

”God omvårdnad oavsett vikt”

En litteraturstudie om brister och resurser i vården av patienter med övervikt och fetma

FÖRFATTARE	Elin Lindqvist Emma Lövdahl
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet Examensarbete på Grundnivå 15 högskolepoäng VT 2012
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Lena Oxelmark
EXAMINATOR	Annika Janson-Fagring
Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa	

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk):	God omvårdnad oavsett vikt - En litteraturstudie om brister och resurser i vården av patienter med övervikt och fetma
Titel (engelsk):	Good nursing care regardless of weight - A literature review of deficiencies and resources in the care of patients with overweight and obesity
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng OM5250 Examensarbete på Grundnivå
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	21 sidor
Författare:	Elin Lindqvist Emma Lövdahl
Handledare:	Lena Oxelmark
Examinator:	Annika Janson-Fagring

SAMMANFATTNING

Personer som lider av övervikt och fetma kan till följd av detta drabbas av ett flertal följsjukdomar som kräver slutenvård. Antalet individer med övervikt och fetma ökar i Sverige liksom i många andra länder. Till följd av brist på kommunikation, material och specialanpassad utrustning, samt det antal personal som krävs för att ge god omvårdnad till patienter med övervikt och fetma kan både sjuksköterskans och patientens säkerhet och hälsa äventyras. Syftet med denna litteraturstudie är att identifiera och beskriva hur sjuksköterskan kan bemöta eventuella hinder och svårigheter samt vilka förutsättningar som finns för att ge god omvårdnad till överviktiga patienter utifrån deras specifika behov då de vårdas på sjukhus. De 12 studier som utgör resultatet inkluderar både kvalitativ och kvantitativ forskning och är publicerade mellan 2005 och 2011. Resultatet visar att brister i omvårdnaden kring överviktiga patienter förekommer och gäller bland annat utrustning, material, attityder hos vårdpersonalen samt kommunikation mellan såväl vårdare och patient som vårdare emellan.

Nyckelord: Övervikt, Obesitas, Anpassning, Bemötande, Attityd

**Vi vill tacka vår handledare Lena Oxelmark
för stöd och vägledning.**

Tack!

Innehållsförteckning

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
VAD ÄR ÖVERVIKT OCH FETMA?	1
FAKTA OM ÖVERVIKT OCH FETMA.....	1
VEM DRABBAS?	2
LIVSKVALITÉ OCH ETISKA ASPEKTER.....	3
KOMPLIKATIONER VID ÖVERVIKT OCH FETMA.....	4
Immunsvaret och inflammation	4
Diabetes.....	4
Hypertoni.....	5
Metabolt syndrom	5
Lever.....	5
Skelett och leder	6
Hud	6
Sömnapné och andningsbesvär	6
BEHANDLING AV ÖVERVIKT OCH FETMA	6
Kostbehandling.....	6
Fysisk aktivitet & FaR.....	7
Viktreducerande kirurgi	7
Läkemedelsbehandling.....	7
SJUKSKÖTERSKAN OCH OMVÅRDNAD	7
KOMMUNIKATION OCH BEMÖTANDE	9
PROBLEMFÖRMULERING	9
SYFTE.....	10
METOD.....	10
LITTERATURÖVERSIKT	10
Litteratursökning	10
Inklusionskriterier	10
Exklusionskriterier	10
Sekundärsökning	11
ANALYS.....	11
ETISKA STÄLLNINGSTAGANDEN	12
RESULTAT	12
VILKA HINDER KUNDE SJUKSKÖTERSKAN STÖTA PÅ I OMVÅRDNADEN	
KRING EN ÖVERVIKTIG PATIENT?.....	13
Patientfaktorer	14
Fysisk miljö	14
Brist på utrustning	14
Hantering och förflyttningar.....	15
Brist i sjuksköterskans kommunikation, bemötande och attityd.....	15
HUR UTFÖRS GOD OMVÅRDNAD TILL PATIENTER MED ÖVERVIKT?	15
Sjuksköterskans kommunikation, bemötande och attityd	16
Specialanpassad utrustning	16

Organisations- och personalfrågor	16
PATIENTENS VÄRDIGHET	17
DISKUSSION	17
METODDISKUSSION	18
RESULTATDISKUSSION	19
Slutsats	22
REFERENSER	22

INLEDNING

Vi har under vår verksamhetsförlagda utbildning under sjuksköterskeutbildningen stött på problem vid omvårdnad av patienter med övervikt och fetma. Bristen på material, anpassad utrustning och kunskap hos vårdpersonal tycks ha kunnat påverka omvårdnad av patienter med övervikt. I många lägen har vi sett i stunden påhittade konstgjorda lösningar vilket vi upplevt som en stor risk för såväl patient som personal. Till exempel då två sängar ställts ihop för att bära en kraftigt överviktig patient. När uttalade rutiner inte finns äventyras både personalens och patientens hälsa. Även de överviktiga patienternas psykiska hälsa tycks påverkas negativt av att vårdmiljön inte är anpassad efter deras behov. I dagsläget ökar andelen personer med övervikt och fetma för varje år och denna trend tycks fortsätta. Denna förväntade utveckling fick oss att vilja undersöka vilka resurser och förutsättningar som finns inom vården för att ge en god omvårdnad till dessa patienter. Vården har de senaste åren anpassats mycket efter att vår befolkning blir allt äldre. Därför frågar vi oss om en liknande anpassning finns planerad för att kunna ta hand om en allt mer överviktig befolkning. Vår förhoppning är att genom denna litteraturstudie synliggöra och öka förståelsen för problemen som kan uppstå i och kring vården av överviktiga patienter.

BAKGRUND

VAD ÄR ÖVERVIKT OCH FETMA?

Fetma klassas som en sjukdom och leder till såväl ohälsa och nedsatt livskvalitet hos den drabbade som ökade kostnader för samhället (Västra Götalandsregionen, 2008). På individnivå medför det risker för ohälsa, nedsatt livskvalitet, förtidspensionering och förtida död (Hälso- och sjukvårdskansliet Borås, 2010 & VGR, 2008). Övervikt och fetma definieras som en onormal eller överdriven ansamling fettvävnad i kroppen som påverkar hälsan negativt. Det mest användbara sättet att mäta övervikt och fetma hos en befolkningsgrupp är genom body mass index (BMI) då detta mäts på samma sätt hos män och kvinnor och i alla åldrar. BMI räknas ut genom personens vikt i kilo dividerat med personens längd i meter i kvadrat (fig. 1).

$$\frac{\text{Vikt i kg}}{\text{Längd i m}^2} = \text{BMI}$$

FIG.1 Uträkning av BMI.

WHO's definition av övervikt respektive fetma är följande:

BMI över eller lika med 25 = övervikt

BMI över eller lika med 30 = fetma

BMI bör endast ses som en grov uppskattning då samma värde inte alltid är jämförbart eftersom det inte tar hänsyn till hur stor del av vikten som består av fettvävnad (Persson, 2007 & World Health Organization, 2011). Det är viktigt att ha i åtanke att helt friska, muskulösa individer kan ha ett BMI över både 25 och 30kg/m² utan att vara patologiskt överviktiga medan individer med ett BMI under 25kg/m², men med stor andel bukfett löper en högre risk att drabbas av hjärt-kärlsjukdomar (Lönnqvist, 2007). En kompletterande diagnostiserande metod som på senare tid kommit att användas är, till följd av denna brist, mätning av bukomfånget (HSK Borås, 2010 & Lönnqvist, 2007). Denna metod klassar ett midjemått på över 102cm för män och över 88cm för kvinnor som bukfetma (Lönnqvist, 2007).

FAKTA OM ÖVERVIKT OCH FETMA

Fetma uppstår ofta som ett resultat av att kroppen lagrat överskottsenergi som fettväv till följd av en positiv energibalans. Såväl genetiska, biologiska, sociala, psykologiska som etniska aspekter är faktorer som kan spela roll vid utveckling av övervikt (Melin, 2001). Samband har visats mellan BMI (BMI-klassificerad fetma) och mortalitet (Mårild, Neovius & Rasmussen, 2007). Övervikt och fetma är idag den femte största orsaken till dödsfall globalt sett. Varje år dör minst 2,8 miljoner vuxna världen över till följd av övervikt eller fetma (WHO, 2011). Redan vid måttlig övervikt, framförallt lokaliserat till buken, ökar risken för följsjukdomar såsom diabetes, kardiovaskulära sjukdomar (främst hjärtsjukdomar och stroke), muskel- och skelettsjukdomar såsom artros och ledsjukdomar, sömnapné, leversjukdomar samt vissa former av cancer (Lönnqvist, 2007; Melin, 2001; VGR, 2008 & WHO, 2011). Vikten ökar vanligen med åldern varför sjukdomar som är förknippade med övervikt och fetma ofta uppkommer med ökande ålder (Persson, 2007). Fetma i barndomen ökar risken för fetma i vuxen ålder, för tidig död och funktionshinder senare i livet. Barn med övervikt eller fetma löper även en ökad framtida risk att drabbas av frakturer, andningsbesvär, förhöjt blodtryck, kardiovaskulära sjukdomar, insulinresistens och psykosociala besvär (WHO, 2011). Kvinnor och män drabbas ofta av fetma på olika sätt, män utvecklar oftare bukfetma medan kvinnors fetma oftare lägger sig kring stussen (Persson, 2007). Bukfetma är den typ av fetma som innebär störst risk för sjukdom och utgör en, av BMI oberoende, riskfaktor för att utveckla kardiovaskulära sjukdomar (Lönnqvist, 2007). Kvinnor löper en ökad risk för att drabbas av övervikt och fetma under vissa perioder av livet till exempel under och efter graviditet och i klimakteriet (Persson, 2007). Melin (2001) anser att all vårdpersonal bör få utbildning och handledning i omhändertagande av patienter med övervikt och fetma och menar att personal inom primärvården måste kunna ta hand om sina patienter för att specialistklinikernas resurser ska kunna användas till de patienter som har störst behov.

Överviktiga har en högre andel fettvävnad och lägre andel vatten och muskelmassa än normalviktiga vilket gör att läkemedel absorberas annorlunda. Såväl sjuksköterskor som läkare måste därför vara uppmärksamma på att läkemedel snabbt kan bli subterapeutiska eller giftiga. Fettlösliga läkemedel kan behövas i större dos eftersom andelen fettvävnad är större. Även administrationen av läkemedel kan vara svår. Intramuskulära injektioner kan till exempel av misstag hamna i fettvävnad till följd av för korta nålar. Då fettvävnad har färre blodkärl än muskelväv blir absorptionen sämre. Många mediciner förutsätter ett normalt pH-värde i magsäcken för att absorberas, men överviktiga har ofta ett lägre pH än normalviktiga. Analgetika är ett exempel på detta och bör därför ges i högre dos eller mer frekvent (Hahler, 2002).

VEM DRABBAS?

Vad som orsakar fetma är endast känt till viss del. Det finns tydliga bevis för att ärftligheten spelar en stor roll, men även faktorer såsom livsstil, miljö, socioekonomiska förhållanden, transportmedel, felaktiga kostvanor och låg fysisk aktivitet har visat sig ha betydelse (HSK Borås, 2010 & VGR, 2008). De ärftliga sambanden är inte klarlagda, men ärftliga faktorer anses vara en bakomliggande orsak till utveckling av fetma i ca 40 % av fallen. Genetiska skillnader har betydelse för såväl kroppsvikten som den regionala fettfördelning samt inlagring och frisättning av fett hos individen (Lönnqvist, 2007). I Sverige har en ökning av fetma setts i alla socioekonomiska grupper, men den största ökningen ses bland arbetare, särskilt män. Hos tjänstemän på hög eller mellannivå har man dock kunnat se att ökningstakten avtagit under 2000-talet (Persson, 2007). Utöver den inverkan som hälso- och sjukvården har på individen så spelar marknaden för produktion och försäljning av livsmedel samt media och underhållningsindustrin en stor roll (VGR, 2008).

Fetma är ett ökande problem världen över och har mer än fördubblats sedan 1980 (WHO, 2011). Detta gäller även i Sverige. Trots detta visar forskning på att den uppåtgående fetmatrenden i Sverige tenderar att avta (HSK Borås, 2010). År 2008 var över 1,5 miljarder vuxna, 20 år och äldre, överviktiga varav 200 miljoner män och 300 miljoner kvinnor led av fetma världen över. Närmare 43 miljoner barn under fem år var 2010 överviktiga (WHO, 2011). Perioden mellan 1980-2005 fördubblades andelen personer med fetma i Sverige från cirka 5 % till omkring 10 %. Detta motsvarar i åldrarna 16-84 år ungefär 700 000 personer med fetma. I Sverige är fetma ungefär lika vanligt förekommande bland kvinnor som bland män om man jämför hela befolkningen. Den största ökningen av fetma ses bland unga kvinnor, i medelåldern är fetma vanligare bland män. Övervikt, som är betydligt vanligare än fetma, är klart överrepresenterat hos män enligt BMI (Persson, 2007). Övervikt och fetma har tidigare setts som ett problem främst i höginkomstländer, men problemet växer nu i låg- och medelinkomstländer, speciellt i storstadsmiljöer (WHO, 2011). I Sverige är dock andelen fetma i små- och glesbefolkade orter nästan dubbelt så hög som i storstäder (Persson, 2007). Av de 43 miljoner barn som 2010 led av övervikt eller fetma lever 35 miljoner i utvecklingsländer medan endast 8 miljoner lever i välutvecklade länder. Övervikt och fetma leder till fler dödsfall världen över än undervikt (WHO, 2011). Denna ökande trend vad gäller förekomsten av fetma kan ses som ett resultat av ändrade miljö- och levnadsvillkor (VGR, 2008). Ett resultat av den här utvecklingen är att sjukvårdskostnaderna blir allt högre (Svenska kommunförbundet & Landstingsförbundet, 2004). Detta gäller till exempel kostnader p.g.a. stort sjukvårdsbehov, sjukskrivningar, förtidspensioneringar och död före pensionsålder (HSK Borås, 2010). Denna utveckling av såväl folkhälsan som sjukvårdskostnader kommer bli mer och mer tydligt i framtiden om antalet patienter med denna problematik fortsätter att öka i samma takt som nu (HSK Borås, 2010 & SKL, 2004).

LIVSKVALITÉ OCH ETISKA ASPEKTER

Det är vanligt att patienter med övervikt eller fetma utöver sin fysiska sjukdomsbild drabbas av psykosociala problem. Dessa kan uppstå till följd av omgivningens attityder mot individen och kan orsaka större lidande än sjukdomen i sig. Även barn med övervikt eller fetma upplever detta. I många fall upplever överviktiga patienter en lägre livskvalité än patienter med andra allvarliga kroniska sjukdomar. De sociala konsekvenserna kan även påverka den drabbades familj. Patienterna upplever en ökad livskvalité vid vikttnedgång. Personer med övervikt eller fetma diskrimineras ofta i olika situationer däribland i arbetslivet till exempel vad det gäller anställningar och inkomst. Det kan även finnas negativa attityder bland sjukvårdspersonal mot personer med övervikt eller fetma (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2002). För att patienten inte ska få en negativ upplevelse vid kontakt med sjukvården bör handläggningen av individer med fetma utformas så att patienten inte upplever sig som sjuk på grund av sin övervikt med försämrade livskvalité som följd (VGR, 2008).

Patienter med övervikt eller fetma hamnar ofta i situationer där praktiska problem uppstår vilket kan upplevas diskriminerande. Exempel på detta kan vara för trånga säten på till exempel bussar, flyg och biografer, föga rymliga allmänna utrymmen och svårigheter att hitta kläder som passar. Det är viktigt att se till den enskilde patientens rättigheter och att beakta etiska aspekter. Trots en ökad utseendefixering och ett allt smalare kroppsideal i samhället ökar befolkningen i vikt. Denna utseendefixering ökar utsattheten för de överviktiga och deras upplevelser av negativa attityder från omgivningen. De negativa attityder som den överviktiga patienten bemöts av resulterar ofta i skuld känslor och det tycks finnas en förställning om att denna sjukdom är ”personens eget fel” (SBU, 2002). Det finns en allmän uppfattning i samhället om att den som inte är smal skulle ha misskött sin hälsa och därigenom svikit någon slags moral. Denna uppfattning menar även att fetma hör ihop med dålig karaktär, frosseri och

lättja. Forskningen har visat att utsatta samhällsgrupper oftare utvecklar fetma än socialt starkare grupper. Faktorer av social, kulturell och ekonomisk karaktär spelar in. Problemet uppstår alltså inte enbart till följd av individens levnadsvanor utan struktur och förhållanden i samhället såsom boende, skola, transportväsen, arbete, fritid och media spelar också roll (VGR, 2008). Samhällets fördomar och attityder till personer med övervikt och fetma kan leda till en ond spiral som får personen att stanna inomhus av rädsla för att visa upp sig vilket får en negativ effekt på behandlingen då motion är en viktig del (HSK Borås, 2010; SBU, 2002 & VGR, 2008).

De praktiska problem som överviktiga patienter upplever finner man tyvärr även i vården. Det gäller bland annat ej anpassade och därmed av patienterna upplevda ovälkommande fysiska miljöer, för smala sängar, röntgenapparater och för små blodtrycksmanschetter. Överviktiga patienter har även upplevt bristande förståelse och engagemang hos vårdpersonal (SBU, 2002). Även sjuksköterskor upplever såväl fysiska som emotionella svårigheter när det kommer till patienter med övervikt, bland annat då rätt utrustning saknas (Trossman, 2005). Bristen på utrustning och resurser ställer högre krav på sjukvårdens personal att ge ett professionellt och medmänskligt bemötande. Sjukvården har en viktig roll vad gäller att föregå med gott exempel och ska bemöta varje patient så att hen känner sig välkommen, förstådd och trygg (SBU, 2002). Det är även viktigt att vårdpersonalen ser till individen och inte bara ser en överviktig patient (Trossman, 2005).

KOMPLIKATIONER VID ÖVERVIKT OCH FETMA

Personer som lider av övervikt eller fetma kan till följd av detta drabbas av en rad olika följsjukdomar (HSK Borås, 2010; Lönnqvist, 2007; Melin, 2001; SKL, 2004; VGR, 2008 & WHO, 2011). Nedan beskrivs några av dessa tillstånd.

Immunsvär och inflammation

Människans immunförsvar och metabola system är nära sammankopplade och det normala immunsystemet är beroende av energi och kroppens förmåga att lagra energi för framtida bristsituationer. Undernäring är förknippat med ett nedsatt immunförsvar och av samma skäl kan fetma kopplas till ett överstimulerat immunförsvar. Således är fetma förknippat med en kronisk, lågradig inflammation (Lönnqvist, 2007).

Diabetes

Den vanligast förekommande och även svåraste hormonella komplikationen vid fetma är för höga nivåer av insulin i blodet (Björntorp, 1998). 80-90% av alla patienter med icke-insulinberoende diabetes har ett BMI över 25. I allmänhet förekommer nedsatt insulinkänslighet hos dessa patienter med bland annat minskat sockerupptag i muskulaturen. En stor andel fettvävnad i kroppen har en negativ påverkan på insulineffekten och härigenom även kolhydratsomsättningen vilket leder till nedsatt glukostolerans och utveckling av diabetes typ 2 hos dessa individer. För att motverka detta kan insulinproduktionen av bukspottskörtelns betaceller temporärt öka vilket ses genom höga insulinnivåer i blodet. Efter år av denna ökade produktion börjar betacellerna till slut svikta i sin insulinproduktion och typ-2-diabetes utvecklas. Fettlokaliseringen spelar en stor roll för utvecklingen av nedsatt glukostolerans. Speciellt vid måttlig övervikt ses en stor andel bukfett som en oberoende och mer betydande faktor än BMI för att utveckla glukosintolerans (Richelsen, 1998). Insulinresistens och hyperinsulinemi är mer vanligt förekommande hos personer med bukfetma än med perifer fetma. Genetiska faktorer har kunnat kopplas till uppkomsten av insulinresistens, men vilka gener som påverkar detta är ännu okänt. Hyperinsulinemi och

bukfetma och dess indirekta konsekvenser hos individen utgör tillsammans starka riskfaktorer för utveckling av kardiovaskulär sjukdom samt diabetes typ 2 (Björntorp, 1998).

Nedsatt fysisk aktivitet, som är vanligt förekommande hos överviktiga, är i sig själv en stor riskfaktor för utvecklingen av typ 2-diabetes. Vid viktnedgång ökar insulinkänsligheten och därigenom glukostoleransen. Viktnedgång är därför en viktig behandling av personer med typ 2-diabetes (Richelsen, 1998). Det har även visat sig att hos patienter som genomgår obesitaskirurgi, till exempel gastric bypass, med en kvarstående viktreducering som resultat, ses ofta en tillbakagång av diabetessjukdomen. Den ökning av typ 2-diabetes som hittills har setts i Sverige är främst förknippad med det faktum att vår befolkning blir allt äldre och ökningen är inte lika stor om incidensen skulle åldersjusteras (Nilsson & Attvall, 2007).

Hypertoni

Förekomsten av ökad fettvävnad vid fetma liksom var den är lokaliserad påverkar risken för att utveckla hypertoni. Det finns ett klart samband mellan hypertoni och bukfetma hos både kvinnor och män. Ökat blodtryck, ökad hjärtminut- och blodvolym samt minskad systemvaskulär resistens är förenat med viktökning och uppenbar fetma. Till följd av strukturella förändringar i kapillärerna hos överviktiga individer kan inte kärldbädden relaxeras och ta emot den ökade slagvolymen vilket på sikt kan orsaka hypertoni. En av de viktigaste riskfaktorerna för utveckling av hypertoni, utöver övervikten i sig, kan vara den insulinresistens som utvecklats till följd av övervikten (Andersson, 1998).

Eftersom viktnedgång har visat sig leda till sänkt blodtryck och en samtidig förbättring av ett flertal metabola riskfaktorer är detta den mest tilltalande behandlingsmetoden vid hypertoni hos överviktiga (Andersson, 1998).

Metabolt syndrom

Det metabola syndromet är ett samlingsnamn för flera olika metabola och kardiovaskulära riskfaktorer. En av dessa grundläggande komponenter är insulinresistens i perifer vävnad. Insulinresistensen kan variera i grad mellan olika organ. Insulinresistens är en sannolik gemensam patofysiologisk mekanism för utvecklandet av såväl fetma, typ 2-diabetes som hjärtkärlsjukdom vilka alla tre kan sammankopplas genom det metabola syndromet. Det metabola syndromet kan kopplas till fetma, framförallt bukfetma, genom en obalans mellan kaloriintag och kaloriförbränning. Det finns ett samband mellan insulinresistens och kronisk sömnbrist, sömnapné syndrom, kronisk stress och metabola rubbningar. En kronisk lågradig inflammation kan ses vid det metabola syndromet till följd av att fettväven utsöndrar en rad cytokiner som orsakar detta tillstånd. Läkemedel kan användas som komplement för behandling, men råd om en förbättrad livsstil är den mest väsentliga behandling av det metabola syndromet (Zethelius, 2007).

Lever

Vid fetma och diabetes ökar prevalensen av leversteatos och non alcoholic steatohepatitis (NASH). Dessa två tillstånd benämns med det gemensamma namnet non alcoholic fatty liver disease (NAFLD) som är den absolut vanligaste leveråkomman i västvärlden. Vid leversteatos ses ett överskott av triglycerider extracellulärt i hepatocyterna. Vid NASH kan även tecken till inflammation och fibros ses. NAFLD har sett utvecklas i två steg där insulinresistens och fetma spelar en central roll. Patienter med leversteatos har en bättre prognos än de som utvecklat NASH vilka löper större risk att drabbas av allvarligare, ibland mortal, leversjukdom. NAFLD behandlas främst genom viktreduktion och livsstilsförändringar då

ingen etablerad kurativ terapi finns. Önskvärt är ökad fysisk aktivitet då det leder till minskad insulinresistens och en minskad fettsyrelastning av levern (Torgerson, 2007).

Skelett och leder

Fetma innebär en ökad belastning på kroppens skelett och muskulatur vilken kan bidra till förändringar på skelett, vikt bärande leder och muskulatur. Det är inte bara fettväven som ökar vid viktökning utan muskelmassan måste även öka för att klara av den tilltagande tyngden. Vid fetma förändras både muskelmassans kvantitet och kvalitet då en fettinlagring sker i muskulaturen liksom i många andra organstrukturer. Viktrelaterade besvär från rörelseapparaten ökar i samband med tilltagande BMI. Det bekymmer som har visat sig ha störst samband med fetma är knäledsartros. Individer som gått ner i vikt löper en mindre risk att utveckla artros samtidigt som fetma tycks påverka takten i vilken artros utvecklas (Rössner, 2007b). Patienter med minskad mobilitet förlorar snabbt kalcium då skelettet inte aktiveras (Hahler, 2002).

Hud

Svårigheter att rent fysiskt sköta den personliga hygien kan uppstå för personer med fetma. Det kan till exempel gälla att nå för att tvätta sig, att få plats i duschen etc. Hudveck som uppstår till följd av fetman kan orsaka besvär och intertriginösa eksem och svampinfektioner kan lätt uppstå främst under bröstet eller i ljumskarna (Rössner, 2007a). Sår i hudveck tar extra lång tid att läka då det är en varm och fuktig miljö där bakterier trivs. Patienter med övervikt eller fetma löper en stor risk att utveckla trycksår, det krävs därför en noggrann och kontinuerlig hudöversikt. Om sår uppstår är dessa ofta svårläkta till följd av att blodtillförseln är lägre i fettvävnad än i muskelvävnad (Hahler, 2002).

Sömnapné och andningsbesvär

Tyngden av bröstkorgen samt den ihoptryckning av brösthållrummet som orsakas av den stora andelen bukfett begränsar lungornas expanderingsförmåga. Fett i diafragman och interkostalmuskler försvårar andningsmekanismen (Hahler, 2002). Obstruktiv sömnapné är den vanligaste nattliga andningsstörningen och 75 % av de drabbade är måttligt till kraftigt överviktiga. En av de viktigaste riskfaktorerna för att utveckla obstruktiv sömnapné har visat sig vara ett förhöjt BMI. Obstruktiv sömnapné innebär att luftflödet upphör under minst 10 sekunder och att syremättnaden reduceras med 4 % eller mer till följd av kollaps av luftvägarna vid pharynx. Under apné utvecklas en hypoxi som följs av ett kort uppvaknande då ett normalt luftflöde återetableras. Vid fetma kan en reduktion av lungvolymen ses och då framförallt i liggande ställning. Även dimensionerna i övre luftvägarna, motståndet och andningsmuskelfunktionen är påverkad hos personer med övervikt. Apnécykeln upprepas kontinuerligt under natten vilket ofta resulterar i störd sömn, förändrat sömnmönster med frekvent uppvaknande, försämrad sömnkvalité och en ökad trötthet under dagtid. Utöver viktreduktion är undvikande av alkohol och sömnmedel samt patientens kroppsläge under sömn effektiva åtgärder för att minska förekomsten av apné. En halvsittande sovställning, istället för en liggande, har visat sig vara att föredra för dessa patienter (Stenlöf, 2007).

BEHANDLING AV ÖVERVIKT OCH FETMA

Kostbehandling

Grunden för all viktreduktion är ett energiintag lägre än energiförbrukningen hos en individ. Målsättningen med kostbehandling är att den ska ha en så pass god effekt att en förbättring kan ses vad gäller både riskfaktorer och sjukdomstillståndet utan att någon form av näringsbrist uppstår. Behandlingen bör vara individualiserad och eftersträva ett hållbart

resultat. Rekommendationer kring kosthållningen är på det stora hela de samma för hela befolkningen och föreslår 3 huvudmåltider dagligen och eventuellt 1-3 mellanmål (Johansson, 2012).

Fysisk aktivitet & FaR

All form av fysisk aktivitet och motion har en positiv effekt på viktminskning och minskar risken för utveckling av fetma och dess följsjukdomar (Fogelholm, 2005). En behandlingsmetod för viktreduktion som ökat i Sverige de senaste åren är Fysisk Aktivitet på Recept (FaR®) (Statens folkhälsoinstitut, 2012). Detta recept kan skrivas ut av läkare eller annan legitimerad sjukvårdspersonal, däribland sjuksköterskor. Utskrivning av FaR® ska bygga på ett patientcentrerat förhållningssätt och innehålla en aktivitet som känns rolig och genomförbar för patienten själv. Syftet är att öka patientens aktivitetsnivå, gärna genom någon form av aktivitetsarrangör. Uppföljning är viktigt både vad gäller justering av ordinationen och för att motivera patienten (Statens folkhälsoinstitut, 2011).

Viktreducerande kirurgi

Fetmakirurgi är den behandlingsmetod med störst och mest permanent viktreducering jämfört med andra metoder. Ingreppet anses idag ha hög säkerhet och operationsmortaliteten är låg. Metoden används främst vid mycket kraftig övervikt och först då andra behandlingsinsatser misslyckats eller inte givit önskvärt resultat. Det finns olika typer av viktreducerande kirurgi, men gemensamt för dessa är att en bit av ventrikeln görs om till en ficka. Den internationellt dominerande metoden är gastric bypass som innebär att maten leds förbi en del av den övre tunntarmen. En annan vanlig kirurgisk metod är gastroplastik. De båda metoderna fungerar huvudsakligen mekaniskt genom att det begränsade utrymmet i ventrikeln gör det svårt att äta stora mängder. Likt all viktreducerande behandling minskar den viktreducerande kirurgin risken för fetmans följsjukdomar samt förbättrar livskvaliteten (Näslund, 2005).

Läkemedelsbehandling

Det har länge funnits en önskan om att hitta genvägar till lyckade behandlingsmetoder för viktreducering. Däribland har många olika läkemedel beprövats till exempel tyreoidhormon, digitalis, diuretika med mer eller mindre effektivt resultat. Det är främst i USA dessa läkemedel har beprövats och de flesta av preparaten är inte tillåtna i Sverige. WHO har utformat kriterier för godkännande av läkemedel mot fetma. Dessa inkluderar bland annat att preparatet ska ha en kvarstående, viktreducerande effekt, biverkningarna ska vara övergående och tolerabla samt att verkningsmekanismen ska vara känd. Många framtagna läkemedel har inte uppfyllt kravet om att effekten ska vara kvarstående. Det finns evidens för att viss läkemedelsbehandling har god effekt på både fetma i sig och dess följsjukdomar. Då alla överviktiga är unika kan det inte förväntas att ett och samma läkemedel ska hjälpa alla (Reynisdottir, 2005).

SJUKSKÖTERSKAN OCH OMVÅRDNAD

Watson ger exempel på olika riktlinjer utefter vilka omvårdnaden bör utföras. Hon ger en filosofisk syn på människan som ett fullkomligt funktionellt integrerat själv som ska vårdas, respekteras, skötas om, förstås och hjälpas. Människan ska ses som mer än summan av sina delar. Hänsyn tas till hur personens hälsa och bot påverkas av mänskliga och miljömässiga relationer och transaktioner med en betoning på mellanmänskliga handlingar mellan sjuksköterska och patient. Även de ickemedicinska processerna inom omsorg betonas och Watson menar att omvårdnadens kunskaper utgör ett komplement till de medicinska. Omsorg beskrivs som en moralisk förpliktelse att skydda mänsklig värdighet och en vilja att bevara det mänskliga. Omvårdnad ses här som ett stort engagemang att verka för hälsa och

välbefinnande. Omvårdnad i en metafysisk kontext gör omvårdnad till en mellanmänsklig process som tar hänsyn till andliga dimensioner utöver de medicinska (Watson & Grundberg, 1993).

Omvårdnad har olika betydelse för olika individer och är ett dynamiskt och växlande filosofiskt begrepp som tyder på ömhet. Det moraliska idealet för omvårdnad är mänsklig omsorg. Genom att hjälpa en människa att hitta mening i ohälsa, lidande, smärta och i tillvaron, öka sin självkänedom, sin kontroll och sin egen helande förmåga syftar omvårdnad till att försöka skydda, förstärka och bevara det mänskliga. Sett som en vetenskap och disciplin kan omvårdnad ses som en humanvetenskap. För att uppfylla detta synsätt bör sjuksköterskan vara en vetenskapsman, forskare och kliniker, men även en förmedlare av moral vilket förutsätter att sjuksköterskan är personligt engagerad i omsorgen (Watson & Grundberg, 1993).

International Council of Nurses (ICN) beskriver att omvårdnad ska vara respektfull och inte begränsas av ålder, hudfärg, trosuppfattning, kultur, funktionsnedsättning eller sjukdom, kön, sexuell läggning, nationalitet, politisk åsikt, etnisk tillhörighet eller social status. Sjuksköterskan har i sitt arbete fyra grundläggande ansvarsområden vilka är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt att lindra lidande. Sjuksköterskan ansvarar för att ge god vård och för att alltid uppträda på ett sätt som bidrar till yrkets anseende och främjar allmänhetens tillit. Hen ansvarar även för att respektera mänskliga rättigheter, värderingar, sedvänjor och trosuppfattning hos individ, familj och samhälle. Det hör även till sjuksköterskans ansvar att se till att individens säkerhet, värdighet och rättigheter upprätthålls vid användning av teknik och ny forskning (International Council of Nurses, 2007).

ICNs etiska riktlinjer samt ett vetenskapligt förhållningssätt bör enligt Socialstyrelsen ligga till grund för sjuksköterskans arbete. Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska ska, oavsett verksamhetsområde och vårdform, vården som sjuksköterskan ger präglas av ett etiskt förhållningssätt, bygga på evidens och följa gällande författningar och riktlinjer. Sjuksköterskan ska ha förmåga att ta tillvara på det friska hos patienten och praktisera de kunskaper hen besitter inom såväl omvårdnad som medicin, habilitering/rehabilitering och samhälls- och beteendevetenskaper. Omvårdnadsprocessen ska av sjuksköterskan tillämpas genom observation, bedömning, omvårdnadsdiagnostik, omvårdnadsordination, genomförande och utvärdering av patientens omvårdnad. Patientens basala och specifika omvårdnadsbehov (fysiska, psykiska, sociala, kulturella och andliga) ska av sjuksköterskan tillgodoses och förändringar i patientens tillstånd ska observeras och dokumenteras. Sjuksköterskan ska uppmärksamma och möta patientens upplevelse av sjukdom och lidande och i den mån det går lindra detta. Att en god kommunikation upprätthålls mellan sjuksköterska och patient och att denna präglas av respekt, lyhördhet och empati är en del av sjuksköterskans ansvar. Patienten ska ges goda möjligheter till stöd och vägledning för optimal delaktighet i vård och behandling. Sjuksköterskan ska utifrån gällande föreskrifter och säkerhetsrutiner kunna hantera medicintekniska produkter samt arbeta utifrån basala hygienrutiner för att motverka komplikationer vid sjukdom, vård och behandling. I de fall där våld, hot om våld, risk för skada uppfattats eller en avvikelse inträffat ska sjuksköterskan följa anmälningsskyldigheten enligt Lex Maria. Etiska aspekter i vårdmiljön ska värnas om och sjuksköterskan ska även uppmärksamma situationer som kan ligga till grund för arbetsrelaterade risker och förebygga dessa. Genom att söka ny kunskap, analysera och kritiskt granska relevant litteratur och information ska sjuksköterskan reflektera över och inspirera till dialog angående befintliga rutiner och medverka i utvecklingsarbete (Socialstyrelsen, 2005). Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska de prioriteringar som görs inom

sjukvården styrs av följande etiska principer: människovärdesprincipen (alla människors lika värde och rättigheter oberoende av person och funktion), behovs- och solidaritetsprincipen (resursfördelning efter behov), kostnadseffektivitetsprincipen (en rimlig relation mellan kostnad och effekt av behandling i form av förbättrad hälsa och livskvalitet) (HSL 1982:763).

KOMMUNIKATION OCH BEMÖTANDE

För att mötet i vården ska bli bra är det viktigt att vårdtagare och vårdgivare förstår varandra. Kommunikation anses vara nödvändig inom vården, kanske till och med livsnödvändig. Själva ordet kommunikation kan definieras på flera olika sätt till exempel som ett ömsesidigt utbyte, som något som går att dela med någon eller några, som något som blir gemensamt eller som att göra någon delaktig i något. Kommunikation handlar utöver det verbala uttrycket även om kroppsspråk. Kommunikation används för att överleva, samarbeta och för att tillfredsställa personliga behov. Ett hinder som kan uppstå i kommunikation är hur vårdaren uppfattar patienten och sig själv som vårdare (Fossum, 2007). Kommunikationen inom vården är underordnad det socialt organiserade sammanhang (makthierarkier) som vårdsituationen innebär. Patienten är inte bara sjuk utan befinner sig här även i ett underläge där hen behöver hjälp och saknar såväl tillräcklig kunskap som förståelse för att bota sin egen sjukdom. I motsatts till patienten är vårdaren frisk och besitter de kunskaper och den förmåga som krävs för att bota. På grund av detta kan en komplicerad situation uppstå där makt kan få en ohälsosam och oetisk inverkan i vården (Vinthagen, 2007). Om patientens behov och önsknings inte tillmötesgås, på grund av bristande eller otydlig kommunikation, kan detta leda till missnöje och bristande förtroende hos patienten. Vårdarens fördomar och kunskapsbrister kring ett visst sjukdomstillstånd kan också leda till problem i kommunikationen (Rosendal, 2007).

Bemötande ses som ett svårdefinierat begrepp och många synonymer och förklaringar finns. Bemötande handlar bland annat om vänlighet, hjälpsamhet, människosyn, människovärde, kvalité, information; korrekta besked och upplysningar, respekt, värme och engagemang, uppträdande, mottagande, behandling, och tonfall vilka alla är faktorer som direkt eller indirekt påverkar hur vården utförs. Ett engelskt begrepp som används för att översätta bemötande är "bedside manner" som omfattar hur vårdaren hanterar, berör och tar i patienten. Ett bra bemötande, översatt till bedside manner, innebär att vårdaren uppmuntrar, lugnar och tröstar patienten. Detta bemötande påverkas av vårdarens attityder, tonfall, kroppsspråk, öppenhet och närvaro. Således handlar bemötande om hur patienten tas emot, om vårdarens kroppsspråk vilket inkluderar hur vårdaren hälsar, tittar i ögonen, sitter eller står i förhållande till patient och anhöriga (Fossum, 2007). Vårdaren kan även läsa av patientens behov av trygghet genom dennes kroppsspråk (Enqvist, 2007). Ett respektfullt bemötande bygger på att vara artig, vänlig och hjälpsam (Fossum, 2007). Redan i det första mötet bedömer människor som ett resultat av vår överlevnadsinstinkt om människan vi möter är vän eller fiende. Medvetet eller omedvetet läses den andres kroppsspråk av. För att skapa goda förutsättningar för kontakt är det viktigt att möta blicken hos den andre, genom beröring såsom att ta i hand och genom att tala (Enqvist, 2007).

Patientens tillfrisknade kan påverkas av huruvida kontakten med vården upplevs trygg. Till exempel kan stress leda till långsammare sårsläkning (Enqvist, 2007).

PROBLEMFÖRMULERING

Antalet individer med övervikt och fetma ökar i Sverige. I mötet med överviktiga patienter har författarna upplevt svårigheter att utföra god omvårdnad till följd av bristande kunskaper hos vårdpersonal samt bristfällig tillgång till anpassat material. Dessa patienter kan till följd

av sin övervikt eller fetma drabbas av en rad tillstånd som kräver sjukhusvård. Detta fick författarna att vilja undersöka vilken beredskap som finns för god omvårdnad kring dessa patienter. Eftersom den överviktiga befolkningen i Sverige ökar ansåg författarna detta område aktuellt att undersöka. För att skapa en god vårdande miljö sågs ett behov av att undersöka vilka eventuella brister som förekommer och även att försöka hitta exempel på hur dessa problem har kunnat bemötas.

SYFTE

Syftet med denna litteraturstudie är att identifiera och beskriva hur sjuksköterskan kan bemöta eventuella hinder och svårigheter samt vilka förutsättningar som finns för att ge god omvårdnad till överviktiga patienter utifrån deras specifika behov då de vårdas på sjukhus.

Frågeställningar:

- Vilka hinder/svårigheter kan sjuksköterskan stöta på i omvårdnaden av en överviktig patient?
- Hur utförs god omvårdnad till patienter med övervikt?

METOD

LITTERATURÖVERSIKT

En litteraturstudie har för avsikt att kartlägga kunskapsläget inom ett visst område. En litteraturöversikt inkluderar både kvantitativ och kvalitativ forskning. Kunskapsläget fastställs genom en systematisk sökning och analys av vetenskapliga artiklar (Friberg, 2006).

Litteratursökning

Litteraturstudien utformades enligt Friberg (2006). För att hitta relevant data söktes artiklar i databaserna Cinahl, Scopus, PubMed & SveMed+. Dessa databaser valdes då de rekommenderas av Göteborgs Universitet för sökning av artiklar inom det valda området. Sökningar utfördes mellan 2/2 2012 och 8/2 2012. Relevanta sökord valdes utifrån det formulerade syftet. Inspiration till de valda sökorden hämtades bland annat i den litteraturgenomgång som gjordes för datainsamling till bakgrunden. Samma sökord i olika kombination användes i samtliga databaser. Vid sökning i de engelskspråkiga databaserna översattes sökorden från svenska till engelska med hjälp av SweMeSH. Sökorden som användes var: bariatric, nursing, equipment, caring for, obesity, treatment strategies, nursing care, hospital, övervikt, fetma & obesitas. Sökorden obesity, nursing och equipment visade sig i kombination ge det mest relevanta resultatet för denna studie. Urval 1 representerar de artiklar som lästs i fulltext. Urval 2 representerar de artiklar som analyserats i resultatet (Tabell 1).

Inklusionskriterier

Sökningarna i Cinahl begränsades till artiklar som var Peer-reviewed och Research article. I Scopus inkluderades artiklar benämnda "article" under ämnena: medicine, nursing, health professions och social science. Ett första urval gjordes genom att läsa artiklarnas titlar. Endast artiklar skrivna på engelska valdes. Både kvalitativa och kvantitativa studier inkluderades.

Exklusionskriterier

Vid en sökning exkluderades en artikel skriven före 1990 då denna inte ansågs belysa problemet utifrån nutida förutsättningar. De få (n=4) studier som inte fanns tillgängliga via

Göteborgs Universitetsbibliotek försökte finnas på annan väg, men utan framgång och exkluderades därav. Artiklar som beskrev vård utanför sjukhus valdes bort då detta inte var avsett att undersöka. Även studier med mycket få informanter eller studier som beskrev en mycket liten patientgrupp exkluderades.

Sekundärsökning

Genomgång av referenslistor tillhörande valda artiklar gav vidare två titlar för analys till resultatet. Sekundärsökning gjordes på två titlar (Zuzelo & Seminara, 2006 & Rose et al., 2006).

ANALYS

Artiklarna kvalitetsgranskades och poängsattes från 0-7 poäng efter följande kriterier: ett tydligt problem finns formulerat och avgränsat, syftet är tydligt formulerat, metoden är väl beskriven, data är tillförlitligt analyserad, resultatet är relevant, studien är etiskt granskad samt att en metoddiskussion finns. Varje uppfyllt kriterie gav ett poäng. Artiklar med 6-7 poäng valdes för analys till resultatet. De artiklar med relevant titel valdes och vidare lästes dessa artiklars abstract. I de fall abstractet innehöll data som var relevant lästes vidare hela denna artikel. De valda artiklarna lästes igenom av båda författarna var och en för sig och analyserades sedan tillsammans. Artiklarna sammanfattades och de data som ansågs relevant utifrån syftet skrevs in under tillfälligt formulerade rubriker. När alla artiklar var analyserade skapades nya rubriker och tidigare använda rubriker slogs samman under mer relevanta och övergripande rubriker.

Tabell 1.

Databassökningar

Databas	Datum	Sökord	Begränsningar	Träffar	Urval 1	Urval 2
Cinahl	2/2	Bariatric, Nursing, Equipment	Peer-reviewed, research article, All text	4	3	3
Cinahl	2/2	Obesity, Nursing, Equipment	Peer-reviewed, research article, All text	24	6	4
Scopus	2/2	Obesity, Nursing, Equipment	Include: Article, Medicine, nursing & Health professions. 1990 fw.	32	7	2
Cinahl	6/2	Obesity, Caring for, Nursing	Peer-reviewed, research article	13	4	2
Scopus	6/2	Obesity, Caring for, Nursing	Include: Article, Nursing, Medicine, Social sciences. Article	31	2	0
Scopus	6/2	Obesity, Nursing,	Include: Article,	26	0	0

		Treatment strategies	Nursing, Medicine			
Cinahl	6/2	Nursing care, Hospital, Obesity	Peer-reviewed, research article.	24	2	1
SveMed+	8/2	Övervikt	Peer-reviewed, Swe, Artikel, Sweden	34	0	0
SveMed+	8/2	Fetma	Peer-reviewed, Swe, Artikel, Sweden	32	0	0
SveMed+	8/2	Obesitas	Peer-reviewed, Swe, Artikel, Sweden	0	0	0
PubMed	8/2	Obesity, Nursing, Equipment, Hospital	Journal Article, Humans, English	46	0	0

ETISKA STÄLLNINGSTAGANDEN

De studier som har valts för analys är alla etiskt granskade av någon form av forskningsnämnd. Vissa studier har även en diskussion kring sina etiska ställningstaganden. Författarna stötte på ett etiskt dilemma då studier benämnde överviktiga patienter som en riskfaktor för deras egen vård vilket av författarna upplevdes stötande. Trots denna benämning inkluderades dock dessa studier men efter noggrann reflektion och diskussion författarna emellan. De studier som utgör resultatet har av författarna analyserats med en strävan att i den mån det är möjligt utesluta egna värderingar. Både positiva och negativa aspekter har inkluderats. Såväl data som bekräftat och dementerat författarnas tidigare föreställningar kring ämnet redovisas i resultatet.

RESULTAT

Tolv studier analyserades och utgör resultatet. Av dessa var fem utförda genom kvalitativ metod, fem kvantitativ metod och två blandad metod. De rubriker som resultatet presenteras under föll sig under analysens gång naturliga. Brister i omvårdnaden av överviktiga patienter har visat sig orsakas av bland annat begränsning hos utrustning, sjuksköterskans möjlighet till utbildning och träning, följsamheten till skrivna riktlinjer och sjukhusets design (Cowley & Leggett, 2010).

Resultatet kommer presenteras under följande rubriker:

VILKA HINDER KUNDE SJUKSKÖTERSKAN STÖTA PÅ I OMVÅRDNADEN KRING EN ÖVERVIKTIG PATIENT?

- Patientfaktorer
- Fysisk miljö
- Brist på utrustning
- Hantering och förflyttningar
- Brister i sjuksköterskans kommunikation, bemötande och attityd

HUR UTFÖRS GOD OMVÅRDNAD TILL PATIENTER MED ÖVERVIKT?

- Sjuksköterskans kommunikation, bemötande och attityd
- Specialanpassad utrustning
- Organisations- och personalfrågor

PATIENTENS VÄRDIGHET

VILKA HINDER KUNDE SJUKSKÖTERSKAN STÖTA PÅ I OMVÅRDNADEN KRING EN ÖVERVIKTIG PATIENT?

Ambulansresan in till sjukhuset kunde bli svår då ambulansen i sig inte var byggd för patientens storlek. Då patienten skrevs ut från sjukhuset kunde praktiska problem uppstå vid hemkomsten där kanske rum, korridorer och trappor inte var anpassade vilket kunde påverka utskrivningsprocessen. I de fall patienten avled på sjukhuset kunde det tillkomma problem vid förflyttning till och förvaring i bårhus samt vid obduktion (Hignett & Griffiths, 2009). Vid ett sjukhus klarade man inte av att obducera patienter med ett BMI över 30 vilket innebar att den avlidne fick transporteras till ett större sjukhus (Cowley & Leggett, 2010).

Problem att ge god omvårdnad till patienter med övervikt och fetma kunde uppstå redan vid akutintaget. Redan här kunde vårdpersonalen stöta på svårigheter att hitta vikt- och storleksanpassade bårar och sängar. Förflyttning av patienter mellan dessa två kunde försvåras (Hignett & Griffiths, 2009). I Daniel & Drakes studie tillfrågades sjuksköterskor både i hemsjukvård och i slutenvård om svårigheter i omvårdnaden kring överviktiga patienter. Den allmänna uppfattningen hos de tillfrågade var att problem uppstod då patienten vägde mer än 136kg (300 pounds) (Drake, et al., 2008). Singh et. al såg att ett ökat BMI såväl som ett ökat midjeomfång var, hos både patienter och sjuksköterskor på en akutmottagning, associerat med upplevelsen av att tillräcklig utrustning saknades (Singh, et al., 2007). I Hignetts & Griffiths studie hade den tillfrågade personalen inget gemensamt fastställt mätvärde för att identifiera övervikt. Många klassade patienten som överviktig då denne vägde mer än vad utrustningen som normalt sett används klarade av (Hignett & Griffiths, 2009). Normalt sett krävdes ofta två personal för att positionera en patient medan patienter med BMI över 40 visade sig kräva upp emot fyra personal för samma moment (Maloney & Winkelman, 2005). Det krävdes även mer tid för att ge bra omvårdnad till överviktiga speciellt när det kommer till hygien, toalettbesök, hudbedömning och sårvård (Zuzelo & Seminara, 2006).

De problem som visade sig vara mest problematiska var utformning av och tillgänglighet till utrustning för manuell hantering (till exempel liftar, ståhjälpmiddel, bälten och lyftskynken), sängar och andra möbler och personlig omvårdnad inklusive hygienproblem såsom toalettbesök (Hignett & Griffiths, 2009 & Whitfield & Grassley, 2008). Ett ökat BMI visade sig vara starkt förknippat med svårigheter att hitta anatomiska markörer, utföra vitala parametrar, fysiska examinationer, patientpositionering och undersökningar i allmänhet (Kam & Taylor, 2010, Singh, et al., 2007). Sjuksköterskor upplevde störst svårighet vid positionering och mobilisering av patienten, assistans vid klädombyten samt vid insättning av perifer venkateter (PVK) medan läkare upplevde störst svårighet vid fysisk examination, palpation av bröstorg och buk samt att hitta anatomiska markörer (Kam & Taylor, 2010). Svårigheten att sätta PVK ledde till att man i många fall fick sätta en central venkateter. Sjuksköterskor rapporterade att den mekaniska funktionen hos sängar blev sämre då patienten vägde mycket. Sjuksköterskor, och även läkare, upplevde det svårt att lyssna på både andningsljud och hjärtljud hos överviktiga patienter. Sjuksköterskor upplevde att situationer på toalett/i badrum var svåra på grund av bristen på utrymme och att nå utrustning på en så begränsad yta (Rose et al., 2010). Den stora mängden fettväv visade sig vara ett hinder för sjuksköterskans möjlighet att utföra fysiska undersökningar (Whitfield & Grassley, 2008).

Till exempel uppstod problem vid bladder-scanning. Kam & Taylors slutsats var att svårigheter att mäta vitala parameterar och fysiska bedömningar kan förlänga vårdtiden, orsaka misslyckade eller försenade behandlingar och komplikationer vid behandlingar. Även svårigheterna vid mobilisering kunde påverka patienten negativt (Kam & Taylor, 2010).

Patientfaktorer

Riskfyllda situationer för såväl patient som personal kunde uppstå vid oförutsedda rörelser av patientens överflödiga hull eller smärtor när de stod upp. I de fall patienten hade smärtor eller var ovillig att samarbeta identifierades även detta som en riskfaktor (Hignett & Griffiths, 2009). Storleken på patientens kroppsdelar kunde orsaka problem (Rose, et al., 2010). Cowly & Leggetts studie visade att operationsutrustning sällan var anpassad för överviktiga och att det varit nödvändigt att binda fast armar och ben till operationsbordet för att förhindra att kroppen förflyttade sig under operation (Cowley & Leggett, 2010). Försämrad cirkulation i huden hos den överviktiga patienten kunde orsaka problem som påverkade omvårdnaden (Rose, et al., 2010).

Fysisk miljö

Utformningen av byggnader kunde innebära att transporten i sig blev problematisk då korridorer kunde vara för smala och taken vara för låga för att rymma större utrustning samt att hissar eller golv inte klarade den totala maxvikten (Hignett & Griffiths, 2009). Begränsningar som Cowley & Leggett såg var bland annat för smala branddörrar och hissöppningar samt att takbjälkar är för svaga för att takliftar för överviktiga skulle kunna installeras (Cowley & Leggett, 2010). Många överviktiga upplevde en känsla av utanförskap och fick kämpa för att passa in. De var rädda för att stöta på och förväntade sig svårigheter i vårdmiljön på grund av deras storlek. Överviktiga patienter fann det svårt att hitta en lämplig plats att sitta på i väntrummet (Merrill & Grassley, 2008). Bristen på utrustning på vissa sjukhus gjorde att patienterna ofta behövde flyttas till ett annat sjukhus vilket kunde innebära att patienten hamnade långt ifrån sin familj. Mycket av den speciellt anpassade utrustningen som fanns var designad och tillverkad i USA och därför anpassad för deras sjukhus och passade därför inte alltid in på sjukhus i andra länder (Cowley & Leggett, 2010).

Brist på utrustning

Det problem som upplevdes störst hos personalen var att det inte fanns speciell utrustning, att den utrustning som fanns var svårtillgänglig, att personalen inte visste var utrustningen fanns, att den inte gick att använda till följd av för trånga utrymmen, att personalen inte visste hur utrustningen skulle användas eller att det inte fanns möjlighet att transportera utrustningen dit den behövdes (Hignett & Griffiths, 2009). Då utrustning saknats hade personalen hittat på egna lösningar och till exempel byggt ihop möbler (Singh, et al., 2007). Många ryggsador vid hantering av överviktiga sågs till följd av avsaknad av lämplig utrustning och otillräcklig bemanning (Zuzelo & Seminara, 2006). Sjuksköterskor rapporterade att rätt utrustning kunde vara svårtillgänglig och det kunde vara problematiskt att få tag på den inom rimlig tid (Maloney & Winkelman, 2005 & Merrill & Grassley, 2008). Studien av Singh et al visade att rörligheten hos överviktiga patienter och deras möjlighet att förflytta sig begränsades på grund av bland annat för små kläder och sängar (Singh, et al., 2007).

Det fanns rapporter att utrustning som var designad för att användas till överviktiga ofta ignorerade problemet kring storlek och form på patienten. Överviktiga patienter tenderar ofta att ha en kvadratisk kroppsform medan utrustningen ofta visade sig vara anpassad för en rektangulär form. Bårar och sängar var ofta designade för att vikten skulle spridas över hela ytan. Problem kunde därför uppstå med överviktiga patienter då de kunde hamna utanför

kanterna på utrustningen och tyngdpunkten hamna utanför där den var avsedd. Detta kunde visa sig genom att bårar och sängar kanske inte klarade det tryck de enligt anvisningar skulle. Det var inte bara utrustningens kapacitet som kunde orsaka problem vid transport. Även om en rullstol klarade av 300 kg betydde inte detta att personalen klarade av att köra den med patient i. Sjukhus rapporterade att det fanns en brist på utrustning vid överviktiga och detta ledde till en ökad risk för personalen att skada sig vid manuell hantering (Cowley & Leggett, 2010).

Hantering och förflyttningar

Mycket inläggande vård involverade någon form av förflyttning där problem kunde uppstå. Förflyttningarna kunde ses vid en del patientundersökningar, vid utförande av patienthygien och vid förflyttning av patient mellan olika lokaliseringar (Cowley & Leggett, 2010 & Hignett & Griffiths, 2009). Brist på lämplig utrustning vid såväl förflyttning, hygien som omvårdnad kunde till exempel resultera i en försening av överflyttandet av patienten till lämplig vårdavdelning från akutmottagningen (Hignett & Griffiths, 2009). Sjuksköterskor upplevde en rädsla för att skada sig själva i arbetet med den överviktiga (Rose, et al., 2006 & Whitfield & Grassley, 2008). En situation som sjuksköterskorna upplevde kunde bli okontrollerbar var då patienten skulle förflyttas till, till exempel säng eller toaletten eftersom det var svårt att veta vart patientens tyngdpunkt fanns (Rose, et al., 2006 & Rose, et al., 2010).

Brister i sjuksköterskans kommunikation, bemötande och attityd

Missförstånd och dålig kommunikation sågs som bidragande orsaker till att riskfyllda situationer uppstod vid hantering av överviktiga patienter. I många fall framkom att larmcentralen inte berättat för ambulanspersonalen att patienten var överviktig utan ambulanspersonalen upptäckte detta först när de var på plats. Ambulanspersonalen i sin tur borde informerat sjukhuset om detta för att underlätta planeringen av mottagandet och vården av den överviktiga patienten. Bristande kommunikation sågs både avdelningar emellan och mellan personal på samma avdelning när det gällde speciell patientinformation som till exempel vikt. Detta identifierades som en riskfaktor då förberedelser av specialanpassad utrustning samt behov av extra personal var en förutsättning för att ge säker vård till överviktiga patienter (Hignett & Griffiths, 2009). Patienten upplevde det stötande när sjuksköterskan ropade ut att hen behövde till exempel en större blodtrycksmanschett (Merrill & Grassley, 2008). Det framkom att överviktiga patienter i många fall uppgav fel vikt till vårdaren för att undvika förutfattade meningar (Cowley & Leggett, 2010). Sjuksköterskor identifierade själva sina attityder gentemot överviktiga som ett hinder i omvårdnaden (Drake, et al., 2008 & Zuzelo & Seminara, 2006). I motsats till detta resultat såg dock Zuzelo & Seminara att sjuksköterskor ofta hade en positiv attityd gentemot överviktiga. Studien har visade att skillnaden i attityder hos sjuksköterskan kunde vara relaterat till antalet överviktiga patienter och deras vårdtid (Zuzelo & Seminara, 2006).

HUR UTFÖRS GOD OMVÅRDNAD TILL PATIENTER MED ÖVERVIKT?

Det finns många ritningar som visar förslag på hur sjukhus bör vara utformade för att vara anpassade för alla. Dessa förslag pekade ofta på att det borde funnits breda dörröppningar, tillgång till lämpliga vågar, operationsbord och så vidare (Rose, et al., 2010).

Daniel & Drakes studie visade ett signifikant samband mellan tillgången till speciellt anpassad utrustning och belåtenhet hos de tillfrågade sjuksköterskorna att arbeta med överviktiga patienter i sjukhusmiljö. Tillfredsställelse hos sjuksköterskor var i öppenvården relaterad till tillgången av personal medan den för sjuksköterskorna i slutenvården var relaterad till speciellt anpassad utrustning (Drake, et al., 2008). Rätt utrustning och lämpligt

antal personal kunde minska frustrationen och fysiska krav på personalen (Whitfield & Grassley, 2008). Rapportering och analysering av avvikelser visade sig viktig då dessa kunde identifiera vägar till en säkrare miljö för överviktiga patienter (Rose, et al., 2010).

Överviktiga patienter kunde lätt drabbas av andningsproblem i samband med ett långvarigt sängliggande. Sjuksköterskan kunde minska denna problematik genom att placera patientens ryggstöd i minst 30 graders vinkel (Maloney & Winkelman, 2005). Ett annat problem som kunde uppstå till följd av den överviktiga patientens immobilitet är hudskador vilket sjuksköterskan kunde förebygga genom noggrann inspektion av hudkostymen (Whitfield & Grassley, 2008 & Zuzelo & Seminara, 2006).

Sjuksköterskans kommunikation, bemötande och attityd

Kommunikation med anhöriga samt eventuell vårdpersonal utanför sjukhuset kunde vara en källa till information om vilka specifika behov patienten hade och vilken utrustning som borde användas (Hignett & Griffiths, 2009). För att skapa en respektfull och vårdande miljö var det viktigt för vårdpersonalen att tänka på vilket språk hen använde om och kring den överviktiga patienten och att tillhandahålla lokaler, möbler och utrustning i rätt storlek.

Sjuksköterskan kunde själv se över sina egna fördomar mot överviktiga patienter, om dessa existerade och i så fall göra sig av med dessa. Ett sätt kunde vara att skaffa sig bättre förståelse om faktorer som orsakar detta tillstånd och i den mån det var möjligt se sätt som framgångsrikt kan främja viktning (Drake, et al., 2008). Det var nödvändigt att vårdpersonal var känslig för de fysiska behov som fanns hos överviktiga för att kunna ge god omvårdnad. Falker och Sledges modell visade att negativa attityder hos vårdpersonalen kunde återspeglas i interaktioner, uppträdande och omsorg till den överviktiga patienten. Om vårdpersonalen förstod de fysiska behoven hos överviktiga blev de ofta mer känsliga i sina handlingar och det förbättrade kvalitén på den givna vården (Falker & Sledge, 2011).

Specialanpassad utrustning

Den speciellt anpassade utrustningen som visade sig vara vanligast förekommande var större sängar utrustade med hävstänger, specialanpassade madrasser, extra stora blodtrycksmanschetter, specialanpassade stödstrumpor, anpassade kompressionsmaterial, toalettstolar och rullstolar (Maloney & Winkelman, 2005 & Merrill & Grassley, 2008).

I studien av Singh et. al var sjuksköterskorna ofta omedvetna om viktbegränsningarna hos utrustning som bland annat sängar, toalettstolar och toaletter. Vidare la denna studie särskild betoning på att bibehålla lämplig utrustning för en ökande överviktig befolkning (Singh, et al., 2007). Vid användning av specialanpassad utrustning ansågs att säkerhet för såväl patient som för sjuksköterska skulle komma i första hand. Sjuksköterskan borde enligt forskningen vara väl informerad om hur utrustningen fungerar och dess begränsningar samt planera för dess användning hellre än att använda sig av oplanerade manuella lyft etc. vilket kunde öka risken för skador (Cowley & Leggett, 2010; Drake, et al., 2008 & Singh, et al., 2007). Något som kunde vara till hjälp för att underlätta detta var grindar, fotplattor och hävstänger (Singh, et al., 2007).

Organisations- och personalfrågor

För att lösa frågan om ökad personalstyrka och tillgång till utrustning föreslogs att alla patienter med övervikt skrevs in på en och samma avdelning. Trots fördelar med detta förslag sågs även nackdelar till exempel att all den fysiskt tunga hanteringen av dessa patienter skulle utföras av samma personal (Hignett & Griffiths, 2009). Även Rose et al såg en speciell

överviktsavdelning, med nödvändig utrustning, ombyggda faciliteter och lämpligt antal personal, som en potentiell lösning på några säkerhetsproblem. Detta skulle inte lösa alla problem då patienten fortfarande kommer behöva transporteras på undersökningar och behandlingar på andra delar av sjukhuset (Rose, et al., 2010). Cowly & Leggett presenterade en annan lösning på problemet vilken innebar att en speciellt anpassad säng skulle finnas på varje avdelning. På så sätt kunde den extra arbetsbördan fördelas jämnare över hela arbetsstyrkan (Cowley & Leggett, 2010).

Ett signifikant samband påvisades mellan BMI och både tid och antal personal som krävdes för lägesändringar och tvätt av den överviktige (Rose et al., 2006). Det visade sig viktigt att personalen gavs utbildning i hur hen använder den specialanpassade utrustningen för överviktiga och att denna utbildning upprepades. Även nedskrivna riktlinjer borde finnas och personalen vara medveten om dessa (Cowley & Leggett, 2010; Hignett & Griffiths, 2009 & Rose, et al., 2010). Utöver detta ansågs det viktigt att sjuksköterskans gavs utbildning och information om hanteringen av överviktiga (Merrill & Grassley, 2008 & Whitfield & Grassley, 2008). Enhetschefer kunde hjälpa till genom att förvaring av utrustning var lättillgänglig. De kunde även se över avdelningens riktlinjer och överväga de valmöjligheter som föreslogs till exempel riktlinjer vad det gäller uteslutning av manuella lyft (Drake et al., 2008).

PATIENTENS VÄRDIGHET

Många av de problem som visade sig vid omvårdnad kring överviktiga patienter var likartade med de som sågs hos övriga patienter. Det bedömdes dock extra viktigt att bibehålla den överviktige patientens värdighet och att personalen visade respekt, medlidande och empati då denna patientgrupp ofta redan var rädd för att bli utskämd vilket kunde resultera i att de drog sig för att söka vård (Hignett & Griffiths, 2009 & Merrill & Grassley, 2008). Ett sätt att undvika pinsamheter för patienten var att se till att man visste vad utrustningen hade för viktbegränsningar (Singh, et al., 2007). Att tillhandahålla rätt utrustning och kläder samt att ge vård som var och upplevdes säker var viktigt för patientens vårdupplevelse (Falker & Sledge, 2011). Betydelsefullt var att tänka på uppenbarelsen av utrustningen, hur väl patienten accepterar den och dess utformning i förhållande till patientens värdighet. Även presentationen av utrustningen kunde påverka acceptansen av denna hos patienten. Ett sätt att uttrycka det kunde vara att utrustningen skulle göra det bekvämt för patienten under förflyttning istället för att betona att den skulle hjälpa vårdaren att förflytta patienten (Cowley & Leggett, 2010). Avskildhet, komfort och värdighet var faktorer som bidrog till risker vid manuell hantering både direkt och indirekt (Hignett & Griffiths, 2009). Även sjuksköterskor uttryckte att det kändes pinsamt och ledsamt då det fanns svårigheter att hitta anpassad utrustning eftersom detta upplevdes som att patienten diskriminerades eller gjordes narr av (Zuzelo & Seminara, 2006). Överviktiga patienter beskrev en känsla av att inte känna sig mänskliga då de uppfattade att personalen talade i ickemänskliga termer. De uttryckte en önskan om att bli behandlade som människor och inte bara som överviktiga. Då vårdpersonalen visade respekt litade patienten oftare på dem och var mer följsamma till deras råd. Patienterna tyckte det var jobbigt att behöva träffa en specialistläkare (Merrill & Grassley, 2008). Det fanns dokumenterat att personalen riskerade sin egen säkerhet för att bibehålla patientens värdighet (Cowley & Leggett, 2010).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Eftersom studien syftade till att ge en överblick över det aktuella forskningsläget inom området passade en litteraturöversikt bra som metod. Studien inkluderar i enlighet med en litteraturöversikt både kvantitativ och kvalitativ forskning (Friberg, 2006). Många studier vid litteratursökningen valdes bort då de inte svarade mot syftet att belysa slutenvård. Till en början gjordes sökningar utan åldersbegränsning. Då författarna fann att de flesta studier var relativt nyligen publicerade gjordes även fortsatta sökningar utan åldersbegränsning. En artikel skriven före 1990 exkluderades då författarna inte ansåg att innehållet var relevant utifrån syftet då studien syftade till att belysa det aktuella läget.

Författarna anser att de databaser som använts för litteratur sökning väl täcker kunskapsområdet utifrån rekommendationer från Göteborgs Universitet. För att endast inkludera vetenskapligt granskad forskning valdes Peer-reviewed som ett inklusionskriterier vid sökningar i Cinahl. Vid sökningar i Scopus inkluderades artiklar benämnda article och här valde författarna även att endast inkludera artiklar under relevanta ämnen.

Författarna sökte artiklar vid tre tillfällen under en veckas tid. Genom den litteraturgenomgång som utfördes vid utformandet av bakgrunden förvärvades den kunskap som krävdes för att välja relevanta sökord samt formulera ett syfte. Då syftet tidigt var relativt avgränsat valde författarna att inte genomföra sökningar på sökorden var för sig då författarna ansåg det orimligt att få en överblick genom en sökning med så många träffar. Sökorden valdes därför att användas i kombination med varandra.

Till en början användes SweMeSH för att översätta lämpliga sökord från svenska till engelska. Då tidigt utvalda artiklar lästs av författarna kunde vanligt förekommande och relevanta sökord hämtas ur texterna.

Då det framkom av många artiklars titlar att innehållet inte rörde slutenvård, vilket författarna avsåg att undersöka, kunde dessa exkluderas utan vidare analys.

Alla funna artiklar utom två var skrivna på engelska. Dessa två artiklar var skrivna på språk som författarna inte behärskade varför dessa inte ansågs lämpliga för analys. Även om översättning kunde varit möjlig ville författarna läsa material på originalspråk.

Författarna fann fyra studier med intressant titel som inte gick att finna via Göteborgs Universitetsbibliotek. En av artiklarna gick att beställa, men ansågs för gammal. En artikel fanns inte ännu tillgänglig i Göteborgs Universitets artikeldatabas vilket författarna tror berodde på att den var för ny. Den tredje artikeln med intressant titel hittades i referenslistan från tidigare läsa studier, men kunde efter manuell sökning inte finnas. Den fjärde artikeln skulle inte hinna nå författarna inom rimlig tid varför inte heller denna artikel beställdes.

Då en vid förståelse av läget ville belysas valdes en artikel som endast rörde en mycket specifik avdelning bort. Ytterligare en artikel valdes bort då deltagandet var mycket litet och ansågs inte spegla den allmänna situationen.

Författarna valde att kvalitetsgranska artiklarna efter valda kriterier formulerade av Friberg (2006) och reviderade av författarna (bilaga 2). Artiklar med 6-7 poäng valdes för analys till resultatet. Författarna hade som krav att kriteriet som gällde att studien skulle vara etisk granskad skulle uppfyllas.

Vid litteratursökningen fann författarna tillräckligt många artiklar för att skaffa sig en uppfattning om det valda kunskapsområdet. Då antalet träffar var begränsat slapp författarna välja bort artiklar vilket kunde ha varit nödvändigt i de fall för många artiklar (för studiens storlek) inom ämnet funnits.

Att åtta av tolv artiklar var utförda i USA ger ett till viss grad vinklat resultat. Amerikansk och svensk sjukvård kan i denna fråga enligt författarna ofta jämföras. I analysen har författarna fokuserat på data som skulle kunna överföras på svensk sjukvård.

RESULTATDISKUSSION

Samtliga studier bekräftade vår föreställning om att det, i större eller mindre utsträckning, kan uppstå problem vid omvårdnad av patienter med övervikt och fetma. Genom att sammanställa resultatet har författarna kunnat identifiera de problem som finns och konstatera att dessa kan ses genom hela vårdkedjan. Ett flertal studier lyfter fram brister inom många områden, däribland material, utrustning, design, fördomar, attityder och ledningsfrågor vilket visar på att problematiken ligger både hos materiella ting och hos personal i alla led (Cowley & Leggett, 2010; Drake, et al., 2008; Falker & Sledge, 2011; Hignett & Griffiths, 2009; Kam & Taylor, 2010; Maloney & Winkelman, 2005; Merrill & Grassley, 2008; Rose, et al., 2006; Rose, et al., 2010; Singh, et al., 2007; Whitfield & Grassley, 2008 & Zuzelo & Seminara, 2006). Även patientens kropp i sig kan utgöra ett problem då varken resurser hos personal eller utrustning kan hjälpa till i de fall för mycket fettväv är i vägen vid undersökning såsom lyssna på hjärta/lungor, palpera buk mm (Cowley & Leggett, 2010; Hignett & Griffiths, 2009; Kam & Taylor, 2010; Rose, et al., 2010; Singh, et al., 2007 & Whitfield & Grassley, 2008).

Många av studierna (Cowley & Leggett, 2010; Drake, et al., 2008; Hignett & Griffiths, 2009; Rose, et al., 2010 & Singh, et al., 2007) diskuterar främst problematiken i hanteringen av patienter med övervikt eller fetma utifrån personalens säkerhet. Författarna hade önskat mer data kring hur dessa brister påverkar patientens hälsa och vårdupplevelse.

Brister som visat sig gäller bland annat personalens okunskap kring hanteringen av specialanpassad utrustning vilket i många fall beskrivs som ett problem som främst rör chefer och ledning (Cowley & Leggett, 2010; Drake, et al., 2008; Merrill & Grassley, 2008; Singh, et al., 2007 & Whitfield & Grassley, 2008). I Sverige ligger detta ansvar hos sjuksköterskan själv som enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning samt ICN's etiska riktlinjer ska utföra vård på ett säkert sätt med fokus på patientens värdighet och utifrån gällande författningar och riktlinjer (ICN, 2007 & Socialstyrelsen, 2005). Dock kan ansvar för problematiken även läggas hos ledningen eftersom resultatet visar att ett av det, hos personalen, största upplevda problemen var avsaknad av anpassad utrustning (Cowley & Leggett, 2010; Drake, et al., 2008; Hignett & Griffiths, 2009; Rose, et al., 2010 & Singh, et al., 2007). Det är således ett gemensamt ansvar att personalen känner till dessa patienters unika omvårdnadsbehov, hur eventuell specialanpassad utrustning fungerar och hanteras samt att denna utrustning finns tillgänglig.

Samtliga studier som analyserats är genomförda och publicerade utanför Sverige. Studier visar att personal ibland riskerar sin egen säkerhet för att bibehålla den överviktiga patientens värdighet (Cowley & Leggett, 2010 & Hignett & Griffiths, 2009). Författarna frågar sig om förekomsten av detta är lika vanligt eller kanske vanligare förekommande i Sverige där problemet med överviktiga patienter inte är lika utbrett. Kan det faktum att den svenska sjuksköterskan inte lika ofta möter en överviktig patient innebära att sjuksköterskan i de fall det händer riskerar sin egen säkerhet eftersom hen ser det som en engångsföreteelse? Denna

fråga ställs även mot det resultat som menar att sjuksköterskans attityd gentemot överviktiga påverkas av hur många överviktiga patienter hen möter (Zuzelo & Seminara, 2006). Studier visar att det finns en rädsla hos sjuksköterskor att vårda överviktiga patienter på grund av en oro över att skada sig själva i arbetet (Rose, et al., 2006 & Whitfield & Grassley, 2008). Genom klara riktlinjer och genom att känna sig trygga i hur man hanterar dessa patienter tror författarna att denna rädsla skulle kunna minska eller helt försvinna. Studier har även påvisat situationer då sjuksköterskor konstruerat egna lösningar i brist på lämplig utrustning (Singh, et al., 2007). Författarna frågar sig vem ansvaret skulle ligga på om en allvarlig situation skulle uppstå till följd av dessa kortsiktiga och icke vedertagna lösningar. I situationer då utrustning och material saknas uppstår ett stort etiskt dilemma där sjuksköterskan tvingas välja mellan att ta hänsyn dels till sin plikt att ge varje individ vård och dels till plikten att utföra vården på ett säkert sätt.

Trots att endast artiklar som blivit etiskt granskade valts för analys till resultatet har författarna reagerat på att flera studier talar om patienten som en riskfaktor (Cowley & Leggett, 2010; Hignett & Griffiths, 2009 & Rose, et al., 2010). Denna formulering anser författarna kränkande gentemot den överviktige patienten och antyder en attityd som inte svarar mot sjuksköterskans plikt att ge lika vård oavsett patientens förutsättningar. Studier visade att den överviktige patienten bör behandlas på samma sätt som övriga patienter det vill säga med respekt, medlidande och empati (Hignett & Griffiths, 2009 & Merrill & Grassley, 2008). Författarna ser en svårighet för sjuksköterskan att visa vare sig respekt, medlidande eller empati samtidigt som hen ser patienten som en riskfaktor. En koppling kan även ses mellan detta synsätt och den allmänna uppfattningen i samhället att övervikt och fetma är personens egna fel (SBU, 2002).

Författarna hade föreställningen att det största och mest påtagliga problemet i omvårdnaden kring överviktiga patienter skulle ligga i tillgången till utrustning och material. Studier visar dock att dessa problem ofta kan undvikas genom god kommunikation vårdare emellan. Kommunikation har i flera av de analyserade studierna visat sig viktig genom hela vårdkedjan (Hignett & Griffiths, 2009 & Merrill & Grassley, 2008). Studier visar att bristande kommunikation mellan ambulanspersonal och personal på mottagande sjukhus försvårar vårdplaneringen vilket alltså gör att omvårdningsprocessens första steg, planering, kompliceras (Hignett & Griffiths, 2009). Författarna har genom denna litteraturstudie kunnat konstatera hur viktig både den verbala och ickeverbala kommunikationen är för patientens totala vårdupplevelse då negativa attityder hos vårdpersonalen kan lysa igenom i så väl interaktioner, uppträdanden som omsorg av patienten. De negativa attityder som sjuksköterskan verbalt eller ickeverbalt kommunicerar till patienten har visat sig kunna påverka när och om patienten uppsöker vård (Hignett & Griffiths, 2009 & Merrill & Grassley, 2008). Att inte lägga fokus på patientens storlek eller vikt verkar vara det allra viktigaste för att skapa en respektfull och vårdande miljö (Cowley & Leggett, 2010; Falker & Sledge, 2011; Hignett & Griffiths, 2009; Merrill & Grassley, 2008; Singh, et al., 2007 & Zuzelo & Seminara, 2006). Författarna har kunnat se hur fokus kan flyttas från patientens kroppsvikt genom att sjuksköterskan är väl förberedd inför omvårdningsmoment så att hen inte behöver avbryta omvårdnaden för att hämta annan utrustning. Studier visar även att den överviktige patienten endast vill bli behandlad som patient och inte som överviktig patient (Hignett & Griffiths, 2009 & Merrill & Grassley, 2008). Detta kan kopplas till omvårdandens moraliska förpliktelse om att skydda mänsklig värdighet och viljan att bevara det mänskliga (Watson & Grundberg, 1993). För att flytta fokus från övervikten kan sjuksköterskan undvika att tala om utrustning som just specialanpassad. Då dessa patienter varit svåra för vissa avdelningar att ta emot har det inneburit att till exempel utskrivningsprocessen har fördröjts (Hignett &

Griffiths, 2009) vilket författarna ser som en risk att även omvårdnaden kring övriga patienter påverkas.

De negativa attityder som denna litteraturstudies resultat visar finns hos vårdpersonal (Drake, et al., 2008; Falker & Sledge, 2011 & Zuzelo & Seminara, 2006) bör enligt författarna inte få finnas då sjuksköterskan ansvarar för att främja allmänhetens tillit till vården och bidra till yrkets anseende (ICN, 2007). En tänkbar anledning till dessa negativa attityder skulle kunna vara kunskapsbrist hos sjuksköterskan. Detta tror författarna skulle kunna motverkas med hjälp av utbildning. En ökad förståelse för sjukdomstillståndet hos sjuksköterskan borde även i enlighet med litteraturen kunna få en positiv effekt på kommunikationen patient och sjuksköterska emellan (Fossum, 2007, Rosendal 2007 & Vinthagen 2007).

Ett oväntat problem som författarna stötte på var att även då specialanpassad utrustning fanns att tillgå kunde denna inte i alla fall användas till följd av bristande utrymme och viktkapaciteten i själva byggnaden (Cowley & Leggett, 2010; Hignett & Griffiths, 2009 & Rose, et al., 2010). Även det faktum att sjuksköterskan inte rent fysiskt har möjlighet att utnyttja de resurser som finns utgör ett problem, till exempel då hen inte kan skjuta en rullstol och patient framåt eftersom tyngden blir alltför stor (Cowley & Leggett, 2010).

Kommunikation har visat sig ytterst angeläget i och kring vården av överviktiga patienter (Hignett & Griffiths, 2009 & Merrill & Grassley, 2008). Detta gäller mellan patient och sjuksköterska, mellan sjuksköterskor och mellan sjuksköterska och övrig vårdpersonal. Kommunikation kan vi själva som personer påverka oavsett tillgång till utrustning och material etc. varför informationen om kommunikationens betydelse är viktig.

Studier visar att det inte alltid räcker att specialanpassad utrustning finns för att kunna utföra god omvårdnad. Antalet personal och deras förmåga att kommunicera med såväl patient som med varandra påverkar omvårdnaden (Cowley & Leggett, 2010; Hignett & Griffiths, 2009; Rose, et al., 2006; Rose, et al., 2010 & Whitfield & Grassley, 2008). Ett förslag var att utforma en anpassad vårdavdelning för dessa patienter (Hignett & Griffiths, 2009 & Rose, et al., 2010). Författarna menar att den utrustning som omvårdnaden kring överviktiga patienter kräver bör finnas att tillgå, men att resurser kanske främst bör läggas på det preventiva arbetet som syftar till att minska utvecklingen av övervikt och fetma hos befolkningen. Detta eftersom utformandet av en anpassad vårdavdelning och ombyggnationer av hela sjukhus både skulle ta lång tid och kräva stora ekonomiska resurser. Ytterligare en i resultatet redovisad nackdel med en anpassad avdelning är den extra arbetsbörda som personal just här skulle utsättas för (Hignett & Griffiths, 2009). Då resultatet visar att överviktiga patienter upplevt det psykiskt påfrestande att behöva träffa en specialistläkare inom övervikt (Merrill & Grassley, 2008) kan det antas att samma olustiga känsla skulle uppstå vid tanken på att behöva vårdas på en specialavdelning för överviktiga. Ett förslag som författarna däremot stödjer och anser rimligare är en specialanpassad säng på varje avdelning för att fördela arbetsbördan (Cowley & Leggett, 2010). Vidare kan författarna se en fördel i detta genom att det på så vis skulle finnas en viss beredskap oavsett var den överviktige patienten befinner sig och vilken vård denna kräver. Författarna har frågat sig och frågar sig fortfarande i vilken utsträckning en planerad anpassning av vården för den överviktiga patienten, likt den för den äldre patienten, finns i Sverige. Då inga av de analyserade studierna är från Sverige har ingen information kring denna fråga funnits. Här ser författarna ett område där det behövs mer forskning som i sin tur kan leda fram till att även överviktiga får den goda omvårdnad alla har rätt till i Sverige.

Nästan all forskning inom ämnet är från USA och den specialanpassade utrustning som finns är i många fall utformad och designad för amerikanska förhållanden. Studier visar att den specialanpassade utrustningens form och design inte alltid är anpassad efter hur patienten faktiskt ser ut (Cowley & Leggett, 2010). För att identifiera vilka av de problem som beskrivits i den aktuella studien som finns i den svenska sjukvården tror författarna att det är av stor betydelse att personal genom avvikelserapportering uttrycker sina behov för att kunna ge god omvårdnad. Även tillverkare av utrustning bör göras uppmärksamma på vilka behov som finns och de eventuella brister utrustningen har för att förhållandena för de överviktiga patienterna ska kunna förbättras.

Slutsats

Författarna har genom denna litteraturstudie kunnat dra slutsatsen att hinder och svårigheter föreligger i omvårdnaden kring patienter med övervikt och fetma. Att identifiera dessa problem och var de kan uppstå tror författarna kan vara till hjälp då dessa stöts på. Enligt Watsons omvårdnadsteori ska varje patient ses som ett fullkomligt funktionellt integrerat själv som ska vårdas, respekteras, skötas om, förstås och hjälpas. För att detta ska kunna tillgodoses krävs att hänsyn tas till mellanmänskliga och miljömässiga relationer i vilken vården utförs (Watson & Grundberg, 1993). Genom denna litteraturstudie har författarna kunnat se att det är bland annat på dessa punkter vården av den överviktige patienten brister. Således kan slutsatsen dras att kvalitén på omvårdanden påverkas av patientens övervikt. Att sjuksköterskan är medveten om vilka problem som kan uppstå i omvårdnaden kring en överviktig patient tror författarna kan hjälpa hen att tidigt identifiera och förebygga dessa risker i arbetet kring denna patientgrupp. Författarna tror att säkerheten för såväl patienten som sjuksköterskan kan öka om sjuksköterskan är medveten om de problem och risker som föreligger.

För framtida forskning kan författarna se ett behov av att undersöka ämnet i Sverige. Detta eftersom antalet patienter med övervikt och fetma ökar även här.

REFERENSER

- Andersson, B. (1998). Hjärt- kärlkomplikationer, hypertoni och hjärtinsufficiens. I Andersen, T., Rissanen, A. & Rössner, S. (Red.), *Fetma/fedme, en nordisk lärobok* (s. 152-157). Lund: Studentlitteratur.
- Björntorp, P. (1998). Endokrina förändringar vid fetma. I Andersen, T., Rissanen, A., & Rössner, S. (Red.), *Fetma/fedme, en nordisk lärobok* (s. 158-169). Lund: Studentlitteratur.
- Cowley, S. P., & Leggett, S. (2010). Manual handling risks associated with the care, treatment and transportation of bariatric patients and clients in Australia. *International journal of nursing practice*, 16(3), 262-267. doi: 10.1111/j.1440-172X.2010.01839.x
- Drake, D. J., Baker, G., Engelke, M. K., McAuliffe, M., Pokorny, M., Swanson, M., . . . Rose, M. A. (2008). Challenges in caring for the morbidly obese: differences by practice setting. *Southern Online Journal of Nursing Research* 8(3).
- Enqvist, B. (2007). Utlämnad, liten, sårbar. I Fossum, B. (Red.), *Kommunikation, Samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur.
- Falker, A. J., & Sledge, J. A. (2011). Utilizing a Bariatric Sensitivity Educational Module to Decrease Bariatric Stigmatization by Healthcare Professionals. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care*, 6(2), 73-78. doi: 10.1089/bar.2011.9974

- Fogelholm, M. (2005). Fysisk aktivitet - rekommendationer och uppföljning. I Nordlund, H., Stade, E., & Roche (Red.), *Behandling av fetma ur ett evidensbaserat perspektiv: mat, motion, medicin och kirurgi*. Stockholm Roche.
- Fossum, B. (2007). Modeller och teorier för kommunikation och bemötande. I Fossum, B. (Red.), *Kommunikation, Samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Hahler, B. (2002). Morbid obesity: a nursing care challenge. *Dermatology nursing / Dermatology Nurses' Association*, 14(4), 249 - 255.
- Hignett, S., & Griffiths, P. (2009). Risk factors for moving and handling bariatric patients. *Nursing standard*, 24(11), 40 - 48.
- Hälso- och sjukvårdskansliet Borås. (2010). *Behovsunderlag 2011*.
- International Council of Nurses. (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Johansson, M. (2012). *Kostbehandling – vuxna*. Hämtad 2012-02-23, från <http://www.vgregion.se/sv/Regionkansliet/Halso--och-sjukvardsavdelningen/Strategisk-utvecklingsenhet/Beslutstod-for-handlingsprogram-mot-overvikt-och-fetma/Kostbehandling/Kostbehandling---vuxna/>
- Kam, J., & Taylor, D. M. (2010). Obesity significantly increases the difficulty of patient management in the emergency department. *Emergency medicine Australasia : EMA*, 22(4), 316-323. doi: 10.1111/j.1742-6723.2010.01307.x
- Lönnqvist, F. (2007). Fettceller, fettväv och kroppssammansättning. I Lindroos, A.-K., & Rössner, S. (Red.), *Fetma, Från gen till samhällspåverkan*: Lund: Studentlitteratur.
- Maloney, B., & Winkelman, C. (2005). Obese ICU Patients: Resource Utilization and Outcomes. *Clinical Nursing Research*, 14(4), 303-323. doi: 10.1177/1054773805275288
- Melin, I. (2001). *Obesitas*. Lund: Studentlitteratur.
- Merrill, E., & Grassley, J. (2008). Women's stories of their experiences as overweight patients. *Journal of advanced nursing*, 64(2), 139-146. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04794.x
- Mårild, S., Neovius, M., & Rasmussen, F. (2007). Epidemiologi, barn och vuxna. I Lindroos, A.-K., & Rössner, S. (Red.), *Fetma, Från gen till samhällspåverkan*: Studentlitteratur.
- Näslund, I. (2005). Kirurgins roll i behandlingen av fetma - evidens, nytta och risk. I Nordlund, H., Stade, E. & Roche (Red.), *Behandling av fetma ur ett evidensbaserat perspektiv: mat, motion, medicin och kirurgi*. Stockholm: Roche.
- Nilsson, P. M., & Attvall, S. (2007). Typ 2-diabetes. I Lindroos, A.-K., & Rössner, S. (Red.), *Fetma, Från gen till samhällspåverkan*. Lund: Studentlitteratur.
- Persson, L. (2007). Var tionde svensk är fet (Vol. 1). Välfärd. Statistiska Centralbyrån.
- Reynisdottir, S. (2005). Läkemedel vid behandling av övervikt och fetma - evidens, effekt och ekonomi. I Nordlund, H., Stade, E., & Roche (Red.), *Behandling av fetma ur ett evidensbaserat perspektiv: mat, motion, medicin och kirurgi*. Stockholm: Roche.
- Richelsen, B. (1998). Kulhydratomsättningen ved overvægt og NIDDM. I Andersen, T., Rissanen, A., & Rössner, S. (Red.), *Fetma/Fedme, En nordisk lärobok*. Lund: Studentlitteratur.
- Rose, M. A., Baker, G., Drake, D. J., Engelke, M., McAuliffe, M., Pokorny, M., . . . Watkins, F. (2006). Nurse Staffing Requirements for Care of Morbidly Obese Patients in the Acute Care Setting: 1. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care*. 1(2), 115-121. doi: 10.1089/bar.2006.1.115
- Rose, M. A., Pokorny, M., Waters, W., Watkins, F., Drake, D. J., & Kirkpatrick, M. (2010). Nurses' perceptions of safety concerns when caring for morbidly obese patients.

- Bariatric Nursing & Surgical Patient Care*, 5(3), 243-247. doi: 10.1089/bar.2010.9910
- Rosendal, P. F. M. (2007). Kommunikation med personer som somatiserar. I Fossum, B. (Red.), *Kommunikation, Samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur.
- Rössner, S. (2007a). Hud och fetma. I Lindroos, A-K., & Rössner, S. (Red.), *Fetma, Från gen till samhällspåverkan*. Lund: Studentlitteratur.
- Rössner, S. (2007b). Skelett och leder. I Lindroos, A-K., & Rössner, S. (Red.), *Fetma, Från gen till samhällspåverkan*. Lund: Studentlitteratur.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2002). *Fetma - problem och åtgärder*.
- Singh, N., Arthur, H. M., Worster, A., Iacobellis, G., & Sharma, A. M. (2007). Emergency department equipment for obese patients: perceptions of adequacy. *Journal of advanced nursing*, 59(2), 140-145. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04266.x
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2012-02-23 från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf
- Statens folkhälsoinstitut. (2011). FaR. Individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Statens folkhälsoinstitut. (2012). *Fysisk aktivitet på recept (FaR®)* Hämtad 2012-02-23, från <http://www.fhi.se/FaR-/Om-FYSSFaR/Fysisk-aktivitet-pa-recept/>
- Stenlöf, K. (2007). Sömnappné. I Lindroos, A-K., & Rössner, S (Red.), *Fetma, Från gen till samhällspåverkan*. Lund: Studentlitteratur.
- Svenska kommunförbundet & Landstingsförbundet. (2004). *Kostnadsutveckling i svensk sjukvård relaterad till övervikt och fetma - några scenarier: vårdens resursbehov och utmaningar på längre sikt [Elektronisk resurs]*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.
- SFS 1982:763 *Hälso- och sjukvårdslagen*. Socialdepartementet
- Torgerson, J. (2007). Lever och galla. I Lindroos, A-K., & Rössner, S (Red.), *Fetma, Från gen till samhällspåverkan*. Lund: Studentlitteratur.
- Trossman, S. (2005). Obesity on the rise. *American Nurse*, 37(1), 1.
- Vinthagen, S. (2007). Kommunikation ur ett maktperspektiv. I Fossum, B. (Red.), *Kommunikation, Samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur.
- Västra Götalandsregionen. (2008). *Handlingsprogram för övervikt och fetma i Västra Götalandsregionen, Sammanfattning och förslag till genomförande*. Hämtad 2012-02-06, från http://www.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/HSA/Strategisk%20utvecklingsenhet/Beslutsst%c3%b6d_%c3%b6vervikt%20och%20fetma/Handlingsprogram%20mot%20%c3%b6vervikt%20och%20fetma.pdf
- Watson, J., & Grundberg, T. (1993). *En teori för omvårdnad: omvårdnad och humanvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Whitfield, P. J., & Grassley, J. (2008). Nurses' Experiences of Caring for Postoperative Bariatric Patients. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care*, 3(4), 291-298. doi: 10.1089/bar.2008.9945
- World Health Organization. (2011). *Obesity and overweight* Hämtad 2012-01-23, från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- Zethelius, P. M. N. B. (2007). Det metabola syndromet. I Lindroos, A-K., & Rössner, S (Red.), *Fetma, Från gen till samhällspåverkan*. Lund: Studentlitteratur.
- Zuzelo, P. R., & Seminara, P. (2006). Influence of registered nurses' attitudes toward bariatric patients on educational programming effectiveness. *Journal of continuing education in nursing*, 37(2), 65 - 73.

Bilaga 1.

Författare:	Cowley, S. P., & Leggett, S
År:	2010
Titel:	Manual handling risks associated with the care, treatment and transportation of bariatric patients and clients in Australia
Tidsskrift:	<i>International journal of nursing practice</i>
Land:	Australien
Syfte:	Att få en förståelse för de faktorer som påverkar riskerna och införandet av riskkontrollmätning inom vården av överviktiga patienter.
Urval:	19 personer, primärvårdsanställda, ambulanspersonal, brandmän och begravningsentreprenörer
Metod:	Kvalitativ fokusgruppsstudie. Diskussioner vid fyra tillfällen.
Resultat:	Studien visar att de risker som sågs vid manuell hantering av överviktiga patienter var associerade med utformning av den fysiska miljön, den begränsade tillgången till utrustning anpassade för överviktiga patienter och bristen på utbildning och klara riktlinjer.
Antal referenser:	31
Kvalitetsgranskning:	6/7 poäng

Författare:	Daniel J. Drake, G. B., Martha Keehner Engelke, Maura McAuliffe, Marie Pokorny, Melvin Swanson, Wanda Waters, Frank R. Watkins, Mary Ann Rose
-------------	---

År:	2008
Titel:	Challenges in caring for the morbidly obese: differences by practice setting
Tidsskrift:	<i>Southern Online Journal of Nursing Research</i>
Land:	USA
Syfte:	Att beskriva utmaningen sjuksköterskor i olika praktiker möter i tillhandahållandet av vård till sjukligt feta och att fastställa om det finns skillnader i dessa utmaningar.
Urval:	160 sjuksköterskor i hemsjukvård och sjukhusvård som troligtvis skulle komma att vårda sjukligt överviktiga patienter.
Metod:	Deskriptiv undersökning för att identifiera utmaningar. Undersökningsinstrument utformat av Bariatric Nursing Consortium och reviderat av sjuksköterskor med erfarenhet av att vårda patienter med övervikt. Kvantitativ analys using a one-way analysis of variance for planned comparisons of factor ratings
Resultat:	Studien visar på tre hinder vilka var behov av särskild utrustning, patientens personlighet och sjuksköterskans attityd. Den senare sågs främst bland sjuksköterskor i slutenvården medan patientens personlighet visade sig spela större roll i öppenvården.
Antal referenser:	16
Kvalitetsgranskning:	6/7 poäng

Författare:	Falker, A. J., & Sledge, J. A.
År:	2011
Titel:	Utilizing a Bariatric Sensitivity Educational Module to Decrease Bariatric Stigmatization by Healthcare Professionals
Tidsskrift:	<i>Bariatric Nursing And Surgical Patient Care</i>
Land:	USA
Syfte:	Syftet var att utvärdera det utbildande programmet "Bariatric sensitivity educational model" och dess påverkan på hälso- och sjukvården.
Urval:	30 sjuksköterskor på 14 olika sjukhus.
Metod:	Demografisk studie. En förstudie för att undersöka attityder och en undervisningsmodell. En utvärderande enkät för att undersöka effekten av utbildningen.
Resultat:	Studien visar att det fanns en klar skillnad i förekomsten av fördommar mot överviktiga efter att "Bariatric sensitivity educational model" införts på avdelningen.
Antal referenser:	39
Kvalitetsgranskning:	7/7 poäng

Författare:	Hignett, S., & Griffiths, P
År:	2009
Titel:	Risk factors for moving and handling bariatric patient
Tidsskrift:	<i>Nursing standard</i>
Land:	Storbritannien
Syfte:	Att identifiera och utforska de risker som finns för patient och vårdpersonal vid manuell hantering av överviktiga patienter under

	deras väg genom hälso-, sjuk- och socialvården.
Urval:	25
Metod:	Blandad metodologi med fokusgruppstudier och enkätstudie. Analyserade i teman som användes för att utveckla struktur och innehåll i enkäten. Den preliminära analysen presenterades med sammanfattande diagram för att fånga data och identifiera områden för framtida forskning.
Resultat:	Studien kartlade patientens väg genom sjukhuset och sammanfattade i fem teman de potentiella risker som skulle kunna uppstå. Dessa teman var: patientfaktorer, utrymme i byggnaden och i fordon, utrustning och möblering, kommunikation personal emellan och organisations- och personalfrågor. Studien fann att det största problemet var att det inte fanns klara riktlinjer eller andra dokument att gå till. Bristen på specialanpassad utrustning sågs också som ett stort problem. Samt kommunikationen avdelningar emellan vid inskrivning och utskrivning.
Antal referenser:	27
Kvalitetsgranskning:	7/7 poäng

Författare:	Kam, J., & Taylor, D. M
År:	2010
Titel:	Obesity significantly increases the difficulty of patient management in the emergency department
Tidsskrift:	<i>Emergency medicine Australasia</i>
Land:	Australien
Syfte:	Att avgöra vilka aspekter av akutvård som påverkas negativt av patientens fetma och att avgöra den nivå vid vilken fetma försvårar arbetet och att utforma rekommendationer för hur dessa problem kan minskas.
Urval:	750 patienter och akutvårdare.
Metod:	Tvärsnittsstudie av patienter och personal på en enda akutmottagning. Läkare, sjuksköterskor och radiologer deltog genom anonyma enkäter med 5-gradiga Likert-skolor från "Strongly disagree" till "Strongly agree".
Resultat:	Patientens BMI påverkade alla aspekter av akutvården. BMI orsakade främst problem att hitta anatomiska markörer, blodtrycksmätning, fysiks examination, positionering av patienten och ingrepp i allmänhet särskilt PVK- sättning och venprovtagning. Läkare rapporterade större svårigheter än sjuksköterskor och radiologer. Svårigheterna uppstod vanligen först då BMI var högt nog att klassa patienten som överviktigt eller sjukligt överviktigt.
Antal referenser:	30
Kvalitetsgranskning:	7/7 poäng

Författare:	Maloney, B., & Winkelman, C.
År:	2005
Titel:	Obese ICU Patients: Resource Utilization and Outcomes
Tidsskrift:	<i>Clinical Nursing Research</i>
Land:	USA

Syfte:	Att beskriva de resurser som sjuksköterskor inom intensivvården använder för att ta hand om överviktiga patienter och att beskriva sambandet mellan resursanvändning och utfall.
Urval:	60 sjuksköterskor intervjuades 30% av dessa intervjuades mer än en gång.
Metod:	Prospektiv, deskriptiv tvärsnittsstudie. Korrelationen mellan använda resurser och utfall analyserades genom Pearson r calculation.
Resultat:	Patienter med BMI över 40 använde majoriteten av utrustning och personal resurser och krävde en längre vistelse. Den utrustning som var vanligast förekommande var specialanpassad säng eller madrass. Den vanligast förekommande komplikationen var relaterade till andningssystemet.
Antal referenser:	40
Kvalitetsgranskning:	7/7 poäng

Författare:	Merrill, E., & Grassley, J
År:	2008
Titel:	Women's stories of their experiences as overweight patients
Tidsskrift:	<i>Journal of advanced nursing</i>
Land:	USA
Syfte:	Att belysa betydelsen av kvinnors erfarenheter som överviktiga patienter i deras möte med hälso- och sjukvården och dess personal.
Urval:	8 kvinnliga patienter mellan 20-61 år gamla.
Metod:	Hermeneutiskt, fenomenologiskt, narrativt och feministiskt teoretiskt tillvägagångssätt. Intervjuerna transkriberades ordgrant av en professionell transkribent.
Resultat:	Studien fann att kvinnor såg det som en kamp att passa in i vårdssystemet. Studien visade på fyra huvud teman: kämpade för att passa in i trånga utrymmen och möbler, känslan av att bli nekad vissa undersökningar på grund av sin storlek och den pinsamhet som då uppstår, att inte känna sig helt mänsklig på grund av fördomarna angående deras kroppsstorlek, samt att trots detta kämpa på och vägra ge upp utan fortsätta söka den vård den kräver.
Antal referenser:	28
Kvalitetsgranskning:	7/7 poäng

Författare:	Rose, M. A., Baker, G., Drake, D. J., Engelke, M., McAuliffe, M., Pokorny, M., Pozzuto, S., Swanson, M., Waters, W. & Watkins, F.
År:	2006
Titel:	Nurse Staffing Requirements for Care of Morbidly Obese Patients in the Acute Care Setting: 1
Tidsskrift:	<i>Bariatric Nursing And Surgical Patient Care</i>
Land:	USA
Syfte:	Att bedöma hur många sjuksköterskor och hur mycket tid som krävs för att utföra vissa omvårdnadsåtgärder till patienter med sjuklig fetma. Syftet var även att undersöka antalet situationer som upplevdes som riskfyllda i arbetet kring den överviktiga patienten.
Urval:	30 patienter från fyra vuxenkirurgiska avdelningar.
Metod:	Observation av sjuksköterskor som vårdade sjukligt överviktiga

	patienter och systematisk dokumentation av hur mycket tid och hur många personal arbetet krävde. Upplevelsen av riskfyllda situationer dokumenterades av sjuksköterskorna själva. Resultatet analyserades genom SPSS statistical software och inkluderade deskriptiv statistisk och Pearsons correlation.
Resultat:	Den aktivitet som krävde mest tid och även flest personal var att hjälpa patienten att gå. Hjälp med dusch kom på andra plats. Därefter kom hjälp att sätta sig och sist kom hjälp vi positionering i säng. Endast en händelse föll under definitionen för riskfylld situation men flera liknande händelser listas.
Antal referenser:	13
Kvalitetsgranskning:	7/7 poäng

Författare:	Rose, M. A., Pokorny, M., Waters, W., Watkins, F., Drake, D. J., & Kirkpatrick, M
År:	2010
Titel:	Nurses' perceptions of safety concerns when caring for morbidly obese patients.
Tidsskrift:	<i>Bariatric Nursing & Surgical Patient Care</i>
Land:	USA
Syfte:	Att beskriva sjuksköterskors uppfattning av upplevda säkerhetsrelaterade händelser vid vård av ineliggande överviktiga patienter.
Urval:	23 sjuksköterskor
Metod:	Deskriptiv intervjustudie via telefon eller personligt möte.
Resultat:	Resultatet föreslår att ineliggande sjukligt överviktiga patienter (BMI > 35) löper en ökad risk, speciellt för fall. Sjuksköterskor räknade fall till resultat av bristfällig eller trasig utrustning och fall av okänd anledning. Rekommendationer i resultatet inkluderar utvärdering av utrustning, införandet av en överviktsavdelning och vikten av avikelserapportering.
Antal referenser:	15
Kvalitetsgranskning:	6/7 poäng

Författare:	Singh, N., Arthur, H. M., Worster, A., Iacobellis, G., & Sharma, A. M.
År:	2007
Titel:	Emergency department equipment for obese patients: perceptions of adequacy
Tidsskrift:	<i>Journal of advanced nursing</i>
Land:	Kanada
Syfte:	Att bedöma patienters och sjuksköterskors uppfattningar av specialanpassad utrustning för överviktiga på en akutvårdsavdelning och att bedöma sjuksköterskors kunskaper om viktbegränsningarna hos denna utrustning.
Urval:	134 patienter och 47 sjuksköterskor
Metod:	Kvantitativ prospektiv, deskriptiv enkätstudie. Data analyserades efter SPSS och linjär regressionsanalys.
Resultat:	Ökat BMI och midjeomfång var förknippat med upplevelsen av bristande utrustning på akutmottagningen sett både ur ett patient och

	ett personal perspektiv. Dessutom verkade sjukskötersor omedvetna om vikt kapaciteten på vanlig utrustning så som sängar, toastolar och toaletter. Resultatet visar på att det behövs läggas vikt på att tillhandahålla specialanpassad utrustning på akutmottagningar för ett allt ökande överviktigt befolkning.
Antal referenser:	12
Kvalitetsgranskning:	7/7 poäng

Författare:	Whitfield, P. J., & Grassley, J
År:	2008
Titel:	Nurses' Experiences of Caring for Postoperative Bariatric Patients
Tidsskrift:	<i>Bariatric Nursing & Surgical Patient Care</i>
Land:	USA
Syfte:	Att undersöka sjuksköterskors upplevelser av att vårda överviktiga patienter postoperativt.
Urval:	12 sjuksköterskor.
Metod:	Kvalitativ studie. Hermeneutisk, fenomenologisk och kritiskt samhällsteoretisk metod.
Resultat:	Sjuksköterskor fann det utmanade att vårda överviktiga patienter postoperativt framför allt när det gällde att hjälpa patienten att stå upp för första gången. Det fanns en rädsla för att skada sig i arbetet med dessa patienter. Sjuksköterskor rapporterade även dessa patienters behov av speciell omvårdnad på grund av deras multipla behov.
Antal referenser:	36
Kvalitetsgranskning:	7/7 poäng

Författare:	Zuzelo, P. R., & Seminara, P.
År:	2006
Titel:	Influence of registered nurses' attitudes toward bariatric patients on educational programming effectiveness
Tidsskrift:	<i>Journal of continuing education in nursing</i>
Land:	USA
Syfte:	Att beskriva sjuksköterskor attityd mot vuxna överviktiga patienter.
Urval:	119 sjuksköterskor anställda på olika avdelningar på ett sjukhus.
Metod:	Ickeexperimentell intervjustudie. Analys av data genom SPSS.
Resultat:	Resultatet visade att sjuksköterskor över lag hade positiva attityder mot att vårda patienter med övervikt. Sjuksköterskorna var medvetna om risker och vad som krävs för att utföra säker vård till överviktiga. Sjuksköterskorna erkände de komplexa behoven som de överviktiga patienterna kräver inom vården samt den ökade arbetsbördan. En skillnad i attityder sågs hos sjuksköterskor på en medicinsk vårdavdelning och de på en akutmottagning. Dessa skillnader i attityder tros bero på skillnader i arbetstyg och längden på patientens vårdvistelse.
Antal referenser:	28
Kvalitetsgranskning:	7/7 poäng