Scale (se Faktaboks 2, Afsnit 1.8), som måler tanker og følelser om personer med høj vægt, og Universal Measure of Bias – FAT (UMB-FAT) (se Faktaboks 3, Afsnit 1.8), som bruges til at undersøge og sammenligne fordomme over for forskellige minoriteter. Resultaterne gav ikke entydige svar på sammenhænge mellem fordomme og egen vægt eller egne oplevelser af vægtstigmatisering. Fx var

Faktaboks 5

Fordomme og fakta om høj vægt

Hvorfor tager man på i vægt – og kan man tabe sig igen?

I vores samtid har mange mennesker – både bevidst og ubevidst – fejlagtige forestillinger om personer med høj vægt. Det handler fx om at tro, at personer med høj vægt generelt er mere dovne, grådige, udisciplinerede og mindre begavede end andre (33). Denne forestilling forstærkes yderligere af, at høj vægt almindeligvis anskues som noget, man kan komme af med, hvis blot man har den nødvendige viljestyrke. Disse forestillinger om høj vægt er dog i modstrid med den foreliggende evidens.

På trods af flere års intensiv forskning er der stadig ikke tilstrækkelig viden om årsagerne til høj vægt. Hvorfor tager nogle personer på, mens andre tilsyneladende holder vægten ubesværet på samme niveau? Vi ved ikke, hvorfor nogle mennesker har høj vægt, mens andre ikke har, selvom de lever under de samme livsvilkår. Man kan let få det indtryk, at høj vægt udelukkende skyldes, at nogle personer simpelthen spiser for meget eller for usundt og samtidig er for lidt fysisk aktive. Personer med høj vægt indtager da også flere kalorier og bevæger sig mindre, fordi både kroppens grundlæggende energibehov og behovet for energi under fysisk aktivitet stiger i takt med vægten. Derfor er det ikke en tilstrækkelig forklaringsmodel for, hvorfor vægten er (34). For størstedelen af personer med høj vægt kan man ikke drage den konklusion, at vægten er opnået ved at spise for meget eller være for lidt fysisk aktiv (34). Uanset vægtens størrelse indgår energiindtag og energiforbrug i en biologisk ligevægt, som er nøje reguleret. Det ses fx ved, at vægten blandt de fleste voksne personer er relativt konstant over mange år, også selvom det ikke er noget, man bevidst tænker over eller tilstræber; kroppen regulerer simpelthen sig selv (34–39). At der er individuelle faktorer på spil, som ikke kun handler om, hvor meget man spiser, ses fra fx overfodringsstudier. I et sådant eksperiment indtog deltagerne 1.000 kcal mere dagligt, end de havde

brug for (svarende til ca. 50 % ekstra), men på trods af at indtaget blev nøje reguleret, reagerede deltagerne meget forskelligt (40). Nogle øgede vægten med kun få kilo, mens andre tog meget på. Fælles for deltagerne var, at de alle tabte sig ubesværet tilbage til deres udgangsvægt efter eksperimentets afslutning (41,42). I modsætning hertil gælder det, at når høj vægt er opnået over længere tid, bliver det en livslang udfordring at forsøge at reducere vægten.

Det er en misforståelse, at alle personer med høj vægt kan tabe sig og opretholde vægttabet, hvis de blot er motiverede og lever sundt. I løbet af de seneste 70 år er der blevet gennemført adskillige veludførte studier, der undersøger initiativer rettet mod sundhedsadfærd med det formål at opnå vægttab. Samlet kan det konkluderes, at indsatser, hvor adfærden ændres for at opnå vægttab via reduceret energiindtag og øget fysisk aktivitet, kan have en virkning på kort sigt, men ingen af dem har betydende indflydelse på vægten på længere sigt. Den seneste systematiske gennemgang af litteraturen og en metaanalyse viste, at gennemførelse af omfattende og langvarige indsatser førte til et gennemsnitligt vægttab på 1,8 kilo målt efter to år (43). Dette dokumenterer tydeligt, at adfærdsændringer med fokus på at reducere energiindtaget og øge fysisk aktivitet ikke er effektive i det lange løb for at opnå et betydende vægttab. Det opnås kun af et meget lille antal mennesker i praksis. For flertallet af personer med høj vægt er det ikke muligt at opnå varigt vægttab udelukkende gennem ændringer i egen sundhedsadfærd.

fordomme målt ved UMB-FAT lavere blandt personer med svær overvægt i Canada og Island, men ikke i USA. I Island var graden af fordomme kun lavere målt ved Fat Phobia-skalaen i gruppen med svær overvægt. Resultaterne var også blandede angående forskelle mellem studerende og voksne i de fire lande. I alle lande og for både studerende og voksne var fordomme, som blev målt ved UMB-FAT, højest hos mænd og højest hos dem, der tror, at høj vægt handler om manglende viljestyrke og er et personligt ansvar (16).

Overordnet viser undersøgelserne, at der særligt er mange fordomme blandt mænd og personer, der ikke selv har en høj vægt, og blandt personer, som tror, at høj vægt er inden for den enkeltes kontrol, og blandt personer, som ikke har oplevet vægtstigmatisering eller kender nogen, der har. Andre undersøgelser viser, at personer med høj vægt bevidst eller ubevidst foretrækker personer uden høj vægt (30), og at de også stigmatiserer andre med høj vægt (31). Et systematisk review fra 2011 fandt syv undersøgelser, der havde fokus på vægtstigmatisering i det offentlige rum (32). De inkluderede studier peger generelt på, at der er sammenhæng mellem fordomme og forståelsen af årsager til udvikling af høj vægt, således at en forståelse af høj vægt som et individuelt ansvar fører til flere fordomme. Der er ikke fundet nogen studier om dette i en dansk kontekst.

2.2.2 Vægtstigmatisering på arbejdsmarkedet

En litteraturgennemgang af 53 kvalitative undersøgelser viste en ulige behandling af personer med høj vægt ift. ansættelse, forfremmelse og succes på arbejdspladsen. Nogle af de stereotype forestillinger, der findes blandt arbejdsgivere og kollegaer omhandler fx dårligere arbejdsevne og dårligere evne til at klare krævende arbejdsituationer, mangel på selvdisciplin, og at personen med høj vægt er uorganiseret og mangler initiativ og lederevner (44). Studier har vist, at arbejdsgivere fravælger personer med høj vægt til jobfunktioner med kundekontakt (45) og er tilbøjelige til at forbigå personer med høj vægt ved ansættelser (46).

En spørgeskemaundersøgelse med 2.249 kvinder fra USA med høj vægt viste, at 54 % på et tidspunkt har oplevet vægtrelateret stigmatisering fra deres kollegaer i form af nedsættende jokes eller kommentarer, og 43 % rapporterede, at de på et tidspunkt har oplevet det samme fra deres chef eller arbejdsgiver (47). I samme undersøgelse rapporterede 25 %, at de havde oplevet stigmatisering i form af ikke at blive ansat, ikke blive tilbudt forfremmelse eller blive fyret på grund af deres vægt.

En dansk tværsnitsundersøgelse fra 2007 med follow-up i 2009 og 2011 viser, at 23,5 % af deltagerne med et BMI på over 30 havde opfattelsen af at blive uretfærdigt behandlet på arbejdspladsen af deres overordnede, hvorimod kun 17,2 % og 17,6 % af hhv. personer med et BMI på 18-24,2 og et BMI på 25-29,9 havde samme opfattelse (48).

Min leder på mit job fortalte mig, at jeg var nødt til at tabe mig, fordi det påvirkede mit arbejde. Jeg laver hjemmesider til mennesker med handicap. Min vægt er fuldstændig irrelevant. Jeg var så forbløffet over, at hun troede, hun kunne tillade sig at sige det til mig (29-årig kvinde)

Citatet stammer fra en australsk undersøgelse (162).
Oversat af arbejdsgruppen.

2.2.3 Mødet med sundhedsprofessionelle

Vægtstigmatisering og fordomme blandt sundhedsprofessionelle i USA, Canada og Australien, samt enkelte europæiske og nordiske lande herunder Sverige. Et systematisk review fra 2021 gennemgik 41 undersøgelser fra 1989 til 2020 af bevidste og ubevidste fordomme blandt i alt 12.818 sundhedsprofessionelle. Af de 41 undersøgelser så hovedparten på fordomme blandt læger (12 undersøgelser) og sygeplejersker (12 undersøgelser), mens resten var blandt forskellige andre

Størstedelen af mine oplevelser med læger handlede om at 'du skal have kontrol, du skal have viljestyrke, du skal gøre ditten og datten'. Det har givet meget skyldfølelse. Min læge var forfærdelig. Det eneste, hun plejede at sige til mig, var 'Du står allerede i køen til at få et hjerteanfald og et slagtilfælde; du er lige der midt i køen'. Jeg kan huske præcist, hvordan hun sagde det til mig og med en undertone af 'du er vel klar over, at du er en fiasko'

Ingen er helt uhøflig, det er meget mere subtilt end det, det er de der ansigtsudtryk, når du først går ind i rummet – ingen øjenkontakt overhovedet

Jeg havde endda en praktiserende læge, der kiggede på mig fra top til tå og sagde til mig, 'du ville være en meget smuk pige, hvis du tabte lidt af den vægt'

Citater fra en amerikansk og en irsk undersøgelse (163, 164).

Der er ikke angivet alder eller navne på deltagerne i undersøgelsen fra Irland. Oversat af arbejdsgruppen.

faggrupper eller blandt diætister, fysioterapeuter, psykologer og lægeassistenter (49). Kun 17 af de 41 undersøgelser havde tilstrækkelige data til at indgå i en metaanalyse. Denne viste, at der både er bevidste og ubevidste fordomme blandt de nævnte faggrupper. Forfatterne bag reviewet konkluderer dog, at kvaliteten af undersøgelse generelt er lav, fordi der bruges mange forskellige mål især for de bevidste fordomme, og fordi der er tale om tværsnitsundersøgelser og casestudier (49).

Andre og nyere undersøgelser har fundet fordomme blandt forskere, der arbejder med vægtrelaterede emner (50,51) og blandt læger (52), medicinstuderende (53), sygeplejersker (54), diætister (55) sundhedsplejersker (56), fysioterapeuter (57) samt sundhedsprofessionelle, der arbejder med ernæring og fysisk aktivitet/træning (58) og svær overvægt (56,59–61). Sådanne fagpersoner spiller en afgørende rolle i at guide og behandle risikoprofiler såsom personer med svær overvægt, hvilket er en relevant adfærd i forhold til at tage et sundhedsfagligt ansvar. De tidligere nævnte undersøgelser illustrerer dog situationer, hvor risikoprofiler ikke behandles på grund af deres forhøjede risikoniveau, men i stedet oplever stigmatisering og at blive behandlet anderledes udelukkende på baggrund af deres vægt. Selvom man kan have en forventning om, at forskere og sundhedsprofessionelle har den nødvendige viden om høj vægt og er mere bevidste om deres fordomme, har de tilsyneladende fordomme svarende til resten af befolkningen (16).

En spørgeskemaundersøgelse med 16.340 voksne canadiere i alle vægkategorier viste, at en ud af 15 personer (6-7 %) havde oplevet vægtstigmatisering i klinikker, hospitalsregi og i almen praksis. Risikoen for at opleve vægtstigmatisering steg,

jo højere deltagernes vægt var. Det kom til udtryk ved, at 20 % flere personer med et BMI på 30-35 havde oplevet vægtstigmatisering, og at risikoen var 52 % større for personer med BMI på over 35 (62), når der sammenlignedes med personer med et BMI på under 30. På samme vis som fundet i andre studier havde flest kvinder og personer fra hjem med lav indkomst oplevet vægtstigmatisering i sundhedsvæsenet. Overraskende viste undersøgelsen, at flere personer fra hjem med et højt uddannelsesniveau oplevede at blive stigmatiseret i sundhedsvæsenet end personer fra hjem med et lavere uddannelsesniveau. Forfatterne overvejede, om årsagen var en øget bevidsthed om forskelsbehandling i denne gruppe, sådan at personer, som ikke kom fra hjem med en høj uddannelse, var mindre bevidste om, at de blev udsat for vægtstigmatisering, og dermed underrapporterede deres oplevelser af det (62).

En online undersøgelse med 4.732 førsteårsmedicinstuderende fra USA undersøgte de studerendes bevidste og ubevidste fordomme. De bevidste fordomme blev målt med feeling thermometer-strategien, hvor deltagerne angav deres følelser over for personer med høj vægt og andre sociale grupper. Her fremgik det, at 67 % havde bevidste fordomme om mennesker med høj vægt og vurderede personer med høj vægt mindre positivt end hvide[TKI] personer uden høj vægt. De ubevidste fordomme blev målt med IAT, hvor 74 % havde ubevidste fordomme, herunder modvilje mod personer med høj vægt, fordomme om manglende viljestyrke bag høj vægt og frygt for egen vægtøgning (53). Ligesom i befolkningen generelt var der særligt mange fordomme blandt de yngre og mandlige medicinstuderende og dem med et lavere BMI (16). Fordomme om vægt oversteg fordomme om etnicitet, seksualitet og fattige mennesker (63).

En spørgeskemaundersøgelse fra 2021 fra Polen udforskede sundhedsprofessionelles erfaringer med vægtstigmatisering og mere end to tredjedele af de sundhedsprofessionelle angav, at vægtstigmatisering var fremtrædende i sundhedsvæsenet, mens en tredjedel enten anså det som et mindre problem eller slet ikke et problem. Undersøgelsen spurgte også, hvilke former for upassende adfærd, som deltagerne oftest var vidne til blandt de læger, der interagerede med patienter. Mest almindeligt var hån af patienten på grund af udseende (96,6 %) og udtryk for væmmelse (96,2 %) (52). Andre undersøgelser viser, at læger anser personer med høj vægt for at være dårligere til at fastholde en behandling og generelt har mindre respekt for personer med høj vægt end personer med lavere vægt (64-67). Der er dog ikke entydig dokumentation for, at sådanne holdninger blandt sundhedsprofessionelle påvirker den behandling, der bliver givet (65,66).

Et dansk tværsnitstudie blandt 240 praktiserende læger viser, at på trods af en høj grad af både fordomme og ubevidste fordomme, var der kun få forskelle i den behandling, som blev ordineret til patienter med og uden høj vægt, hvilket tyder på, at lægernes personlige holdninger eller fordomme i behandlingen af patienter med høj vægt ikke påvirker behandlingen. Lægerne anbefalede i højere grad et generelt sundhedstjek til deres patienter med høj vægt end til patienter uden høj

vægt. Det fremgik ikke af studiet, om det skyldtes en relevant opmærksomhed på, at høj BMI er en risikofaktor for nogle sygdomme, eller om det kunne være et udtryk for fordomme. Dog fremgik det for de mandlige patienter med høj vægt, at lægerne i mindre grad forventede, at de ville følge deres behandlingsanvisninger, end de gjorde for de mandlige patienter med lavere vægt (68). I tråd med dette finder et eksperimentelt studie, at amerikanske medicinstuderende opfattede patienten mere negativt og havde mindre øjenkontakt, når de blev præsenteret for en patient med høj vægt, end når de blev præsenteret for en patient uden høj vægt (65). De medicinstuderende kom dog ikke med forskellige kliniske anbefalinger til personer med og uden høj vægt. En amerikansk spørgeskemaundersøgelse med 122 læger viste, at lægerne ville bruge betydeligt mindre konsultationstid sammen med en patient med høj vægt end sammen med en patient uden høj vægt (66). Dette studie eksemplificerer således en situation, hvor der principielt er en ulige adgang til sundhedsydelse for personer med høj vægt. Dette baserer sig på ét kvalitativt studie, og yderligere evidens er nødvendig for at afgøre, om der er ulige adgang til sundhedsydelse for personer med høj vægt ift. personer uden høj vægt.

2.2.4 Nære relationer

Flere undersøgelser viser, at oplevelser af vægtstigmatisering i de nære relationer er særdeles almindelige. Den mest omfattende undersøgelse af oplevelser af vægtstigmatisering og fordomme i sociale relationer kommer fra en stor international spørgeskemaundersøgelse med knap 14.000 personer, der er medlemmer af den amerikanske vægttapsorganisation WW International (tidligere Weightwatchers, på dansk Vægtvogterne). De beskriver oplevelser af vægtstigmatisering fra de helt nære relationer i familien, i deres parforhold og i andre relationer i hverdagslivet såsom kollegaer og klassekammerater samt autoriteter som chefer, lærere og læger, men også fremmede mennesker (17). Både mænd og kvinder angiver, at de primært oplever vægtstigmatisering fra deres egne familiemedlemmer (17). Ifølge en litteraturgennemgang fra 2007 finder vægtstigmatisering i nære relationer ofte sted i form af drillerier, nedsættende omtale og forskellige former for uretfærdig eller nedladende behandling, men den stigmatiserende effekt kan være utilsigtet (69). Et kvalitativt studie med 410 voksne amerikanske kvinder i et vægttapsprogram beskriver, at oplevelser af vægtstigmatisering primært kommer fra familiemedlemmer, mest mødre, efterfulgt af partnere. I barndommen bestod stigmatiseringen af vægtbaserede drillerier, mens deltagerne som voksne angav mest at blive udsat for kritiske kommentarer om deres vægt. Uanset hvem i familien, der stigmatiserede, beskrev deltagerne, at det var pinefuldt og havde langvarige, negative konsekvenser (70).

Mine forældre var forfærdelige, da jeg var teenager. De fortalte mig, at jeg kunne få et job som den tykke dame i cirkus, eller de kunne finde på at sige, at jeg lignede fru Zink, der var en svært overvægtig kvinde. Af alle de mennesker, der gjorde nar af mig, var mine forældre de værste. Jeg kan aldrig tilgivet dem for det (80-årig kvinde)

Min far og brødre plejede at nynne melodien 'Baby Elephant Walk', da jeg var omkring 8-11 år gammel (68-årig kvinde)

Udskamningen fra min familie har fulgt mig hele livet (58-årig kvinde)

Citater fra en amerikansk undersøgelse (165).
Oversat af arbejdsgruppen.

Vægtstigmatisering i parforhold er ligeledes udbredt. I en spørgeskemaundersøgelse blandt 2.449 amerikanske kvinder i alderen 18-89 år, med et BMI på 18,5-40, rapporterede næsten halvdelen af deltagerne, at de havde oplevet vægtstigmatisering fra deres partner, mens næsten en tredjedel angav, at de havde oplevet det ofte (71). I en EMA (se Afsnit 1.8) fra Australien skulle 46 voksne i to uger angive oplevelser af vægtstigmatisering, og hvem der stigmatiserede. Her udgjorde vægtstigmatisering fra partnere 16 % af tilfældene, mens de oftest ellers oplevede stigmatisering fra fremmede (19). En metaanalyse fra 2016 undersøgte samtaler mellem forældre og børn om vægt og børns trivsel for at belyse, hvorvidt det kan være skadeligt, at forældre taler med deres børn om høj vægt. Metaanalysen konkluderede, at forældres opmuntring til vægttab og forældres drilleri eller kritik af barnets krop havde en negativ effekt på trivsel og sund adfærd målt på en række forskellige mål, der varierede fra studie til studie (72).

De fleste undersøgelser beror på, at deltagerne kan genkalde sig oplevelser af vægtstigmatisering, hvilket forudsætter, at de både er bevidste om og husker, at de er blevet udsat for vægtstigmatisering. De få undersøgelser, der bruger EMA, viser forskellige resultater ift., hvor ofte vægtstigmatisering finder sted i deltagerens hverdagsliv og også en stor spredning i antallet af oplevelser, de enkelte deltagere har. Det er muligt, at vægtstigmatisering fra de nære relationer optræder mindre hyppigt, men at de i højere grad bliver husket af deltagerne og derfor oftere rapporteres i de retrospektive undersøgelser.

2.2.5 Medier og populærkultur

I vores samtid er alle områder af vores liv gennemsyrede af medier – man taler således om, at vores liv er medialiserede (73). Dette gælder også spørgsmål om vægt. Mange mennesker får deres viden om sundhed, livsstil og vægt gennem medierne.

Nye forskningsresultater, befolkningsstudier eller væggtabsmetoder dækkes ofte som nyhedshistorier, og væggtab bruges i reality-tv som underholdning (74).

Vægtstigmatisering sker i medierne i form af negativ omtale af mennesker med høj vægt, satire rettet mod mennesker med høj vægt, eller ved at høj vægt bruges som et negativt karaktertræk, underholdning (især reality-tv) hvor væggtab er i centrum mv. (75). Det er dokumenteret, at medier og populærkultur er medvirkende til at skabe og opretholde negative kulturelle forestillinger om mennesker med høj vægt. Det gælder både visuelle og narrative fremstillinger af mennesker med høj vægt, som sættes i et negativt lys (74,76,77).

Populærkultur omfatter udbredte medier og kulturprodukter som tv, film, sociale medier, ugeblade og popmusik, der er kendt for deres popularitet i befolkningen (78). I modsætning til nyhedsmedier er populærkultur primært rettet mod underholdning, hvilket påvirker publikums interaktion med disse medier. Når folk deltager i populærkultur, er de ofte mere tilbøjelige til at nyde og underholdes uden at anvende en kritisk tilgang. Dette gør det lettere at påvirke folks opfattelse af verden gennem de fremstillede forestillinger og selvfølgheder i medierne (73,79). Forskning inden for populærkultur har traditionelt fokuseret på dens politiske og sociale indflydelse på samfundet, herunder feministiske og kønsorienterede studier, der undersøger repræsentationen og tolkningen af kroppe i medier og populærkultur (80–83). En række analyser af populærkultur peger på, at mennesker med høj vægt enten ikke er til stede, eller, hvis de er, ofte er portrætterede som problematiske (fx som skurken), ulykkelige (fx som den kroniske singleveninde) eller dumme (fx som den socialt udfordrede medspiller) (33,75,84). Et mediestudie fra 2011 viser, at karakterer med høj vægt ofte bliver kædet sammen med negative stereotyper som at være dovne eller spise overdrevet eller usundt. Omvendt bliver høj vægt også brugt som et udskammende element fx i karikaturer eller satire som 'den fede kapitalist' eller den 'fedladne samfundsnasser' (33).

Børn såvel som voksne danner deres forestillinger om verden – hvad der er godt og skidt – hvem der er troværdige og attråværdige eller problematiske og uønskede bl.a. gennem vores sociale liv og gennem medier (84,85). Inden for medieforskningen er det almindeligt anerkendt, at følelser i højere grad end rationelle argumenter indgår, når mennesker ændrer deres grundlæggende idéer om verden (86). Det vil sige, at forskningsresultater, der modsiger den grundlæggende idé, man har om et emne – fx vægt – støder imod en 'mur' af forforståelser, automatreaktioner og følelser (83,87). Studier af mediedækning af høj vægt skitserer en udvikling, der begyndte i slut 1990'erne og kulminerede i 2000'erne, hvor den såkaldte 'fedmeepidemi' var højt på dagsordenen i de vestlige samfund (88–91). Samtidigt øgede opmærksomheden på mennesker med høj vægt også vægtstigmatiseringen ikke kun socialt, men i særdeleshed også i medierne (92–94). I den forbindelse spillede både nyhedsmedier og populærkultur en væsentlig rolle ved at udbrede og forstærke opmærksomheden og gøre kropsvægt til genstand for udskamning og udpegning (95). Der skete i denne periode et markant skifte hen imod en

diskurs, hvor personligt ansvar for høj vægt blev understreget (96). Et australsk review fra 2022 viste, at vægtbias er udbredt i medierne, herunder også offentlige sundhedskampanjer, og at det påvirker holdninger til mennesker med høj vægt på en negativ måde (97).

Et amerikansk studie fra 2014 gennemgik alle afsnit af den populære amerikanske tv-serie 'Venner' (98). Mange kender karakteren 'Fat Monica' fra serien. I fortællingen om Monica ved vi, at hun som barn og teenager var tyk, fordi hun hele tiden spiste og ikke kunne få nok. I flashbacks til hendes fortid som tyk bliver hun uden undtagelse portrætteret med mad i hånden i kontekster, hvor ingen andre spiser. Monica skiller sig således ud fra andre mennesker ved at være tyk og spise hele tiden. I seriens nutid er Monica tynd, sporty, har et modent forhold til mad og er endda kok, som altså dagligt er omgivet af god mad, som hun ikke lader sig friste til at overspise af. På intet tidspunkt i nutidsfortællingen ser vi Monica være på slankekur, eller på andre måder forsøge at kontrollere sin vægt og/eller sit kalorieindtag. Det kan således give publikum det indtryk, at høj vægt er resultatet af ukontrolleret overspising, og at dette uproblematisk kan overkommes ved at udvikle et 'normalt' forhold til mad og motion, samt at et permanent vægttab ikke kræver et ekstraordinært fokus på kalorieindtag (98). Narrativet om 'Fat Monica' er et eksempel på, hvordan 'hyper(u)synlighed' også afspejles i populærkulturen (99).

2.3 Selvstigmatisering

Oplevelsen af vægtstigmatisering er tæt forbundet med såkaldt selvstigmatisering. På samme måde som alle andre agerer personer med høj vægt i overensstemmelse med samfundets grundlæggende diskurser om vægt (100,101). Det vil sige, at de fleste mennesker med høj vægt har samme negative forestillinger om kropsfedt og høj vægt som alle andre. Forskellen er, at for mennesker med høj vægt bliver de negative forestillinger om høj vægt vendt mod dem selv. Dette bevirker, at mennesker med høj vægt identificerer sig med negative forestillinger om høj vægt og kan vende kritik og krav om vægttab indad og mod andre med høj vægt (102,103). Med negative forestillinger om høj vægt i samfundet kan det, at man bør tabe sig, blive til en social norm (33,104,105) De sociale normer om kropsvægt fordrer således, at individet arbejder hen imod at opnå en lavere vægt. Dette betyder i praksis, at man nærmest har 'pligt' til at leve op til samfundets idealer om sundhed og vægt – såsom slankekur og træning (94).

Selvstigmatisering bevirker, at personer med høj vægt har tendens til at undgå sociale sammenhænge, hvor deres kropsstørrelse kan blive problematiseret, eller regulere deres påklædning og opførsel for at dække over, at deres krop er større og dermed mere synlig end andre kroppe. Dette fænomen kaldes hyper(u)synlighed (99). Hyper(u)synlighed betegner det forhold, at høj vægt på den ene side er meget synligt, men samtidig socialt uacceptabelt. Derfor bliver mennesker med høj

Det er ikke skam, jeg er for realistisk til at skamme mig. Jeg mener ikke, du skammer dig over noget, du selv har valgt at gøre. Det er mere vrede mod mig selv ... Vrede, det er en slags selvhad ... det er vrede over min manglende evne til at holde op med at spise
(Karen)

Hvis jeg ikke engang kan kontrollere min egen vægt, hvad er jeg så for et menneske?
(Mary)

Citater fra en engelsk undersøgelse (106).
Oversat af arbejdsgruppen.

vægt ofte gemt væk, fx på jobbet, hvor man fravælges til roller med kundekontakt eller bliver pålagt normer for tildækket påklædning (99). Ligeledes tilpasser nogle mennesker med høj vægt deres opførsel i situationer, der er forbundet med stereotype forestillinger om mennesker med høj vægt såsom at regulere sin spising (99,107). I kapitel 3 udfoldes konsekvenserne af selvstigmatisering mere.

Studier har også påvist, at vægtstigmatisering kan resultere i selvstigmatisering. Det fremgår fx af en spørgeskemaundersøgelse fra USA med 3.504 voksne deltagere, hvor det blev observeret, at mere end halvdelen af personerne med et BMI over 30 havde en høj grad af selvstigmatisering, og at selvstigmatiseringen var højest blandt dem med lavt uddannelsesniveaue og lav indkomst og blandt dem, der på et tidspunkt havde oplevet vægtstigmatisering, især i form af mobning (18). Et eksperimentelt studie viser, at det at blive kategoriseret som 'overvægtig' giver anledning til højere grad af selvstigmatisering og et mere negativt kropsbillede end at blive kategoriseret som 'normalvægtig'. I studiet blev 113 kvindelige collestuderende fra USA målt og vejede og derefter tilfældigt kategoriseret som 'normalvægtig' eller 'overvægtig'. Efterfølgende målinger af det mentale helbred med diverse spørgeskemaer viste, at uanset det virkelige BMI havde de deltagere, som blev kategoriseret som 'overvægtige', en højere grad af selvstigmatisering og lavere kropstilfredshed end dem som blev kategoriseret som 'normalvægtige' (108). Studiet var både dobbeltblindet og randomiseret, hvilket vil sige, at hverken forskerne eller deltagerne kendte de målte værdier for højde og vægt, mens forsøget stod på, og at det var helt tilfældigt, om deltagerne blev kategoriseret som 'normalvægtige' eller 'overvægtige'. Studiet var veludført og viste, at kategorisering som 'overvægtig' kan have negative psykologiske konsekvenser, herunder lavere grad af kropstilfredshed og højere grad af selvstigmatisering.

Dertil er det undersøgt blandt hvem selvstigmatisering særligt er fremtrædende. Det fremgår af en stor online spørgeskemaundersøgelse af WW International (tidligere Weight Watchers) med besvarelser fra knap 14.000 medlemmer (5 % mænd) fra USA, Canada, Australien, Frankrig, Tyskland og Storbritannien viste

ligesom i andre undersøgelser, at graden af selvstigmatisering var højest blandt kvinder, yngre personer og dem med den højeste vægt. Undersøgelsen viste også i lighed med andre undersøgelser, at selvstigmatiseringen var højest blandt deltagere, der aktuelt forsøgte at tabe sig (I7). Ligesom i andre undersøgelser var graden af selvstigmatisering højest blandt kvinder, yngre personer og dem med den højeste vægt og blandt dem, der havde et ønske om at tabe sig (I7,I8,I09,I10).

To spørgeskemaundersøgelser blandt teenagere i Norge har undersøgt, om der er forskel på, hvem der selvstigmatiserer, og hvem der ikke gør. Studiet viste, at det at undervurdere sin vægtkategori, altså at opfatte sig selv som 'normalvægtig' selv om ens BMI-kategori reelt var 'overvægtig', var relateret til større livstilfredshed, bedre mental sundhed og færre slankekure hos både drenge og piger (III). Et systematisk review fra 2018 med 78 inkluderede artikler undersøgte, hvordan det at betragte sig selv som 'overvægtig' var relateret til forskellige mål for adfærd og sundhed. Her fandt man blandt andet, at det at betragte sig selv som 'overvægtig' var relateret til hyppigere og mere usunde vægttabsforsøg (fx provokerede opkastninger, brug af afføringsmidler og lignende) og til vægtøgning over tid. Studiet viste også, at det at anse sig selv som 'overvægtig' ikke var relateret til sundere kostvaner eller mængden af fysisk aktivitet. Studiet tyder på, at det at anse sig selv som 'overvægtig' ikke får mennesker til at tabe sig og ikke resulterer i sund adfærd (II2).

2.4 Social ulighed

Vægtstigmatisering er et komplekst socialt fænomen, hvor vægt kan spille sammen med en række andre sociale forhold såsom køn, socioøkonomisk position, seksualitet og etnicitet (II3,II4). Den kulturelle forestilling om vægt og oplevelsen af vægtstigmatisering formes af, hvilke øvrige sociale forhold personer med høj vægt indgår i (II5,II6). Der følger både kulturelle forestillinger med at have høj vægt og med at være i en udsat social eller økonomisk position. Der eksisterer generelle fordomme om, at personer i udsatte socioøkonomiske positioner også har en lav arbejdsomhed, lav motivation og en lavere intelligens (II7). Dette bevirker, at personer i udsatte positioner, der også har høj vægt, bliver udsat for flere fordomme samtidigt og derfor en større risiko for at blive stigmatiserede. Fx kan fordomme bevirke, at den arbejdsløse høje vægt ses som en følge af dovenskab og dårlige madvaner (fx sodavand, fastfood, tomme kalorier), mens toplederens vægt i højere grad kan blive positivt forklaret ved velværd (eksklusiv mad med rødvin og røde bøffer). Oftest undersøges kun effekten af et enkelt stigma ad gangen, som fx høj vægt, men der forekommer sandsynligvis ofte et samspil, som har betydning for, hvordan den socioøkonomiske position spiller en rolle for, hvordan individet med høj vægt oplever vægtstigmatisering (II8,II9).

Forskningen tyder på, at personer, som på flere måder er stigmatiserede eller marginaliserede, i højere grad bliver eller oplever vægtstigmatisering og udvikler

selvstigmatisering (120,121). Fx har enkelte tværsnitsundersøgelser undersøgt vægtstigmatisering blandt seksuelle og etniske minoriteter og personer med lav indkomst. I et studie med i alt 1.212 mænd, der identificerede sig som homoseksuelle (351 personer), biseksuelle (357 personer), heteroseksuelle (408 personer) eller andet (96 personer), var forekomsten af oplevet vægtstigmatisering og selvstigmatisering højest blandt homoseksuelle og biseksuelle mænd (Austen, 2020). I analysen var der justeret for alder, socioøkonomi, etnicitet og BMI.

Forskningen tyder på, at personer, der har høj vægt og samtidig er i en socioøkonomisk udsat position, bliver udsat for forskellige former for stigmatisering samtidig og dertil oplever mere vægtstigmatisering end andre. Der mangler undersøgelser, der tydeligt afdækker, hvorvidt personer i socioøkonomisk udsatte positioner i højere grad end andre bliver udsat for vægtstigmatisering, og hvilken betydning det har at være udsat for andre former for stigmatisering samtidigt med vægtstigmatisering.

2.5 Børn og unge

2.5.1 Børns fordomme og stigmatisering

Det er efterhånden velundersøgt, at børns fordomme om vægt og udøvelse af vægtstigmatisering starter tidligt i livet og påvirkes af deres omgivelser, deres forældre og samfundets kropsidealer (122-124). Undersøgelser primært fra USA viser, at børn både har bevidste og ubevidste fordomme om vægt, og at de kan vægtstigmatisere andre, oftest i form af mobning og eksklusion (122,125). Disse fordomme kommer blandt andet til udtryk ved at børn i fireårsalderen foretrækker 'normale' vægtfigurer i bøger frem for figurer med høj vægt, når de skal angive, hvem de helst ville være venner med, og at børn med høj vægt vurderes af deres jævnaldrende som mindre populære og de mindst foretrukne legekammerater ift. dem med lavere kropsvægt. I en undersøgelse blandt ældre børn i mellemtrin og gymnasier i USA (246 elever) var der et flertal, der antog, at personer med høj vægt er 'langsomme' eller 'ingen udholdenhed har' (122).

Et nyligt review har undersøgt forekomsten af fordomme om høj vægt blandt små børn. Gennemgangen inddrog 13 undersøgelser, udført fra 2011 til 2021, om børns fordomme i aldersgruppen 1-5 år samt forældrene til børn i denne aldersgruppe (126). Ud af disse 13 studier, var 11 tværsnitsstudier. I otte af de 11 tværsnitsstudier blev børnenes fordomme målt, og i seks af de otte undersøgelser anvendtes øvelsen 'adjektiv attribution'. Her skal barnet placere dukker eller billeder af børn med lav, middel eller høj vægt på en skala med positive og negative adjektiver som led over for sød, klog over for dum og ordentlig over for rodet. En af undersøgelserne viste, at 3-5-årige i høj grad forbinder figurer af børn med høj vægt med negative karakteristika, og dette gælder især for piger. Fem undersøgelser i reviewet brugte

Kommentarer og bemærkninger nedbryder dig, og du føler dig ikke selvsikker, du har ikke engang lyst til at tale med folk, fordi alle dømmes dig (mand, 17 år)

Der ville altid være den ene person, der ville nedgøre dig eller lave sjov med det. Det ville påvirke dig på så mange måder. Jeg har meget lavt selvværd, og jeg har mange usikkerheder om mig selv, og hvis nogen bare sagde en lille tåbelig ting, ville jeg virkelig føle mig dårlig (kvinde, 16 år)

Citater fra en amerikansk undersøgelse (166).
Oversat af arbejdsgruppen.

øvelser, hvor barnet præsenteres for figurer af børn med forskellig vægt, og hvor de så skal udvælge, hvem de fx gerne vil være venner med, hvem de ikke vil hjælpe, eller hvem, de tænker, ingen venner har (126). Af de femårige piger valgte 72 % (76 % af de treårige) således den tynde figur som den, de helst ville være venner med, mens kun 6 % valgte figuren med den høje vægt. Samme mønster fandt man ikke blandt drengene (127). Andre undersøgelser i reviewet viste ingen kønsforskelle (126). Overordnet viste alle de otte inkluderede tværnsnitsundersøgelser, der målte børnenes fordomme, at børnene har fordomme om høj vægt, og at disse falder med alderen. Disse resultater stammer imidlertid fra tværnsnitsstudier, og derfor er der behov for opfølgingsstudier for at få mere præcise udsagn om sammenhængen.

I et tværnsnitsstudie undersøgte man fordomme blandt 120 drenge og piger med en test, der måler ubevidste fordomme (IAT). Her steg de ubevidste fordomme frem til seksårsalderen, hvor de blev stabile, mens de bevidste fordomme blev færre i takt med, at børnene nærmede sig teenagealderen (125). En amerikansk undersøgelse med en online test af 114 børn i alderen 9-11 år viste, at børnene havde ubevidste fordomme svarende til voksne, og at fordommene, ligesom for voksne, var mere udbredt blandt børn, der ikke selv havde en høj vægt (128). Børnenes ubevidste fordomme blev målt med Affect Misattribution Procedure.

I en eksperimentel undersøgelse fik 56 amerikanske børn i alderen 4-8 år oplæst historier om børn, der havde brug for hjælp til fx at hælde juice op eller samle farveblyanter op fra gulvet. Dernæst blev de vist billeder af to børn med enten middel eller høj vægt. Børnene skulle først angive, hvem de ville hjælpe og dernæst, om de måske ville hjælpe eller helt sikkert ville hjælpe. Børnenes fordomme blev også målt. Undersøgelsen viste, at de børn i undersøgelsen, der havde fordomme om høj vægt, også var mindre tilbøjelige til at angive at ville hjælpe børn med høj vægt (129).

Trods et fald i de bevidste fordomme viser eksperimentelle undersøgelser, at ældre børn fra fem år stadig foretrækker at være venner med børn, der ikke har en høj vægt (129-131). Blandt 2.728 amerikanske skoleelever fra 7. til 12. klassetrin skulle

børn angive, hvem der kunne være en mulig ven. Børn med høj vægt, og især piger med høj vægt, fik signifikant færre nomineringer som en mulig ven end børn med lavere vægt (131). I en lignende type undersøgelse med 1.110 amerikanske skoleelever i alderen 11-19 år i 2010, blev unge drenge og piger med høj vægt sjældnere nomineret som mulige kærester (132).



Det er svært at gøre det rigtige

2.5.2 Forældres fordomme

I et review fra 2023 (126) målte ti undersøgelser forældres fordomme om høj vægt, herunder deres bevidsthed om deres egen og deres børns vægt og kropsbillede, deres egne kropsidealer og internaliseret vægtstigmatisering, og om de diskuterede vægt og kropsbillede med deres børn. Fire undersøgelser brugte interviews, og seks brugte spørgeskemaer. I en af undersøgelse blev 658 amerikanske forældre (74,2 % var kvinder) bedt om at udfylde spørgeskemaer om deres bevidste fordomme, mens de tænkte på et af deres børn, og lave en IAT, som måler ubevidste fordomme (se Afsnit 1.8). Undersøgelsen viste, at 93 % af forældrene i et eller andet omfang havde fordomme. Fædre havde flere fordomme end mødre, og forældre uden høj vægt havde flere fordomme end forældre med høj vægt. Derudover var der ingen forskel i fordomme afhængigt af forældrenes vægtstatus tidligere i livet eller barnets køn, vægt eller alder (133). Reviewet viste også, at selvom forældre har fordomme om høj vægt, så undlader de generelt at tale om vægt med deres børn. Dette fremgik blandt andet i et tværnsnitstudie med forældre til børn i alderen 2-3 år, der viste, at flertallet af forældrene (63 %) mente, at børnehavebørn var for unge til at have en kropsopfattelse, og at de derfor ikke gjorde noget for at lære eller påvirke deres barns kropsopfattelse. Alligevel viste fire undersøgelser sammenhænge mellem forældres fordomme og børns fordomme. Eksempelvis fremgik det i tre af undersøgelse, at større modvilje og frygt for overvægt hos mødre forudsagde større fordomme om vægt hos børnene. De fleste undersøgelser inkluderede kun mødre, og de viste alle sammenhænge mellem mødres fordomme og frygt for høj vægt og børnenes fordomme (124,134,135). Den eneste undersøgelse, der inkluderede både fædre og mødre, fandt kønsforskelle i, at fædrenes fordomme var forbundet med deres sønners fordomme, men ikke med deres døtres. Et mønster, der ikke var gældende for mødre (136). Sådanne kønsforskelle og samspil mellem forældre og børn er ikke tilstrækkeligt afdækket til, at der kan drages tydelige konklusioner.

Et opfølgingsstudie med 1.197 teenagere i Canada fandt, at 30 % havde oplevet vægtrelaterede kommentarer fra deres forældre. Af de børn, som havde svær overvægt (BMI \geq 30) oplevede 40,7 % kommentarer fra deres fædre og 32,8 % fra deres mødre (137). Dette svarer til, hvad man har fundet i andre undersøgelser (138,139). Enkelte undersøgelser har fundet kønsforskelle i, at piger oftere end drenge oplever, at deres vægt bliver kommenteret af deres forældre (140,141). Ud over vægtrelaterede kommentarer fra familiemedlemmer har enkelte undersøgelser set på, om forældre stigmatiserer deres børn på grund af høj vægt. To ældre undersøgelser viser, at amerikanske unge med høj vægt sjældnere end unge med lavere vægt får deres uddannelsesudgifter dækket af deres familier (142,143). En undersøgelse fra 2010 med 379 amerikanske psykologistuderende i alderen 17-26 år viste, at de unge, der havde fået økonomisk støtte af deres forældre til at købe deres bil, havde et lavere BMI end de unge, der selv havde finansieret købet af deres bil (144). Undersøgelse kontrollerede for de studerendes køn, forældrenes uddannelsesniveaue og indkomst og antal børn i familien, men de målte ikke direkte

på forældrenes fordomme, hverken bevidste eller ubevidste. Forfatterne påpeger dog, at denne sammenhæng muligvis også kan tilskrives det faktum, at dem, der selv finansierede det store beløb, tog på i vægt på grund af øget arbejdstid for at have råd til dette, hvilket resulterede i mindre tid til sport og lignende aktiviteter, der normalt ville føre til et lavere BMI. Derudover blev forældres og familiers holdninger til deres børn ikke vurderet.

Noget tyder på, at der er sammenhænge mellem oplevelser af vægtstigmatisering fra familiemedlemmer i barndom og ungdom, og hvorvidt man oplever vægtstigmatisering som ung voksen. Således fandt en forløbsundersøgelse med opfølgingsdata på 2.287 mænd og kvinder i alderen 20-31 år, at de, der havde oplevet vægtrelaterede drillerier fra familiemedlemmer i teenageårene, havde dobbelt så stor risiko for at blive udsat for sårende vægtrelaterede kommentarer ti år senere. Undersøgelsen kontrollerede bl.a. for vægt og vægtforandring (145). Kvinder, men ikke mænd, der havde oplevet vægtrelaterede drillerier fra både familiemedlemmer og især jævnaldrende i barndommen, oplevede i højere grad også at få vægtrelaterede kommentarer fra deres partnere i den tidlige voksenalder (145).

Et opfølgingsstudie fra 2018 med 2.036 amerikanske børn og unge (10-19 år) viste, at de børn og unge, som oplevede at blive kaldt 'for tyk' havde øget risiko for forstyrret spisning (som er et forstadium til en spiseforstyrrelse) fem år senere, særligt hvis det var familiemedlemmer, der havde kaldt barnet eller den unge 'for tyk' (146). Et tværseksstudie fra 2010 fra USA af 16-årige piger viste, at snak om den unges vægt i hjemmet, specielt med moderen, var relateret til øget kropstillfredshed og til forstyrret spisning. Hvis moderen var på slankekur, øgedes risikoen for ekstreme og usunde vægttabsforsøg (fx provokerede opkastninger, afføringsmidler, perioder med sult mv.) hos den unge. Ingen analyser i studiet viste, at vægtsnak i familien medførte sunde eller positive træk hos pigerne (147).

2.5.3 Skole og uddannelse

Der findes flere undersøgelser, der viser, at vægtstigmatisering foregår i skoler og på uddannelsesinstitutioner i form af vægtrelateret mobning og stigmatisering. En undersøgelse fra 2024 viser, at det også gælder i Danmark. Kun få har undersøgt fordomme og stigmatisering blandt lærere.

Mobning i Skolebørnsundersøgelsen er defineret som når børn 'gentagne gange bliver holdt udenfor, drillet, slået eller generet på en væmmelig måde' (148). Danmark er et af de lande i Europa, hvor færrest børn og unge oplever mobning (148). I 1998 blev omkring en tredjedel af 11-årige danske børn mobbet, mens det i 2021 var 8,6%, der rapporterede at have oplevet mobning meget tit, tit eller en gang imellem i løbet af det seneste år (149).

Et nyt dansk studie fra VIVE viser, at børn med høj vægt oftere udsættes for mobning. Forskningen bygger på oplysninger om alle børn, der er blevet målt og vejet i skolen i syvårsalderen og som 14-årige, og data er sammenkørt med oplysninger fra trivselsmålinger. De børn, der i undersøgelsen bliver kategoriseret som 'overvægtig', har 3,4 % større sandsynlighed for at blive udsat for mobning end dem i kategorien 'normalvægtig' og børn i kategorien 'svær overvægt' har 6,7 % større sandsynlighed for at opleve (150).

En undersøgelse med 162.034 skoleelever i alderen 10-17 år i USA viste, at mobning på grund af vægt eller fysisk fremtræden er en mere almindelig form for mobning end mobning på grund af køn, etnicitet, seksuel orientering eller handicaps (119).

For børn og unge med høj vægt er der en tydelig øget risiko for at blive udsat for mobning i skolen (151-153) uanset barnets køn, etnicitet og sociale og boglige færdigheder (154). Vægtrelateret mobning kan være verbal i form af øgenavne og vittigheder om tykthed, fysisk i form af at blive slået og skubbet, men også mere indirekte i form af at blive holdt udenfor, ignoreret og være genstand for rygter (155). Studierne og data stammer fra en lang række forskellige lande, herunder også europæiske og et enkelt skandinavisk.

En metaanalyse fra 2014 inkluderede 30 artikler (156). Konklusionen var, at der er indikation for, at unge drenge og piger med høj vægt oftere er udsat for at opleve mobning end deres jævnaldrende med normal vægt. En senere opgørelse af Skolebørnsundersøgelsen fra 2009-10 med besvarelser fra 200.000 børn i alderen 11, 13 og 15 år fra 39 stater og lande i hhv. USA og Europa viste en dobbelt så stor forekomst af mobning hos børn, der har svær overvægt (157). Skolebørnsundersøgelsen viste også, at der er større forekomst af mobning blandt de børn, der selv oplever, at deres vægt er forkert. Når der kontrolleres for barnets vægt, er der mere end tre gange så stor risiko for mobning, hvis barnet selv tænker, det er 'for tykt' (157). Mobning forekommer altså ikke kun blandt børn, der har et højt BMI, men også blandt børn, der selv oplever at have en for høj vægt. Danske børn er udsat for mindre mobning end børn i de andre lande, der indgår i undersøgelsen (8,6 % af eleverne havde i 2021 oplevet at blive mobbet meget tit, tit eller en gang imellem det seneste år (149), men det fremgår ikke af Skolebørnsundersøgelsen, hvordan det hænger sammen med høj vægt.

Et review fra 2019 fandt i alt 28 undersøgelser af fordomme og vægtstigmatisering blandt elever og lærere på folkeskoleniveau og undervisere på uddannelser efter folkeskolen (158). Otte undersøgte elevernes fordomme, 11 undersøgte lærernes fordomme og vægtstigmatisering, hvoraf seks omhandlede fordomme kun blandt idrætslærere, og tre omhandlede læreres fordomme og forventninger til den akademiske formåen hos børn med høj vægt. Resten af undersøgelsen så på interventioner mod vægtstigmatisering i skoler, og hvilke strategier børnene bruger til at håndtere vægtstigmatisering. Reviewet sammenfatter, at lærere har bevidste og ubevidste fordomme om elever med høj vægt på både folkeskoleniveau og efter.

De mange undersøgelser af fordomme blandt lærere i idrætsundervisning og børns oplevelser af vægtstigmatisering i den kontekst angives i undersøgelserne at være motiveret af, at oplevelser af vægtstigmatisering kan afholde børn og unge med høj vægt fra at være fysisk aktive. En af undersøgelserne i reviewet undersøgte fordomme blandt 246 amerikanske lærere. Den viste, at 52 % tænkte, at børn med høj vægt mangler udholdenhed, 38 % at de mangler viljestyrke og 25 % at de er dovne (159).

Et opfølgingsstudie, der anvendte data fra The Early Childhood Longitudinal Study-Kindergarten Cohort med 3.362 børn fra 100 forskellige lande gennemførte to målinger af børnenes BMI, testresultater i matematik og læsning og deres læreres vurdering af deres akademiske formåen i hhv. 5. og 8. klasse. Undersøgelsen så på, om der var sammenhænge mellem børnenes vægtudvikling over tid og deres læreres vurdering af deres akademiske formåen. Resultaterne viste ingen ændringer i de objektive målinger af børnenes matematik og læsning, uanset om deres vægt steg i perioden for undersøgelsen eller ikke steg. Til gengæld skete der et fald i deres læreres vurdering af deres akademiske formåen, jo mere børnene havde taget på fra de blev testet første gang til de blev testet igen ni år efter (160).

En amerikansk online undersøgelse fra 2013 med 97 ansøgere til psykologstudiet, undersøgte sammenhænge mellem deltagernes vægt, deres eksamensbevis og udtalelser, om de blev indkaldt til samtale og om de efterfølgende fik tilbudt en studieplads. Deltagernes vægt var ikke forbundet med, om deltagerne blev indkaldt til samtale, men for kvinderne var høj vægt forbundet med en mindre chance for at få tilbudt en studieplads (161).

2.6 Referencer

1. Forth CE. Fat. A Cultural History of the Stuff of Life . London: Reaktion Books; 2019. Available from: https://www.academia.edu/37382627/Fat_A_Cultural_History_of_the_Stuff_of_Life_London_Reaktion_2019_
2. Hill SE. Eating to excess : the meaning of gluttony and the fat body in the ancient world. 2011;
3. Monaghan LF, Rich E, Bombak AE. Rethinking Obesity . London: Routledge; 2022. Available from: <https://www.taylorfrancis.com/books/9781315658087>
4. Grogan S. Body Image . Routledge; 2016. Available from: <https://www.taylorfrancis.com/books/9781317400431>
5. Hopkins P. Everyday Politics of Fat. Antipode. 2012;1227–46. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1467-8330.2011.00962.x>
6. Harjunen H. Fatness and consequences of neoliberalism. Routledge Int Handb Fat Stud. 2021;68–77. Available from: <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9781003049401-11/fatness-consequences-neoliberalism-hannele-harjunen>
7. Holm L, Smith LH. Normativ regulering af kropsform. Tidsskrift for Samfunnsforskning, Bind 52, Nr 4. 2021;559–76. Available from: [https://forskning.ku.dk/soeg/result/?pure=da/publications/normativ-regulering-af-kropsform\(5447c8e3-93e8-4a28-aba9-8efbda7b6b4e\)/export.html](https://forskning.ku.dk/soeg/result/?pure=da/publications/normativ-regulering-af-kropsform(5447c8e3-93e8-4a28-aba9-8efbda7b6b4e)/export.html)
8. Dreyfus HL, Rabinow P. Michel Foucault . Routledge; 2004. Available from: <https://www.taylorfrancis.com/books/9781317867326>
9. Foucault M. Power/knowledge - selected interviews and other writings, 1972-1977. 1st ed. Pantheon Books; 1980.
10. Foucault M. Society must be defended. Penguin Books; 1997.
11. Rabinow P, Rose N. Biopower Today. Biosocieties. 2006: 195–217. Available from: <http://link.springer.com/10.1017/S1745855206040014>
12. Harjunen H. Neoliberal Bodies and the Gendered Fat Body. Abingdon, Oxon ; New York, NY : Routledge, 2016. | Series: Routledge research in gender and society ; 52: Routledge; 2016.

13. Charlesworth TES, Banaji MR. Patterns of Implicit and Explicit Attitudes: IV. Change and Stability From 2007 to 2020. *Psychol Sci*. 2022:1347–71. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/09567976221084257>
14. Charlesworth TES, Banaji MR. Patterns of Implicit and Explicit Stereotypes III: Long-Term Change in Gender Stereotypes. *Soc Psychol Personal Sci*. 2022 27;13(1):14–26. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1948550620988425>
15. Charlesworth TES, Navon M, Rabinovich Y, Lofaro N, Kurdi B. The project implicit international dataset: Measuring implicit and explicit social group attitudes and stereotypes across 34 countries (2009–2019). *Behav Res Methods*. 2022 Jun 1;
16. Puhl RM, Latner JD, O'Brien K, Luedicke J, Danielsdottir S, Forhan M. A multinational examination of weight bias: predictors of anti-fat attitudes across four countries. *Int J Obes*. 2015:1166–73.
17. Puhl RM, Lessard LM, Pearl RL, Grupski A, Foster GD. Policies to address weight discrimination and bullying: Perspectives of adults engaged in weight management from six nations. *Obesity*. 2021:1787–98. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/oby.23275>
18. Puhl RM, Himmelstein MS, Quinn DM. Internalizing Weight Stigma: Prevalence and Sociodemographic Considerations in US Adults. *Obesity*. 2018:167–75.
19. Vartanian LR, Pinkus RT, Smyth JM. The phenomenology of weight stigma in everyday life. *J Context Behav Sci*. 2014:196–202. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2212144714000040>
20. Vartanian LR, Pinkus RT, Smyth JM. Experiences of weight stigma in everyday life: Implications for health motivation. *Stigma Heal*. 2018: 85–92.
21. Seacat JD, Dougal SC, Roy D. A daily diary assessment of female weight stigmatization. *J Health Psychol*. 2014: 228–40. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1359105314525067>
22. Carels RA, Rossi J, Solar C, Selensky JC. An ecological momentary assessment of weight stigma among weight loss participants. *J Health Psychol*. 2019: 1155–66. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1359105317692855>
23. Panza E, Fehling KB, Pantalone DW, Dodson S, Selby EA. Multiply marginalized: Linking minority stress due to sexual orientation, gender, and weight to dysregulated eating among sexual minority women of higher body weight. *Psychol Sex Orientat Gend Divers*. 2021: 420–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34926715>

24. Hansson LM, Näslund E, Rasmussen F. Perceived discrimination among men and women with normal weight and obesity. A population-based study from Sweden. *Scand J Public Health*. 2010; 587–96.
25. Kræftens Bekæmpelse, Sundhedsstyrelsen, Diabetesforeningen, Hjerteforeningen, Overvægt Nationalt Center for. *Danskerne's viden om og holdninger til overvægt og sundhed*. 2023.
26. Charlesworth TES, Banaji MR. Patterns of Implicit and Explicit Attitudes: I. Long-Term Change and Stability From 2007 to 2016. *Psychol Sci*. 2019; 174–92. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0956797618813087>
27. Marini M, Sriram N, Schnabel K, Maliszewski N, Devos T, Ekehammar B, et al. Overweight People Have Low Levels of Implicit Weight Bias, but Overweight Nations Have High Levels of Implicit Weight Bias. Serino A, editor. *PLoS One*. 2013. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0083543>
28. Greenwald AG, Banaji MR, Nosek BA. Statistically small effects of the Implicit Association Test can have societally large effects. *J Pers Soc Psychol*. 2015; 553–61. Available from: <https://doi.apa.org/doi/10.1037/pspa0000016>
29. Charlesworth TES, Banaji MR. Evidence of Covariation Between Regional Implicit Bias and Socially Significant Outcomes in Healthcare, Education, and Law Enforcement. In: *Handbook on Economics of Discrimination and Affirmative Action*. Singapore: Springer Nature Singapore; 2022. p. 1–21. Available from: https://link.springer.com/10.1007/978-981-33-4016-9_7-1
30. Schwartz MB, Vartanian LR, Nosek BA, Brownell KD. The Influence of One's Own Body Weight on Implicit and Explicit Anti-fat Bias*. *Obesity*. 2006; 440–7.
31. Kotow C. Oppressive Liberation. BBW Bashes and the Affective Rollercoaster. In: Friedman M, Rice C, Rinaldi J, editors. *Thickening Fat Fat Bodies, Intersectionality, and Social Justice*. 2020. Available from: <https://www.routledge.com/Thickening-Fat-Fat-Bodies-Intersectionality-and-Social-Justice/Friedman-Rice-Rinaldi/p/book/9781138580039>
32. Sikorski C, Luppá M, Kaiser M, Glaesmer H, Schomerus G, König H-H, et al. The stigma of obesity in the general public and its implications for public health - a systematic review. *BMC Public Health*. 2011. Available from: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-661>
33. Farrell AE. Fat shame: stigma and the fat body in American culture. 2011; 209.

34. Speakman JR, Sørensen TIA, Hall KD, Allison DB. Unanswered questions about the causes of obesity. *Science* (80-). 2023: 944–6. Available from: <https://www.science.org/doi/10.1126/science.adg2718>
35. Meadows A, Daniëlsdóttir S, Goldberg D, Mercedes M. Fat Studies Fighting for a (wide enough) seat at the table: weight stigma in law and policy. 2020; Available from: <https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=ufts20>
36. Martin CK, Heilbronn LK, de Jonge L, DeLany JP, Volaufova J, Anton SD, et al. Effect of Calorie Restriction on Resting Metabolic Rate and Spontaneous Physical Activity. *Obesity*. 2007: 2964–73. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1038/oby.2007.354>
37. Køster-Rasmussen R. Weight Changes in General Practice. *Dan Med J* . 2017. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28566125>
38. Køster-Rasmussen R, Permin CA, Siersma V, Henriksen JE, Heitmann BL, Heldgaard PE, et al. Back on track – Smoking cessation and weight changes over 9years in a community-based cohort study. *Prev Med (Baltim)*. 2015: 320–5. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0091743515003102>
39. Tobiasen PA -S., Køster-Rasmussen R. Substitution of sugar-sweetened beverages with non-caloric alternatives and weight change: A systematic review of randomized trials and meta-analysis. *Obes Rev*. 2024. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/obr.13652>
40. Bouchard C, Tremblay A, Després J-P, Nadeau A, Lupien PJ, Thériault G, et al. The Response to Long-Term Overfeeding in Identical Twins. *N Engl J Med*. 1990:1477–82. Available from: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJM199005243222101>
41. Bouchard C, Tremblay A, Després J-P, Nadeau A, Lupien PJ, Moor S, et al. Overfeeding in identical twins: 5-year postoverfeeding results. *Metabolism*. 1996: 1042–50. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0026049596902772>
42. Bray GA, Bouchard C. The biology of human overfeeding: A systematic review. *Obes Rev*. 2020: 8;21. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/obr.13040>
43. Madigan CD, Graham HE, Sturgiss E, Kettle VE, Gokal K, Biddle G, et al. Effectiveness of weight management interventions for adults delivered in primary care: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2022. Available from: <https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj-2021-069719>
44. Giel KE, Thiel A, Teufel M, Mayer J, Zipfel S. Weight Bias in Work Settings – a Qualitative Review. *Obes Facts*. 2010: 33–40.

45. Lupton D. *Fat*. Routledge, New York.; 2018. 128 p. Available from: <https://www.routledge.com/Fat/Lupton/p/book/9781138493070>
46. O'Brien KS, Latner JD, Ebner D, Hunter JA. Obesity discrimination: the role of physical appearance, personal ideology, and anti-fat prejudice. *Int J Obes*. 2013;455–60.
47. Puhl RM, Brownell KD. Confronting and Coping with Weight Stigma: An Investigation of Overweight and Obese Adults. *Obesity*. 2012;1802–15. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1038/oby.2006.208>
48. Rudkjoebing LA, Hansen ÅM, Rugulies R, Kolstad H, Bonde JP. Work-unit measures of psychosocial job stressors and onset of bullying: a 2-year follow-up study. *Int Arch Occup Environ Health*. 2022;117–30.
49. Lawrence BJ, Kerr D, Pollard CM. Weight bias among health care professionals: A systematic review and meta-analysis. 2021; Available from: www.obesityjournal.org
50. Tomiyama AJ, Finch LE, Belsky ACI, Buss J, Finley C, Schwartz MB, et al. Weight bias in 2001 versus 2013: Contradictory attitudes among obesity researchers and health professionals. *Obesity*. 2015: 46–53. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/oby.20910>
51. Flint SW, Reale S. Obesity stigmatisation from obesity researchers. *Lancet*. 2014; 1925–6. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673614622765>
52. Sobczak K, Leoniuk K. Attitudes of Medical Professionals Towards Discrimination of Patients with Obesity. *Risk Manag Healthc Policy*. 2021;Volume 14:4169–75.
53. Phelan SM, Dovidio JF, Puhl RM, Burgess DJ, Nelson DB, Yeazel MW, et al. Implicit and explicit weight bias in a national sample of 4,732 medical students: The medical student CHANGES study. *Obesity*. 2013;1201–8. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/oby.20687>
54. Hansson LM, Rasmussen F, Ahlstrom GI. General practitioners' and district nurses' conceptions of the encounter with obese patients in primary health care. *BMC Fam Pract*. 2011.
55. Cassiano GS, Carvalho-Ferreira JP, Buckland NJ, da Cunha DT. Do Registered Dietitians, Nutrition Students, and Laypeople Perceive Individuals with Obesity Differently? *Int J Environ Res Public Health*. 2021.
56. Thompson N, Adams EL, Tkacz Browne N, Bean MK. Pediatric Surgery and School Nurse Attitudes Regarding Children with Obesity. *J Pediatr Nurs*. 2021: 75–80.

57. Friedman C, Feldner H, VanPuybrouck L. Anti-Fat Biases of Occupational and Physical Therapy Assistants. *Occup Ther Heal Care*. 2022: 63–83.
58. Panza GA, Armstrong LE, Taylor BA, Puhl RM, Livingston J, Pescatello LS. Weight bias among exercise and nutrition professionals: a systematic review. *Obes Rev*. 2018: 1492–503.
59. Schwartz MB, Chambliss HO, Brownell KD, Blair SN, Billington C. Weight Bias among Health Professionals Specializing in Obesity. *Obes Res*. 2003:1033–9.
60. Schwartz MB, Chambliss HON, Brownell KD, Blair SN, Billington C. Weight Bias among Health Professionals Specializing in Obesity. *Obes Res*. 2003:1033–9. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1038/oby.2003.142>
61. Teachman BA, Brownell KD. Implicit anti-fat bias among health professionals: is anyone immune? 2001:1525–31. Available from: <https://www.nature.com/articles/O801745>
62. Gupta N, Bombak A, Foroughi I, Riediger N. Evidence-based recommendations to assist adults with depression to become lifelong movers. *Heal Promot Chronic Dis Prev Canada*. 2020: 329–35.
63. Phelan SM, Dovidio JF, Puhl RM, Burgess DJ, Nelson DB, Yeazel MW, et al. Implicit and explicit weight bias in a national sample of 4,732 medical students: The medical student CHANGES study. *Obesity*. 2014:1201–8.
64. Huizinga MM, Bleich SN, Beach MC, Clark JM, Cooper LA. Disparity in Physician Perception of Patients' Adherence to Medications by Obesity Status. *Obesity*. 2010:1932–7. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1038/oby.2010.35>
65. Persky S, Eccleston CP. Medical student bias and care recommendations for an obese versus non-obese virtual patient. 2010:728–35. Available from: <https://www.nature.com/articles/ijo2010173>
66. Hebl MR, Xu J. Weighing the care: physicians' reactions to the size of a patient. 2001:1246–52. Available from: <https://www.nature.com/articles/O801681>
67. Huizinga MM, Cooper LA, Bleich SN, Clark JM, Beach MC. Physician Respect for Patients with Obesity. *J Gen Intern Med*. 2009:1236–9.
68. Bøker Lund T, Brodersen J, Sandøe P. A Study of Anti-Fat Bias among Danish General Practitioners and Whether This Bias and General Practitioners' Lifestyle Can Affect Treatment of Tension Headache in Patients with Obesity. *Obes Facts*. 2018: 501–13.

69. Puhl RM, Latner JD. Stigma, obesity, and the health of the nation's children. *Psychol Bull.* 2007; 557–80. Available from: <https://doi.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.133.4.557>
70. Lawrence SE, Puhl RM, Schwartz MB, Watson RJ, Foster GD. "The most hurtful thing I've ever experienced": A qualitative examination of the nature of experiences of weight stigma by family members. *SSM - Qual Res Heal.* 2022. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S266732152200035X>
71. Puhl RM, Brownell KD. Confronting and Coping with Weight Stigma: An Investigation of Overweight and Obese Adults. *Obesity.* 2006;1802–15. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1038/oby.2006.208>
72. Gillison FB, Lorenc AB, Sleddens EFC, Williams SL, Atkinson L. Can it be harmful for parents to talk to their child about their weight? A meta-analysis. *Prev Med (Baltim).* 2016;135–46. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0091743516303127>
73. Couldry N, Hepp A. The mediated construction of reality. *Communications.* 2018;286–8. Available from: <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/commun-2018-0007/html>
74. Raisborough J. *Fat Bodies, Health and the Media.* London: Palgrave Macmillan UK; 2016. Available from: <http://link.springer.com/10.1057/978-1-137-28887-5>
75. Eriksen CB. *Tyk: Populærkulturelle fortællinger om den tykke krop.* Syddansk Universitet. Det Humanistiske Fakultet; Available from: <https://portal.findresearcher.sdu.dk/en/publications/tyk-populærkulturelle-fortællinger-om-den-tykke-krop-2>
76. Brookes G, Baker P. *Obesity in the News.* Discourse & Society. Cambridge University Press; 2021. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/09579265231185242>
77. Lupton D. Digital media and body weight, shape, and size: An introduction and review. *Fat Stud.* 2017;119–34. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/21604851.2017.1243392>
78. Thomsen BMS. Christa Lykke Christensen og Anne Jerslev (red.): *Hvor går grænsen? Brudflader i den danske mediekultur.* *MedieKultur J media Commun Res.* 2009. 10;25.
79. Hodkinson P. *Media, culture and society: An introduction.* Sport, Culture and Society: An Introduction. London: Sage; 2006. 1–414 p.

80. McRobbie A. Post-feminism and popular culture. *Fem Media Stud.* 2004:255–64. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1468077042000309937>
81. McRobbie A. *Feminism and the Politics of Resilience: Essays on Gender, Media and the End of Welfare*. Cambridge, United Kingdom: Polity, 2020. *MedieKultur J media Commun Res.* 2020:183–6. Available from: <https://tidsskrift.dk/mediekultur/article/view/125632>
82. Gill R. *Gender and the Media*. 2. Cambridge: Polity Press.; 2008.
83. Featherstone M. Body, Image and Affect in Consumer Culture. *Body Soc.* 2010:193–221.
84. Giovanelli D and SO. “Controlling the Body: Media Representations, Body Size and Self-Discipline.” In: *The Fat Studies Reader*. New York: : New York University Press; 2009. p. 289–98. Available from: https://www.academia.edu/19622979/Controlling_the_Body_Media_Representations_Body_Size_and_Self_Discipline
85. LeBesco K. *Revolting Bodies. The struggle to redefine fat identit* . University of Massachusetts Press, Amherst & Boston.; 2004. Available from: <https://www.umasspress.com/9781558494299/revolting-bodies/>
86. Papacharissi Z. *Affective Publics* . Oxford University Press; 2014. Available from: <https://academic.oup.com/book/26400>
87. Inthorn S, Boyce T. ‘It’s disgusting how much salt you eat!’ *Int J Cult Stud.* 2010 6;13(1):83–100.
88. Ferris JE. Parallel Discourses and “Appropriate” Bodies: Media Constructions of Anorexia and Obesity in the Cases of Tracey Gold and Carnie Wilson. *J Commun Inq* . 2003:256–73. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0196859903252848>
89. Oliver E. *Fat politics. The real story behind America’s obesity epidemic*. Oxford Univ Press Canada. 2007;
90. Fraser S, Maher J, Wright J. Between bodies and collectivities: Articulating the action of emotion in obesity epidemic discourse. *Soc Theory Heal.* 2010:192–209. Available from: <http://link.springer.com/10.1057/sth.2009.28>
91. Kyrölä K. *Fat in the Media*. 1st ed. Routledge; 2021.

92. Campos P, Saguy A, Ernsberger P, Oliver E, Gaesser G. The epidemiology of overweight and obesity: public health crisis or moral panic? *Int J Epidemiol*. 2006;55–60. Available from: <http://academic.oup.com/ije/article/35/1/55/849914/The-epidemiology-of-overweight-and-obesity-public>
93. Jenkins P, Goode E, Ben-Yehuda N. Moral Panics: The Social Construction of Deviance. *Contemp Sociol*. 1996; Available from: <http://www.jstor.org/stable/2076993?origin=crossref>
94. LeBesco K. Fat Panic and the New Morality. In: Metz J, Kirkland A, editors. *Against Health : How Health Became the New Morality* . New York University Press, New York; 2010. p. 72–82. Available from: http://lifetime-reliability.com/What_is_Equipment_Reliability_and_How_Do_You_Get_It.pdf
95. Boero N. *Killer Fat: Media, Medicine, and Morals in the American "Obesity Epidemic"*. Rutgers University Press; 2012.
96. Martínez-Mesa J, González-Chica DA, Bastos JL, Bonamigo RR, Duquia RP. Sample size: how many participants do I need in my research? *An Bras Dermatol*. 2014; 609–15. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25054748/>
97. Kite J, Huang BH, Laird Y, Grunseit A, McGill B, Williams K, et al. Influence and effects of weight stigmatisation in media: A systematic. *eClinicalMedicine*. 2022; 48:101464. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S2589537022001948/fulltext>
98. Gullage A. Fat Monica, Fat Suits, and Friends. *Fem Media Stud*. 2014. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14680777.2012.724026>
99. Gailey J. *The Hyper(in)visible Fat Woman: Weight and Gender Discourse in Contemporary Society*. New York: Palgrave Macmillan; 2014. Available from: <https://bodyliberationphotos.com/product/the-hyperinvisible-fat-woman-weight-and-gender-discourse-in-contemporary-society/>
100. Simpson G, Berger PL, Luckmann T. *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*. *Am Sociol Rev*. 1967. Available from: <http://www.jstor.org/stable/2091739?origin=crossref>
101. Fuller C. The fat lady sings: A psychological exploration of the cultural fat complex and its effects. *Fat Lady Sings A Psychol Explor Cult Fat Complex its Eff*. 2018; 1–198. Available from: <https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9780429481741/fat-lady-sings-cheryl-fuller>

102. Lawler M, Nixon E. Body dissatisfaction among adolescent boys and girls: the effects of body mass, peer appearance culture and internalization of appearance ideals. *J Youth Adolesc.* 2011; 59–71. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20058058/>
103. Kahan S, Puhl RM. The damaging effects of weight bias internalization. *Obesity (Silver Spring).* 2017. 280–1. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28124505/>
104. Goffman E. *The presentation of self in everyday life*. London: Penguin Books.; 1959. Available from: <https://bibliotek.dk/da/work/870970-basis:44747049>
105. Goffman E. *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*. London Penguin Books; 1963. Available from: <https://scirp.org/reference/referencespapers.aspx?referenceid=2205344>
106. Ogden J, Clementi C. The Experience of Being Obese and the Many Consequences of Stigma. *J Obes.* 2010; 1–9. Available from: <http://www.hindawi.com/journals/job/2010/429098/>
107. Murray S. *The “fat” female body. The “Fat” Female Body*. Palgrave Macmillan; 2008. 1–196 p.
108. Essayli JH, Murakami JM, Wilson RE, Latner JD. The Impact of Weight Labels on Body Image, Internalized Weight Stigma, Affect, Perceived Health, and Intended Weight Loss Behaviors in Normal-Weight and Overweight College Women. *Am J Heal Promot.* 2017;484–90.
109. Verhaak AMS, Ferrand J, Puhl RM, Tishler DS, Papasavas PK, Umashanker D. Experienced weight stigma, internalized weight bias, and clinical attrition in a medical weight loss patient sample. *Int J Obes.* 2022;1241–3.
110. Lent MR, Napolitano MA, Wood GC, Argyropoulos G, Gerhard GS, Hayes S, et al. Internalized Weight Bias in Weight-Loss Surgery Patients: Psychosocial Correlates and Weight Loss Outcomes. *Obes Surg.* 2014; 2195–9.
111. Kvaløy K, Sandsgård-Hilmarsen E, Eik-Nes TT, Bratberg GH. Underestimation of Overweight and Health Beneficial Outcomes in Two Adolescent Cohorts in Norway – The HUNT Study. *J Adolesc Heal.* 2021;82–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1054139X20306406>
112. Haynes A, Kersbergen I, Sutin A, Daly M, Robinson E. A systematic review of the relationship between weight status perceptions and weight loss attempts, strategies, behaviours and outcomes. *Obes Rev.* 2018; 347–63. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/obr.12634>

113. Crenshaw K. Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *Univ Chic Leg Forum*. 1989: 139–67. Available from: <http://chicagounbound.uchicago.edu/uclfhhttp://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>
114. Lykke N. *Feminist studies : a guide to intersectional theory, methodology and writing*. London: Routledge; 2010. 241 p.
115. Abu-Odeh D. Fat stigma and public health: a theoretical framework and ethical analysis. *Kennedy Inst Ethics J*. 2014; 247–65. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25423850/>
116. Daufin E-K. Thick Sistahs and Heavy Disprivilege. In: *Thickening Fat* . Routledge; 2019. p. 160–70. Available from: <https://www.taylorfrancis.com/books/9780429017643/chapters/10.4324/9780429507540-14>
117. Stoll LC. Fat Is a Social Justice Issue, Too. *Humanity Soc*. 2019: 421–41.
118. Himmelstein MS, Puhl RM, Quinn DM. Intersectionality: An Understudied Framework for Addressing Weight Stigma. *Am J Prev Med*. 2017:421–31.
119. Bucchianeri MM, Gower AL, McMorris BJ, Eisenberg ME. Youth experiences with multiple types of prejudice-based harassment. *J Adolesc*. 2016: 68–75.
120. Shonrock AT, Miller JC, Byrd R, Sall KE, sen E, Carraway M, et al. Experienced weight stigma, internalized weight bias, and maladaptive eating patterns among heterosexual and sexual minority individuals. *Eat Weight Disord - Stud Anorexia, Bulim Obes*. 2022: 3487–97.
121. Morales DX, Grineski SE, Collins TW. School bullying, body size, and gender: an intersectionality approach to understanding US children's bullying victimization. *Br J Sociol Educ*. 2019: 1121–37. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01425692.2019.1646115>
122. Puhl RM, Lessard LM. Weight Stigma in Youth: Prevalence, Consequences, and Considerations for Clinical Practice. *Curr Obes Rep*. 2020: 402–11. Available from: <https://link.springer.com/10.1007/s13679-020-00408-8>
123. Gagnon-Girouard M-P, Carbonneau N, Gendron M, Lussier Y, Bégin C. Like mother, like daughter: Association of maternal negative attitudes towards people of higher weight with adult daughters' weight bias. *Body Image*. 2020: 277–81.
124. Spiel EC, Paxton SJ, Yager Z. Weight attitudes in 3- to 5-year-old children: Age differences and cross-sectional predictors. *Body Image*. 2012:524–7.

125. Solbes I, Enesco I. Explicit and Implicit Anti-Fat Attitudes in Children and Their Relationships with Their Body Images. *Obes Facts*. 2010:23–32.
126. Bensley J, Riley HO, Bauer KW, Miller AL. Weight bias among children and parents during very early childhood: A scoping review of the literature. *Appetite*. 2023 Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0195666323000144>
127. Harriger J, Trammell J, Wick M, Luedke M. Gender and age differences in pre-schoolers' weight bias beliefs and behavioural intentions. *Br J Dev Psychol*. 2019:461–5. Available from: <https://bpspsychub.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bjdp.12286>
128. Skinner AC, Payne K, Perrin AJ, Panter AT, Howard JB, Bardone-Cone A, et al. Implicit Weight Bias in Children Age 9 to 11 Years. *Pediatrics*. 2017. Available from: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/140/1/e20163936/38039/Implicit-Weight-Bias-in-Children-Age-9-to-11-Years>
129. Patel SL, Holub SC. Body Size Matters in Provision of Help: Factors Related to Children's Willingness to Help Overweight Peers. *Obesity*. 2012:382–8.
130. Harrison S, Rowlinson M, Hill AJ. "No fat friend of mine": Young children's responses to overweight and disability. *Body Image*. 2016: 65–73.
131. Crosnoe R, Frank K, Mueller AS. Gender, Body Size and Social Relations in American High Schools. *Soc Forces*. 2008:1189–216.
132. Jacobs W, Merianos AL, Lee Smith M, Nabors L, Fajayan A, Valente TW. Examining the Role of Weight Status and Individual Attributes on Adolescent Social Relations. *J Adolesc Heal*. 2020:108–14.
133. Lydecker JA, O'Brien E, Grilo CM. Parents have both implicit and explicit biases against children with obesity. *J Behav Med*. 2018:784–91.
134. Holub SC, Tan CC, Patel SL. Factors associated with mothers' obesity stigma and young children's weight stereotypes. *J Appl Dev Psychol*. 2011:18–26. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0193397311000232>
135. Ruffman T, O'Brien KS, Taumoepeau M, Latner JD, Hunter JA. Toddlers' bias to look at average versus obese figures relates to maternal anti-fat prejudice. *J Exp Child Psychol*. 2016:195–202. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022096515002441>
136. Spiel EC, Rodgers RF, Paxton SJ, Wertheim EH, Damiano SR, Gregg KJ, et al. 'He's got his father's bias': Parental influence on weight bias in young children. *Br J Dev Psychol*. 2016:198–211.

137. Valois DD, Davis CG, Buchholz A, Obeid N, Henderson K, Flament M, et al. Effects of weight teasing and gender on body esteem in youth: A longitudinal analysis from the REAL study. *Body Image*. 2019:65–73.
138. Berge JM, Hanson-Bradley C, Tate A, Neumark-Sztainer D. Do parents or siblings engage in more negative weight-based talk with children and what does it sound like? A mixed-methods study. *Body Image*. 2016:27–33. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1740144515300462>
139. Keery H, Boutelle K, van den Berg P, Thompson JK. The impact of appearance-related teasing by family members. *J Adolesc Heal*. 2005:120–7. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1054139X05000923>
140. Klein KM, Brown TA, Kennedy GA, Keel PK. Examination of parental dieting and comments as risk factors for increased drive for thinness in men and women at 20-year follow-up. *Int J Eat Disord*. 2017:490–7. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.22599>
141. Rodgers RF, Paxton SJ, Chabrol H. Effects of parental comments on body dissatisfaction and eating disturbance in young adults: A sociocultural model. *Body Image*. 2009:171–7. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1740144509000370>
142. Crandall CS. Do Heavy-Weight Students Have more Difficulty Paying for College? *Personal Soc Psychol Bull*. 1991:606–11. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0146167291176002>
143. Crandall CS. Do Parents Discriminate Against their Heavyweight Daughters? *Personal Soc Psychol Bull*. 1995:724–35. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0146167295217007>
144. Kraha A, Boals A. Parents and Vehicle Purchases for Their Children: A Surprising Source of Weight Bias. *Obesity*. 2011:541–5. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1038/oby.2010.192>
145. Eisenberg ME, Berge JM, Fulkerson JA, Neumark-Sztainer D. Weight comments by family and significant others in young adulthood. *Body Image*. 2011:12–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1740144510001105>
146. Hunger JM, Tomiyama AJ. Weight Labeling and Disordered Eating Among Adolescent Girls: Longitudinal Evidence From the National Heart, Lung, and Blood Institute Growth and Health Study. *J Adolesc Heal*. 2018:360–2. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1054139X18300119>

147. Neumark-Sztainer D, Bauer KW, Friend S, Hannan PJ, Story M, Berge JM. Family Weight Talk and Dieting: How Much Do They Matter for Body Dissatisfaction and Disordered Eating Behaviors in Adolescent Girls? *J Adolesc Heal*. 2010:270–6. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1054139X10000881>
148. Statens Institut for Folkesundhed. Skolebørnsundersøgelsen 2018 : helbred, trivsel og sundhedsadfærd blandt 11-, 13- og 15-årige skoleelever i Danmark. Statens Institut for Folkesundhed; 2019.
149. Madsen KR, Román JEI, Damsgaard MT, Holstein BE, Kristoffersen M, M PTMSRMT. Skolebørnsundersøgelsen 2022 Helbred, trivsel og sundhedsadfærd blandt skoleelever i 5., 7., og 9. klasse i Danmark. 2024.
150. VIVE - Viden til velfærd. The Social Cost of Childhood Overweight and Obesity – Results on Health Care Usage, Well-Being, Education, and Labor Market Outcomes Until the Age of 21. 2024.
151. Lumeng JC, Forrest P, Appugliese DP, Kaciroti N, Corwyn RF, Bradley RH. Weight Status as a Predictor of Being Bullied in Third Through Sixth Grades. *Pediatrics*. 2010: 1301–7.
152. Koyanagi A, Veronese N, Vancampfort D, Stickley A, Jackson SE, Oh H, et al. Association of bullying victimization with overweight and obesity among adolescents from 41 low- and middle-income countries. *Pediatr Obes*. 2020. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijpo.12571>
153. Cheng S, Kaminga AC, Liu Q, Wu F, Wang Z, Wang X, et al. Association between weight status and bullying experiences among children and adolescents in schools: An updated meta-analysis. *Child Abuse Negl*. 2022:
154. Kahle L, Peguero AA. Bodies and Bullying: The Interaction of Gender, Race, Ethnicity, Weight, and Inequality With School Victimization. *Vict Offender*. 2017:323–45.
155. Puhl RM, Luedicke J, Heuer C. Weight-based victimization toward overweight adolescents: observations and reactions of peers. 2011; Available from: https://www.academia.edu/59179235/Weight_Bias_in_Educational_Settings_a_Systematic_Review
156. Van Geel M, Vedder P, Tanilon J. Are overweight and obese youths more often bullied by their peers? A meta-analysis on the relation between weight status and bullying. *Int J Obes*. 2014:1263–7. Available from: <https://www.nature.com/articles/ijo2014117>

157. Lian Q, Su Q, Li R, Elgar FJ, Liu Z, Zheng D. The association between chronic bullying victimization with weight status and body self-image: a cross-national study in 39 countries. *PeerJ*. 2018.
158. Nutter S, Ireland A, Alberga AS, Brun I, Lefebvre D, Hayden KA, et al. Weight Bias in Educational Settings: a Systematic Review. *Curr Obes Rep*. 2019:185–200.
159. Lessard LM, Puhl RM. Reducing Educators' Weight Bias: The Role of School-Based Anti-Bullying Policies. *J Sch Health*. 2021:796–801.
160. Kenney EL, Gortmaker SL, Davison KK, Bryn Austin S. The academic penalty for gaining weight: a longitudinal, change-in-change analysis of BMI and perceived academic ability in middle school students. *Int J Obes*. 2015:1408–13.
161. Burmeister JM, Kiefner AE, Carels RA, Musher-Eizenman DR. Weight bias in graduate school admissions. *Obesity*. 2013:918–20. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/oby.20171>
162. Lewis S, Thomas SL, Blood RW, Castle DJ, Hyde J, Komesaroff PA. How do obese individuals perceive and respond to the different types of obesity stigma that they encounter in their daily lives? A qualitative study. *Soc Sci Med*. 2011 Nov; 1349–56. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953611005284>
163. Salvia MG, Ritholz MD, Craigen KLE, Quatromoni PA. Women's perceptions of weight stigma and experiences of weight-neutral treatment for binge eating disorder: a qualitative study. *eClinicalMedicine*. 2023 Feb. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2589537022005405>
164. O'Donoghue G, Cunningham C, King M, O'Keefe C, Rofaeil A, McMahon S. A qualitative exploration of obesity bias and stigma in Irish healthcare: the patients' voice. Cheungpasitporn W, editor. *PLoS One*. 2021. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0260075>
165. Lawrence SE, Puhl RM, Schwartz MB, Watson RJ, Foster GD. "The most hurtful thing I've ever experienced": A qualitative examination of the nature of experiences of weight stigma by family members. *SSM - Qual Res Heal*. 2022. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S266732152200035X>
166. Kataria I, Jackson-Morris A, Jewell J, Williams D, Bhandari P, Sharma D, et al. Weight stigma among adolescents in three low- and middle-income countries. *J Glob Health*. 2022. Available from: <https://jogh.org/2022/jogh-12-04098>

3

Betydningen af vægtstigmatisering

I dette kapitel gennemgås studier, der har undersøgt forholdet mellem vægtstigmatisering og fysisk sundhed, sundhedsadfærd og mental sundhed. Derudover vil viden om vægtstigmatisering og socioøkonomiske positioner blive belyst. Til sidst inddrages studier, der beskriver sammenhængen mellem vægtstigmatisering og sundhedsudfald blandt børn og unge.

Kapitelsammenfatning

Børn og unge

Vægtstigmatisering påvirker børn og unges præstationer i skolen og uddannelsesmuligheder, hvilket ses i både internationale og danske studier. I en dansk kontekst fremstår vægtstigmatisering som den mest sandsynlige årsag til, at børn med høj vægt i oplever vanskeligheder med uddannelse og jobmuligheder senere i livet. Endvidere peger forskningen på en sammenhæng mellem vægtrelateret mobning og brug af rusmidler blandt unge, samt en tendens til, at børn, der har været udsat for vægtrelateret mobning, udvikler en højere vægt senere i livet. Forskningen peger også på, at vægtrelateret mobning og selvstigmatisering kan have betydning for barnets mentale sundhed, fx i form af forstyrret spisning og ensomhed.

Voksne

Forskning peger på, at vægtstigmatisering påvirker sundhedsadfærden hos personer med høj vægt i en negativ retning, herunder mindre fysisk aktivitet, manglende motivation til motion og en større tilbøjelighed til overspisning. Dertil ses også en øget risiko for spiseforstyrrelser hos dem, der udsættes for vægtstigmatisering. Desuden peger både internationale og danske studier på, at vægtstigmatisering fra arbejdsgivere kan påvirke lønniveauet og jobmulighederne for personer med høj vægt.

Der er også en antydning af, at vægtstigmatisering har en negativ påvirkning på det fysiske helbred, herunder vægtøgning, men på dette område er forskningen mere begrænset. Derudover antyder forskningen en sammenhæng mellem vægtstigmatisering og selvstigmatisering samt dårligt mentalt helbred, herunder lavt selvværd, angst, depression, forstyrret spisning og ensomhed. Forskningen antyder også en forbindelse mellem vægtstigmatisering og ændret sundhedsadfærd samt socioøkonomiske konsekvenser, herunder øget brug af alkohol, cigaretter og stoffer samt brug af sundhedsvæsenet. Men på disse områder er forskningen ligeledes begrænset.

3.1 Baggrund

På baggrund af rapportens forrige kapitel kan vi konkludere, at fordomme og vægtstigmatisering eksisterer og udspiller sig på flere niveauer i tilværelsen, fra det individuelle niveau via selvstigmatisering og mellem mennesker til det strukturelle og samfundsmæssige niveau, hvor forskelsbehandling forekommer. Dertil kommer, at bevidste og ubevidste fordomme og stereotyper om personer med høj vægt grundlægges allerede hos små børn og kan fortsætte op gennem livet hos personer i alle aldre.

I dette kapitel ser vi på den videnskabelige litteratur, der har undersøgt, om der er sammenhæng mellem vægtstigmatisering og fysisk og mental sundhed, samt hvilke socioøkonomiske og adfærdsmæssige faktorer der er forbundet med vægtstigmatisering. Vi ser bl.a., hvordan vægtstigmatisering hænger sammen med alvorlige sygdomsudfald (såsom spiseforstyrrelser, angst, hjerte-kar-sygdom og diabetes), tilknytning til arbejdsmarkedet, indkomst og uddannelsesmæssige resultater, samt om vægtstigmatisering er forbundet med adfærd i forhold til spise- og motionsvaner, rusmiddelforbrug og brug af sundhedsvæsenet.

De mekanismer, der leder fra vægtstigmatisering til forskellige udfald, er komplekse. Der er flere faktorer, der har betydning, og som påvirker hinanden, og desuden spiller baggrundsfaktorer som fx køn og socioøkonomisk status en rolle. I en forenklet model foreslås det fx, at oplevet vægtstigmatisering fører til bl.a. selvstigmatisering og negativ kropsopfattelse, som igen kan føre til stress, binge-eating disorder (BED), ændret sundhedsadfærd, dårlig livskvalitet og lavt selvværd (I). Derudover kan man forestille sig, at vægtrelateret stigmatisering i uddannelsessystemet, på arbejdsmarkedet og i sundhedssystemet kan forstærke effekten af stigmatisering på det fysiske og mentale helbred. Det bidrager til kompleksiteten, at vægtstigmatisering foregår på flere niveauer, både mellem personer og strukturelt i samfundet. Den kompleksitet, som beskrives her, gør det svært at gennemføre mere traditionelle videnskabelige studier som fx randomiserede kontrollerede forsøg af vægtstigmatisering på det mentale og fysiske helbred. Det kan være vanskeligt at isolere effekten af vægtstigmatisering, ligesom selvstigmatisering kan optræde sammen med forskellige indikationer af dårligt mentalt helbred i øvrigt. Desuden er en stor del af den litteratur, som vi refererer til i kapitel 4 af observationel natur, og tværsektorsstudier (som fx studier der undersøger om selvstigmatisering og angst).

Figur 3

Personer med høj vægt oplever at blive mødt af bevidste og ubevidste fordomme i mange forskellige relationer.



3.2 Fysisk helbred

Delkonklusion

Blandt både børn, unge og voksne viser opfølgingsstudier, at oplevet vægtstigmatisering, vægtdiskrimination eller vægtrelateret mobning er forbundet med senere vægtøgning. Evidensen vurderes at være mangelfuld, da konklusionerne i den inddragede litteratur ikke er entydige.

Tværsnitsstudier antyder, at personer, der oplever vægtstigmatisering, samtidig har højere langtidsblodsukker, dårligere sygdomskontrol, øget diabetesrelateret stress og er mindre fysisk aktive. Desuden tyder resultaterne på, at vægtstigmatisering under graviditeten er associeret med en øget forekomst af graviditetsrelateret diabetes. Da alle studierne er tværsnitsstudier og kan være prægede af rapporteringsbias, vurderer arbejdsgruppen, at evidensen er mangelfuld, og at der er behov for yderligere forskning, før en sikker konklusion kan drages om sammenhængen.

Der er begrænset forskning om forholdet mellem hjerte-kar-sygdom og vægtstigmatisering. Tre tværsnitsstudier antyder, at der er en sammenhæng mellem oplevet vægtstigmatisering, forhøjet blodtryk og metabolisk syndrom. Et enkelt eksperimentelt studie antyder, at en vægtstigmatiserende oplevelse resulterede i øget blodtryk på kort sigt. Evidensen vurderes at være mangelfuld, da forskningen på dette område er begrænset.

Der er mangelfuld evidens for en kausal sammenhæng mellem vægtstigmatisering og demens, da kun et enkelt studie har antyder en højere forekomst af demens hos personer, der har været udsat for vægtstigmatisering.

Der er mangelfuld evidens for en kausal sammenhæng mellem vægtstigmatisering og dødelighed. Viden er baseret på to separate opfølgingsstudier, der antyder en sammenhæng, men der er behov for yderligere studier, før der kan drages en endelig konklusion om en eventuel årsagssammenhæng.

Herunder gennemgås de studier, der har undersøgt, hvordan vægtstigmatisering er relateret til fysisk sundhed. En del studier har undersøgt sammenhængen mellem vægtstigmatisering og vægt, altså om vægtstigmatisering fører til øget vægt, men der findes kun få studier, som har undersøgt sammenhæng mellem vægtstigmatisering og udviklingen af sygdom og død.

3.2.1 Vægtøgning blandt voksne

Adskillige tværsnitsstudier har undersøgt sammenfald mellem selvstigmatisering og høj vægt. Et systematisk review identificerede 42 tværsnitsstudier, som omhandler sammenhæng mellem vægtstigmatisering og BMI (2). I 33 af de 42 studier inkluderede man alene personer med BMI på 25 kg/m² eller derover. Ud af disse 33 studier fandt man i knap halvdelen (16 studier) ingen sammenhæng mellem selvstigmatisering og højt BMI, mens man i den anden halvdel (17 af de 33 studier) fandt, at personer med selvstigmatisering havde et højere BMI end dem, der ikke havde oplevet selvstigmatisering. Som nævnt er studierne tværsnitsstudier, og man kan derfor ikke udtale sig om retningen på sammenhængen.

Et opfølgingsstudie har undersøgt sammenhængen mellem selvrapporteret vægtdiskrimination og vægtudvikling. Studiet inkluderede 2.944 personer på 50 år og ældre, som besvarede et spørgeskema, der bl.a. omhandlede vægtdiskrimination (3). Her fandt man, at personer, som angav, at de oplevede vægtdiskrimination, i gennemsnit havde taget lidt mere på (1,7 kg) over en periode på ca. ti år, end personer, der ikke oplevede vægtdiskrimination. Studiet fandt også, at det at have oplevet diskrimination pga. høj vægt var relateret til vægtøgning, uafhængigt af BMI ved studiets start (3). Forfatterne pointerer dog, at vægt og vægtdiskrimination ikke blev målt på samme tidspunkt. Forfatterne kan derfor ikke være sikre på, om diskriminationen resulterer i vægtøgningen eller omvendt, og det er derfor ikke muligt at fastlægge årsagssammenhængen. Et studie med data fra tre opfølgingsstudier med 14.000 amerikanske og britiske voksne konkluderer, at det at opfatte sig selv som overvægtig er associeret med en øget risiko for senere vægtøgning (4).

3.2.2 Type 2-diabetes

Sammenhængen mellem vægtstigmatisering og type 2-diabetes er undersøgt i fire tværsnitsstudier. Det første amerikanske tværsnitsstudie fra 2023 (5), der er baseret på online selvrapporterede data fra 3.821 personer, fandt, at både oplevet vægtstigmatisering og selvstigmatisering var forbundet med højt blodsukker, hvilket kan være et forstadium til type 2-diabetes (5). Forskerne påpeger dog, at pga. brugen af selvrapporterede data, kan der ikke udelukkes bias i studiets resultater, og det er derudover heller ikke muligt at fastslå en årsagssammenhæng. Derfor anser de det som afgørende at bekræfte resultaterne gennem opfølgingsstudier og objektive målinger. Et mindre amerikansk tværsnitsstudie med 185 deltagere fandt dog tilsvarende, at vægtstigmatisering var associeret med dårligere sygdomskontrol, højere grad af diabetesrelateret stress og mindre fysisk aktivitet blandt personer med type 2-diabetes, når man kontrollerede for demografiske faktorer, BMI og depressive symptomer (6). Diabetesrelateret stress er en betegnelse for de negative følelsesmæssige belastninger og bekymringer, som kan følge af at leve med og være nødt til konstant at håndtere diabetes i hverdagen.

Samtidig tyder et tredje amerikansk tværnsitsstudie fra 2011 på, at sammenhængen mellem høj vægt og type 2-diabetes kan afhænge af, om man har oplevet vægtstigmatisering. I studiet, hvor man havde korrigeret for BMI, undersøgte forskerne, om vægtstigmatisering var associeret til langtidsblodsukkeret blandt 1.000 deltagere uden type 2-diabetes (7). Forskerne fandt, at deltagere med høj talje-hofte-ratio (defineret som taljemål i cm divideret med hofte-mål i cm) og høj grad af vægtstigmatisering havde højere langtidsblodsukker (som udtryk for mulige forstadier til type 2-diabetes) end deltagere med høj talje-hofte-ratio og lav grad af vægtstigmatisering. Det samme sås ikke blandt personer med lav talje-hofte-ratio. Således havde personer, som oplevede vægtstigmatisering, højere langtidsblodsukker (7). Forfatterne pointerer dog, at studiets tværnsitsdesign ikke muliggør påstande om retningen på sammenhængen.

En amerikansk og canadisk spørgeskemaundersøgelse med 358 tidligere gravide kvinder fra 2021 fandt, at kvinder, som havde oplevet vægtstigmatisering under graviditeten, havde en højere forekomst af graviditetsrelateret diabetes end kvinder, som ikke havde oplevet vægtstigmatisering (8). Dog var studiet retrospektivt, dvs. kvinderne afgav svar om både deres oplevelse af vægtstigmatisering og diabetes tilbage i tiden, og deltagernes svar kan derfor være påvirket af, om de udviklede graviditetsrelateret diabetes under graviditeten, således at dem, der udviklede graviditetsrelateret diabetes, fx i højere grad huskede negative oplevelser i forbindelse med graviditeten.

3.2.3 Risikofaktorer for hjerte-kar-sygdom

Forhøjet blodtryk er en væsentlig risikofaktor for hjerte-kar-sygdom, og to studier har undersøgt sammenhængen mellem vægtstigmatisering og forhøjet blodtryk. Et amerikansk tværnsitsstudie fra 2023, baseret på online selvrappede data fra 3.821 personer, fandt en sammenhæng mellem vægtstigmatisering og en høj forekomst af forhøjet blodtryk, efter at man havde taget højde for deltagernes BMI samt alder, køn, race/etnicitet, uddannelsesniveaue, stillesiddende adfærd og forsinket eller undgået sundhedspleje. Hos personer, der havde oplevet vægtstigmatisering, så man en 1,4 gange højere forekomst af forhøjet blodtryk end hos personer, der ikke havde oplevet vægtstigmatisering. Samme resultat gjorde sig gældende for personer med selvstigmatisering, hvor man så en 1,4 gange højere forekomst af forhøjet blodtryk end hos personer uden selvstigmatisering (5). Et eksperimentelt amerikansk studie fra 2023 inkluderede 50 kvinder med høj vægt. Kvinderne så enten et videoklip, som var vægtstigmatiserende, eller et videoklip, som var neutralt. I den vægtstigmatiserende video blev der vist videoklip fra tv-serier, hvor kvinder med høj vægt blev fremstillet som fx dovne, kluntede eller højlydte, og i den neutrale video blev der vist videoklip, som ikke handlede om vægt, men fx var reklamer for forsikringer. I studiet fandt man, at deltagere, som så det vægtstigmatiserende videoklip, efterfølgende havde et højere blodtryk end de andre, og blodtryksstigningen var mest udtalt blandt kvinder, som havde fået

konstateret forhøjet blodtryk i forvejen. Derudover målte man blodtrykket under søvn, efter deltagerne havde set videoen, og her fandt man også et højere blodtryk blandt dem, der havde set den stigmatiserende video, end blandt dem, der havde set den neutrale video (9).

Ud over forhøjet blodtryk er sammenhængen mellem vægtstigmatisering og metabolisk syndrom også blevet undersøgt i et enkelt tværnsnitsstudie. Metabolisk syndrom er en samling af forstyrrelser i kroppens omsætning af næringsstoffer, og de forstyrrelser hænger sammen med høj vægt, forhøjet fedtstof i blodet, forhøjet blodtryk og øget risiko for type 2-diabetes. Tværnsnitsstudiet inkluderede 178 personer med høj vægt, som havde meldt sig til at deltage i et vægttabsstudie. På baggrund af besvarelser af spørgeskemaer blev deltagerne inddelt i to grupper: en med høj og en med lav grad af selvstigmatisering. Resultaterne blev justeret for demografi herunder køn og alder, BMI og depression. Resultaterne var ikke entydige, da den primære analyse med alle kovariable og selvstigmatisering præsenteret kontinuerligt ikke var signifikant, mens en sekundær analyse viste en signifikant højere risiko for metabolisk syndrom ved høj grad af selvstigmatisering, når man målte gruppen med høj grad af selvstigmatisering og sammenlignede med gruppen med lav grad af selvstigmatisering (10).

3.2.4 Demens

Neurologiske sygdomme som demens, Alzheimers sygdom, Parkinsons sygdom m.m. har typisk komplekse årsager, der involverer genetiske, miljømæssige og biologiske faktorer. Undersøgelser peger dog på, at vægtstigmatisering kan give øget psykologisk stress, som kan have negativ indvirkning på hjernen og øge risikoen for visse neurologiske sygdomme (11,12). Kun i et enkelt amerikansk studie har man set på vægtstigmatisering og risikoen for at udvikle demens. Studiet er baseret på amerikanske spørgeskemadata fra 2012 med godt 12.000 personer med en gennemsnitsalder på ca. 67 år. Efter en opfølgningstid på ti år fandt man, at personer, som havde rapporteret høj grad af vægtstigmatisering, havde en højere forekomst af demens, når man tog højde for BMI, diabetes, forhøjet blodtryk og andre faktorer, som betragtes som risikofaktorer for at udvikle demens (13).

3.2.5 Dødelighed

I et amerikansk studie fra 2015, baseret på to spørgeskemaundersøgelser, blev deltagerne bedt om at angive, i hvor høj grad de oplevede diskrimination i hverdagen i forhold til både vægt og andre forhold som køn og religion. I de to spørgeskemaundersøgelser deltog hhv. 13.692 og 5.079 personer, og efter en opfølgningstid på op til 12 år undersøgte man dødeligheden blandt personer med høj grad af oplevet vægtstigmatisering og sammenlignede med dødeligheden blandt dem, som havde lav grad af oplevet vægtstigmatisering. Når man

sammenlignede de to grupper, fandt man, at der samlet set var en højere dødelighed blandt de personer, som havde angivet, at de i deres dagligdag havde følt sig diskrimineret pga. kropsvægten, end blandt dem, som ikke havde følt sig diskrimineret pga. deres vægt (1,6 gange højere dødelighed). I studiet tog man højde for køn, alder, etnicitet og uddannelsesniveau. Når man derudover tog højde for BMI, rygning, fysisk aktivitet, selvoplevet sundhed, depressive symptomer og sygdomsbyrde fandt man en 32 % højere risiko for at dø i opfølgingsperioden blandt personer, som havde oplevet at blive diskrimineret pga. deres vægt. I begge forløbsundersøgelser var vægtstigmatisering en uafhængig risikofaktor for at dø tidligere end forventet. Man fandt ikke en lignende sammenhæng hos personer, som følte sig diskrimineret pga. alder, køn eller seksuel orientering (14). Det vil altså sige, at der var en større risiko for at dø i opfølgingsperioden ved vægtstigmatisering, end hvis man havde oplevet andre former for stigmatisering fx i forbindelse med køn eller religion.

3.3 Sundhedsadfærd

Delkonklusion

Arbejdsgruppen vurderer, at der er moderat evidens for, at personer, der oplever vægtstigmatisering, har tendens til at motionere mindre, mangler motivation til fysisk aktivitet og har større tilbøjelighed til overspising end andre. Yderligere peger studier på, at oplevelser med vægtstigmatisering kan føre til avoidance-adfærd, hvor offentlige motionssituationer undgås.

Der er mangelfuld evidens for, at personer, der oplever vægtstigmatisering, har et større indtag af alkohol, cigaretter og stoffer som voksne. Arbejdsgruppen fandt tre studier på området, hvoraf man i to fandt en sammenhæng og ét ikke gjorde. Alle tre studier er tværsnitstudier, hvilket vil sige, at vi ikke med sikkerhed kan udtale os om, hvorvidt vægtstigmatisering er årsagen til et større rusmiddelforbrug, eller om det forholder sig omvendt.

Studier antyder, at personer, der oplever vægtstigmatisering, samtidigt gør mindre brug af sundhedsydelse og generelt har en dårligere oplevelse af behandling i sundhedsvæsenet. Spørgeskemaundersøgelser beretter bl.a. om respektløs behandling, uopfordrede vægttabsråd og medicinsk udstyr, der er for småt. Dette tyder på, en oplevelse af vægtstigmatisering kan have en negativ indflydelse på, om personer med høj vægt opsøger behandling, og at der er risiko for, at de oplever dårligere behandling, når de møder personalet i sundhedsvæsenet.

Vægtstigmatisering kan have en betydelig indvirkning på personers adfærd, idet det for nogle kan opfattes som en form for trussel mod deres identitet, der kan udløse forskellige coping-strategier såsom øget mad- eller rusmiddelindtag samt undgåelsesadfærd, dvs. det at undgå situationer, hvor vægtstigmatisering opleves (15). Nedenstående citat fra Hellen er et godt eksempel på, hvordan mennesker kan udvikle undgåelsesadfærd som en form for selvbeskyttelse mod stigmatisering. Hestens frygt for at blive set ned på af andre gør, at hun undgår at dyrke motion udenfor og at tage trapperne på sit arbejde.

Jeg kan faktisk føle mig en smule hæmmet, når det kommer til at motionere udendørs. Hvis jeg motionerer udendørs, kender folk i området mig, og jeg ønsker ikke, at de ser mig være forpustet. Så når jeg går [og træner], forsøger jeg at gå et sted hen, hvor der ikke er mange andre mennesker. Så jeg føler mig lidt hæmmet af det. Jeg tager heller ikke trappen på arbejdet, fordi jeg ikke ønsker at møde mine kolleger [mens jeg går op ad trappen], for så ville de se mig være ved at hoste mine lunger op, fordi jeg er overvægtig, og derfor ikke kan tage trappen. Det får mig til at føle mig udsat (Hellen)

Citat fra dansk undersøgelse (16).

I dette afsnit gennemgås de studier, der har undersøgt, hvordan vægtstigmatisering er relateret til adfærdsmæssige aspekter såsom spise- og motionsadfærd, indtag af alkohol og andre rusmidler samt brugen af sundhedsvæsenet.

3.3.1 Spise- og motionsadfærd

Fire tværsnitstudier baseret på selvrapporterede data peger på, at personer, der oplever vægtstigmatisering, motionerer mindre, er mindre motiverede til at være fysisk aktive og er mere tilbøjelige til at overspise end personer, der ikke oplever vægtstigmatisering, efter der er taget højde for både BMI og socioøkonomiske faktorer (17–20). Fx finder et tværsnitstudie med 956 amerikanske personer, der rapporterer at have oplevet vægtstigmatisering, at jo mere en person havde oplevet vægtstigmatisering, jo større var sandsynligheden for at bruge avoidance som en coping-strategi. Avoidance er et begreb, hvor en person undgår at deltage i arrangementer med fysisk aktivitet, undgår at gå i træningscenter eller undgår at spise foran andre personer (17). Der er ikke kontrolleret for mental sundhed og personlighedstræk, og studiet giver derfor ikke viden om, hvorvidt det er vægtstigmatisering, der medfører avoidance-adfærd, eller om det er en sindstilstand, der driver både den selvrapporterede stigmatisering og avoidance-adfærd. Lider man fx af angst, vil man ofte føle, at man bliver vurderet af andre (på mange dimensioner) – og undgå social kontakt.

En australsk undersøgelse fra 2018 fulgte 46 personer med høj vægt i en periode på to uger (21). Deltagerne blev bedt om at nedskrive deres umiddelbare reaktioner og følelser, hvis de oplevede episoder med vægtstigmatisering. Samtidig blev de bedt om, hver dag inden de gik i seng at rapportere deres humør samt motivation til at motionere, spise sundt og tabe sig. Deltagerne blev fortalt, at de var med i en undersøgelse, der skulle afdække, hvor og hvornår situationer med vægtstigmatisering opstår. Jo flere oplevelser med vægtstigmatisering en person havde i løbet af en dag, jo mindre motiveret var personen til at motionere, spise sundt og tabe sig sidst på dagen. Derudover rapporterede personer, der tidligere havde oplevet et højt niveau af vægtstigmatisering, og personer med et højt niveau af selvstigmatisering en større følelsesmæssig reaktion på enkelte episoder med oplevet stigmatisering. Det vil sige, at de i højere grad rapporterede negative følelser og humør efter at have oplevet en stigmatiserende episode, end personer med lavere grad af selvstigmatisering gjorde. Derudover rapporterede de generelt også en lavere grad af motivation til at motionere, spise sundt og tabe sig (21).

To amerikanske randomiserede studier har undersøgt kalorieindtaget umiddelbart efter personers oplevelser med vægtstigmatisering (22,23). I det ene studie fra 2011 blev 73 kvinder (med BMI både under og over 25 kg/m²) randomiseret til at se én af to videoer med enten vægtstigmatiserende indhold eller neutralt indhold. Begge videoer var ca. ti minutter lange, og den vægtstigmatiserende video indeholdt en række af små klip fra populære film og tv-serier med kvinder med høj vægt afbilledet på en stereotyp måde (som kluntede, højrøstede eller dovne). Nogle af klippene viste fx vægtrelateret mobning mellem kollegaer eller kluntede fald. Videoen med det neutrale indhold viste en række neutrale klip, også fra populære film og tv-serier, men uden fokus på personer med høj vægt. Efter at have set én af de to videoer kunne deltagerne spise snacks ad libitum. Kvinder, der så den vægtstigmatiserende video, indtog flere kalorier efterfølgende end kvinder, der så den neutrale video (22). Selvom der generelt var en effekt blandt kvinder, var effekten størst blandt kvinder med et BMI over 25 kg/m². Her indtog kvinderne, der havde set det stigmatiserende indhold, over tre gange så mange kalorier som kvinder, der havde set det neutrale indhold, gjorde.

I det andet randomiserede studie fra 2013 med 93 unge kvinder (18-35 år) fandt man, at kvindelige studerende med høj vægt, der læste en vægtstigmatiserende artikel Lose Weight or Lose Your Job indtog langt flere snacks efterfølgende end kvindelige studerende, der havde læst en artikel med titlen Quit Smoking or Lose Your Job (23). Kvinder, der havde læst den vægtstigmatiserende artikel, følte sig samtidig i mindre stand til at kontrollere deres kalorieindtag end kvinder, der havde læst artiklen om rygning. I dette studie fandt man dog kun, at der var effekt blandt kvinder, der så sig selv som værende en person med høj vægt. Forfatterne til studiet diskuterer, om undersøgelsessituationen i sig selv påvirker de personer, der opfatter sig selv som værende overvægtige, til at tro, de er i risiko for at blive negativt stereotypificeret, devalueret eller afvist pga. deres vægt, hvilket kan resultere i en social identitetstrussel. Denne trussel kan videre paradoksalt nok få dem til at engagere sig i adfærd, der kan medføre overvægt (23).

Kvalitative studier om vægtstigmatisering og motionsadfærd indikerer ligeledes, at personer med høj vægt undlader at dyrke motion offentligt som en konsekvens af vægtstigmatisering. Et tysk interviewstudie fra 2020 med 30 mænd og kvinder med høj vægt viste, at interviewpersonerne undlod at komme i sports- og motionsklubber, fordi de havde dårlige erfaringer med stigmatisering fra disse sammenhænge og frygtede lignende oplevelser (24). Dog viser denne undersøgelse også, at en del af interviewpersonerne alligevel motionerede regelmæssigt, men gjorde det derhjemme eller på tidspunkter, hvor det ikke var så sandsynligt, at der var andre mennesker i nærheden.

3.3.2 Alkohol og andre rusmidler

Ud over negativ effekt på kost og motion er der i litteraturen også fundet sammenhæng mellem vægtstigmatisering for andre adfærdsmæssige aspekter, fx alkoholindtag og andre rusmidler som nikotin eller andre former for stoffer. Arbejdsgruppen har identificeret tre studier, der undersøger sammenhængen mellem vægtstigmatisering og indtag af alkohol og andre rusmidler blandt voksne. Et tværsnitsstudie fra 2009 med 22.231 voksne amerikanere med BMI over 25 kg/m² viste, at personer, der havde oplevet vægtstigmatisering, havde dobbelt så stor sandsynlighed for at være afhængige af alkohol, 50 % større sandsynlighed for at være afhængige af nikotin og næsten fire gange så stor sandsynlighed for at være afhængige af andre former for stoffer som personer, der ikke havde oplevet vægtstigmatisering, havde (25). Ligeledes fandt et tværsnitsstudie fra 2020 med 2.022 amerikanske voksne en sammenhæng mellem graden af vægtstigmatisering og alkoholindtag (en samlet score ud fra antal genstande den seneste uge og frekvensen af episoder med overdrevet alkoholindtag, såkaldt binge-drinking – jo højere score for vægtstigmatisering, jo større alkoholindtag (26). En amerikansk tværsnitsundersøgelse fra 2019 med 1.753 mænd fandt til gengæld ingen sammenhæng mellem hverken oplevet vægtstigmatisering eller selvstigmatisering og indtaget af alkohol og rygning (27). Forfatterne foreslår, at forklaringen på den manglende sammenhæng er, at undersøgelsen kun inkluderede mænd i modsætning til andre studier, der så på mænd og kvinder samlet.

3.3.3 Brug af sundhedsvæsenet

Tidligere oplevelser af vægtstigmatisering i sundhedsvæsenet eller forventningen om en dårlig oplevelse kan påvirke, hvorvidt personer med høj vægt opsøger læge (28,29). En dansk spørgeskemaundersøgelse med næsten 1.000 praktiserende læger undersøgte holdninger og behandlinger af personer med høj vægt særligt med fokus på kønsspecifikke forskelle (30). Studiet antyder, at lægerne giver forskellige råd til deres mandlige og kvindelige patienter med høj vægt og generelt hyppigere behandler mandlige patienter med høj vægt end kvindelige patienter med høj vægt, fx blev mænd hyppigere end kvinder anbefalet kolesterolsænkende medicin.

I en amerikansk spørgeskemaundersøgelse fra 2005 svarer kvinder med høj vægt, at nogle af de største barrierer for at gå til lægen hænger sammen med deres vægt. Barriererne inkluderer bl.a. respektløs behandling, skam over at skulle vejes, negativ vægtrelateret attitude fra lægen, uopfordrede væggtabsråd og medicinsk udstyr, der er for småt (29). Flere reviews konkluderer tilsammen, at kvinder med høj vægt i mindre grad benytter sig af screeningstilbud for kræft (brystkræft, livmoderhalskræft og tyk- eller endetarmskræft) end kvinder med lavere vægt (31–33). De fleste af de inkluderede studier er udført i USA, og det har ikke været muligt at identificere studier, der påviser en årsagssammenhæng, eller studier, der undersøger sammenhængen mellem vægtstigmatisering og benyttelse af screeningstilbud i Danmark.

En samlet spørgeskemaundersøgelse fra 2021 med knap 14.000 voksne fra seks forskellige lande (Australien, Canada, Frankrig, Tyskland, England og USA), der var i gang med et væggtabsprogram, viser, at personer med højere grad af selvstigmatisering i højere grad undgik at gå til lægen, rapporterede færre kontrolbesøg ved lægen, følte en lav grad af respekt fra sundhedspersonale og følte, at kvaliteten af deres behandling var af ringe kvalitet. Samtidig var der en sammenhæng mellem selvstigmatisering og en generelt dårligere oplevelse af behandling i sundhedsvæsenet blandt personer i alle seks lande (34).

En irsk interviewundersøgelse fra 2021 med 15 voksne patienter (13 kvinder og to mænd) med svær overvægt (dvs. et BMI over 30 kg/m²) viste, at patienterne oplevede flere forskellige former for vægtstigmatisering i sundhedsvæsenet (35). Det drejede sig om både verbal og nonverbal kommunikation såsom nedladende blikke og kommentarer, at den sundhedsprofessionelle havde stort fokus på vægten, uanset hvilken problemstilling patienten søgte hjælp til, at den fysiske indretning, fx medicinsk udstyr, ikke passede i størrelsen, hvilket kan opleves som ydmygende, eller at der var små stole med armlæn, som var ubehagelige at sidde i. Blandt citaterne fra patienterne var disse:

Min læge ville ikke sende mig til scanning med mit knæ. Han sagde, at mit knæ ville have det fint, hvis jeg tabte 20 kg. Tolv uger senere fik jeg endelig en MRI skanning, som jeg selv måtte betale for, og den viste et problem med brusken, og jeg endte med at have behov for en operation

Engang havde jeg brug for en MRI skanning. Maskinen var meget lille. Jeg passede ikke rigtigt i den, og radiografen sagde, at jeg kunne prøve en anden klinik, men at svært overvægtige mennesker nogle gange var nødt til at tage på dyrehospitalet. Det var for omkring ti år siden, så måske har tingene ændret sig, men det er jeg ikke så sikker på.

Citater fra irsk undersøgelse (35).

Der er ikke angivet alder eller navne på deltagerne i undersøgelsen fra Irland. Oversat af arbejdsgruppen.

Patienternes oplevelser i de ovenstående studier understøttes af en undersøgelse fra 2001 af, hvordan patienters vægt påvirker lægens holdning og behandling (36). Studiet var et randomiseret design, hvor læger vurderede journaler af patienter i forskellige vægtkategorier med migræne. Patienternes vægt påvirkede signifikant, hvordan lægerne behandlede dem. Selvom lægerne ordinerede flere sundhedstest for patienter med høj vægt, indikerede de, at de ville tilbringe mindre tid sammen med dem. Dertil skulle lægerne vurdere 13 følelsesmæssige og adfærdsmæssige reaktioner, som de havde over for patienten, herunder bedømme, hvor godt patienten passede på sig selv, og vurdere hvor disciplineret de opfattede patienten som værende. I 12 ud af 13 af disse reaktioner vurderede læger patienter med høj vægt mere negativt (36).

3.4 Mentalt helbred

Delkonklusion

Forskningen antyder, at personer, der er selvstigmatiserende, i højere grad har indikatorer på dårligt mental helbred. Ligeledes antydes det, at personer, der oplever vægtstigmatisering, generelt har lavere selvværd, flere symptomer på angst og depression, mere forstyrret spisning og oftere ensomhed, end personer, der ikke oplever vægtstigmatisering. Arbejdsgruppen vurderer dog, at der er mangelfuld evidens for, at disse sammenhænge er kausale og udløst af vægtstigmatisering, idet evidensen primært stammer fra tværsnitsstudier, mens der kun er relativt få opfølgingsstudier.

Der er mangelfuld evidens for, at personer, der oplever vægtstigmatisering, har et dårligere selvværd, da dette udelukkende er undersøgt med tværsnitsstudier. Dog antyder disse, at vægtstigmatisering hænger sammen med lavt selvværd, hvilket ikke er overraskende, da de spørgsmål, der anvendes til at måle selvstigmatisering, delvist er sammenfaldende med de spørgsmål, der anvendes til vurdering af lavt selvværd.

Flere tværsnitsstudier antyder en sammenhæng mellem personer, der oplever vægtstigmatisering og flere depressive symptomer, og mellem personer, der oplever vægtstigmatisering og angst, dog har arbejdsgruppen ikke fundet nogen opfølgingsstudier eller eksperimentelle studier, der har undersøgt dette. Derfor vurderes evidensen at være mangelfuld.

Tværsnitsstudier antyder, at personer, der er selvstigmatiserende pga. høj vægt samtidig har en dårligere livskvalitet. Evidensen vurderes dog at være mangelfuld, da resultaterne udelukkende stammer fra tværsnitsstudier.

I den gennemgåede litteratur er der flere tværsnitsstudier samt et enkelt opfølgingsstudie, der antyder, at personer, der oplever vægtstigmatisering, samtidig er i højere risiko for at have en spiseforstyrrelse. Resultaterne antyder, at vægtstigmatisering både udgør en risikofaktor for udvikling af forstyrret spisning og er knyttet til et negativt kropsbillede. Når disse fund betragtes i lyset af, hvad vi ved fra Danmark, hvor kropskritik og utilfredshed blandt elitesportsudøvere har ledt til spiseforstyrrelser, vurderer arbejdsgruppen, at der er moderat evidens for, at vægtstigmatisering giver øget risiko for udvikling af spiseforstyrrelser.

Kvalitative studier, herunder et dansk interviewstudie, antyder, at personer, der oplever vægtstigmatisering, ændrer deres sociale adfærd og er i risiko for social isolation. Studierne tyder på, at personer med høj vægt udvikler coping-strategier for at undgå stigmatisering, hvilket kan indebære undgåelse af sociale situationer som

fester, strandbesøg eller motion. Der er ikke fundet kvantitative undersøgelser af sammenhængen mellem vægtstigmatisering og ensomhed. Den kvalitative litteratur antyder, at ensomhed og social isolation kan være en konsekvens for nogle mennesker, men det er ikke muligt at vurdere, hvor udbredt det er. Evidensen vurderes at være mangelfuld.

Citaterne nedenfor illustrerer, at vægtstigmatisering opleves i forskellige arenaer og kan påvirke den mentale tilstand i form af mindsket selvtillid og dårligt humør.

[Min familie] bliver ved med at tale om, at jeg er fed, og det er bare fuldstændig nedtrykkende. Jeg går hjem. Jeg føler mig trist. Jeg føler mig ensom (55-årig mand)

Jeg føler, at jeg ikke kan udtrykke mig selv. Jeg kan ikke have det tøj på, som jeg gerne vil, hvilket er en del af min identitet, fordi jeg ikke kan finde tøj. Det påvirker mit selvværd. Det påvirker mit kropssprog og måden, jeg præsenterer mig selv for folk på, og hvor attraktiv jeg føler mig (32-årig kvinde)

Citater fra australsk undersøgelse (108).
Oversat af arbejdsgruppen.

3.4.1 Selvværd

Selvværd måles på forskellige måder, hvoraf den mest anvendte er Rosenberg self-esteem scale, som bruges både som klinisk værktøj i psykologien og som forskningsredskab (37). Det består af et spørgeskema med ti udsagn, som man skal erklære sig mere eller mindre enig i, fx 'Jeg føler, jeg er en person, som er lige så meget værd som andre', 'Jeg føler, jeg har positive kvaliteter' og 'Generelt tænker jeg, at jeg er en fiasko'. Læser man spørgsmålene i WBIS-M spørgeskemaet (Figur 2.5), der måler selvstigmatisering, ses det, at begrebet selvstigmatisering delvist er sammenfaldende med spørgeskemaet for lavt selvværd. Derfor er det ikke overraskende, at man i tværnsitsstudier har fundet en statistisk signifikant sammenhæng i alle studier mellem høj grad af selvstigmatisering og lavt selvværd (2). I et eksperimentelt studie fra 2016 blev 260 deltagere med høj vægt præsenteret for en video med et vægtstigmatiserende hverdagsscenarie, hvor en ansat ikke

bliver forfremmet pga. sin vægt. Det var et lodtrækningsstudie, hvor halvdelen af deltagerne fik vist scenariet, hvor det blev vinklet sådan, at den ansatte blev vred over samfundets stigmatisering, mens scenariet for den anden halvdel blev vinklet sådan, at den ansatte bebrejdede sig selv for sin utilstrækkelighed og sin høje vægt. Deltagerne skulle derefter nedskrive egne erfaringer med lignende oplevelser og blev på den måde ledt til at fokusere på enten samfundets stigmatisering eller personens selvstigmatisering. Studiet viste, at den gruppe, som blev ledt til at fokusere på selvstigmatisering efterfølgende, havde lavere selvværd og lavere kropstilfredshed end den gruppe, som blev ledt til at fokusere på samfundets stigmatisering (38). Studiet tyder altså på, at selvstigmatisering er værre for individets selvværd end at vende sin frustration mod det stigmatiserende samfund.

En tysk spørgeskemaundersøgelse fra 2012 med 1.158 deltagere fandt, at lavt selvværd var relateret til høj vægt og til det at have oplevet stigmatisering pga. høj vægt. Studiet fandt endvidere, at både lavt selvværd og oplevet stigmatisering var relateret til depressive symptomer som fx manglende interesse og lyst, og følelse af nedtrykthed eller håbløshed. (39).

3.4.2 Depressive symptomer

Der er mange forskellige symptomer på depression, bl.a. følelse af nedtrykthed, energiforladthed, tristhed, håbløshed og evt. selvmordstanker, men også irritabilitet, skyldfølelse, søvnbesvær, nedsat appetit, nedsat lyst til sex og manglende evne til at træffe beslutninger. Et systematisk review fra 2018 fandt 30 tværsnitsstudier, som undersøgte sammenhængen mellem selvstigmatisering og depressive symptomer. Af disse 30 studier fandt man i 28 en statistisk signifikant sammenhæng (2). I fire af disse studier havde man justeret for deltagernes BMI. Deltagerne i de fire studier var udpluk af baggrundsbefolkningen i alle kropsstørrelser. Et amerikansk tværsnitsstudie med 197 deltagere inkluderede kun personer med BMI under 25 kg/m² (40). Her fandt man en gennemsnitlig score for selvstigmatisering (WBIS, se afsnit 1,8) på 3,74 ud af syv mulige point (hvor syv er høj grad af selvstigmatisering), og en signifikant sammenhæng mellem graden af selvstigmatisering og depressive symptomer og forstyrret spisning. Dette skal sammenholdes med, at man i en stikprøve fra baggrundsbefolkningen i USA med BMI over 30 kg/m² fandt en gennemsnitlig WBIS på 3,95.

3.4.3 Angst

Følelsen af angst kan opstå som konsekvens af et pres (både fra omverdenen og én selv) om at opfylde sociale forventninger om fx kropsidealer. Et systematisk review inkluderede 11 tværsnitsstudier om selvstigmatisering, og i ti af studierne fandt man, at selvstigmatisering var relateret til forekomsten af angst (2). I to af studierne justerede forskerne for deltagernes BMI og fandt i begge tilfælde, at selvstigmatisering stadig

var relateret til forekomsten af angst. Studierne omfattede både deltagere med høj vægt, udsnit af baggrundsbefolkningen og specifikke patientgrupper som fx patienter, som har fået foretaget en gastrisk bypass (en operation, som ændrer på anatomien i relation til mavesæk og tyndtarm, hvorved der laves en 'omkørsel', så maden passerer direkte i tyndtarmen), der oftest fører til vægttab. Et af studierne fra reviewet var den tyske spørgeskemaundersøgelse fra 2012 med 1.158 deltagere (omtalt i afsnit 3.4.1 om selvværd). Studiet var som de øvrige studier et tværsnitsstudie, og man fandt, at selvstigmatisering var relateret til angst (39).

3.4.4 Livskvalitet

På baggrund af den gennemgåede litteratur er det nærliggende at antage, at samfundets vægtstigmatisering påvirker individers livskvalitet i negativ retning. Ingen studier på området har målt oplevet vægtstigmatisering, men i et systematisk review fandt man 15 studier, hvoraf størstedelen var tværsnitsstudier, hvor sammenhængen mellem vægtrelateret selvstigmatisering og livskvalitet blev undersøgt. I alle 15 studier fandt man en sammenhæng mellem høj grad af selvstigmatisering og lav grad af livskvalitet (2). Der er forskellige måder at måle livskvalitet på, men i de inkluderede studier i reviewet fokuserede man på den sundhedsrelaterede livskvalitet, som ofte omfatter både de fysiske og mentale aspekter af sundhed.

Et amerikansk tværsnitsstudie fra 2014 fandt, at deltagere med høj vægt og lav fysisk livskvalitet rapporterede en høj grad af selvstigmatisering (41). Selvom studiet var lille (81 deltagere), var det veludført og tyder på, at den lavere fysiske livskvalitet, som observeres blandt nogle personer med høj vægt, kan være relateret til selvstigmatisering. Studiet antyder, at selvstigmatisering blandt personer med høj vægt kan påvirke deres fysiske sundhed.

3.4.5 Spiseforstyrrelser

Selvstigmatisering forekommer ofte samtidig med symptomer på spiseforstyrrelser. Man skelner mellem begrebet forstyrret spisning og regulære spiseforstyrrelser som anoreksi, bulimi og BED. Forstyrret spisning kan være et forstadium til at udvikle en klinisk spiseforstyrrelse, men kan også betegne enkelte spiseforstyrrelsessymptomer som fx overspisning, opkastning eller restriktiv spisning.

Der er få undersøgelser af betydningen af oplevet vægtstigmatisering, men i enkelte studier har man undersøgt vægtrelateret mobning ift. spiseforstyrrelser. De fleste undersøgelser af konsekvenserne af oplevet vægtstigmatisering har haft fokus overspisning (Se Afsnit 3.3.1).

I et systematisk review fra 2018 er medtaget 31 tværsnitsstudier, som alle viste en sammenhæng mellem forekomsten af vægtrelateret selvstigmatisering og symptomer på forstyrret spisning og kliniske spiseforstyrrelser (2). Et amerikansk opfølgingsstudie fra 2017 med 15 års opfølgningstid fandt, at vægtrelateret mobning var en risikofaktor for at udvikle forstyrret spisning (42). Et andet amerikansk opfølgingsstudie med 10-19-årige børn fra USA viste, at det at blive kaldt 'for tyk' var en risikofaktor for at udvikle forstyrret spisning (43).

Vægtrelateret selvstigmatisering er tæt forbundet med et negativt kropsbillede, men de konceptuelle overlap er kun i begrænset omfang blevet undersøgt i forskningen. Ligesom med begrebet 'lavt selvværd' er der et stort overlap mellem et negativt kropsbillede og selvstigmatisering. Inden for forskning i spiseforstyrrelser er man optaget af, hvordan kropsbilledet kan være tæt knyttet til personens oplevelse af sig selv og sin egen værdi som menneske. Dette betegnes som 'overvurdering af betydningen af vægt og figur for selvopfattelsen'. Koblingen mellem vægt, identitet og menneskelig værdi findes også i selvstigmatisering. Mange studier viser, at kropstilfredshed er en risikofaktor for udvikling af spiseforstyrrelser, depression og selvskade (44-48), men der mangler studier af betydningen af at overvurdere betydningen af vægt og figur for selvopfattelse.

Kropsbilledet har betydning for ens adfærd. Fx har personer med et negativt kropsbillede oftere et mindre aktivt sexliv, kropstilfredshed relateret til ubehag ved at klæde sig af foran sin partner og ubehag ved at have sex med lyset tændt (49). Et negativt kropsbillede kan være medvirkende til mange menneskers gentagne væggtabsforsøg. Sammenhængen og samspillet mellem vægtstigmatisering (særligt selvstigmatisering) og kropsbillede er komplekst, fordi begreberne som nævnt i nogen grad er overlappende.

Et amerikansk tværsnitsstudie fra 2010 med 16-årige piger viste derudover, at vægtsnak i hjemmet var relateret til øget forekomst af forstyrret spisning, usund væggtabsadfærd og regulære spiseforstyrrelser. Især hvis snakken var med moderen, og moderen selv var på slankekur (50).

Et væggtabsstudie med 99 deltagere fra USA viste, at oplevet vægtstigmatisering var forbundet med spiseforstyrrelsen BED (51). I Danmark har der været en række eksempler på, hvordan kropstilfredshed og kropskritik har ledt til spiseforstyrrelser blandt elitesportsudøvere. Disse historier er ikke forskningsbaserede, men er journalistisk formidlet i dokumentarprogrammer på DR i 2020 (52).

3.4.6 Ensomhed og social isolation

Kvalitative studier viser, at vægtstigmatisering kan påvirke social adfærd, og at det blandt nogle kan føre til social isolation. Fx viser et dansk interviewstudie fra 2023, baseret på dybdegående interview med ti voksne med BMI over 30 kg/m², hvordan

interviewpersonerne udtrykte en form for social angst eller ubehag i sociale relationer pga. vægtrelateret bekymring (16). Interviewpersonerne forklarede, at de ofte udviklede forskellige coping-strategier for at undgå stigmatisering, hvilket især drejede sig om at undgå sociale situationer, hvor de frygtede at opleve stigmatisering, fx ved at undlade at tage til fester, gå på stranden og i svømmehallen eller at motionere. En informant siger:

Jeg har forsøgt at deltage i firmafester, men jeg gider ikke længere. Det er også på grund af vægten, jeg tænker, 'Nej, jeg ved ikke, hvad jeg skal tage på'. Og mine kollegaer, jeg mener selvfølgelig, ser de mig hver dag, men det er i mit arbejdstøj, og jeg føler mig bare mere udsat, når jeg har mit eget tøj på (Hanna)

Citat fra dansk undersøgelse (16).

Internationale studier viser ligeledes, at vægtstigmatisering og frygten for vægtstigmatisering kan påvirke den sociale adfærd og føre til social isolation. Fx viser et amerikansk interviewstudie fra 2021 med 32 mænd og kvinder med høj vægt, at undgåelse af sociale sammenhænge er en meget brugt taktik for at undgå vægtstigmatisering (53). Interviewpersonerne nævner bl.a., at de undgår at rejse med fly og at tage i fx biografen eller teatret og forlystelsesparker pga. sædernes størrelse, ligesom flere fortæller, at de undlader at spise ude på restaurant eller cafe, da de ikke ønsker, at andre skal se dem spise, eller fordi de tidligere har oplevet stigmatiserende bemærkninger i disse sammenhænge.

Forfatterne af et systematisk review fra 2021, der undersøgte sammenhængen mellem høj vægt og ensomhed, foreslår i diskussionen af deres resultater, at vægtstigmatisering snarere var relateret til ensomhed end til høj vægt. Reviewet inkluderede seks studier af god kvalitet heraf tre tværsnitsstudier og tre opfølgingsstudier, og der blev fundet modstridende resultater, hvor nogle studier viste en sammenhæng, mens andre ikke gjorde. Forfatterne foreslår, at de modstridende fund kan forklares ved, at vægtstigmatisering spiller en rolle som risikofaktor for ensomhed (54).

3.5 Socioøkonomiske konsekvenser

Delkonklusion

Forskning peger på, at personer med høj vægt oplever stigmatisering fra deres arbejdsgivere i form af lavere løn og dårligere jobmuligheder. Denne viden er baseret på både internationale tværsnitstudier, danske data og danske forløbsstudier. Arbejdsgruppen vurderer derfor, at der er moderat evidens for, at vægtstigmatisering har betydning for arbejdsmarkedstilknytningen blandt personer med høj vægt.

Forskning viser, at personer med høj vægt generelt har en lavere indkomst end personer uden høj vægt, og det gælder især kvinder. Det er dog ikke undersøgt, om vægtstigmatisering spiller en rolle i denne sammenhæng.

I kapitel 2 er det beskrevet, hvordan vægtstigmatisering foregår i arenaer som på arbejdspladsen og i skolen, og i dette undersøges det, hvordan vægtstigmatisering kan have konsekvenser for personers indkomst og akademiske og beskæftigelsesmæssige muligheder. I eksemplet nedenfor beskriver Kirsten, hvordan hun føler, at hun skal arbejde hårdere end sine kollegaer for at undgå at blive opfattet som doven eller mødt med fordomme.

Jeg blev færdiguddannet for 20 år siden, og jeg har faktisk følt behovet for at gøre et ekstra stykke arbejde hele mit professionelle liv, fordi jeg har forventet, at folk tror, at jeg er doven på grund af deres fordomme [mod personer med overvægt]. Jeg kan simpelthen ikke leve med den fordom, for jeg føler virkelig, at jeg har lavet meget ekstra arbejde sammenlignet med nogle af mine kolleger. Måske ville jeg være mere doven, hvis jeg havde en normal vægt (griner) (Kirsten)

Citat fra dansk undersøgelse (16).

I dette afsnit gennemgås evidensen for betydningen af vægtstigmatisering for individets arbejdsmarkedstilknytning, indkomst og uddannelsesmæssige resultater.

3.5.1 Arbejdsmarkedstilknytning

Der findes en del forløbsstudier, der undersøger sammenhængen mellem høj vægt, diskrimination og arbejdsmarkedstilknytning (55–58). Fx viser et dansk opfølgingsstudie fra 2019 med 87.796 mænd og kvinder med fem års opfølgningsperiode en højere risiko for at miste sit arbejde samt en ringere chance for at blive ansat, jo højere individets BMI er over 24 kg/m², selv når der tages højde for sygdom, mental sundhed, fysisk aktivitetsniveau, uddannelse, alder, alkoholindtag og rygning (58). Et tysk forløbsstudie fra 2013 viser ligeledes, at jobsøgende kvinder med BMI over 30 kg/m² havde 15 % lavere chance for at blive ansat, på trods af større jobsøgningsaktivitet, end kvinder med BMI på 18,5–25 kg/m², når der var taget højde for uddannelse, demografi, psykisk og fysisk helbred samt tidligere ansættelse. Denne sammenhæng blev ikke fundet for mænd i det tyske studie (57).

Et eksperimentelt svensk studie fra 2011 undersøgte, hvorvidt stereotype holdninger hang sammen med diskrimination af personer med høj vægt i faktiske ansættelsessituationer (59). Forskerne sendte fiktive jobansøgninger til en lang række jobopslag rundt omkring i Sverige, hvor al information på de fiktive ansøgninger var holdt konstant, bortset fra ansøgernes vægt, som implicit fremgik af deres foto. Forskerne fandt, at arbejdsgiverne var mindre tilbøjelige til at invitere jobansøgere med høj vægt til samtale.

Både internationale studier og Den Nationale Sundhedsprofil viser, at personer med høj vægt oftere står uden for arbejdsmarkedet sammenlignet med personer med lavere vægt (60–63). Fx viste Den Nationale Sundhedsprofil fra 2010, at knap en fjerdedel af de mænd og kvinder, der stod uden for arbejdsmarkedet, havde BMI over 30 kg/m² sammenlignet med 12 % blandt de personer, der enten var i arbejde eller var studerende (64). Disse undersøgelser tager ikke højde for vægtstigmatisering og kan derfor ikke sige noget om, hvorvidt dårligere arbejdsmarkedsvilkår kan være en konsekvens af vægtstigmatisering.

3.5.2 Indkomst

Sammenhængen mellem vægtstigmatisering og indkomst er ikke undersøgt i kontrollerede studier. Der findes tværsnitstudier, der ser på sammenhængen mellem høj vægt og indkomst. (65,66). En samkøring af forskellige tværsnitstudier fra 1998 til 2001 med personer fra ni forskellige EU-lande viser, at et 10 % højere BMI var associeret med en 3,3 % lavere indkomst blandt kvinder og 1,9 % blandt mænd (67). Alle de nævnte tværsnitstudier har taget højde for relevante faktorer såsom demografi, socioøkonomi, familiesammensætning og helbred, hvilket indikerer, at sammenhængen mellem høj vægt og lavere indkomst kan skyldes vægtstigmatisering.

Data fra Danmark (68) viser også, at en større andel af både mænd og kvinder med lav indkomst havde et højt BMI sammenlignet med mænd og kvinder med høj indkomst (64), men der findes ikke studier, der undersøger sammenhængen mellem stigmatisering og indkomst i Danmark.

Et enkelt amerikansk studie har anvendt data fra to opfølgingsstudier, der følger to kohorter af unge amerikanere fra hhv. 1979 (14-22 år) og 1997 (12-18 år) frem til 2012 (69). Resultaterne viser bl.a., at vægt hænger sammen med indkomsten forskelligt på forskellige lønniveauer. Selv om kvinder med høj vægt generelt havde en lavere indkomst end andre kvinder, var forskellen markant større blandt dem med den højeste indkomst. Det vil sige, at hvis forskellen skyldes diskrimination, så er der større grad af vægtdiskrimination i højt-lønnede job end i lavere lønnede job. Blandt mænd så det ud til, at forskellen var koncentreret i midten af indkomstskalaen, og at både dem med lave og høje indkomster ikke var påvirket. Derudover viser resultaterne, at forskellen i indkomst mellem personer med høj vægt og personer uden høj vægt er steget over generationer, og at høj vægt i de unge år kan bremse indkomsttilvæksten over ens levetid.

3.6 Børn og unge

Delkonklusion

Der er moderat evidens for, at vægtstigmatisering påvirker børn og unges uddannelsesmuligheder. I en forskningsrapport fra Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd (VIVE), konkluderer forfatterne, at mobning og stigmatisering er den mest sandsynlige årsag til, at børn med høj vægt oplever lavere uddannelsesniveau og vanskeligheder på arbejdsmarkedet. Danske børn med høj vægt oplever hyppigere mobning og social isolation, hvilket påvirker deres skolepræstationer negativt. Et amerikansk studie antyder, at bias fra lærere kan medføre, at elever med høj vægt får en dårligere vurdering i skolen, bl.a. i form af dårligere karakterer, sammenlignet med andre elever.

Et review har undersøgt, hvorvidt vægtbaseret mobning blandt børn og unge i alderen 13-18 år, har en indvirkning på børnenes fysiske aktivitetsniveau. Der er manglede entydighed i de inkluderede studier i reviewet. Derfor konkluderer arbejdsgruppen, at evidensen er mangelfuld, og at der er behov for yderligere evidens for at kunne drage konkrete konklusioner.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at evidensen for sammenhængen mellem vægtstigmatisering og brugen af rusmidler blandt unge er moderat og peger på, at unge, der oplever vægtrelateret mobning, uanset kropsstørrelse, generelt har et højere

forbrug af rusmidler end unge, der ikke oplever vægtrelateret mobning. Det kan dog ikke udelukkes, at mobning generelt har denne effekt, og at sammenhængen derfor ikke kun ses ved mobning, der er relateret til vægt.

Der er moderat evidens for, at børn, der har oplevet vægtrelateret mobning, senere udvikler en højere vægt end børn, der ikke har været udsat for en sådan mobning. Det kan være vanskeligt at udskille vægtrelateret mobning fra anden mobning, og det er arbejdsgruppens vurdering, at det er vigtigt at være opmærksom på, hvordan både mobning relateret til vægt og anden mobning kan have indflydelse på et barns fremtidige sundhed og vægtudvikling.

Både tværsnitstudier og opfølgingsstudier peger på, at der er en sammenhæng mellem vægtrelateret mobning, selvstigmatisering og mental sundhed. Arbejdsgruppen vurderer derfor, at der er moderat evidens for, at vægtrelateret mobning og selvstigmatisering kan have betydning for barnets mentale sundhed, fx i form af forstyrret spising og ensomhed.

Amerikanske studier blandt high school-elever antyder, at opfattelsen af sig selv som 'overvægtig' er knyttet til en forhøjet risiko for selvmordsforsøg, uafhængigt af ens vægt. Sammenhængen mellem vægtstigmatisering og selvskaade og selvmordsadfærd blandt børn og unge er udelukkende undersøgt i tværsnitstudier. Arbejdsgruppen vurderer derfor, at evidensen er mangelfuld, og at der er behov for mere forskning, før denne sammenhæng kan vurderes.

I kapitel 2 konkluderes det, at børn og unge med høj vægt er udsat for vægtstigmatisering og i det efterfølgende afsnit 3.6.1 fremgår det, at vægtstigmatisering kan have stor betydning for, hvordan unge klarer sig i forhold til uddannelse. I sidste del af dette kapitel gennemgås forskning om, hvordan vægtstigmatisering hænger sammen med fysiske og mentale forhold.

3.6.1 Uddannelsesmæssige resultater

I Danmark konkluderer en rapport fra Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd (VIVE) i 2024, at den mest sandsynlige årsag til, at børn med høj vægt senere får en lavere uddannelsesgrad og sværere ved at komme ind på arbejdsmarkedet, er mobning og stigmatisering. Danske børn med høj vægt bliver oftere mobbet og oftere isoleret mere socialt end deres normalvægtige kammerater – helt fra de små klasser. Unge med høj vægt præsterer dårligere på de ældste klassetrin. De har relativt set mere fravær, klarer sig dårligere til afgangseksamen, fravælger i højere grad en ungdomsuddannelse og har sværere

ved at komme ind på arbejdsmarkedet. Samme tendens findes i mange forskellige studier, der alle har vist, at elever og studerende med høj vægt synes at sakke bagud i deres skolepræstationer sammenlignet med deres medstuderende med lavere vægt (70) og have lavere sandsynlighed for at tage en videregående uddannelse (71–75).

Ifølge forskerne i den danske rapport tyder resultaterne på, at det skyldes mobning og forskelsbehandling, at børnene ikke præsterer så godt, som de kunne senere i livet.

Forskningen bygger på oplysninger om alle børn, der er blevet målt og vejlet i skolen i 7-årsalderen og som 14-årige, og data er sammenkørt med oplysninger fra trivselsmålinger og med oplysninger om præstationer i skolen og valg senere i ungdomslivet. Undersøgelsen viser, at der ikke er noget, der tyder på, at kropsstørrelse eller øget sygdom har betydning for børnenes evner. I de små klasser klarer børn med overvægt sig lige så godt som deres kammerater, hvilket de også selv vurderer, men det ændrer sig, når børnene bliver ældre. Der ses ikke forskelle i livsstil eller normer i familierne, der kan forklare, at de ældre skolebørn med høj vægt klarer sig dårligere. Hvis man sammenligner søskende, viser det sig, at barnet med høj vægt har øget risiko for dårligere præstationer.

Et tværsnitstudie fra USA viste, at elever med høj vægt i 8. klasse og studerende med høj vægt i college og på universitetet fik lavere karakterer end deres medstuderende med lavere vægt, når der blev taget højde for demografi, intelligens, personlighed og generel trivsel (76). Det er derfor nærliggende at undersøge, om fordomme fra undervisernes side (se kapitel 2) kan have betydning for, at elever med høj vægt generelt klarer sig dårligere i skolen. Det har man forsøgt at svare på i et amerikansk randomiseret studie fra 2019 (77). I studiet inkluderede man 133 lærere fra middle og high school i USA. Lærerne blev bedt om at vurdere et falsk essay fra forskellige elever i 6. klasse ledsaget af et billede af eleven, enten med eller uden høj vægt. I alt var der skrevet fire falske essays, så hver lærer blev bedt om at vurdere to essays, et fra en elev med høj vægt og et fra en elev med lavere vægt. Lærerne blev bedt om at give essayet karakter, men de blev også bedt om at vurdere eleven i forhold til indsats, behovet for vejledning, og hvordan de ville vurdere, at de generelt klarede sig i skolen. Essays, der var ledsaget af et billede af en elev med høj vægt, blev vurderet ens i forhold til kvaliteten af strukturen, men fik lavere karakterer end essays, der var ledsaget af et billede af en elev med lavere vægt. Desuden vurderede lærerne, at elever med høj vægt gjorde en større indsats, havde brug for mere vejledning, og generelt fik lavere karakterer i skolen. Resultaterne peger på, at vægtstigmatisering fra lærere resulterer i lavere karakterer blandt elever med høj vægt, uanset kvaliteten af opgaven. Selv om studiets kvalitet vurderes som høj, er det forholdsvis lille og blev foretaget på to skoler i socialt udsatte områder i staten New York, USA. Det kan derfor ikke konkluderes, om en lignende konsekvens af vægtstigmatisering er generelt forekommende, og om det kan overføres til en dansk kontekst.

3.6.2 Fysisk aktivitet

Et review fra 2022 har undersøgt vægtbaseret mobning blandt børn og unge i alderen 13-18 år, og hvorvidt det har en indvirkning på børnenes fysiske aktivitetsniveau (78). Reviewet inkluderede seks tværsnitsstudier fra hhv. USA (79-81), Canada (82,83) og Brasilien (84). Resultaterne viste sig ikke at give et entydigt billede af sammenhængen mellem vægtstigmatisering og fysisk aktivitet. Fx viste et studie blandt unge (9.-12. klassetrin) i Canada, at der var en sammenhæng mellem vægtrelateret mobning fra klassekammerater og niveauet af fysisk aktivitet blandt piger. Det vil sige, at de piger, der havde oplevet vægtrelateret mobning, var mere fysisk aktive end piger, der ikke havde oplevet vægtrelateret mobning (83). Denne sammenhæng blev ikke fundet blandt drenge. Dog fandt man, at både drenge og piger, der havde oplevet vægtrelateret mobning, brugte mere tid foran en skærm end drenge og piger, der ikke havde oplevet vægtrelateret mobning. To andre studier fandt ingen sammenhæng mellem vægtrelateret mobning og fysisk aktivitet, hverken blandt piger eller drenge (79,84). Til gengæld fandt to studier, at unge, der havde oplevet vægtrelateret mobning, var mindre fysisk aktive (27,82), og et tredje studie rapporterede, at vægtrelateret mobning forekom ofte blandt unge, både med og uden høj vægt, og at især de unge, der havde en negativ følelsesmæssig respons på mobningen, brugte avoidance som en coping-strategi og derfor i højere grad undgik at deltage i fysiske aktiviteter (81).

Reviewet inkluderede også seks kvalitative studier, der tilsammen peger på en høj grad af vægtrelateret mobning omkring situationer, der involverer fysisk aktivitet. Samtidig rapporterede unge med høj vægt ofte ydmygende oplevelser, mobning og usikkerhed i forhold til deres udseende som de største barrierer til at deltage i fysisk aktivitet (85-90).

3.6.3 Alkohol og andre rusmidler

I fire studier, herunder både tværsnits- og opfølgingsstudier, har man undersøgt sammenhængen mellem vægtrelateret mobning og brugen af alkohol, cigaretter og andre stoffer blandt børn og unge. I et amerikansk opfølgingsstudie fra 2020 med 1.344 børn (11-14 år) fandt man, at de børn, der hyppigt oplevede mobning relateret til deres udseende, herunder enhver form for negative kommentarer relateret til kropsvægt eller kropsform, et år senere havde en større stigning i deres alkoholindtag og havde flere episoder med overdreven indtagelse af alkohol (dvs. såkaldt binge-drinking), men ikke brug af cannabis, sammenlignet med dem, der ikke hyppigt oplevede mobning relateret til deres udseende. Resultaterne var stadig gældende, når der blev taget højde for alder, køn, etnicitet, BMI, depressive symptomer og alkohol- og stofforbrug ved baseline (91). I en amerikansk tværsnitsundersøgelse fra 2017 med 9.838 LGBTQ+-unge var vægtrelateret mobning signifikant forbundet med øget sandsynlighed for alkoholforbrug, episoder med overdreven indtagelse af alkohol, brug af cannabis og cigaretrykning,

uafhængigt af alder, race, BMI, seksuel identitet, kønsidentitet og geografisk placering (80). Et andet tværsnitsstudie fra Australien fra 2020 med 2.955 unge i alderen 14-15 år fandt, at deltagere, der rapporterede at være blevet behandlet uretfærdigt pga. deres kropsstørrelse eller kropsform inden for de seneste seks måneder, var mere tilbøjelige til at rapportere, at de eksperimenterede med nikotin, alkohol og marihuana (92). Et amerikansk opfølgingsstudie fra 2019 med 1.147 unge piger (gennemsnitsalder 14,9 år) fandt en sammenhæng blandt piger, der ved baseline rapporterede, at de havde oplevet vægtrelateret mobning og uhensigtsmæssig vægtkontrollerende adfærd (såsom brug af afføringsmiddel eller hyppige opkastninger) og indtaget af alkohol og stoffer ti år senere (93).

3.6.4 Vægtrelateret mobning og vægtøgning

Arbejdsgruppen har fundet tre opfølgingsstudier, som har undersøgt sammenhængen mellem vægtrelateret mobning og vægtøgning blandt børn. Et amerikansk studie fra 2014 undersøgte knap 2.400 børn. Ved begyndelsen af studiet var børnene ti år og udfyldte et spørgeskema, hvor de svarede på, om de havde fået at vide, at de var for tykke, såkaldt labelling. I alt havde næsten 60% oplevet at blive kaldt for tykke. Børnene blev vejet igen, da de var 19 år, og her fandt man en sammenhæng mellem høj grad af labelling i 10-årsalderen og høj vægt i 19-årsalderen. I analyserne korrigerede man bl.a. for vægt i 10-årsalderen, forældres uddannelsesniveau og forældres indkomst (94). I et amerikansk opfølgingsstudie fra 2017 spurgte man 1.830 unge med en gennemsnitsalder på 15 år, om de blev drillet pga. deres vægt. Efter 15 års opfølgning fandt man, at børn, som var blevet drillet med deres vægt, havde et højere BMI i voksenalderen end dem, der ikke var blevet drillet, når man korrigerede for køn, race, socioøkonomiske faktorer og vægt ved baseline (42). En tredje amerikansk undersøgelse fra 2019 fulgte 110 børn fra de var 12 år, til de var 20 år. Børnene havde ved start enten høj vægt (53 %) eller blev anset for at være i risiko for at få høj vægt, fordi begge forældre havde en høj vægt (47 %). Uanset deres vægt havde børn, der angav i høj grad at være udsat for vægtrelateret mobning og drillerier, en 33 % større stigning i BMI og en 91 % større øgning i fedtmasse årligt sammenlignet med de børn, der ikke havde oplevet vægtrelateret mobning og drillerier (95).

Et dansk review har undersøgt, om der er kønsforskelle i vægtstigmatisering blandt børn og unge (96). Reviewet identificerede 17 studier, hvor resultaterne af disse antyder, at piger med høj vægt i større grad end drenge med høj vægt oplever stigmatisering. Specifikt blev piger med overvægt oftere drillet pga. deres vægt. Dog er studierne, der blev inkluderet i reviewet, blevet kritiseret for deres lave kvalitet. Dette skyldes manglende gennemsigtighed vedrørende udførelsen af undersøgelserne og små populationsprøver. Et nyt dansk studie fra VIVE viser, at børn med overvægt har 3,4 % større sandsynlighed for at blive udsat for mobning, end børn med normal vægt har, og at børn med svær overvægt har 6,7 % større sandsynlighed for at opleve mobning (97). Dertil er børn med høj vægt

også mere tilbøjelige til at rapportere at føle sig ensomme i 4. klasse, og jo højere barnets vægtkategori er, jo stærkere er sammenhængen, hvor sandsynligheden for at opleve ensomhed stiger med 24% for børn med overvægt og 43% for børn med svær overvægt sammenlignet med børn med normal vægt.

Der er evidens for, at mobning generelt påvirker børn og unges helbred negativt, og der er god grund til at tro, at vægtrelateret mobning kan sammenlignes med anden mobning. Det fremgår bl.a. af et dansk studie, der viser en sammenhæng mellem mobning, der ikke er specifikt relateret til vægt og en højere vægtudvikling senere i livet. Fx viser et tvillingestudie, hvor den ene tvilling havde BMI > 30 kg/m² og den anden BMI < 25 kg/m², at mobning og drillerier i barnealderen bidrog til at kunne forklare, hvorfor disse tvillinger var endt med at udvikle sig forskelligt. Det er derfor muligt, at det ikke blot er vægtrelateret mobning, men mobning i det hele taget, der kan bidrage til udvikling af fedme (98,99).

3.6.5 Mental sundhed

Et tysk opfølgingsstudie fra 2017 med to års opfølgning (2013-2015) med 1.047 børn i alderen 7-11 år fandt, at vægtrelateret mobning og selvstigmatisering kunne forklare størstedelen af sammenhængen mellem høj vægt og psykosociale problemer hos børnene. Studiet viste, at vægtrelateret mobning og selvstigmatisering havde større påvirkning af det psykosociale helbred end BMI-værdien i sig selv (100). Et andet tysk opfølgingsstudie fra 2016 med et års opfølgning med 1.486 børn på 6-11 år undersøgte sammenhængen mellem vægtstigmatisering, kropstillfredshed og forstyrret spisning. Studiet fandt, at høj vægt var relateret til øget kropstillfredshed og til udvikling af forstyrret spisning. Oplevet vægtstigmatisering var relateret til restriktiv spisning hos pigerne, men ikke hos drengene. Studiet fandt, at sammenhængen mellem oplevet vægtstigmatisering og restriktiv spisning hos pigerne kunne forklares ved, at vægtstigmatisering gav øget kropstillfredshed, som resulterede i restriktiv spisning, mens for drengene var kropstillfredshed direkte relateret til restriktiv spisning (101).

Selvstigmatisering hos børn i forbindelse med høj vægt er relateret til forstyrret spisning, spiseforstyrrelser, lavt selvværd, kropstillfredshed, psykologisk stress og avoidance (102). Dette var en af konklusionerne på et systematisk review fra 2023 med 24 primært tværsnitsstudier. Forfatterne konkluderede også, at der mangler studier på området, og at der er behov for bedre spørgeskemaer målrettet børn til at kvantificere selvstigmatisering.

3.6.6 Selvskade og selvmordsadfærd

Oplevelsen af at blive diskrimineret pga. høj vægt er relateret til nedsat kropstillfredshed (103), og nedsat kropstillfredshed er kendt som en risikofaktor for

selvskade (47). Oplevet diskrimination pga. ens vægt blev undersøgt i 2018 i et tværsnitsstudie fra Australien med 2.948 børn mellem 14 og 15 år. Studiet fandt, at oplevet vægtstigmatisering var relateret til selvskade og tidligere selvmordsforsøg, uafhængigt af vægt og andre risikofaktorer (104). Lignende resultater fandt man i et mindre studie fra 2021 med 156 universitetsstuderende fra USA, hvor oplevet vægtstigmatisering var relateret til hyppigere forekomst af selvmordstanker (105). I en anden tværsnitsundersøgelse, som foretages hvert andet år blandt amerikanske high school elever med over 115.000 unge, fandt man, at det at anse sig selv som 'overvægtig' var relateret til en ca. 8 % større sandsynlighed for selvmordsforsøg, uafhængigt af vægt og andre kendte risikofaktorer (106). Fundene understøttes af et andet større tværsnitsstudie fra 2016 fra USA med 5.430 børn fra 11 til 18 år (107). Ingen af de to sidstnævnte studier målte vægtstigmatisering, men den robuste sammenhæng mellem det at anse sig selv som 'overvægtig' og selvmordsforsøg kan formentlig forklares af negativ kropsopfattelse og selvstigmatisering.

3.7 Referencer

1. Lee MS, Gonzalez BD, Small BJ, Thompson JK. Internalized weight bias and psychological wellbeing: An exploratory investigation of a preliminary model. *PLoS One*. 2019.
2. Pearl RL, Puhl RM. Weight bias internalization and health: a systematic review. *Obes Rev*. 2018;1141–63.
3. Jackson SE, Beeken RJ, Wardle J. Perceived weight discrimination and changes in weight, waist circumference, and weight status. *Obesity*. 2014;2485–8.
4. Robinson E, Hunger JM, Daly M. Perceived weight status and risk of weight gain across life in US and UK adults. *Int J Obes*. 2015;1721–6. Available from: <https://www.nature.com/articles/ijo2015143>
5. Prunty A, Hahn A, O’Shea A, Edmonds S, Clark MK. Associations among enacted weight stigma, weight self-stigma, and multiple physical health outcomes, healthcare utilization, and selected health behaviors. *Int J Obes*. 2023;33–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36333585/>
6. Potter L, Wallston K, Trief P, Ulbrecht J, Juth V, Smyth J. Attributing discrimination to weight: associations with well-being, self-care, and disease status in patients with type 2 diabetes mellitus. *J Behav Med*. 2015;863–75.
7. Tsenkova VK, Carr D, Schoeller DA, Ryff CD. Perceived Weight Discrimination Amplifies the Link Between Central Adiposity and Nondiabetic Glycemic Control (HbA1c). *Ann Behav Med*. 2011;243–51.
8. Nagpal TS, Tomiyama AJ, Incollingo Rodriguez AC. Beyond BMI: Pregnancy-related weight stigma increases risk of gestational diabetes. *Prim Care Diabetes*. 2021;1107–9.
9. Panza GA, Puhl RM, Taylor BA, Cilhoroz B, Himmelstein MS, Fernandez AB, et al. The effects of an acute weight stigma exposure on cardiovascular reactivity among women w/... Panza GA, Puhl RM, Taylor BA, Cilhoroz B, Himmelstein MS, Fernandez AB, et al. The effects of an acute weight stigma exposure on cardiovascular reactivity among wo. *J Psychosom Res*. 2023.
10. Pearl RL, Wadden TA, Hopkins CM, Shaw JA, Hayes MR, Bakizada ZM, et al. Association between weight bias internalization and metabolic syndrome among treatment-seeking individuals with obesity. *Obesity*. 2017;317–22.

11. Munhoz CD, García-Bueno B, Madrigal JLM, Lepsch LB, Scavone C, Leza JC. Stress-induced neuroinflammation: mechanisms and new pharmacological targets. *Brazilian J Med Biol Res.* 2008;1037–46. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO100-879X2008001200001&lng=en&tlng=en
12. Stuart KE, Padgett C. A Systematic Review of the Association Between Psychological Stress and Dementia Risk in Humans. Rissman R, editor. *J Alzheimer's Dis.* 2020;335–52. Available from: <https://www.medra.org/servlet/aliasResolver?alias=iospress&doi=10.3233/JAD-191096>
13. Sutin AR, Stephan Y, Robinson E, Daly M, Terracciano A. Perceived weight discrimination and risk of incident dementia. *Int J Obes.* 2019;1130–4.
14. Sutin AR, Stephan Y, Terracciano A. Weight Discrimination and Risk of Mortality. *Psychol Sci.* 2015;1803–11.
15. Puhl R, Brownell KD. Ways of coping with obesity stigma: review and conceptual analysis. *Eat Behav.* 2003;53–78.
16. Davidsen E, Pico ML, Sandøe P, Lund TB. “I am very critical of my body, but I am not a worthless person”: A qualitative investigation of internalized weight stigma in Denmark. *Front Psychol.* 2023. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2022.1049568/full>
17. Himmelstein MS, Puhl RM, Quinn DM. Intersectionality: An Understudied Framework for Addressing Weight Stigma. *Am J Prev Med.* 2017;421–31.
18. Hübner C, Baldofski S, Zenger M, Tigges W, Herbig B, Jurowich C, et al. Influences of general self-efficacy and weight bias internalization on physical activity in bariatric surgery candidates. *Surg Obes Relat Dis.* 2015;1371–6.
19. Pearl RL, Puhl RM, Dovidio JF. Differential effects of weight bias experiences and internalization on exercise among women with overweight and obesity. *J Health Psychol.* 2015;1626–32. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24505060/>
20. Pearl RL, Puhl RM, Lessard LM, Himmelstein MS, Foster GD. Prevalence and correlates of weight bias internalization in weight management: A multinational study. *SSM - Popul Heal.* 2021.
21. Vartanian LR, Pinkus RT, Smyth JM. Experiences of weight stigma in everyday life: Implications for health motivation. *Stigma Heal.* 2018;85–92.
22. Schvey NA, Puhl RM, Brownell KD. The Impact of Weight Stigma on Caloric Consumption. *Obesity.* 2011;1957–62. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1038/oby.2011.204>

23. Major B, Hunger JM, Bunyan DP, Miller CT. The ironic effects of weight stigma. *J Exp Soc Psychol.* 2013:74–80.
24. Thiel A, John JM, Carl J, Thedinga HK. Weight Stigma Experiences and Physical (In) activity: A Biographical Analysis. *Obes Facts.* 2020. Available from: [/pmc/articles/PMC7445546/](#)
25. Hatzenbuehler ML, Keyes KM, Hasin DS. Associations Between Perceived Weight Discrimination and the Prevalence of Psychiatric Disorders in the General Population. *Obesity.* 2009:2033–9. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1038/oby.2009.131>
26. Lee KM, Hunger JM, Tomiyama AJ. Weight stigma and health behaviors: evidence from the Eating in America Study. *Int J Obes.* 2021:1499–509. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41366-021-00814-5>
27. Himmelstein MS, Puhl RM, Quinn DM. Overlooked and Understudied: Health Consequences of Weight Stigma in Men. *Obesity.* 2019:1598–605. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/oby.22599>
28. Drury CAA, Louis M. Exploring the Association Between Body Weight, Stigma of Obesity, and Health Care Avoidance. *J Am Acad Nurse Pract.* 2002:554–61. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1745-7599.2002.tb00089.x>
29. Amy NK, Aalborg A, Lyons P, Keranen L. Barriers to routine gynecological cancer screening for White and African-American obese women. 2005:147–55. Available from: <https://www.nature.com/articles/0803105>
30. Rohde JF, Hessner MV, Lous J, Müller P, Hølund U, Heitmann BL. The Importance of Gender of Patients and General Practitioners in Relation to Treatment Practices for Overweight. Siribaddana S, editor. *PLoS One.* 2014. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0095706>
31. Aldrich T, Hackley B. The Impact of Obesity on Gynecologic Cancer Screening: An Integrative Literature Review. *J Midwifery Womens Health.* 2010:344–56.
32. Cohen SS, Palmieri RT, Nyante SJ, Koralek DO, Kim S, Bradshaw P, et al. Obesity and screening for breast, cervical, and colorectal cancer in women - A review. *Cancer.* 2008:1892–904. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/cncr.23408>
33. Maruthur NM, Bolen S, Brancati FL, Clark JM. Obesity and Mammography: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Gen Intern Med.* 2009:665–77. Available from: <https://link.springer.com/10.1007/s11606-009-0939-3>

34. Puhl RM, Lessard LM, Himmelstein MS, Foster GD. The roles of experienced and internalized weight stigma in healthcare experiences: Perspectives of adults engaged in weight management across six countries. *PLoS One*. 2021. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0251566>
35. O'Donoghue G, Cunningham C, King M, O'Keefe C, Rofaeil A, McMahon S. A qualitative exploration of obesity bias and stigma in Irish healthcare; the patients' voice. Cheungpasitporn W, editor. *PLoS One*. 2021. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0260075>
36. Hebl MR, Xu J. Weighing the care: physicians' reactions to the size of a patient. *Int J Obes*. 2001;1246–52. Available from: <https://www.nature.com/articles/0801681>
37. García JA, y Olmos FC, Matheu ML, Carreño TP. Self esteem levels vs global scores on the Rosenberg self-esteem scale. *Heliyon*. 2019. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2405844018353763>
38. Pearl RL, Puhl RM. The distinct effects of internalizing weight bias: An experimental study. *Body Image*. 2016;38–42. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1740144515300085>
39. Hilbert A, Braehler E, Haeuser W, Zenger M. Weight bias internalization, core self-evaluation, and health in overweight and obese persons. *Obesity*. 2014;79–85.
40. Schvey NA, White MA. The internalization of weight bias is associated with severe eating pathology among lean individuals. *Eat Behav*. 2015;1–5. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S147101531400172X>
41. Latner JD, Barile JP, Durso LE, O'Brien KS. Weight and health-related quality of life: The moderating role of weight discrimination and internalized weight bias. *Eat Behav*. 2014;586–90. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1471015314001251>
42. Puhl RM, Wall MM, Chen C, Bryn Austin S, Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D. Experiences of weight teasing in adolescence and weight-related outcomes in adulthood: A 15-year longitudinal study. *Prev Med (Baltim)*. 2017;173–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0091743517301433>
43. Hunger JM, Tomiyama AJ. Weight Labeling and Disordered Eating Among Adolescent Girls: Longitudinal Evidence From the National Heart, Lung, and Blood Institute Growth and Health Study. *J Adolesc Heal*. 2018;360–2. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1054139X18300119>

44. Spiel EC, Rodgers RF, Paxton SJ, Wertheim EH, Damiano SR, Gregg KJ, et al. 'He's got his father's bias': Parental influence on weight bias in young children. *Br J Dev Psychol.* 2016:198–211.
45. Stice E, Gau JM, Rohde P, Shaw H. Risk factors that predict future onset of each DSM–5 eating disorder: Predictive specificity in high-risk adolescent females. *J Abnorm Psychol.* 2017:38–51. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/abn0000219>
46. Stice E, Marti CN, Durant S. Risk factors for onset of eating disorders: Evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behav Res Ther.* 2011:622–7. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0005796711001306>
47. Black EB, Garratt M, Beccaria G, Mildred H, Kwan M. Body image as a predictor of nonsuicidal self-injury in women: A longitudinal study. *Compr Psychiatry.* 2019:83–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0010440X18301950>
48. Loth KA, MacLehose R, Bucchianeri M, Crow S, Neumark-Sztainer D. Predictors of Dieting and Disordered Eating Behaviors From Adolescence to Young Adulthood. *J Adolesc Heal.* 2014:705–12. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1054139X14001943>
49. Ackard DM, Kearney-Cooke A, Peterson CB. Effect of body image and self-image on women's sexual behaviors. *Int J Eat Disord.* 2000:422–9.
50. Neumark-Sztainer D, Bauer KW, Friend S, Hannan PJ, Story M, Berge JM. Family Weight Talk and Dieting: How Much Do They Matter for Body Dissatisfaction and Disordered Eating Behaviors in Adolescent Girls? *J Adolesc Heal.* 2010:270–6. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1054139X10000881>
51. Almeida L, Savoy S, Boxer P. The role of weight stigmatization in cumulative risk for binge eating. *J Clin Psychol.* 2011:278–92.
52. Dr.dk. Hver sjette danske eliteatlet har symptomer på spiseforstyrrelser: 'De store advarselslamper blinker'. 2022. Available from: <https://www.dr.dk/sporten/hver-sjette-danske-eliteatlet-har-symptomer-paa-spiseforstyrrelser-de-store-advarselslamper>
53. Gerend MA, Patel S, Ott N, Wetzel K, Sutin AR, Terracciano A, et al. Coping with weight discrimination: Findings from a qualitative study. *Stigma Heal.* 2021:440–9. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/sah0000335>

54. Hajek A, Kretzler B, König H-H. The Association Between Obesity and Social Isolation as Well as Loneliness in the Adult Population: A Systematic Review. *Diabetes, Metab Syndr Obes Targets Ther.* 2021;2765–73. Available from: <https://www.dovepress.com/the-association-between-obesity-and-social-isolation-as-well-as-loneli-peer-reviewed-fulltext-article-DMSO>
55. Robroek SJ, Reeuwijk KG, Hillier FC, Bambra CL, van Rijn RM, Burdorf A. The contribution of overweight, obesity, and lack of physical activity to exit from paid employment: a meta-analysis. *Scand J Work Environ Health.* 2013;233–40. Available from: http://www.sjweh.fi/show_abstract.php?abstract_id=3354
56. Cawley J. The Impact of Obesity on Wages. *J Hum Resour.* 2004. Available from: <https://www.jstor.org/stable/3559022?origin=crossref>
57. Caliendo M, Lee W-S. Fat chance! Obesity and the transition from unemployment to employment. *Econ Hum Biol.* 2013;121–33. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1570677X12000081>
58. Bramming M, Jørgensen MB, Christensen AI, Lau CJ, Egan KK, Tolstrup JS. BMI and Labor Market Participation: A Cohort Study of Transitions Between Work, Unemployment, and Sickness Absence. *Obesity.* 2019;1703–10. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/oby.22578>
59. Agerström J, Rooth DO. The Role of Automatic Obesity Stereotypes in Real Hiring Discrimination. *J Appl Psychol.* 2011;790–805.
60. Alavinia SM, Burdorf A. Unemployment and retirement and ill-health: a cross-sectional analysis across European countries. *Int Arch Occup Environ Health.* 2008;39–45. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00420-008-0304-6>
61. Johansson E, Böckerman P, Kiiskinen U, Heliövaara M. Obesity and labour market success in Finland: The difference between having a high BMI and being fat. *Econ Hum Biol.* 2009;36–45. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1570677X09000094>
62. Kang H-T, Lee H-R, Lee Y-J, Linton JA, Shim J-Y. Relationship between employment status and obesity in a Korean elderly population, based on the 2007–2009 Korean National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES). *Arch Gerontol Geriatr.* 2013;54–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0167494313000277>
63. Reiband HK, Heitmann BL, Sørensen TIA. Adverse labour market impacts of childhood and adolescence overweight and obesity in Western societies—A literature review. *Obes Rev.* 2020. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/obr.13026>

64. Toft U, Vinding AL, Larsen FB, Hvidberg MF, Robinson KM, Glümer C. The development in body mass index, overweight and obesity in three regions in Denmark. *Eur J Public Health*. 2015:273–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25414483/>
65. Puhl RM, Heuer CA. The Stigma of Obesity: A Review and Update. *Obesity*. 2009:941–64.
66. Sarlio-Lahteenkorva S, Lahelma E. The association of body mass index with social and economic disadvantage in women and men. *Int J Epidemiol*. 1999:445–9. Available from: <https://academic.oup.com/ije/article-lookup/doi/10.1093/ije/28.3.445>
67. Brunello G, D’Hombres B. Does body weight affect wages - Evidence from Europe. *Econ Hum Biol*. 2007:1–19.
68. Sundhedsstyrelsen. Den nationale sundhedsprofil 2010 - Hvordan har du det? 2011.
69. Brown C, Routon PW. On the distributional and evolutionary nature of the obesity wage penalty. *Econ Hum Biol*. 2018:160–72.
70. Taras H, Potts-Datema W. Obesity and Student Performance at School. *J Sch Health*. 2005:291–5. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1746-1561.2005.00040.x>
71. Booth JN, Tomporowski PD, Boyle JME, Ness AR, Joinson C, Leary SD, et al. Obesity impairs academic attainment in adolescence: findings from ALSPAC, a UK cohort. *Int J Obes*. 2014:1335–42.
72. Clark D, Slate JR, Viglietti GC. Children’s Weight and Academic Performance in Elementary School: Cause for Concern? *Anal Soc Issues Public Policy*. 2009:185–204.
73. Sabia JJ. The Effect of Body Weight on Adolescent Academic Performance. 2007. Available from: https://www.researchgate.net/publication/24050102_The_Effect_of_Body_Weight_on_Adolescent_Academic_Performance
74. Truong K, Sturm R. *Schooling and Human Capital*. Oxford University Press; 2011.
75. Fowler-Brown AG, Ngo LH, Phillips RS, Wee CC. Adolescent Obesity and Future College Degree Attainment. *Obesity*. 2010:1235–41.
76. MacCann C, Roberts RD. Just as smart but not as successful: obese students obtain lower school grades but equivalent test scores to nonobese students. *Int J Obes*. 2013:40–6.

77. Finn KE, Seymour CM, Phillips AE. Weight bias and grading among middle and high school teachers. *Br J Educ Psychol*. 2020:635–47. Available from: <https://bpspsychub.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bjep.12322>
78. Skogen IB, Båtevik FO, Krumsvik RJ, Høydal KL. Weight-Based Victimization and Physical Activity Among Adolescents With Overweight or Obesity: A Scoping Review of Quantitative and Qualitative Evidence. *Front Sport Act Living*. 2022.
79. Hand WB, Robinson JC, Stewart MW, Zhang L, Hand SC. The Identity Threat of Weight Stigma in Adolescents. *West J Nurs Res*. 2017:991–1007.
80. Himmelstein MS, Puhl RM, Watson RJ. Weight-based victimization, eating behaviors, and weight-related health in Sexual and Gender Minority Adolescents. *Appetite*. 2019.
81. Puhl RM, Luedicke J. Weight-Based Victimization Among Adolescents in the School Setting: Emotional Reactions and Coping Behaviors. *J Youth Adolesc*. 2012:27–40.
82. Maiano C, Lepage G, Aimé A, Morin AJS, Bayard C, Dansereau-Trahan É, et al. Perceived weight-related victimization and physical activity outcomes among adolescents with overweight and obesity: Indirect role of perceived physical abilities and fear of enacted stigma. *Psychol Sport Exerc*. 2018:70–8.
83. Stearns JA, Carson V, Spence JC, Faulkner G, Leatherdale ST. The role of peer victimization in the physical activity and screen time of adolescents: a cross-sectional study. *BMC Pediatr*. 2017.
84. Watanabe PI, Fontana FE, Silva MP da, Mazzardo O, Bacil EDA, Campos W de. Association between weight-teasing and physical activity in adolescents. *Rev Paul Pediatr*. 2017:309–15.
85. Chen L-J, Fox KR, Haase AM. Body image and physical activity among overweight and obese girls in Taiwan. *Womens Stud Int Forum*. 2010:234–43.
86. Øen G, Kvilhaugsvik B, Eldal K, Halding A-G. Adolescents' perspectives on everyday life with obesity: a qualitative study. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2018.
87. Reece LJ, Bissell P, Copeland RJ. 'I just don't want to get bullied anymore, then I can lead a normal life': Insights into life as an obese adolescent and their views on obesity treatment. *Heal Expect*. 2016:897–907.
88. Li W, Rukavina P. The Nature, Occurring Contexts, and Psychological Implications of Weight-Related Teasing in Urban Physical Education Programs. *Res Q Exerc Sport*. 2012:308–17.

89. Li W, Rukavina PB, Wright P. Coping mechanisms against weight related teasing among overweight or obese adolescents in urban physical education. 2012. Available from: https://www.researchgate.net/publication/267040273_Coping_mechanisms_against_weight_related_teasing_among_overweight_or_obese_adolescents_in_urban_physical_education
90. Lewis K, Fraser C, Manby M. 'Is It Worth It?' A Qualitative Study of the Beliefs of Overweight and Obese Physically Active Children. *J Phys Act Heal*. 2014;12:19–24.
91. Klinck M, Vannucci A, Fagle T, Ohannessian CM. Appearance-related teasing and substance use during early adolescence. *Psychol Addict Behav*. 2020;54:1–8. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/adb0000563>
92. Sutin AR, Stephan Y, Robinson E, Daly M, Terracciano A. Body-related discrimination and dieting and substance use behaviors in adolescence. *Appetite*. 2020. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0195666319314266>
93. Simone M, Hooper L, Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D. Unhealthy weight control behaviors and substance use among adolescent girls: The harms of weight stigma. *Soc Sci Med*. 2019;64–70. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S027795361930317X>
94. Hunger JM, Tomiyama AJ. Weight Labeling and Obesity. *JAMA Pediatr*. 2014. Available from: <http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamapediatrics.2014.122>
95. Schvey NA, Marwitz SE, Mi SJ, Galescu OA, Broadney MM, Young-Hyman D, et al. Weight-based teasing is associated with gain in BMI and fat mass among children and adolescents at-risk for obesity: A longitudinal study. *Pediatr Obes*. 2019. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ijpo.12538>
96. Tang-Péronard JL, Heitmann BL. Stigmatization of obese children and adolescents, the importance of gender. *Obes Rev*. 2008;5:22–34. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-789X.2008.00509.x>
97. VIVE - Viden til velfærd. The Social Cost of Childhood Overweight and Obesity – Results on Health Care Usage, Well-Being, Education, and Labor Market Outcomes Until the Age of 21. 2024.
98. Vámosi ME, Heitmann BL, Thinggaard M, Kyvik KO. Parental Care in Childhood and Obesity in Adulthood: A Study Among Twins. *Obesity*. 2011;14:45–50. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1038/oby.2011.20>

99. Vámosi M, Heitmann BL, Thinggaard M, Kyvik KO. Being bullied during childhood and the risk of obesity in adulthood: A co-twin control study. *Health (Irvine Calif)*. 2012;1537–45. Available from: <http://www.scirp.org/journal/doi.aspx?DOI=10.4236/health.2012.412A220>
100. Zuba A, Warschburger P. The role of weight teasing and weight bias internalization in psychological functioning: a prospective study among school-aged children. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2017;1245–55. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00787-017-0982-2>
101. Jendrzyca A, Warschburger P. Weight stigma and eating behaviours in elementary school children: A prospective population-based study. *Appetite*. 2016;51–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S019566631630040X>
102. Butt M, Harvey A, Khesroh E, Rigby A, Paul IM. Assessment and impact of paediatric internalized weight bias: A systematic review. *Pediatr Obes*. 2023. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijpo.13040>
103. Pullmer R, Kerrigan SG, Grilo CM, Lydecker JA. Factors linking perceived discrimination and weight bias internalization to body appreciation and eating pathology: A moderated mediation analysis of self-compassion and psychological distress. *Stigma Heal*. 2021;494–501. Available from: <https://doi.apa.org/doi/10.1037/sah0000334>
104. Sutin AR, Robinson E, Daly M, Terracciano A. Perceived Body Discrimination and Intentional Self-Harm and Suicidal Behavior in Adolescence. *Child Obes*. 2018;528–36. Available from: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/chi.2018.0096>
105. Douglas VJ, Kwan MY, Gordon K. The roles of weight stigma, emotion dysregulation, and eating pathology in suicide risk. *Body Image*. 2021;162–70. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1740144521000589>
106. Daly M, Robinson E, Sutin AR. Perceived overweight and suicidality among US adolescents from 1999 to 2017. *Int J Obes*. 2020;2075–9. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41366-020-0620-9>
107. Minor T, Ali MM, Rizzo JR. Body Weight and Suicidal Behavior in Adolescent Females: The Role of Self-Perception. 2016;21–31.
108. Lewis S, Thomas SL, Blood RW, Castle DJ, Hyde J, Komesaroff PA. How do obese individuals perceive and respond to the different types of obesity stigma that they encounter in their daily lives? A qualitative study. *Soc Sci Med*. 2011 Nov; 1349–56. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953611005284>

4

Forebyggelse af vægtstigmatisering

I dette kapitel gennemgås internationale strategier og indsatser til forebyggelse af vægtstigmatisering. Der er inddraget litteratur om strukturelle indsatser samt om de arenaer, hvor stigmatisering forekommer: sundhedsvæsenet, arbejdspladser, skoler og uddannelse, medier og populærkultur. Til sidst gennemgås indsatser ift. nære relationer og selvstigmatisering.

Kapitelsammenfatning

Børn og unge

Forskningen peger på, at undervisning om, at årsagerne til, at man udvikler høj vægt, er komplekse, kan mindske vægtstigmatisering blandt lærere. Arbejdsgruppen vurderer, at implementering af mobbehandlingsplaner, der også har fokus på afstigmatisering af vægt, kan mindske læreres fordomme på kort sigt.

Der findes evidensbaserede indsatser til at fremme barnets trivsel gennem styrkede forældreverner og til at fremme trivsel og forebygge mobning i skoler. Disse indsatser har ikke specifikt fokus på vægtstigmatisering, men det er arbejdsgruppens vurdering, at det vil være en fordel at være opmærksom på risiko for vægtstigmatisering i forbindelse med implementering af de evidensbaserede indsatser i familier og skoler.

Forskningen peger ligeledes på, at initiativer såsom undervisningsmaterialer og workshops i skoler, der fremmer kropstilfredshed samt accept af kropsdiversitet og øget kritisk bevidsthed om kropsidealer, har en positiv indvirkning på børns selvopfattelse og syn på deres egen krop.

Voksne

Forskning peger på, at man ved at øge viden om de komplekse årsager til udvikling af høj vægt og om, at høj vægt generelt ikke er individets egen skyld, kan påvirke fordomme og dermed mindske vægtstigmatisering. Desuden peger forskningen på, at initiativer med fokus på generel sundhed som sundhedsmål frem for vægttab samt afstigmatisering af kropsvægt har en positiv effekt på individets selvstigmatisering

Strukturelle indsatser kan være et bidrag til at ændre kultur, fordi lovgivning og politikker kan være med til at signalere værdier om retfærdighed og lige muligheder for alle uanset kropsvægt.

Opmærksomhed på vægt i sundhedsvæsenet, på arbejdsmarkedet samt i mediebilledet kan muligvis bidrage til afstigmatisering, men der mangler forskning på området. Der er ligeledes behov for forskning i forebyggelse af vægtstigmatisering i nære relationer og i effekten af forældreuddannelse i denne sammenhæng. Reducering af vægtstigmatisering kræver tid, derfor kan en ændring af individets egen kropsofattelse bidrage. Flere kommunale initiativer i Danmark er baseret på vægtneutrale principper, men disse er ikke evalueret endnu.

4.1 Baggrund

På baggrund af rapportens forudgående kapitler kan vi konkludere, at bevidste og ubevidste fordomme og stereotyper om personer med høj vægt grundlægges allerede hos små børn og kan fortsætte op gennem livet hos personer i alle aldre. Fordomme og vægtstigmatisering eksisterer og udspiller sig på flere niveauer i tilværelsen, fra det individuelle niveau via selvstigmatisering og mellem mennesker til det strukturelle og samfundsmæssige niveau, hvor forskelsbehandling forekommer. Arbejdsgruppen vurderer, at fordomme og vægtstigmatisering også er vidt udbredt i Danmark blandt både børn og voksne. Spørgeskemaundersøgelser og kvalitativ forskning viser, at mange personer oplever vægtstigmatisering som noget, der påvirker deres livsforhold negativt. Det føles fx uretfærdigt og ydmygende. Desuden kan vægtstigmatisering for personer med høj vægt føre til følelsen af at være udstødt og uden for fællesskabet.

Forskningen tyder på, at stigmatisering udover at være ubehageligt kan påvirke helbredet mere alvorligt. Der mangler forskning, som dokumenterer denne sammenhæng bedre, men den gennemgåede forskning peger i den samme retning på mange helbredsområder og giver mistanke om, at der er en årsagssammenhæng mellem vægtstigmatisering, dårligere fysisk og mentalt helbred samt socioøkonomiske forhold. Der er særlig grund til at være bekymret for, hvordan vægtstigmatisering påvirker børn og unges trivsel, præstationer i skolen og uddannelsesmuligheder.

Den samlede viden giver anledning til at styrke forebyggelse af vægtstigmatisering – både ud fra en sundhedsfaglig bekymring og ud fra en værdi om, at alle individer, uanset udseende, bør behandles ordentligt og retfærdigt og have lige muligheder for trivsel i skolen, for tilknytning til arbejdsmarkedet, for god behandling i sundhedsvæsenet m.m. Det er uretfærdigt, at vi behandler personer med høj vægt differentieret alene på baggrund af deres kropsstørrelse. I det følgende ser vi på, hvilken viden der findes om mulighederne for at forebygge vægtstigmatisering.

Internationale anbefalinger

Set i forhold til den politiske og sociale bevågenhed og mobilisering, der er opstået omkring andre former for stigmatisering af fx race og seksualitet, har der været mindre fokus på at mindske vægtstigmatisering internationalt og i Danmark (1). Internationale og danske NGO'er som National Association to Advance Fat Acceptance (NAAFA) (2), the European Association for the Study of Obesity (EASO), Adipositasforeningen og FedFront arbejder mod vægtstigmatisering og for lige rettigheder for personer med høj vægt, fx via vidensdeling.

Støtteorganisationer såsom World Obesity Federation, Obesity UK, Obesity Empowerment Network og Verdenssundhedsorganisationen WHO anbefaler, at der sættes ind over for vægtstigmatisering på et strukturelt og politisk niveau, fordi det

vurderes i organisationerne, at det vil bidrage til at mindske vægtstigmatisering (3–5). Organisationerne har fokus på behovet for at ændre det grundlæggende syn på personer med høj vægt (3,6,7). De arbejder for at ændre forståelsen af høj vægt som udelukkende et personligt ansvar for derigennem at ændre på vægtdiskrimination. Det kræver, at der i højere grad skabes et opbyggende samfund med et sundt miljø, blandt både børn og voksne, hvor der er en større anerkendelse af kropsdiversitet og forståelse af, at det for mange ikke er muligt at opnå et betydeligt og bæredygtigt vægttab. Organisationerne peger på et behov for en vedvarende indsats over år, fx via mere og bedre undervisning om høj vægt og de skadelige virkninger af vægtstigmatisering i de sundhedsprofessionelle uddannelser og en generel brug af et ikkestigmatiserende sprogbrug.

4.2 Strukturelle forebyggelsesindsatser

Delkonklusion

Der findes kun få studier med fokus på forebyggelse af vægtstigmatisering via strukturelle forebyggelsesindsatser, som fx lovgivning og politikker.

Forskningen antyder, at personer, der mener, at høj vægt er et personligt ansvar, er mindre motiverede for at skabe politikker og strukturer, der beskytter personer med høj vægt mod stigmatisering. Der er ikke studier, der undersøger, om bestemte politikker og strukturer forebygger vægtstigmatisering.

Fra forskning i sygdomsforebyggelse ved vi, at strukturelle indsatser som lovgivning og politikker generelt er effektive i forhold til at ændre sundhedsadfærd og til at undgå formel diskrimination. Arbejdsgruppen vurderer på den baggrund, at lovgivning mod forskelsbehandling kan skabe rammer, der bidrager til at beskytte personer med høj vægt mod forskelsbehandling og derudover bidrage til en kulturændring.

Det kan ikke vurderes, om det er afstigmatiserende at definere svær overvægt som en sygdom.

I afsnittene om sundhedsvæsenet (4.3) og arbejdsmarkedet (4.4) tyder forskningen på, at en opmærksomhed på de fysiske rammer i sundhedsvæsenet og politikker på arbejdsmarkedet kan være med til at mindske vægtstigmatisering, men der er behov for mere forskning, før vi med sikkerhed kan udtale os om effekten af dette.

Strukturel forebyggelse handler om at skabe sunde rammer for befolkningen. Det kan man gøre ved at forandre de vilkår og ydre omstændigheder, der danner grundlag for sundhed og risiko for sygdom, fx gennem lovgivning og fysiske rammer.

Lovgivning

En strukturel indsats mod diskrimination eksisterer i dag form af loven om forbud mod forskelsbehandling på arbejdsmarkedet, som gør det strafbart at diskriminere personer pga. race, hudfarve, religion eller tro, politisk anskuelse, seksuel orientering, alder, handicap eller national, social eller etnisk oprindelse (8). I USA og Island indeholder lov mod forskelsbehandling også vægt. I staten Michigan i USA er arbejdsgivere siden 1976 ved lov forbudt at diskriminere ansøgere til ansættelse baseret på deres vægt. Der findes lignende lovgivning i syv amerikanske byer, senest New York City i 2023. Islands hovedstad Reykjavik tilføjede i 2016 kropsvægt som en beskyttet kategori i sit menneskerettighedssystem, hvilket vil sige, at det ikke er tilladt at forskelsbehandle personer på baggrund af denne kategori (9,10). Det er vanskeligt at vurdere, hvorvidt forskelsbehandlingsloven i disse lande har påvirket stigmatiseringen, eller om en generel kulturændring i samfundet har påvirket politikerne til at indføre loven. Det er arbejdsgruppens vurdering, at det vil have positive effekter for personer med høj vægt at inkludere kropsstørrelse i forskelsbehandlingsloven i Danmark. Det vil forhindre uretfærdig forskelsbehandling, det vil signalere, at politikerne ønsker en kultur uden vægtstigmatisering, og det vil muligvis være forebyggende ift. stigmatisering.

Politikker

Et systematisk litteraturstudie fra 2021 undersøger, hvordan vægtstigmatisering medtænkes i politikker, og hvorvidt disse kan reducere vægtstigmatisering (11). Ud af 3.219 fundne artikler blev 47 artikler med fokus på høj vægt, vægtstigmatisering og politik inkluderet i reviewet og kun tre studier af høj kvalitet. I det systematiske litteraturstudie fandt man, at der sjældent blev taget højde for vægtstigmatisering i sundhedspolitik (fx reklamebegrænsninger og regulering af fødevarer-/drikkevareindustrien), og at politisk støtte til vægtrelaterede politikker ofte afhæng af, hvordan ansvaret for kropsvægt blev anskuet. Der var større politisk støtte og velvilje til at gennemføre strukturelle ændringer, når udgangspunktet var, at årsagerne til høj vægt er komplekse og ikke kun den enkeltes ansvar, end hvis udgangspunktet var, at høj vægt skyldes individuelle forhold såsom manglende viljestyrke hos den enkelte. Opfattelsen af årsagerne til udvikling af høj vægt som enten individuel eller kompleks havde betydning for, om der var opbakning til 'protective policies' (fx love imod vægtbaseret diskrimination) eller 'penalizing policies' (fx dyrere sundhedsforsikringer for personer med høj vægt). Dette billede er dog ikke entydigt i reviewet, og det kan desuden ikke sige noget om, hvorvidt de forskellige politiske tiltag har en reel effekt ift. at mindske vægtstigmatisering, da der mangler evaluering af indsatserne.

Er det afstigmatiserende at definere svær overvægt som en sygdom?

Nogle danske og internationale læger og forskere, Europa-Kommissionen samt store organisationer, som fx den amerikanske lægeforening AMA og World Obesity Federation, er fortalere for, at svær overvægt (defineret som BMI > 30) bør karakteriseres som en kronisk sygdom (12,13). Der argumenteres for, at dette vil være medvirkende til at mindske stigmatisering forbundet med høj vægt (14), da fremhævelsen af bl.a. genetiske og biologiske årsager til høj vægt vil ændre det generelle syn på vægt som udelukkende selvforskyldt og fjerne den skyld og skam, som enkeltpersoner med høj vægt kan opleve pga. deres vægt.

Enkelte empiriske studier har undersøgt, hvorvidt forståelsen af svær overvægt som en sygdom kan virke afstigmatiserende. Fx i et amerikansk-canadisk eksperimentelt studie fra 2018, hvor 309 personer, som blev delt op i tre grupper, der læste en af tre tekster, der enten handlede om svær overvægt som en sygdom, svær overvægt som ikke værende en sygdom og en kontrolartikel, der ikke omhandlede overvægt (15). Undersøgelsen viste bl.a., at de personer, der havde læst teksten om svær overvægt som sygdom, efterfølgende var mere positive over for personer med svær overvægt end dem, der havde læst de to andre tekster. Resultatet kan måske forklares ved, at læserne forstod, at høj vægt ikke er individets ansvar, men en sygdom. Studiet testede ikke andre modeller, som mindsker individets ansvar for egen vægt, som fx en tekst, der italesatte strukturelle årsager, eller en HAES (Health at Every Size)-tilgang, hvor generel sundhed ses som sundhedsmål frem for vægttab.

I en anden eksperimentel undersøgelse fra 2022 blev 365 sundhedsprofessionelle fra Australien, Storbritannien og USA delt op i to grupper. Den ene gruppe fik til opgave at betragte svær overvægt som en sygdom, mens den anden gruppe ikke skulle se det som en sygdom. Derefter blev begge grupper præsenteret for en hypotetisk medicinsk profil af en patient, der havde både svær overvægt og migræne (16). Resultaterne er ikke entydige, da der ikke var den store forskel på de to grupper, men de sundhedsprofessionelle, som blev bedt om at anse svær overvægt for at være en sygdom, kom med flere migrænerelaterede behandlingsforslag end de sundhedsprofessionelle i den anden gruppe, hvor svær overvægt ikke blev konceptualiseret som sygdom.

At anse svær overvægt som en sygdom er et omdiskuteret emne uden enighed, heller ikke i en dansk kontekst, og der er mangelfuld evidens i forhold til, om det kan mindske vægtstigmatisering.

4.3 Indsatser i sundhedsvæsenet

Delkonklusion

Et øget vidensniveau og respektfuld kommunikation om høj vægt blandt sundhedsprofessionelle samt gode fysiske rammer for personer med høj vægt kan potentielt have betydning for forebyggelse af vægtstigmatisering. Dog er der mangelfuld evidens om, hvor effektive disse tiltag er til at forebygge vægtstigmatisering i sundhedsvæsenet.

Organisationer som Obesity Canada og Obesity UK har til sundhedsprofessionelle udviklet guidelines og best practice-materiale, der fokuserer på at forbedre sundhedsresultaterne for patienter med høj vægt og reducere vægtstigmatisering. I Danmark har det kommunale netværk Sund By Netværket udgivet en formidlingsguide til fagpersoner om god kommunikation om høj vægt. Ingen af disse guidelines er evalueret, hvorfor effekten af dem ikke kan vurderes og evidensen vurderes som mangelfuld.

Et systematisk litteraturstudie publiceret i 2022 har gennemgået international litteratur om reduktion af vægtstigmatisering i sundhedsvæsenet. Forfatterne fandt 25 relevante studier, hvoraf ingen var danske. Blandt de 25 studier var der 14 opfølgingsstudier og 11 kontrollerede forsøg, hvoraf syv var randomiserede kontrollerede forsøg (17). Forfatterne identificerede flere temaer, som så ud til at have en gavnlig effekt på vægtstigmatisering, herunder beskrives to potentielt vigtige temaer: 1) uddannelse af medicinstuderende og 2) fysiske rammer. Det første tema handlede om uddannelse af medicinstuderende i, hvorledes udvikling og regulering af vægt er kompleks, samt uddannelse om forekomst, baggrunde for og betydning af vægtstigmatisering. Netop medicinstuderende blev vurderet til at være en relevant målgruppe, da de studerende er i en proces, hvor deres viden om og holdninger til høj vægt er under udvikling. Derudover fandt man, at de var mere åbne over for nye informationer og opfattelser af høj vægt end færdiguddannede sundhedsprofessionelle. Hvad angår det andet tema om fysiske ramme konkluderede litteraturstudiet, at de fysiske rammer bør være hensigtsmæssige i forhold til personer med forskellig størrelse, fx at der er stole uden armlæn eller blodtryksapparater, som kan tilpasses patienternes overarme m.m. Et andet systematisk litteraturstudie fra 2023 inkluderede ti reviews om forebyggelse af vægtstigmatisering i sundhedsvæsenet (18). Studiet konkluderer, at der er behov for uddannelse af sundhedsprofessionelle bl.a. i viden om genetiske forhold og om socioøkonomiske aspekter af høj vægt. Forfatterne konkluderer også, at HAES-tilgangen, kan have en gavnlig effekt, da den har vist sig effektiv i forhold til psykologiske og fysiske effektmål. Desuden dropper færre ud af forløb,

som har den tilgang til deltagerne. Forfatterne pointerer dog, at mange af de primære studier, der var inkluderet i litteraturstudiet, var af lav kvalitet, og at det ikke var muligt at vurdere effekten af mange af de undersøgte interventioner (19). Begge litteraturstudier konkluderer, at der mangler viden om effektive indsatser til forebyggelse af vægtstigmatisering i sundhedsvæsenet.

Organisationen Obesity Canada har udviklet guidelines (5 As of Obesity Management) til forskellige målgrupper (hhv. voksne, børn og gravide med svær overvægt samt almen praksis). Her gives der meget konkrete råd og vejledning ift. hvordan den sundhedsprofessionelle kan tale om vægt på en respektfuld måde. De fem A'er står for ask (spørg), assess (vurder), advise (rådgiv), agree (opnå enighed) og assist (assister). Der er lavet flere forskningsprojekter ifm. 5 As, som bl.a. viser, at metoden fremmer, at samtaler om høj vægt finder sted (20), samt at metoden kan have positiv indflydelse ift. selvstigmatisering (21). Der synes dog ikke at være videnskabelig forskning, der undersøger, om samtalerne faktisk virker afstigmatiserende. Ligeledes mangler der umiddelbar evidens for, at brugen af 'person first'-sprog faktisk fører til afstigmatisering (4).

Best Practise Guidelines

Der er udviklet en del materiale, som skal understøtte sundhedsprofessionelle i respektfuld og ikkestigmatiserende kommunikation om høj vægt. Effekten af dem er ikke videnskabeligt undersøgt, men de anvendes i andre lande som 'best practice'. Obesity Canada arbejder med at skabe sundhed og trivsel, frem for vægttab alene som et middel til at mindske vægtstigmatisering (22). Baseret på litteraturgennemgangen anbefaler Obesity Canada bl.a. en ændring af fokus inden for fedmebehandling for at forbedre sundhedsresultaterne for patienter. Dette indebærer at fremhæve andre aspekter end blot vægttab som det primære mål, med det formål at imødegå vægtstigmatisering. (se Faktaboks 6).

En amerikansk guideline fra 2023 beskriver en gennemgang af anbefalinger i forhold til at reducere vægtstigmatisering i sundhedsvæsenet, med særligt fokus på børn og unge (23) (se Faktaboks 7).

Det britiske materiale Language Matters: Obesity (22), er udviklet af forskere, sundhedsprofessionelle og personer med høj vægt og fremhæver bl.a. vigtigheden af, at den sundhedsprofessionelle spørger om lov til at tale om vægt, er opmærksom på det hele menneske og ikke er fordømmende. Guiden giver meget konkrete råd til, hvorledes den sundhedsprofessionelle kan formulere sig.

I en dansk kontekst har det kommunale netværk Sund By Netværket ligeledes udgivet en formidlingsguide: 'Ord skaber virkelighed – så hvordan skal vi tale om overvægt?', som omhandler principper for god kommunikation om høj vægt (se Faktaboks 8). Guiden henvender sig til fagpersoner i kommunerne, som arbejder med mennesker, fx sundhedsplejersker, diætister eller sundhedskonsulenter. Guiden bygger på viden om stigmatisering og praksisnære forslag til spørgsmål i forbindelse med samtalen (24).

Faktaboks 6

Overvægt blandt voksne: en klinisk praksisvejledning fra Obesity Canada (22).

1. Sundhedsprofessionelle vurderer deres egne holdninger og overbevisninger vedrørende høj vægt og overvejer, hvordan deres holdninger og overbevisninger kan påvirke sundhedsydelse, som patienterne tilbydes
2. Sundhedsprofessionelle erkender, at selvstigmatisering hos personer med høj vægt kan påvirke adfærdsmæssige og sundhedsmæssige outcomes
3. Sundhedsprofessionelle undgår at bruge fordømmende ord, billeder og praksis, når de arbejder med personer med høj vægt
4. Sundhedsprofessionelle undgår at antage, at en gene eller et symptom, som en patient har, er relateret til deres kropsvægt
5. Sundhedsprofessionelle og patienter bliver enige om realistiske forventninger, personcentreret behandling og bæredygtige mål for adfærdssændringer og sundhedsudfald

Faktaboks 7

Amerikansk guideline til reduktion af vægtstigmatisering i sundhedsvæsenet

1. At sundhedsprofessionelle undersøger, om de selv har fordomme over for personer med høj vægt
2. At sundhedsprofessionelle forbedrer deres sprog, således at de siger 'personer med overvægt' i stedet for 'overvægtige personer', og at de spørger børnene/de unge, hvilke ord de selv foretrækker at bruge om deres vægt
3. At der tilbydes fysiske rammer, som alle kan føle sig velkomne i (stole, som er behagelige for alle størrelser, blodtryksapparater, som passer i størrelsen m.m.)
4. At sundhedsprofessionelle får uddannelse i høj vægt
5. At man undersøger kultur i organisation og gennemgår og ændrer sprogbrug som benyttes på f.eks. hjemmesider, som tilhører sygehusafdelingen og sundhedsvæsenet
6. At man undersøger, om børn har oplevet traumer og mobning i forbindelse med deres vægt
7. At man får hjælp fra uddannede specialister

Faktaboks 8

Formidlingsguiden 'Ord skaber virkelighed – så hvordan skal vi tale om overvægt' udviklet af Sund By Netværket (24).

1. Overvej, om det er relevant at tale om vægt
2. Spørg om tilladelse til at tale om vægt
3. Hav fokus på det hele menneske og dets omgivelser ved at være nysgerrig på borgerens egen fortælling
4. Vær opmærksom på dit sprog

4.4 Indsatser på arbejdspladsen

Delkonklusion

Sammenfattende er der mangelfuld evidens for effekten af indsatser på arbejdsmarkedet som forebyggelse af vægtstigmatisering, da evidensen stammer fra to mindre eksperimentelle studier. Disse antyder dog, at måden, hvorpå sundhedsfremme på arbejdspladsen implementeres, kan have en indflydelse på graden af vægtstigmatisering ved at ændre fokus fra individorienteret sundhedsfremme til en mere organisatorisk orienteret tilgang med politikker, der fremhæver arbejdspladsens ansvar for medarbejdernes sundhed og trivsel. Forskningen inden for andre typer af stigmatisering peger på, at øget viden kan være med til at ændre holdninger på arbejdspladser. Viden fra denne forskning kan inddrages i overvejelserne om, hvordan arbejdspladser kan skabe et mere inkluderende og støttende miljø for alle medarbejdere, uanset vægt.

Forskningen, der har undersøgt effekten af indsatser designet til at reducere vægtstigmatisering på arbejdspladsen, er meget begrænset. I en enkelt artikel fra USA baseret på to små eksperimentelle studier har man undersøgt effekten af sundhedsfremmende indsatser på arbejdspladsen i forhold til vægtstigmatisering og diskrimination (25).

I det første eksperimentelle studie rekrutterede man 96 studerende og bad dem læse én af fire nye tiltag eller politikker på universitetet: en politik uden information om sundhedsfremme; en sundhedsfremmende politik uden information om ansvar; en sundhedsfremmende politik, der fremhævede organisatorisk ansvar, og en

sundhedsfremmende politik, der fremhævede individuelt ansvar. Derefter blev de studerende bedt om at udfylde et spørgeskema og udføre en billedopgave, hvor de blev bedt om at vurdere to billeder af den samme person, men hvor vægten var blevet digitalt manipuleret, så det ene billede viste personen uden høj vægt, og det andet billede viste samme person men med høj vægt. Denne test skulle vurdere de studerendes grad af vægtstigmatisering. Studiet viste, at en sundhedsfremmende politik ikke nødvendigvis påvirker graden af vægtstigmatisering, men at de studerende, der havde læst den sundhedsfremmende politik med fokus på individuelt ansvar, havde et højere niveau af vægtstigmatisering end studerende, der havde læst den sundhedsfremmende politik med fokus på organisatorisk ansvar (25).

I det andet eksperimentelle studie rekrutterede man 238 primært HR-medarbejdere fra forskellige virksomheder i USA. Deltagerne blev bedt om at læse en sundhedsfremmende politik fra en stor virksomhed. De skulle lade, som om de var en HR-medarbejder i denne virksomhed, og blev bedt om at skrive en tekst om den sundhedsfremmende politik, hvor de skulle gøre virksomhedens synspunkter omkring sundhedsfremme klart. Deltagerne blev randomiseret til at læse enten en politik med fokus på individuelt ansvar eller en indsats med fokus på organisatorisk ansvar – dvs. enten en politik, der gjorde det klart, at det i høj grad er medarbejdernes eget ansvar at sørge for at være sund og rask, eller en politik, der lagde vægt på virksomhedens rolle i at sørge for medarbejdernes sundhed. Derefter fik de små opgaver, der skulle vurdere vægtstigmatisering og -diskrimination. De blev bedt om at vurdere to kandidater til et jobopslag ud fra cv og billede – en med og en uden høj vægt. Generelt blev kandidaten uden høj vægt vurderet mere positivt end personen med høj vægt, men resultaterne viste også, at de deltagere, der havde læst den sundhedsfremmende indsats med fokus på individuelt ansvar, vurderede personen med høj vægt mere negativt end de deltagere, der havde læst den sundhedsfremmende indsats med fokus på organisatorisk ansvar (25).

Der findes studier, der har undersøgt effekten af indsatser på arbejdspladsen i relation til andre former for stigmatisering, fx stigmatisering i relation til mentale helbredsproblemer, køn, alder og etnicitet. En oversigtsartikel fra 2023 samlede 22 studier, der alle undersøgte effekten af forskellige workshops på arbejdspladser, med det formål at give medarbejdere bedre viden og en større forståelse for fx depression, og hvordan et forløb med depression kan forløbe, og hvordan det kommer til udtryk (26). I 20 af de 22 studier fandt man en positiv effekt af indsatserne – altså et lavere niveau af stigmatiserende holdninger relateret til mentale sundhedsproblemer efter forløbet end før forløbet. Ligeledes viser en oversigtsartikel fra 2021 af seks studier, at indsatser (oplæg og workshops) på arbejdspladsen, med fokus på at reducere ubevidst bias relateret til køn, har en positiv effekt (27). Disse eksempler tyder på, at indsatser med fokus på øget vidensgrundlag kan have en positiv effekt på reducere andre former for stigmatisering, hvilket kan være relevant at undersøge nærmere for at få inspiration til udvikling af konkrete indsatser til at forebygge vægtstigmatisering på arbejdsmarkedet.

4.5 Indsatser i skolen og uddannelsessystemet

Delkonklusion

Vægtrelateret mobning er udbredt blandt børn, men det bliver sjældent prioriteret som et separat indsatsområde i skoler, og der er ingen evidens for indsatser mod vægtrelateret mobning. Generelt er der ligeledes kun få af de undersøgte antimobbeprogrammer, der har et særligt fokus på vægtrelateret mobning, og evidensen for effekten af disse er mangelfuld. Der er til gengæld viden om, hvordan mobning generelt kan forebygges, og det må derfor formodes, at implementering af evidensbaserede mobbeforebyggende og trivselsfremmende indsatser, der også har fokus på at beskytte børn og unge med høj vægt, kan være afgørende for at reducere vægtstigmatisering i skole- og uddannelsesmiljøer.

Der er moderat evidens for, at initiativer såsom undervisningsmaterialer og workshops i skoler, der fremmer kropstilfredshed samt accept af kropsdiversitet og øget kritisk bevidsthed om kropsidealer, har en positiv indvirkning på børns selvopfattelse og syn på deres egen krop.

4.5.1 Vægtrelateret mobning

Som tidligere beskrevet i rapporten viser den internationale litteratur, at vægtstigmatisering finder sted i skoler og på uddannelsesinstitutioner i form af vægtrelateret mobning, fordomme og diskrimination fra jævnaldrende og lærere. Der er ikke undersøgelser, der har undersøgt forekomsten af fordomme blandt danske elever og skolelærere, men vi har viden om, at vægtrelateret mobning er udbredt i Danmark og er relateret til dårlig trivsel og dårlige præstationer.

Skolen kan betragtes som et oplagt sted at arbejde med vægtstigmatisering, fordi skolen fylder meget i børns og unges liv, og fordi det er her, børnene følges i en vigtig udviklingsperiode, og hvor fordomme og stereotyper dannes og dermed potentielt kan påvirkes. Indsatser i skolen er også afgørende, da det er vigtigt at reducere vægtrelateret mobning fra jævnaldrende samt vægtstigmatisering fra lærere. Dette muliggør, at børn med en høj vægt har lige muligheder for trivsel og udvikling som børn uden høj vægt.

Ifølge amerikanske og canadiske undersøgelser tager forældre, lærere og skoleledere problemet alvorligt, og de er klar til at bakke op, hvis der kommer politiske retningslinjer på området (28–31) Alligevel er vægtrelateret mobning sjældent et specifikt indsatsområde, men indgår i nogle tilfælde som del

af indsatser til forebyggelse af spiseforstyrrelser eller i indsatser i skole og uddannelsesinstitutioner mod mobning generelt.

Et review fra 2017 inkluderede ti systematiske reviews og metaanalyser af skolebaserede indsatser fra 1966 til 2013, der var rettet mod at mindske mobning i skolen. Man fandt, at der ikke var en eneste af de i alt 275 inkluderede indsatser, der havde et specifikt fokus på vægtrelateret mobning (32). I USA viste en rundspørge blandt 246 lærere, at lidt over en tredjedel (37 %) arbejdede på skoler med handlingsplaner for vægtrelateret mobning (33). Det var ikke muligt ved en Google-søgning at identificere danske konkrete handlingsplaner eller antimobbestrategier rettet mod vægtrelateret mobning på skoler.

Der er således ingen evidens for, at indsatser kan forebygge vægtrelateret mobning. Og det vides ikke, hvorvidt det er relevant, at indsatser udelukkende er rettet mod vægtrelateret mobning, eller om det i højere grad bør være en del af en generel mobbeindsats.

Indsatser mod mobning i danske skoler

Der har gennem mange år været stort fokus på at mindske mobning i den danske folkeskole, og Danmark er et af de lande i Europa, hvor færrest børn og unge oplever mobning (34). I 1998 blev omkring en tredjedel af 11-årige danske børn mobbet, mens det i 2021 var 8,6%, der rapporterede at have oplevet mobning meget tit, tit eller en gang imellem i løbet af det seneste år (35).

En lov fra 2017 har gjort det muligt at klage over skolens håndtering af mobning, og alle skoler har pligt til at have formuleret en antimobbestrategi (36). Der findes evidensbaserede skoleindsatser, der forebygger mobning og fremmer mental sundhed (37).

4.5.2 Fokus på kropsbillede og kropsdiversitet

Der findes mange indsatser med hensigten at forbedre børn og unges kropsbillede med fokus på kropsdiversitet, altså opmærksomhed på, at det er naturligt, at kroppe ser forskellige ud. Adskillige NGO'er i lande som USA, Australien og Storbritannien fører kampagner for at fremme et positivt kropsbillede og har udarbejdet undervisningsmaterialer samt workshops til anvendelse i skoler. En større accept af og rummelighed over for andres kropslige forskellighed formodes at skabe en større accept af og rummelighed over for børnenes og de unges egen krop og udseende, hvilket har til formål at mindske mobning, forebygge spiseforstyrrelser og øge trivsel generelt.

Flere undersøgelser har evalueret kortere skolebaserede indsatser med fokus på kropsbillede; for at styrke effekten lægges op til en længerevarende indsats i skoleregime, der også inkluderer et samarbejde med forældre (38). Oprindeligt har

indsatserne typisk været rettet mod piger i puberteten, men inden for de seneste ti år er der kommet mere fokus på drenge og deres forhold til deres krop samt på både yngre og ældre børn og unge. Indsatserne består typisk af undervisning i kropsdiversitet og værdsættelse af kroppens evner frem for dens udseende (body appreciation) og viden om hvordan medier påvirker vores opfattelse (media literacy), samt hvordan kropsidealer påvirker vores kropsofattelse.

Happy Being Me og BodyThink

Flere indsatser har fokus på børns sammenligninger af deres egen krop med andres kroppe og fokus på børnenes og de unges samtaler om vægt (fat talk), samtaler, der er kritiske over for kroppen, samt hvilken betydning den type samtale har for, hvordan børnene og de unge har det med deres krop. Et systematisk review fra 2013 (39) fandt 16 kontrollerede undersøgelser af skolebaserede indsatser fra 2000 til 2012, der havde fokus på at forbedre kropsbilledet for børn fra 12 år. Heraf var fem effektive til at forbedre kropsbilledet, og to var effektive til at mindske børnenes internalisering af kropsidealer. Tre undersøgelser målte mobning baseret på udseende, hvoraf ingen havde en positiv effekt. De to eneste indsatser, der viste en effekt på børnenes internalisering af kropsidealer, var Happy Being Me (40) og BodyThink (41). Disse to indsatser forbedrede også børnenes kropsofattelse. Happy Being Me beskæftiger sig med internaliseringen af kulturelle kropsidealer, børns samtaler om udseende og sammenligninger med andre samt drillerier relateret til udseende. Dette gøres gennem undervisning og diskussioner blandt børnene selv. BodyThink (også kaldet BodyTalk) er udviklet i et samarbejde mellem forskellige NGO'er i Storbritannien, USA og Australien. BodyThink arbejder primært med at skabe større kritisk bevidsthed hos børnene om, hvilke kropsidealer der formidles i medierne, hvordan det påvirker dem, og hvad de kan gøre for at modsætte sig dette, såkaldt media literacy. I 2008 deltog 40.000 børn fra Australien i BodyThink-programmet. Et review og metaanalyse fra 2020 af 17 skolebaserede indsatser med fokus på netop media literacy konkluderer, at interventioner med dette fokus mindsker kropstilfredshed (42).

The Body Project

Andre indsatser arbejder med at skabe forandring via dissonans, altså indre konflikt mellem børnenes tanker og handlinger, og disse bruges mest til børn fra ca. 15 år. Her er The Body Project fra USA udbredt og velafprøvet. Det er i udgangspunktet udviklet til piger, men er tilpasset og afprøvet til drenge og flere aldersgrupper og i forskellige lande. Formålet er at få børnene til at ændre deres adoption af det tynde kropsideal ved at opmuntre dem til at udtrykke kritik af tyndhedsidealet og derefter handle på måder, der støtter denne kritik. Ifølge modellen vil dette skabe en intern konflikt, kendt som kognitiv dissonans, mellem børnenes internaliserede værdi om, at tyndhed er idealet, og deres udtrykte kritik og handlinger. Dette kan resultere i en ændring af deres ideal for at opnå overensstemmelse mellem deres indre overbevisninger og deres handlinger. En oversigtsartikel fra 2021 af undersøgelser af The Body Project viser en effekt på kropsbilledet og andre risikofaktorer for spiseforstyrrelser både for teenagere og unge voksne kvinder

(43). Fx viste en undersøgelse med 112 amerikanske piger og unge kvinder i alderen 15-18 år et fald i vægtbekymring og i frekvensen af selvrapporteret vægtsnak blandt jævnaldrende og mindre vægtsnak i familien (44). En randomiseret og kontrolleret undersøgelse af indsatsen hos 185 kvindelige og mandlige studerende på 18-23 år gav blandede resultater på kropsbilledet herunder kropsidealer og kropstilfredshed og spiseforstyrrelsessymptomer, hvor det, modsat tidligere undersøgelser, var de unge mænd, der havde bedst udbytte (45). Metoderne i The Body Project indgår i et dansk forskningsprojekt v. Danske Regioner til forskellige sårbare grupper med kropstilfredshed (46).

Healthy Body Image

I Norge findes The Healthy Body Image (HBI), der består af tre interaktive workshops om kropsoptagelse og om, hvordan medier påvirker vores opfattelse og livsstil. HBI er afprøvet i et randomiseret studie med 2.446 unge (43 % drenge og 57 % piger) på i gennemsnit 16,8 år fordelt over 30 gymnasier i Norge (47). Resultaterne viser et mere positivt kropsbillede efter indsatsen, dog udelukkende for pigerne. Kropsbillede blev målt ved Experience of Embodiment Scale, der bl.a. indeholder spørgsmål som 'Jeg er stolt af, hvad min krop kan gøre' og 'Det er mere vigtigt for mig, hvordan min krop føles end hvordan den ser ud' ('I am proud of what my body can do' og 'I care more about how my body feels than about how it looks').

Kropumulig!

I Danmark udviklede Etisk Forum for Unge under Det Etiske Råd i 2017 materialet Kropumulig! – om sundhed, skønhed og selvværd (48). Materialet består af opgaver og oplæg til dialog i 8.-10. klasse og 1.g og forsøger at skabe en debat om, hvad kropsidealer er, hvordan de opstår, og hvordan kropsidealer kan have en betydning for, hvordan vi har det med os selv, og den måde, vi opfatter og møder andre på. Materialet angiver at ville åbne for en etisk debat om stereotyper og kan dermed potentielt bidrage til at mindske fordomme og vægtstigmatisering. Der er ingen evaluering af materialet. Der findes også danske undervisningsmateriale om kropsidealer og mangfoldighed, fx hos NGO'erne Sex og Samfund og Red Barnet. Disse er så vidt vides heller ikke evaluerede.

Achieving Body Confidence

Den australske metode Achieving Body Confidence for Young Children er henvendt til de mindste klasser i folkeskolen og har fokus på at mindske både kropstilfredshed og vægtstigmatisering (49). I tre gange en times klasseundervisning støttes børnene i at få en større forståelse for kropsdiversitet og at lære at værdsætte, at alle kroppe er forskellige. Et pilotstudie testede interventionen med 51 børn i alderen 5-8 år og syv lærere, og efterfølgende interview med børnene viste, at de havde fået et bedre kropselvværd (49). Indsatsen målte ikke på børnenes fordomme eller accept af kropslig forskellighed.

4.6 Indsatser for at mindske fordomme

Delkonklusion

Forskningen peger på, at det er muligt at påvirke folks opfattelse af personer med høj vægt i en mere positiv retning ved at informere om de komplekse årsagssammenhænge, der ligger til grund for høj vægt og blive præsenteret for positive fremstillinger af personer med høj vægt. Undersøgelser af læreres fordomme peger på, at undervisning om årsager, konsekvenser og behandling af høj vægt, om konsekvenser af vægtstigmatisering og det at inddrage et fokus på vægtstigmatisering i forbindelse med at implementere mobbehandlingsplaner, kan have en positiv effekt på læreres fordomme. Sammenfattende er der moderat evidens for, at fordomme kan påvirkes i mindre grad og på kort sigt. Der er dog mangelfuld evidens for, hvordan det kan påvirke stigmatisering på længere sigt.

Der er fundet fem forskellige studier om interventioner for at reducere fordomme om personer med høj vægt. Et review fra 2010 har gennemgået forskning om interventioner, der har til formål at reducere fordomme om personer med høj vægt (50). Antallet af deltagere i studierne spænder fra 40 til 602. Populationerne i studierne spænder fra 9-årige til universitetsstuderende samt personer rekrutteret i det offentlige rum med en gennemsnitsalder på 42 år. Flere af studierne har udelukkende kvindelige deltagere. Tre af studierne var amerikanske, et var tysk og et australsk. Flere af interventionerne skabte ændringer i deltagernes overbevisninger og holdninger. Men øget empati for overvægtige individer resulterede ikke nødvendigvis i, at man bedre kunne lide overvægtige mennesker. Forfatterne konkluderede, at ideologiske synspunkter og personlighedstræk, som har vist sig at være relateret til fordomme om overvægt, er temmelig stabile og mindre tilbøjelige til at kunne ændres. Desuden at der er begrænset dokumentation for interventionerne pga. manglende forskning.

En metaanalyse fra 2014 om interventionsstudier mod stigmatisering af personer med høj vægt har evalueret effekten af interventioner mod vægtfordomme ved at måle på holdninger og overbevisninger herom samt undersøge potentielle moderatorer (51). Der blev inddraget 29 studier i metaanalysen. Deltagerne i studierne var studerende, voksne, professionelle eller studerende inden for et sundhedsrelateret område. Antallet af deltagere i studierne spændte fra 37 til 268. Det konkluderes, at der kan skabes en lille positiv effekt af interventioner mod vægtfordomme.

I et amerikansk eksperimentelt, randomiseret studie fra 2016, blev 329 deltagere delt op i tre grupper: En gruppe blev bedt om at forestille sig og beskrive en stærk, selvsikker og tiltrækkende person med høj vægt (kaldet kontra-stereotypisk), en anden gruppe blev bedt om at forestille sig og beskrive en svag, usikker og utiltrækkende person med høj vægt (stereotyp), mens den tredje gruppe (neutral kontrolgruppe) blev bedt om at forestille sig og beskrive en dejlig ferie i Caribien, dvs. et emne, der ikke var relateret til vægt. Herefter udfyldte alle deltagere forskellige spørgeskemaer, der måler fordomme mod personer med høj vægt (bl.a. the Anti-Fat Attitudes scale of the fat-Phobia Scale) (52). Resultaterne af studiet pegede i retning af, at den kontra-stereotypiske gruppe rapporterede en mindre grad af fordomme mod personer med høj vægt end de to andre grupper. Studiet indikerer således, at man ved at forestille sig kontra-stereotypiske træk ved personer med høj vægt kan reducere fordomme.

Ifølge et review fra 2019 (53) er der kun en enkelt undersøgelse af indsatser til at mindske fordomme om høj vægt blandt lærere i grundskolen. I en randomiseret og kontrolleret undersøgelse deltog 258 lærerstuderende og lærere (10 %), primært fra USA og en mindre del fra Canada. Deltagerne skulle gennemgå et online undervisningsmodul. Modulet omhandlede en kritisk videnskabelig gennemgang af årsagerne til høj vægt, konsekvenserne og behandlingen af høj vægt samt konsekvenserne af vægtstigmatisering. Derudover blev det sociokulturelle pres på børn og unge for at leve op til tyndhedsidealet og risici forbundet med børns forsøg på vægttab også belyst. Endelig indeholdt modulet strategier til at hjælpe børn med at håndtere vægtstigmatisering og understøtte adfærd i skolen, der er fri af fordomme. Der var en positiv effekt på deltageres fordomme om høj vægt, som varede ved efter seks uger (54).

En onlineundersøgelse fra 2021 med 246 amerikanske lærere viste, at de 15 lærere, der arbejdede på skoler med handlingsplaner for vægtrelateret mobning, havde færre fordomme end dem, der arbejdede på skoler uden sådanne specifikke handlingsplaner (33).

Et systematisk review fra 2011 fandt syv undersøgelser, der havde fokus på vægtstigmatisering i det offentlige rum (55). De inkluderede studier peger generelt på, at der er sammenhæng mellem fordomme og forståelsen af årsager til udvikling af høj vægt, således at en forståelse af høj vægt som et individuelt ansvar fører til flere fordomme. Reviewet foreslår derfor, at offentligheden bør informeres mere om de komplekse bagvedliggende årsagssammenhænge for udviklingen af høj vægt for at reducere vægtstigmatisering, hvilket dog ikke er testet (55). Der er ikke fundet nogen studier om dette i en dansk kontekst.

4.7 Indsatser i medier og populærkultur

Delkonklusion

Anbefalinger inkluderer brugen af positive billeder, som fx Nationalt Center for Overvægt tilbyder, for at modvirke stereotyper. Det er endnu ikke undersøgt, hvilken effekt tiltag som dette har for opfattelsen af vægtstigmatisering, men ingen befolkningsgrupper bør fremstilles med negative stereotyper, og tiltag som dette kan muligvis være med til at mindske tilfælde af fordomme i befolkningen.

Forskningen peger på, at et fokus på personligt ansvar i sundhedskampagner er medvirkende til øget stigmatisering. Arbejdsgruppen vurderer derfor, at der kan være et forebyggelsespotentiale i at gentænke og evaluere sådanne kampagner fx ift. at repræsentere mennesker med høj vægt som aktive positive medborgere.

Parallelt med den stigende opmærksomhed på ligebehandling af forskellige minoritetsgrupper i de seneste år kan medierne og populærkulturen spille en afgørende rolle i at afstigmatisere høj vægt og skabe nye rammer, billeder og fortællinger om personer med høj vægt. Arbejdsgruppen mener, at der bør lægges vægt på at diskutere og formidle mere nuancerede og hensigtsmæssige fremstillinger af mennesker med høj vægt. Der er brug for mere forskning i, hvordan mere nuancerede fremstillinger af personer med overvægt kan virke afstigmatiserende.

Studier i sociale medier antyder, at der er potentiale for social og kulturel forandring ved at muliggøre produktion og udbredelse af positive fremstillinger af personer med høj vægt. Men der mangler forskning om sociale medier og vægtstigmatisering.

Selvom det er veldokumenteret, at vægtstigmatisering også i høj grad finder sted i både medierne og populærkulturen, er litteraturen om, hvordan man mindsker eller reducerer vægtstigmatisering, stadig meget begrænset. Arbejdsgruppen har ikke identificeret hverken internationale eller danske interventionsstudier, som undersøger forebyggelse af vægtstigmatisering i medier eller populærkultur. Selvom der mangler konkrete beviser for effekten, udgør medier og populærkultur en betydningsfuld platform, der potentielt kan medvirke til at etablere rammer, der ikke stigmatiserer personer med høj vægt.

4.7.1 Visuelle og narrative fremstillinger af personer med høj vægt

Den visuelle fremstilling i fx medier og populærkultur af personer med høj vægt kan opfattes stigmatiserende og i nogle tilfælde også ligefrem dehumaniserende.

En ofte brugt fremstilling af personer med høj vægt er, at de vises uden et hoved, og der findes ligefrem et begreb for dette i faglitteraturen: 'den hovedløse tyksak' (56), hvor man f.eks. kun ser kroppen af en person med høj vægt med en burger i hænderne. Derudover fremstilles personer med høj vægt ofte i passive positioner f.eks. liggende på en sofa med fjernbetjeningen. Disse visuelle virkemidler understøtter den negative rammesætning og viderefører stereotype forestillinger om den livsstil, mennesker med høj vægt har. Der er således et potentiale for at mindske vægtstigmatisering i at benytte visuelle virkemidler, der understøtter ideer om et godt, sundt og aktivt liv med masser af glæde for mennesker med høj vægt (57). Et godt eksempel på sådanne billeder findes i den billedbank, som Nationalt Center for Overvægt (NCFO) publicerede i 2023, hvor alle kan tilgå ikkestigmatiserende billedmateriale til brug ved dækning af vægtrelaterede emner (58). NCFO ønsker at udvide billedbanken til at inkludere et bredere spektrum af kroppe med høj vægt. Ligeledes indeholder narrative fremstillinger af mennesker med høj vægt et stort forandringspotentiale. Som beskrevet tidligere i rapporten er personer med høj vægt oftest henvist til biroller, roller som kikset sidekick, skurk, forbigående irriterende element eller i mange tilfælde som simpelthen fraværende i populærkulturen (bøger, film, TV m.v.) (59,60). Hvis der skabes et rum for flerdimensionelle portrætteringer af mennesker med høj vægt, i hovedroller, hvor fortællingen ikke omhandler karakterens vægt, i neutrale roller, hvor karakteren indgår i det almindelige liv uden henvisning til karakterens kropsstørrelse, eller ligefrem i helteroller, vil det skabe et rum for at afstigmatisere livet med høj vægt. Et eksempel på sådanne populærkulturelle fremstillinger af karakterer med høj vægt kan findes i sæson 4 af den populære ungdomsserie Sex Education på Netflix, hvor en række karakterer med høj vægt skildres som populære, intelligente og med komplekse følelsesliv. I serien bringes disse karakterers vægt ikke i spil som en faktor i deres sociale liv eller seriens narrative. En sådan normalisering af kropslig pluralitet er dog stadig et særsyn i populærkulturen.

Alliancen Børnevægt i balance har undersøgt omtalen af høj vægt i danske medier og finder, at ekspertkilder generelt omtaler høj vægt nuanceret og med en vis forsigtighed. Særligt, når det handler om børn. Når medierne derimod portrætterer høj vægt indirekte, fx i forbindelse med anmeldelser o.l., har italesættelsen en noget anden karakter. Her kobles overvægt ofte sammen med negativt ladede tillægsord som grim, ulækker og klam mv. (61). I Australien findes der guidelines for pressen, fx fra de australske sundhedsmyndigheder, og i USA fra Rud Center, University of Connecticut, men det vides ikke, om de virker efter hensigten (62,63) Hvis der i højere grad kan blive sat spørgsmålstegn ved selvfølgeligheder (såsom at individet selv er i kontrol over sin egen vægt) i dækning af emnet høj vægt, kan dette være medvirkende til at afstigmatisere det at have høj vægt (64).

4.7.2 Tykaktivisme

Igennem historien har vi set eksempler på stigmatiseringsprocesser, hvor aktivisme har spillet en vigtig rolle. Her har den marginaliserede gruppe spillet en nøglerolle, og det mest fremtrædende eksempel er nok afstigmatisering af homoseksualitet (65,66). Om end der er nogle væsentlige forskelle på gruppen af mennesker med høj vægt og andre marginaliserede grupper, kan der være et potentiale i den tykaktivistiske bevægelse (67). Tykaktivisme adskiller sig fra tidligere bevægelser ved ikke at tage udgangspunkt i en gruppe af mennesker (fx homoseksuelle eller racegjorte), der har et socialt og/eller historisk fællesskab at trække på. Der er således ikke nogen institutioner, praksisfællesskaber eller rum, som denne aktivisme kan tage udgangspunkt i. Dog har sociale medier vist sig at kunne danne rammen om udvikling af tykpositive og tykaktivistiske fællesskaber (68,69). Et engelsk kvalitativt studie fra 2022 konkluderer, at deltagelse i tykaktivisme har en positiv effekt på deltagernes selvstigmatisering, og at deltagerne opfatter deres helbred og velbefindende som forbedret efter deres deltagelse i tykaktivisme (70).

4.7.3 Sundhedskampagner

Et canadisk studie fra 2017 viser, at sundhedskampagner med fokus på personligt ansvar, væggtabsbefalinger, børns vægt og vægt som et samfundsproblem er medvirkende til at stigmatisere mennesker med høj vægt (71). I disse forekommer mennesker med høj vægt ofte som værende i gang med aktiviteter og fødevarer, der betragtes som problematiske, såsom stillesiddende livsstil, indtag af kalorierige og fede madvarer, sodavand mv. (Lupton 2018). En gennemgang og analyse af kampagner viser, at kampagner mod høj vægt øger vægtstigmatisering ved at gøre mennesker med høj vægt til billedet på et samfundsproblem, som kampagnen søger at afhjælpe (72).

Der er derfor potentiale i at gentænke, hvordan personer med høj vægt fremstilles i sundhedsinformation, således at denne ikke bidrager til vægtstigmatisering.

4.7.4 Populærkultur

Et dansk studie fra 2017 omkring høj vægt og populærkultur (73) analyserer reality-tv-’vægttabsprogrammer’. Her konkluderes det, at dansk vægttabs-reality-tv bruger snævre narrativer for den tykke krop, fx ved kun at illustrere, at den tykke krop skyldes sociale eller psykologiske forhold fx et barndomstraume. Omend dette studie er fra 2017, adskiller nyere realityprogrammer sig ikke væsentligt fra dette narrativ, hvilket fx gør sig gældende i vægttabsrealityprogrammet *Det Fede Fællesskab* fra 2022. Der er dog enkelte danske programmer, som har en anden indgangsvinkel, fx *Idas fede fatcamp*, og den britiske miniserie *Who are you calling fat?* I disse formater er der fokus på den personlige oplevelse af at leve med høj

vægt, og hvad deltagerne får ud af at indgå i et fællesskab med andre, der deler samme oplevelser.

Som beskrevet tidligere i rapporten har international forskning vist, hvordan karakterer med høj vægt i film, serier, bøger og i børnekulturelle produktioner i høj grad bygger på stereotype forestillinger om høj vægt, både mennesker med høj vægts egenskaber og 'grunde' til den høje vægt (74).

Inden for medie- og kulturbranchen er kunstnerisk frihed og ytringsfrihed grundlæggende værdier. Der er dog mulighed for at gå i dialog med toneangivende institutioner og virksomheder om potentialet i at gentænke, hvordan personer med høj vægt fremstilles i dansk populærkultur, således at denne ikke bidrager til vægtstigmatisering. Dette må anses som en langsigtet strategi, der må tilgås med grundighed og gensidig forståelse.

4.7.5 Sociale medier

Sociale medier er i al almindelighed udskældte for at fremme en 'perfekthedskultur', der kan påvirke unge menneskers selvbillede i en negativ retning (75). Studier i sociale medier har dog vist, at de også rummer potentiale for social og kulturel forandring (76,77). Fx kan de have en gavnlig effekt ift. at 'afisolere' individet, skabe mulighed for peer-interaktion og for selv at sætte ord på egen krop og oplevelse samt at højne bevidstheden om, hvilke sociale mekanismer der bidrager til at skabe fx skam. Mange menneskers introduktion til kritik af 'slankekultur' og tykpositivitet har gået igennem sociale medier (68). Der kan derfor være et forebyggelsespotentiale i sociale medier – i forhold til både at producere og udbrede positive fremstillinger af mennesker med høj vægt samt at skabe mulighed for, at mennesker, der lever geografisk og socialt adskilt fra hinanden, kan samles i onlinefællesskaber (68,78).

4.8 Indsatser ift. nære relationer

Delkonklusion

Den eksisterende forskning peger på, at vægtstigmatisering er udbredt i nære relationer som venner, familie og forældre-børn-forhold, men der er begrænset litteratur om, hvordan dette kan reduceres. Der findes anbefalinger med fokus på at uddanne forældre i, hvordan de bedst kommunikerer med deres børn og unge om vægt og kropsforståelse, effekten af disse er ikke evalueret.

Der findes til gengæld evidensbaserede forældreprogrammer, der fremmer en god familiestart, tilknytning, trivsel m.m., og på den baggrund vurderes det som relevant at inddrage et fokus på vægtstigmatisering i eksisterende forældreindsatser og i forældrerådgivning.

Desuden peger danske studier på, at deltagelse i offentlige sundhedsinitiativer kan skabe stigmatisering i familier, især hos børn med høj vægt og deres forældre, herunder skyld og skam hos både forældre og børn.

Selvom det efterhånden er veldokumenteret, at vægtstigmatisering også i høj grad finder sted i de nære relationer som f.eks. venner, familie, forældre/børn og i parforhold (53,79–81), er litteraturen om, hvordan man reducerer vægtstigmatisering i de nære relationer begrænset, og der er kun tale om få velafprøvede interventioner (82). I en litteraturgennemgang fra 2007 af forskningslitteraturen om de vigtigste kilder til vægtstigmatisering blandt børn og unge – kammerater, lærere og forældre – konkluderer forfatterne, at der er brug for viden om interventioner rettet mod forældres fordomme og automatreaktioner omkring høj vægt for at forebygge konsekvenser af vægtstigmatisering blandt børn og unge (79).

En metaanalyse fra 2016, der fokuserede på samtaler mellem forældre og børn om vægt og børns trivsel, identificerede fire interventionsstudier. Disse studier havde til formål at fremme og træne forældre i at anvende en positiv kommunikationsform med børnene for at fremme deres fysiske selvopfattelse og trivsel (82). Kun ét af de fire interventionsstudier havde udelukkende fokus på betydningen af forældre-barn-kommunikationen for børnenes trivsel. Dette amerikanske studie fra 2010 med 31 piger i alderen 12-14 år havde som formål at forebygge negative kropsbilleder ved at give kommunikationstræning til mødre om positive opfattelser af kroppen og tolerance over for forskellige kropstørrelser. Træningen forløb over fire uger med en workshop af 90 minutters varighed hver uge ledet af psykologer. Den

førte til forbedring af trivsel og kropstilfredshed blandt interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen (rekrutteret fra ventelisten), og forbedringen bestod også ved tre måneders opfølgning. I de tre resterende studier var positiv kommunikationstræning af forældre blot et blandt flere elementer af interventionen, og betydningen af kommunikation blev ikke analyseret særskilt. I metaanalysen identificeres yderligere 38 studier, der undersøgte sammenhængen mellem forældres kommunikation om høj vægt og børns trivsel. Metaanalysen konkluderede, at forældres opmuntring til vægttab og forældres drilleri eller kritik af barnets krop havde en negativ effekt på trivsel og sund adfærd målt på en række forskellige mål, der varierede fra studie til studie. At fremme sund adfærd uden at referere til vægttab havde ikke en tilsvarende negativ effekt på børnenes trivsel (82).

Anbefalinger fra forskningslitteraturen omkring sammenhængen mellem forældres kommunikation omkring vægt og børn og unges trivsel peger på, at det er væsentligt, at forældre og andre familiemedlemmer får den rette uddannelse og undervisning i, hvordan de bedst kommunikerer med deres børn og unge om vægt og kropsforståelser på en ikkestigmatiserende måde fx ved at fokusere på en holistisk forståelse af sundhed og trivsel frem for vægt og ved at blive bevidste om deres egen mere eller mindre ubevidste måde at omtale vægt på som i litteraturen kaldes negative weight talk (81–83).

Det er også en anbefaling fra litteraturen, at uddannelse af forældre i sprogbrug og kropsforståelser bør tilbydes af de sundhedsprofessionelle, som evt. allerede er tilknyttet familien (82,83). Nogle anbefalinger er særligt rettet mod praktiserende læger, givet deres mulighed for at bidrage til at reducere vægtstigmatisering blandt børn og unge ved at påvirke forældre og familiemedlemmer, som de møder i deres klinik (84). Det anbefales specifikt, at læger spørger ind til potentiel vægtstigmatisering i hjemmet, hvor det kan være relevant, og italesætter, hvordan sprogbrug og kultur i hjemmet kan bidrage til vægtstigmatisering.

To nyere danske kvalitative studier sætter fokus på den stigmatiserende indvirkning, det kan have på børn med høj vægt, når de sammen med deres familier deltager i offentlige sundhedsinitiativer. Det ene studie fra 2018 har undersøgt, hvordan deltagelse i sundhedsinitiativer målrettet hele familien kan påvirke familiestrukturen på forskellig vis. Studiet bygger på ti semistrukturerede interview med 25 familiemedlemmer (ti børn og 15 voksne) (85). I undersøgelsen konstateres det, at i familier, hvor et enkelt barn har høj vægt, kan det være udfordrende at inddrage alle familiemedlemmer i fx kostændringer. Dette kan resultere i, at der etableres forskellige regler for barnet med høj vægt og de øvrige familiemedlemmer. Desuden kan barnet ende med at blive selvstændigt ansvarligt for vægt og sundhed, hvilket igen kan føre til, at nogle af børnene føler sig stigmatiserede. I studiet beskrives dette som en subtil form for stigmatisering og benævnes intra-familial stigmatization (85).

Det andet danske studie fra 2024 forsøger via en kombination af empiriske data og teori at identificere potentielt stigmagerende mekanismer og dynamikker i familier, der deltager i et sundhedsinitiativ med fokus på sund vægtudvikling (86). Studiet er dels baseret på dybdegående interview med 11 familier og sociologiske teorier om bl.a. sundhedsidentitet. Studiet fandt bl.a., at deltagelse i sundhedsinitiativet kan føre til skyld og skam hos forældrene til børn med høj vægt, ligesom børnene kan føle skyld og skam over at blive klassificeret som overvægtige og at skulle deltage i et sundhedsinitiativ (86).

4.9 Indsatser ift. selvstigmatisering

Delkonklusion

Det er sandsynligt, at det vil tage tid at reducere vægtstigmatisering i samfundet, og studier antyder, at det enkelte individ har en mulighed for at handle selv, ændre selvbillende og mindske egen selvstigmatisering.

I Danmark anvendes der i flere kommunale initiativer baseret på vægtneutrale principper, men der er ingen kvantitative evalueringer af disse.

Udenlandske studier peger derimod på moderat evidens for, at indsatser med fokus på vægtneutrale principper har en positiv effekt på individets selvstigmatisering. Indsatserne indeholdt konsultationer med coping, kognitiv adfærdsterapi samt mindfulness- og selvomsorgsbaserede gruppeinterventioner.

Det tager formentlig lang tid at mindske vægtstigmatiseringen i samfundet, og derfor vil mange finde det relevant at undersøge, om man hos personer med høj vægt kan opbygge resiliens over for stigmatiseringen og mindske den internaliserede stigmatisering, eller selvstigmatisering, som det kaldes i rapporten. I Danmark findes 'Ligevægt'-tilbud i ganske mange kommuner, herunder Kolding, Svendborg, Thisted, Aabenraa, Odsherred og Rudersdal Kommune. Ingen af disse tilbud har som erklæret formål at mindske selvstigmatisering, men de bygger alle på vægtneutrale eller HAES-principper (som beskrevet i afsnit 4.3), hvor afstigmatisering af kropsvægt er et grundelement. Ingen af de kommunale 'Ligevægt'-indsatser i Danmark er, så vidt vides, blevet kvantitativt evalueret, men der findes nogle kvalitative evalueringer fra bl.a. Kolding Ligevægt, som tyder på, at kommunens Ligevægtsprogram til børn og til voksne både er populære og højt værdsatte af de interviewede deltagere (87).

Arbejdsgruppen fandt ingen videnskabelige studier af stigmareducerende indsatser fra Danmark, men fandt fem udenlandske studier af indsatser rettet mod personer med høj vægt, der havde som formål at mindske selvstigmatisering. Ingen af studierne rapporterede om kønsforskelle i effekterne af interventionerne. To randomiserede kontrollerede studier med indsatser inspireret af HAES-princippet havde som formål at mindske selvstigmatisering (88,89). En af indsatserne var fra Portugal (fra 2019 med 73 deltagere) og den anden fra USA (fra 2022 med 55 deltagere). Begge indsatser anvendte en form for kognitiv terapi, såkaldt Acceptance and Commitment Therapy (ACT), kombineret med mindfulness- og selvomsorgsbaserede gruppeinterventioner. Deltagerne i det portugisiske studie var kvinder (18-55 år) med BMI > 25 kg/m², som havde henvendt sig til et væggtabstilbud, mens deltagerne i det amerikanske studie var både mænd og kvinder (18-64 år) med BMI > 27,5 kg/m² og med en høj grad af selvstigmatisering. Det portugisiske studie anvendte kurser med fysisk fremmøde, mens det amerikanske studie anvendte en selvhjælpsbog og telefonrådgivning. Begge studier viste en betydelig reduktion af selvstigmatisering hos deltagerne sammenlignet med kontrolgrupperne. Den portugisiske gruppe publicerede i 2017 tillige et ukontrolleret pilotstudie med 53 deltagere som testede den indsats, der senere blev testet i det randomiserede studie beskrevet ovenfor (90). I dette pilotstudie fandt man også en betydelig reduktion i selvstigmatisering målt med WBIS.

Et mindre pilotstudie fra 2016 fra USA testede en gruppebaseret indsats på otte uger med både kvinder og mænd med høj vægt og høj grad af selvstigmatisering. Programmet bestod af en ugentlig konsultation med coping og kognitiv adfærdsterapi. Deltagerne fik mindsket deres selvstigmatisering (målt med WBIS) sammenlignet med kontrolgruppen (91). Et observationsstudie fra Canada, publiceret i 2019, testede en narrativ terapeutisk indsats, som blev afprøvet hos ti personer, fra forskellige canadiske provinser, der identificerede sig selv som 'obese' (deltagerne blev ikke målt og vejjet). Forfatterne konkluderede, at den narrative model mindskede deltageres selvstigmatisering (92).

4.10 Referencer

1. Brownell K, Puhl R, Schwartz M, Rudd L. Introduction: the social, scientific, and human context of prejudice and discrimination based on weight. 2005
2. McPhail D, Orsini M. Fat acceptance as social justice. *Canadian Medical Association Journal*. 2021;1398–9.
3. Puhl RM, Heuer CA. Obesity Stigma: Important Considerations for Public Health. *American Journal of Public Health*. 2010;1019–28.
4. World Health Organization. Weight bias and obesity stigma: considerations for the WHO European Region. 2017.
5. Puhl RM. Weight stigma, policy initiatives, and harnessing social media to elevate activism. *Body Image*. 2022;131–7.
6. World Health Organization. Weight bias and obesity stigma: considerations for the WHO European Region. 2017.
7. World Obesity Federation. Weight Stigma. 2018. Available from: <https://www.worldobesity.org/what-we-do/our-policy-priorities/weight-stigma>
8. Forskelsbehandlingsloven. Available from: <https://www.retsinformation.dk/eli/ta/2017/1001>
9. The New York Times. Weight Discrimination Is Banned by New York City. 2023. Available from: <https://www.nytimes.com/2023/05/26/nyregion/weight-discrimination-law-nyc.html>
10. Meadows A, Danielsdóttir S, Goldberg D, Mercedes M. Fat Studies Fighting for a (wide enough) seat at the table: weight stigma in law and policy. 2020;
11. Hill B, Bergmeier H, Incollingo Rodriguez AC, Barlow FK, Chung A, Ramachandran D, et al. Weight stigma and obesity-related policies: A systematic review of the state of the literature. *Obesity Reviews*. 2021.
12. Ugeskrift for læger. »Vi skal behandle mennesker med overvægt med samme værdighed og ordentlighed som patienter med andre kroniske sygdomme« [Internet]. 2022 [cited 2023 Sep 15]. Available from: <https://ugeskriftet.dk/nyhed/vi-skal-behandle-mennesker-med-overvaegt-med-samme-vaerdighed-og-ordentlighed-som-patienter>

13. World Obesity Federation. Obesity as a disease. [cited 2023 Sep 15]. Available from: <https://www.worldobesity.org/what-we-do/our-policy-priorities/obesity-as-a-disease>
14. Arora M, Barquera S, Farpour Lambert NJ, Hassell T, Heymsfield SB, Oldfield B, et al. Stigma and obesity: the crux of the matter. *The Lancet Public Health*. 2019:549–50.
15. Nutter S, Alberga AS, MacInnis C, Ellard JH, Russell-Mayhew S. Framing obesity a disease: Indirect effects of affect and controllability beliefs on weight bias. *International Journal of Obesity* 2018: 1804–11. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41366-018-0110-5>
16. Rathbone JA, Cruwys T, Jetten J, Banas K, Smyth L, Murray K. How conceptualizing obesity as a disease affects beliefs about weight, and associated weight stigma and clinical decision-making in health care. *Br J Health Psychol*. 2023: 291–305.
17. Talumaa B, Brown A, Batterham RL, Kalea AZ. Effective strategies in ending weight stigma in healthcare. *Obesity Reviews*. 2022.
18. Goff A, Lee Y, Tham K. Weight bias and stigma in healthcare professionals: a narrative review with a Singapore lens. *Singapore Medical Journal*. 2023.
19. Alberga AS, Pickering BJ, Alix Hayden K, Ball GDC, Edwards A, Jelinski S, et al. Weight bias reduction in health professionals: a systematic review. *Clinical Obesity*. 2016: 175–88.
20. Rueda-Clausen CF, Benterud E, Bond T, Olszowka R, Vallis MT, Sharma AM. Effect of implementing the 5As of Obesity Management framework on provider-patient interactions in primary care. *Clinical Obesity*. 2014: 39–44.
21. Welzel FD, Bär J, Stein J, Löbner M, Pabst A, Luppä M, et al. Using a brief web-based 5A intervention to improve weight management in primary care: results of a cluster-randomized controlled trial. *BMC Family Practice*. 2021.
22. Wharton S, Lau DCW, Vallis M, Sharma AM, Biertho L, Campbell-Scherer D, et al. Obesity in adults: A clinical practice guideline. *CMAJ*. 2020. 875–91. Available from: <https://www.cmaj.ca/content/192/31/E875>
23. Braddock A, Browne NT, Houser M, Blair G, Williams DR. Weight stigma and bias: A guide for pediatric clinicians. *Obesity Pillars*. 2023.
24. Hansen GL, Marker HR, Hallberg M, Svendsen M, Andreasen P, Christensen RV, et al. Ord skaber virkelighed – så hvordan taler vi om overvægt? 2023.

25. Täuber S, Mulder LB, Flint SW. The Impact of Workplace Health Promotion Programs Emphasizing Individual Responsibility on Weight Stigma and Discrimination. *Frontiers in Psychology*. 2018.
26. Tóth MD, Ihionvien S, Leduc C, Aust B, Amann BL, Cresswell-Smith J, et al. Evidence for the effectiveness of interventions to reduce mental health related stigma in the workplace: a systematic review. *BMJ Open*. 2023.
27. Metinyurt T, Haynes-Baratz MC, Bond MA. A systematic review of interventions to address workplace bias: What we know, what we don't, and lessons learned. *New Ideas in Psychology*. 2021.
28. Gagnon C, LeBlanc L, Robert-Mazaye C, Maïano C, Aimé A. Intention to intervene in weight-related bullying in elementary school: A qualitative study of the perspectives of teachers and school counselors. *Teach Teach Educ*. 2022.
29. Bradshaw CP, Waasdorp TE, O'Brennan LM, Gulemetova M. Teachers' and Education Support Professionals' Perspectives on Bullying and Prevention: Findings From a National Education Association Study. *School Psych Rev*. 2013; 280–97.
30. Puhl RM, Luedicke J. Parental support for policy measures and school-based efforts to address weight-based victimization of overweight youth. *Int J Obes*. 2014: 531–8.
31. Puhl RM, Neumark-Sztainer D, Bryn Austin S, Suh Y, Wakefield DB. Policy Actions to Address Weight-Based Bullying and Eating Disorders in Schools: Views of Teachers and School Administrators. *Journal of School Health*. 2016: 507–15.
32. Aimé A, LeBlanc L, Maïano C. Is weight-related bullying addressed in school-based anti-bullying programs? *European Review of Applied Psychology*. 2017: 163–9.
33. Lessard LM, Puhl RM. Reducing Educators' Weight Bias: The Role of School-Based Anti-Bullying Policies. *Journal of School Health*. 2021:796–801.
34. Rasmussen M, Kierkegaard L, Rosenwein SV, Holstein BEH, Damsgaard MT, Due P. Skolebørnsundersøgelsen 2018 Helbred, trivsel og sundhedsadfærd blandt 11-, 13- og 15-årige skoleelever i Danmark. 2019.
35. Madsen KR, Román JEI, Damsgaard MT, Holstein BE, Kristoffersen M, M PTMSRMT. Skolebørnsundersøgelsen 2022 Helbred, trivsel og sundhedsadfærd blandt skoleelever i 5., 7., og 9. klasse i Danmark. 2024.
36. Dansk Center for Undervisningsmiljø. Mobning. Available from: <https://dcum.dk/populaere-temaer/mobning/>

37. Vidensråd for Forebyggelse. Inspirationsmateriale om børn og unges mentale sundhed i grundskolen. 2022. Available from: <https://vidensraad.dk/inspirationsmateriale/inspirationsmateriale-om-boern-og-unges-mentale-sundhed-i-grundskolen>
38. O'Dea JA, Yager Z. School-based Psychoeducational Approaches to Prevention | VU Research Repository | Victoria University | Melbourne Australia. In: Cash TF, Smolak L, editors. *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2011. p. 434–41.
39. Yager Z, Diedrichs PC, Ricciardelli LA, Halliwell E. What works in secondary schools? A systematic review of classroom-based body image programs. *Body Image*. 2013;271–81.
40. Richardson SM, Paxton SJ. An evaluation of a body image intervention based on risk factors for body dissatisfaction: A controlled study with adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*. 2009;NA-NA.
41. Richardson SM, Paxton SJ, Thomson JS. Is BodyThink an efficacious body image and self-esteem program? A controlled evaluation with adolescents. *Body Image*. 2009;75–82.
42. Kurz M, Rosendahl J, Rodeck J, Muehleck J, Berger U. School-Based Interventions Improve Body Image and Media Literacy in Youth: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Prevention*. 2022;5–23.
43. Stice E, Onipede ZA, Shaw H, Rohde P, Gau JM. Effectiveness of the Body Project eating disorder prevention program for different racial and ethnic groups and an evaluation of the potential benefits of ethnic matching. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2021 Dec; 1007–19.
44. Vanderkruik R, Conte I, Dimidjian S. Fat talk frequency in high school women: Changes associated with participation in the Body Project. *Body Image*. 2020;196–200.
45. Kilpela LS, Blomquist K, Verzijl C, Wilfred S, Beyl R, Becker CB. The body project 4 all: A pilot randomized controlled trial of a mixed-gender dissonance-based body image program. *International Journal of Eating Disorders*. 2016;591–602.
46. Danske regioner. Oversigt over projekter støttet af den Fælles Regionale Pulje til Forskning i Forebyggelse 2024. Available from: <https://www.regioner.dk/media/atrfalec/oversigt-over-projekter-stoettet-af-den-faelles-regionale-pulje-til-forskning-i-forebyggelse-2024.pdf>

47. Sundgot-Borgen C, Friborg O, Kolle E, Engen KME, Sundgot-Borgen J, Rosenvinge JH, et al. The healthy body image (HBI) intervention: Effects of a school-based cluster-randomized controlled trial with 12-months follow-up. *Body Image*. 2019: 122–31.
48. Det Ethiske Råd. Kropumulig! 2017. Available from: <https://ipaper.ipapercms.dk/dketik/DER/2017/efu-2017-kropumulig/?Page=3&page=2>
49. Damiano SR, Yager Z, McLean SA, Paxton SJ. Achieving body confidence for young children: Development and pilot study of a universal teacher-led body image and weight stigma program for early primary school children. *Eating Disorders*. 2018: 487–504.
50. Daniëlsdóttir S, O'Brien KS, Ciao A. Anti-Fat Prejudice Reduction: A Review of Published Studies. *Obes Facts*. 2010: 47–58.
51. Lee M, Ata RN, Brannick MT. Malleability of weight-biased attitudes and beliefs: A meta-analysis of weight bias reduction interventions. *Body Image*. 2014:251–9.
52. Dunaev JL, Brochu PM, Markey CH. Imagine that! The effect of counterstereotypic imagined intergroup contact on weight bias. *Health Psychology*. 2018: 81–8.
53. Nutter S, Ireland A, Alberga AS, Brun I, Lefebvre D, Hayden KA, et al. Weight Bias in Educational Settings: a Systematic Review. *Current Obesity Reports*. 2019:185–200.
54. Hague AL, White AA. Web-Based Intervention for Changing Attitudes of Obesity among Current and Future Teachers. *J Nutr Educ Behav*. 2005:58–66.
55. Sikorski C, Luppá M, Kaiser M, Glaesmer H, Schomerus G, König HH, et al. The stigma of obesity in the general public and its implications for public health - a systematic review. *BMC Public Health*. 2011.
56. Lupton D. *Fat*. Routledge, New York.; 2018. 128 p.
57. Kent L. Fighting abjection. In: Brazier JE, LeBesco K, editors. *Bodies out of Bounds Fatness and Transgression*. University of California Press; 2001.
58. Nationalt Center for Overvægt. Billedbanken. Available from: <https://www.ncfo.dk/faglig-viden-og-materialer/billedbank/>
59. Frater L. Fat Heroines in Chick-Lit: Gateway to Acceptance in the Mainstream? In: Rothblum E, Solovay S, editors. *The Fat Studies Reader*. New York University Press; 2009.
60. Zimdars M. Fat Acceptance TV?: Rethinking Reality Television With TLC's Big Sexy and the Carnavalesque. *Popular Communication*. 2015: 232–46.

61. Børnevægt i balance. Hvordan omtales overvægt i udvalgte danske medier?. 2022. Available from: <https://boernevaegtibalance.dk/hvordan-omtales-overvaegt-i-udvalgte-danske-medier/>
62. Rudd Center. Guidelines for Media Portrayals of Individuals Affected by Obesity .
63. Law KK, Pulker C.E. Shift - A guide for media and communications professionals. 2020.
64. Brookes G, Baker P. Obesity in the News. Discourse & Society. Cambridge University Press; 2021. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/09579265231185242>
65. Pausé C, Wykes J, Murray S. Queering Fat Embodiment. Pausé C, Wykes J, Murray S, editors. Routledge; 2016.
66. Puar Jasbir K. Terrorist Assemblages. Duke University Press; 2007.
67. Emily R.M. Lind. Queering Fat Activism - A Study in Whiteness. In: Thickening Fat. 1st ed. Routledge; 2019.
68. Bull Christiansen L, Hedegaard Heiselberg M. When we shine, we shine together. MedieKultur: Journal of media and communication research. 2022: 028–44.
69. Cooper C. Fat Activism. Intellect Books; 2020.
70. Acar YG, Uluğ ÖM. Multi-level gains of fat activism and their impact on sustained activism for fat justice. Body Image. 2022:34–40.
71. Salas XR, Forhan M, Caulfield T, Sharma AM, Raine K. A critical analysis of obesity prevention policies and strategies. Canadian Journal of Public Health. 2017: 598–608.
72. Turner MM, Ford L, Somerville V, Javellana D, Day KR, Lapinski MK. The Use of Stigmatizing Messaging in Anti-Obesity Communications Campaigns: Quantification of Obesity Stigmatization. Communication Reports. 2020: 107–20.
73. Eriksen CB. Tyk: Populærkulturelle fortællinger om den tykke krop . Syddansk Universitet. Det Humanistiske Fakultet; 2017.
74. Byers LEE, Williams HM. Hollywood's slim pickings for fat characters: A textual analysis of Gilmore Girls, Sweet Magnolias, This is Us, Shrill, and Dietland. Fat Studies. 2023:273–85.

75. Nissen SØ. Skønheden i det uperfekte : hvordan vi slipper fri af tidens perfektionskultur. 1st ed. Peoples press; 2020.
76. Bennett WL, Segerberg A. The Logic of Connective Action. Cambridge University Press; 2013.
77. Christiansen LB. Instagram huser ikke bare perfektionskulturen - der findes også modstand. Danske Noter. 2021;
78. Puhl RM. Weight stigma, policy initiatives, and harnessing social media to elevate activism. Body Image. 2022: 131–7.
79. Puhl RM, Latner JD. Stigma, obesity, and the health of the nation's children. Psychological Bulletin. 2007: 557–80.
80. Pearl RL, Puhl RM, Lessard LM, Himmelstein MS, Foster GD. Prevalence and correlates of weight bias internalization in weight management: A multinational study. SSM - Population Health. 2021.
81. Puhl RM, Himmelstein MS, Quinn DM. Internalizing Weight Stigma: Prevalence and Sociodemographic Considerations in US Adults. Obesity. 2018: 167–75.
82. Gillison FB, Lorenc AB, Sleddens EFC, Williams SL, Atkinson L. Can it be harmful for parents to talk to their child about their weight? A meta-analysis. Preventive Medicine. 2016:135–46.
83. Roberts KJ, Polfuss ML, Marston EC, Davis RL. Experiences of weight stigma in adolescents with severe obesity and their families. Journal of Advanced Nursing. 2021:4184–94.
84. Pont SJ, Puhl R, Cook SR, Slusser W. Stigma Experienced by Children and Adolescents With Obesity. Pediatrics. 2017.
85. Hoeg D, Grabowski D, Christensen U. Intra-familial stigmatization. Health Educ. 2018: 227–38.
86. Madsen M, Michaelsen L, DeCosta P, Grabowski D. Stigma-Generating Mechanisms in Families Enrolled in a Pediatric Weight Management Program: A Qualitative Study of Health Identities and Healthcare Authenticity. Children. 2023.
87. Kolding Kommune. Ligevægt for familier - Hvordan Sundhedsplejen i Kolding Kommune møder børn, unge og forældre uden fokus på vægten.

88. Palmeira L, Cunha M, Pinto-Gouveia J. Processes of change in quality of life, weight self-stigma, body mass index and emotional eating after an acceptance-, mindfulness- and compassion-based group intervention (Kg-Free) for women with overweight and obesity. *J Health Psychol.* 2019: 1056–69.
89. Potts S, Krafft J, Levin ME. A Pilot Randomized Controlled Trial of Acceptance and Commitment Therapy Guided Self-Help for Overweight and Obese Adults High in Weight Self-Stigma. *Behav Modif.* 2022:178–201.
90. Palmeira L, Pinto-Gouveia J, Cunha M. The role of weight self-stigma on the quality of life of women with overweight and obesity: A multi-group comparison between binge eaters and non-binge eaters. *Appetite.* 2016: 782–9.
91. Pearl RL, Hopkins CH, Berkowitz RI, Wadden TA. Group cognitive-behavioral treatment for internalized weight stigma: a pilot study. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity.* 2018: 357–62.
92. Ramos Salas X, Forhan M, Caulfield T, Sharma AM, Raine KD. Addressing Internalized Weight Bias and Changing Damaged Social Identities for People Living With Obesity. *Front Psychol.* 2019

5

Forsknings- perspektiver

I dette kapitel præsenteres forslag til områder og temaer, hvor arbejdsgruppen vurderer, at der mangler vigtig viden, der kan bidrage til at styrke forebyggelsen af vægtstigmatisering.

Vi har i rapporten identificeret studier, som beskriver, hvor vægtstigmatisering forekommer, hvordan det kommer til udtryk, og hvilke konsekvenser der kan være. Vi har også set på den videnskabelige litteratur om, hvad man kan gøre for at forebygge vægtstigmatisering.

På flere områder vil yderligere viden styrke mulighederne for at forebygge vægtstigmatisering og således have betydning for både fysisk, mental og social sundhed blandt børn, unge og voksne.

Viden fra Danmark: Der er kun lavet ganske få danske studier, hvorfor vi i særdeleshed mangler viden i en dansk kontekst. Graden og forekomsten af vægtstigmatisering, og hvordan vægtstigmatisering spiller sammen med andre former for stigmatisering, er i høj grad kulturelt betinget. Det er derfor vigtigt med dansk forskning på området – både mere viden om, hvordan vægtstigmatiserende kultur udvikler sig, og om hvordan det påvirker befolkningen.

Opfølgingsstudier: Hovedparten af den aktuelle forskning består af tværsnitstudier, hvilket ikke muliggør en klar fortolkning af årsagssammenhængen. Med andre ord er det ikke muligt at fastslå, om vægtstigmatisering fører til det specifikke udfald, eller om det forholder sig omvendt. Der mangler viden om, hvordan ændringer i fordomme hænger sammen med stigmatisering, og vi mangler mere viden om konsekvenser af vægtstigmatisering på både kort og lang sigt. Vi mangler opfølgingsstudier af konsekvenser af vægtstigmatisering på konkrete helbredsmaal, som f.eks. nedsat selvværd, depression og udvikling af type 2-diabetes samt overlevelse og risikofaktorer for hjerte-kar-sygdom, men også socioøkonomiske mål som uddannelsesmæssige resultater og brug af sundhedsydelser.

Kvalitative studier: Der mangler solide kvalitative og etnografiske studier af vægtstigmatisering, der kan byde ind med dybere forståelse af de sociale mekanismer, der er på spil i forskellige sociale og institutionelle arenaer.

Måling og monitorering af vægtstigmatisering: Som beskrevet i kapitel 2 har danskerne en høj forekomst af ubevidste fordomme over for personer med høj vægt, hvilket med fordel kan monitoreres løbende for at afdække, hvorvidt der sker ændringer på befolkningsniveau. For at kunne studere betydningen af vægtstigmatisering i et opfølgende perspektiv er det nødvendigt at udvikle bedre måleredskaber, som kan integreres i danske befolkningsundersøgelser. I Danmark udvikles og gennemføres jævnligt større befolkningsundersøgelser, og vi har via cpr-nummeret en unik mulighed for at koble information om helbred, socioøkonomi, familie osv. Det vil derfor være muligt at lave epidemiologisk forskning, som kan afdække forekomsten af vægtstigmatisering i Danmark og den relaterede risiko for diverse sygdomme og tilstande.

Kønsaspekter: Der synes at være kønsforskelle, hvor kvinder oplever mere vægtstigmatisering end mænd, men samtidig mangler der forskning om mænd og vægtstigmatisering. Kønsforskelle kan med fordel udredes yderligere.

Social ulighed i sundhed: Social ulighed tages kun i betragtning i ganske få studier. Det vil være relevant at vide mere om, hvordan social ulighed i sundhed hænger sammen med både forekomst og forebyggelsesmuligheder af vægtstigmatisering, fordi noget tyder på, at der er en 'dobbelt byrde', hvor nogle er mere sårbare over for stigmatisering, fordi de allerede er socialt udsatte.

Vægtrelateret mobning: Det er vigtigt at få skabt mere viden om, hvordan vægtrelateret stigmatisering og mobning kan undgås, særligt blandt børn, da det kan have store konsekvenser for deres trivsel og helbred på længere sigt.

Selvstigmatisering: Der mangler studier, der fokuserer på, hvordan man i en dansk kontekst mindsker, at den vægtstigmatisering, individet møder, ender ud i selvstigmatisering.

Sprog og billeders betydning: Der mangler studier, som sætter fokus på betydningen af sprog og billeder, og som undersøger, om man ved at ændre sprogbrug og billeder i medierne kan nedsætte vægtstigmatisering i befolkningen.

Kompetenceudvikling: Der er behov for øget opmærksomhed på vægtstigmatisering blandt fagpersoner, og behov for, at der bliver arbejdet med at reducere vægtstigmatisering som et led i efteruddannelse af sundhedspersonale, som arbejder med børn, unge, gravide og andre voksne med overvægt. Statens Institut for Folkesundhed ved SDU har igangsat et sådant initiativ i 2023 (SDU, 2024)

Forebyggende indsatser: Der mangler yderligere viden om forebyggende indsatser, herunder hvordan de konkret skal implementeres. Det er afgørende, at de forebyggende indsatser, der implementeres, evalueres og dokumenteres, for at effekten af disse kan vurderes.

6

Handlingsanvisninger

I dette kapitel vil arbejdsgruppen, baseret på den gennemgåede litteratur, præsentere deres perspektiv på, hvilke handlingsanvisninger der vurderes at være effektive til at forebygge vægtstigmatisering.

Denne rapport slår fast, at stigmatisering af personer med høj vægt forekommer i mange sammenhænge og kan have negative konsekvenser. Vi har også nogen viden om, hvordan stigmatisering kan forebygges.

På baggrund af den eksisterende forskning fremhæves de tiltag, som der er størst sandsynlighed for vil bidrage til at mindske forekomsten af vægtstigmatisering og selvstigmatisering i Danmark.

Vægtstigmatisering er indlejret i den danske kultur og kommer både til udtryk i samfundets rammer, fx i sundhedsvæsenet og i de nære relationer. For at skabe forandring er det afgørende, at mange af de nedenstående handlingsanvisninger implementeres, så forskellige niveauer og aktører påvirkes samtidigt over længere tid.

For at kunne anbefale konkrete metoder, aktiviteter og måder at implementere indsatser på er der brug for mere forskning, der afprøver konkrete indsatser. Handlingsanvisningerne har derfor en mere generel karakter.

6.1 Sprog og kommunikation

Offentlige myndigheder, patientforeninger og andre aktører, der kommunikerer om sundhed og trivsel kan tage ansvar for nuanceret vidensformidling om stigmatisering og kropsdiversitet samt tage ansvar for ikke at bruge stigmatiserende sprog og stigmatiserende billeder af personer med høj vægt.

Ledere på medie-, kommunikations- og journalistuddannelser kan øge viden blandt studerende og undervisere om, hvordan sprog og billeder kan være hhv. stigmatiserende og ikke-stigmatiserende.

Alle fagpersoner i social- og sundhedsvæsenet kan tage ansvar for ikke at være stigmatiserende i deres møde med borgerne, fx ved kun at italesætte personernes vægt, hvis det fagligt vurderes at være relevant i forhold til de problematikker, borgerne henvender sig med. Organisationer som Obesity Canada og Obesity UK har udviklet retningslinjer og bedste praksis-materialer rettet mod sundhedsfagfolk for at forbedre patienternes sundhedsresultater og mindske stigmatiseringen. I Danmark har Sund By Netværket udgivet en formidlingsguide til fagfolk om god kommunikation vedrørende høj vægt.

6.2 Undervisning og efteruddannelse

Ledere af professionsuddannelser og sundhedsuddannelser kan tage ansvar for at øge viden og bevidsthed om vægtstigmatisering i uddannelserne. Studerende og

undervisere kan bevidstgøres om deres egne potentielle fordomme og undervises i de komplekse årsager til udvikling af høj vægt, herunder viden om, at høj vægt generelt ikke er individets egen skyld, og viden om, hvordan vægtstigmatisering kan mindskes.

Ledere af dagtilbud, grund- og ungdomsskoler, fritids- og ungdomsklubber og på ungdomsuddannelser kan tage ansvar for, at såvel ansatte som børn og unge får øget viden og bevidsthed om vægtstigmatisering.

Ledere på skoler og uddannelsesinstitutioner kan sørge for, at kropsdiversitet og positive kropsopfattelser indgår i læring og undervisning, samt tage ansvar for, at pædagogiske læreplaner og antimobbeindsatser også har fokus på vægtrelateret mobning, og for at forældre og andre nære relationer gøres opmærksomme på deres muligheder for at forebygge vægtstigmatisering.

Ledere kan sørge for, at fagpersoner bevidstgøres om deres egne potentielle fordomme og undervises i de komplekse årsager til høj vægt, herunder viden om, at høj vægt generelt ikke er individets egen skyld, og viden om, hvordan vægtstigmatisering kan mindskes.

Ledere i kommuner kan tilbyde relevante medarbejdere efteruddannelse og kurser, som øger viden og bevidsthed om vægtstigmatisering. Medarbejdere kan bevidstgøres om deres egne potentielle fordomme og undervises i de komplekse årsager til høj vægt, herunder viden om, at høj vægt generelt ikke er individets egen skyld, samt om hvilke indsatser der kan bidrage til afstigmatisering af personer med høj vægt.

6.3 Kommunale indsatser

Ledere i kommunerne kan afprøve afstigmatiserende indsatser til borgere med høj vægt, hvor der arbejdes med udfordringer med mad, krop og vægt med fokus på trivsel og uden et fokus på vægttab og vejning. Det er afgørende, at indsatserne dokumenteres og evalueres i kommunerne, da effekten af dem endnu ikke er undersøgt. Information om eksisterende indsatser kan bl.a. findes i Svendborg Kommune, Thisted Kommune, Mariagerfjord Kommune og Kolding Kommune, som tilbyder sådanne forløb.

Fagpersoner kan tage ansvar for at vejlede og informere forældre om, hvordan de bedst muligt taler med deres børn om vægt uden at komme til at stigmatisere dem, og hvordan man fremmer børn og unges forståelse af kropsdiversitet og accept af egen krop.

6.4 Fysisk indretning

Ledere på alle arbejdspladser og uddannelsesinstitutioner kan tage ansvar for en fysisk indretning, der ikke er vægtstigmatiserende, fx ved at have stole og toiletter, som passer i størrelsen til alle.

Ledere i sundhedsvæsenet kan tage ansvar for en fysisk indretning, der ikke er vægtstigmatiserende, ved at have tøj og medicinsk udstyr, fx blodtryksmålere, der kan bruges af alle uanset vægt.

6.5 Politikker og indsatser på arbejdspladser

Ledere på arbejdspladser kan tage ansvar for, at sundhedsfremmende politikker og indsatser på arbejdspladsen kommunikeres på en måde, der ikke er vægtstigmatiserende, bl.a. med fokus på organisationens medansvar for medarbejdernes sundhed og trivsel i fælles rammer samt fokus på generel sundhed og naturlig kropsdiversitet frem for at fokusere på det individuelle ansvar for vægt.

Ledere på arbejdspladser kan tage ansvar for at indføre en diversitetspolitik, som også inkluderer kropsstørrelse, og dermed bidrage til at forebygge stigmatisering relateret til vægt på arbejdspladsen.

6.6 Lovgivning

Folketinget kan vedtage, at diskrimination på baggrund af vægt tilføjes forskelsbehandlingsloven, der gælder ift. beskæftigelse. Således bliver kropsstørrelse ligestillet og beskyttet på samme måde som race, hudfarve, religion, politisk anskuelse, seksuel orientering, alder, handicap og national, social eller etnisk oprindelse. Dette vil principielt forhindre forskelsbehandling på arbejdsmarkedet på baggrund af vægt.

