



SAHLGRENSKA AKADEMIN INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

ATT MOTIVERA TILL HÄLSA

En studie om behandling och omvårdnad av
övervikt och fetma

Kalle Mårdén

Mikael Odström

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT2015
Handledare:	Tommy Johnsson
Examinator:	Linda Berg

Titel	Att motivera till hälsa
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT2015
Handledare:	Tommy Johnsson
Examinator:	Linda Berg
Nyckelord:	Fetma, Övervikt, Rådgivning, Motivering, Fysisk aktivitet

Sammanfattning

Bakgrund: Övervikt och sjuklig fetma är ett av nutidens allvarligaste hälsoproblem. Idag lider runt 30 procent av världens befolkning av detta tillstånd, och detta antal befaras stiga till drygt 50 procent inom enbart femton år. De allvarliga sjukdomstillstånd som individen riskerar att utveckla till följd av övervikt innebär en stor belastning för både patienten och samhället. **Syfte:** Att undersöka hur sjuksköterskan kan verka för att öka möjlighet till viktnedgång hos patienter med fetma eller övervikt. **Metod:** Denna studie baseras på 18 vetenskapliga artiklar av både kvalitativ och kvantitativ sort. Artiklarna redovisar effektiviteten hos olika former av beteendeterapi och rådgivning samt hur dessa omvårdnadsredskap kompletteras för en möjlighet till bättre behandling. Dessutom undersöks patienters upplevelse av att leva med överviktsproblematik och hur de upplevt att möta sjukvården och samhället under sin behandling och sin kamp för en bättre hälsa.

Resultat: Tre huvudfynd har identifierats genom denna undersökning. **Relationen** mellan vårdgivaren och vårdtagaren är av högsta vikt för att nå lyckad behandling. För att kunna hjälpa patienten genomgå denna mycket krävande behandling används en form av rådgivning där en nära och förtroendefull relation är av största vikt. Att hålla patienten **motiverad** är själva kärnan i behandling. Det krävs en stor psykologisk omställning hos patienten för att denne ska ändra sina levnadsvanor till det bättre. Som vårdpersonal har man som uppgift att på bästa möjliga sätt få patienten att hålla motivation och hopp uppe och på så sätt främja både kort- och långsiktig framgång med sin viktnedgång. Både patienten och samhället belastas av **negativa psykosociala faktorer**. En belastande självbild, stigmatisering och fördomar från människor runtomkring är exempel på dessa faktorer, som skapar hinder i samband med patientens försök nå en bättre hälsa. Den sortens skam som uppstår i samband med överviktsproblematik måste hanteras och tas hänsyn till. **Slutsats:** En relation mellan vårdgivare och vårdtagare baserad på ömsesidig respekt och förtroende, där patienten ges tid och upplever sig själv vara stöttad och motiverad är viktigt för att optimera möjligheterna till viktnedgång.

Vi vill tacka vår handledare Tommy Johnsson för allt stöd
under arbetets gång.

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	2
Vad är övervikt och fetma?	2
Följsjukdomar	2
Ekonomiskt perspektiv.....	2
Livskvalitet	2
Behandling.....	3
Fysisk aktivitet.....	3
Matkultur.....	3
Bantningsdieter	3
Kirurgiska och farmakologiska åtgärder.....	3
Centrala begrepp.....	4
BMI	4
Fem procent	4
Delaktighet i en vårdkontext.....	4
Lidande	5
Problemformulering.....	6
Syfte.....	6
Metod	7
Resultat.....	8
Att genomföra rådgivning och motiverande samtal i omvårdnad	8
Sjuksköterskan som rådgivare	8
Konsten att motivera till förändring.....	8
Att skapa ett partnerskap på patientens villkor	9
Allt hänger ihop – en helhetssyn i omvårdnaden	10
Yttre omständigheter.....	10
Att veta om och hänvisa till verksam behandling	11
Diskussion	12
Metoddiskussion.....	12
Resultatdiskussion	13
Kliniska implikationer och slutsats.....	14
Referenslista	16

Inledning

Övervikt och sjuklig fetma är ett av nutidens mest allvarliga och aktuella hälsoproblem. Trots att det tidigare varit kopplat främst till västvärlden och den kultur som karakteriseras av överflöd återfinns det nu i samhällen världen över. En tredjedel av världens befolkning belastas av problem med övervikt. På lång sikt kan detta tillstånd leda till mycket allvarliga följsjukdomar med svåra fysiska men som följd. Förutom den stora belastningen på kroppen har övervikt kopplingar till en nedsatt livskvalitet och den negativa självbild som ofta uppstår är för många en stor psykisk belastning. Själva övervikten och de sjukdomar som kan kopplas till viktproblematik kräver enorma resurser från både vården och samhället överlag. Trots den belysning problemet får av media och hälsoorganisationer eskalerar situationen i en mycket oroväckande takt. Inom bara femton år befaras drygt halva världens befolkning vara drabbad. Denna utveckling påpekar stora brister med den livsstil och det förhållandet till mat som idag är normen, men också att den behandling som idag tillämpas behöver utvecklas och stärkas om problemet ska kunna hanteras.

Denna kandidatuppsats ämnar undersöka de behandlingsalternativ och redskap sjuksköterskor har att tillgå då omvårdnad ges till patienter i denna situation. Den ämnar även öka sjuksköterskors möjlighet att agera som ett stöd för patienter som genomgår den livsstilsförändring som krävs för att nå bättre hälsa. Förhoppningen är att genom en sammanställning av den aktuella informationen kring ämnet förbättra den omvårdnad som ges i mötet med patienten och därmed höja chansen att nå framgång med behandlingen.

Bakgrund

Vad är övervikt och fetma?

Övervikt och fetma är ord som beskriver ett fysiskt tillstånd där en människa, till följd av att hon konsumerat mer energi än hon kan förbränna, samlar på sig ett överflöd av fett i sin kroppsmassa. Detta överflöd av fett är såpass stort att det medför risker för personens hälsa. (WHO, 2015). För att avgöra om en person är överviktig eller inte används ofta måttet BMI (Body Mass Index). Detta värde symboliserar en persons totala kroppsmassa och beräknas genom att dividera kroppsvikt med längd i kvadrat. När en person uppmätts till ett BMI > 25 anses hon vara överviktig, och vid ett BMI > 30 anses hon lida av fetma (WHO, 2015; Folkhälsomyndigheten, 2015).

Mer än 2.1 miljarder människor lider idag av övervikt, vilket är ungefär 30 procent av världens befolkning. Det är ett snabbt växande problem som, om trenden fortsätter, kommer att omfatta hälften av världens befolkning inom 15 år (McKinsey Global Institute, 2014). Den svenska befolkningen är redan där och ungefär hälften av populationen lider av övervikt eller fetma (1177, 2015). Denna siffra har dubblats sedan 1990 (Folkhälsomyndigheten, 2015) och enbart mellan 2013 och 2014 steg prevalensen för fetma från 11 till 14 procent.

Följsjukdomar

Fetma är en av de största bidragande orsakerna till att utveckla sjukdomar som diabetes, hypertoni, olika former av cancer, blodfetsrubbnings, stroke och hjärtinfarkt (Withrow & Alter, 2009). Även rörelseorganen utsätts för stor påfrestning vid kraftigt ökat BMI, med rygg och leder som särskilt utsatta. Höfter och knän riskerar att drabbas av belastningsskador och den ökade kroppsmassan innebär också ett ökat tryck mot bröstkorgen, vilket kan leda till andningssvårigheter (SBU, 2002). Ungefär fem procent av dödsfall världen över är direkt på grund av sjuklig fetma (McKinsey Global Institute, 2014).

Ekonomiskt perspektiv

En studie av Withrow och Alter (2009) beräknade att övervikt och fetma tillsammans kräver nästan tio procent av ett lands totala hälso- och sjukvårdsbudget. Viktrelaterad problematik kostar nu ungefär lika mycket globala ekonomiska resurser som rökning eller beväpnade konflikter (McKinsey Global Institute, 2014). Sverige följer samma trend som resten av västvärlden. Enbart fetma når upp till ungefär två procent av Sveriges totala vårdkostnader, vilket blir ungefär tre miljarder kronor årligen (1177, 2015). Utöver detta tillkommer svårberäknade kostnader som frånvaro från arbete, förtidspensioneringar och liknande. Detta gör att den totala kostnaden är mycket svårberäknad och troligtvis högre än statistiken kan visa idag (Withrow & Alter, 2009; McKinsey Global Institute, 2014).

Livskvalitet

Det är många som lider av sin fetma och övervikt. Vid mätning av livskvalitet rapporterar de låga resultat. De uppvisar liknande resultat som återfinns hos patienter med andra sjukdomar som vanligtvis associeras med lägre livskvalitet såsom förlamning, nedsatt lungfunktion, kronisk värk och reumatiska smärtor. Det är även vanligt med någon form av psykisk ohälsa som samsjuklighet (1177, 2015). De många fördomar och attityder som finns runt fetma finns både hos individen och i samhället i stort. Detta innebär att individen dels dömer sig själv men även upplever och faktiskt blir

dömd utifrån gällande samhällsnormer. Den sammantagna bilden visar sig i de låga skattningarna av livskvalitet (SBU, 2002).

Behandling

Fysisk aktivitet

Människokroppen är konstruerad för att röra på sig och vara aktiv. Fysisk aktivitet definieras som all typ av rörelse som ökar kroppens energiomsättning. Hälsofrämjande fysisk aktivitet är när utövandet förbättrar hälsan utan att utsätta kroppen för risk eller skada (Folkhälsomyndigheten, 2013). Den fysiska aktivitet som förr var en del av vardagen är idag ersatt av stillasittande beteende samt i vissa fall ett fåtal träningstillfällen per vecka. Fysisk aktivitet är starkt hälsofrämjande, både mentalt och kroppsligt, och i kombination med bättre kostvanor är förhöjd fysisk aktivitet en avgörande faktor vid viktnedgång (Ringberg, 2009). Enligt rekommendation från Folkhälsomyndigheten (2013) ska man som minst förbränna 150 kilokalorier dagligen vid måttlig ansträngning för att uppnå hälsofrämjande effekt.

Matkultur

Att äta innebär stor njutning och är för många en del av deras livsstil och ett stort fritidsintresse, människor äter inte mat enbart för att dämpa hunger. I den sociala trivselen och vid festligheter ingår oftast mat och dryck som en del av kulturen och media exponerar människor för ett stort utbud mat av varierande kvalitet. Omgivningen motiverar att äta ofta och gärna, och som effekt blir det dagliga intaget större och större (Ringberg, 2009).

Bantningsdieter

Det finns en enorm marknad runt viktproblematiken i samhället. Det finns ett stort utbud av olika bantningsdieter som alla utlovar goda resultat. Det kan vara mycket förvirrande för individen att själv avgöra vilka dieter, om några, som faktiskt har effekt (Katz, 2005).

Nyckeln till att gå ner i vikt styrs av mängden kalorier kroppen intar och mängden kalorier den gör sig av med i det vardagliga livet. När den mängd människan får i sig sjunker under det den gör sig av med kommer att gå ner i vikt (Livsmedelsverket, 2015). Kortsiktigt så kommer i princip vilken metod som helst som får detta förhållande att hamna på ett kaloriunderskott hjälpa en individ gå ner i vikt, något som flera dieter också lyckas med (Katz, 2005). Utmaningen ligger snarare i att hitta en hälsosam kosthållning som individen kan tänka sig leva med under lång tid framöver, då detta är det enda sättet att uppnå varaktig viktnedgång (Livsmedelsverket, 2015). Detta är något som bantningsdieter misslyckas med, vilket bevisar sig själv då andelen överviktiga och sjukligt feta fortsätter att öka (Katz, 2005; Folkhälsomyndigheten, 2015; WHO, 2015).

Kirurgiska och farmakologiska åtgärder

Kirurgisk behandling, även kallad bariatrisk kirurgi, av sjuklig fetma finns och blir allt vanligare i samhället. Av alla behandlingsmetoder är det den som har kunnat redovisa överlägset bäst effekt där patienterna kunnat uppvisa en viktnedgång på över 25 procent av den ursprungliga kroppsvikten även 15 år efter operationen (Sjöström et al., 2007). Enligt Sjöström et al. (2007) sänker kirurgisk behandling även dödligheten i fetmarelaterade sjukdomstillstånd som hjärt-kärlsjukdomar och cancer. Chansen för dödlighet på lång sikt blir kraftigt reducerad när man jämfört med patienter som

inte genomgått kirurgisk behandling (Adams et al., 2007). I nuläget används kirurgi dock främst som en sista åtgärd då ett ingrepp alltid är förenat med många risker. Ett BMI > 35 under flera års tid, en stabil psykosocial situation samt att patienten tidigare gjort seriösa försök att kontrollera sin vikt utan framgång är några av kraven för att man ska överväga kirurgi som behandling (Internetmedicin, 2015).

Det farmakologiska alternativet är läkemedlet Orlistat. Det kan användas när BMI >28 samfaller med annan komplicerande sjukdom eller förhöjd risk för kardiovaskulära komplikationer alternativt när BMI > 30 (Internetmedicin, 2014). Det ska endast användas som ett komplement till förbättrad kosthållning och ökad fysiskt aktivitet. Orlistat verkar genom att försvåra nedbrytningen av fett i matsmältningssystemet (FASS, 2014).

Centrala begrepp

BMI

BMI (Body Mass Index) är ett värde som beräknas baserat på en individs vikt och längd. Det är ett ständigt återkommande verktyg när man hanterar övervikt och fetma. BMI räknas ut enligt formeln $\text{vikt (kg)} / [\text{längd (m)}]^2$. Med undantag för äldre, barn under 18 år samt människor med stor muskelmassa ger BMI en väl överensstämmande bild av mängden fett på de flesta kroppstyper (1177, 2015; Pasco, Nicholson, Brenna & Kotowicz, 2012). Det finns flera andra metoder som kan räkna ut mängden kroppsfett mer exakt (undervattensvägning, bioimpedans, kalippermetod m.m.) men dessa kräver i regel speciellt utbildad personal eller dyrbar utrustning (Centers for Disease Control and Prevention, 2015). Fördelarna med att använda BMI istället för dessa andra verktyg som direkt mäter mängden kroppsfett är att det är otroligt enkelt att applicera samt nästintill kostnadsfritt. Flera undersökningar som utvärdering av kosthållning, fysisk aktivitet eller att mäta midjemått bör dock komplettera BMI när en person misstänks ha problem med övervikt eller fetma. Detta för att kunna ställa en mer rättvis diagnos och planera en effektiv behandling (Centers for Disease Control and Prevention, 2015).

Fem procent

I stor del av vår litteratur samt den vetenskapliga databasen återkommer måttet fem procent av den ursprungliga kroppsvikten som en indikator för att överviktsbehandling nått framgång. Detta kan verka förvirrande då en behandlings mål ofta är att bota sjukdom, vilket kan tolkas som att få ner BMI under 30 för att bota fetma och under 25 för att bota övervikt. Anledningen till att fem procent används som mått är en rekommendation från *National Institutes of Health* (1998) där det redovisas att en viktnedgång på fem-tio procent är tillräckligt för att få betydande positiv inverkan på en överviktig persons hälsa. Det är dessutom ett realistiskt och fullt genomförbart delmål inom de första sex månaderna (National Institutes of Health, 1998).

Delaktighet i en vårdkontext

Begreppet delaktighet behandlar patientens möjlighet att vara med och påverka sin vård och behandling. Via vårdgivaren ska patienten få den information som är nödvändig för att hon ska kunna fatta informerade beslut angående den aktuella behandlingen och sin delaktighet i utformningen av denna (Tingström, 2009). Genom en dialog där båda parter visar varandra respekt kommer sjuksköterskan och patienten tillsammans fram till hur involverad patienten önskar vara i vårdförloppet (Tingström, 2009). Om patienten önskar ha en aktiv beslutsfattande roll ska detta

möjliggöras. Samtidigt är det viktigt att de patienter som önskar ha en mer passiv roll inte ska uteslutas från de forum där vårdbeslut tas. Detta för att patienten ska känna att de ej berövats kontroll över sin egen situation. För att främja delaktighet på bästa sätt är det viktigt att se patienten som en helhet och anpassa informationen till dennas nivå. Kulturella skillnader eller skillnader i utbildningsnivå är exempel på något man kan behöva ta hänsyn för att vara säker på att informationen förstås av mottagaren. Som sjuksköterska är det viktigt att inte glömma att informationens syfte är att öka patientens förståelse för sin situation, vilket i sin tur främjar delaktighet i vårdförloppet (Eldh, 2009).

Lidande

Lidande kan begreppsmässigt beskrivas som en individuell upplevelse med ursprung i reflektion kring den egna situationen och i relation till omgivande faktorer. Det kan vara som ett svar på smärta men även en livsfråga tolkad utifrån biologiska, psykologiska eller sociologiska mönster (Wiklund, 2009). Det är naturligt att livet innehåller lidande och lidandet ingår på så sätt i hälsan (Willman, 2009). Lidandets karaktär är bundet till hur människan tolkar det och i vilken kontext lidandet tolkas. Utfallet blir olika beroende på om den som lider uppfattar det som meningsfullt eller meningslöst. Med detta perspektiv kan även lidandet vara en utvecklingsbejakande komponent men kan även innebära att lidandet får en förlamande effekt på individens utveckling (Wiklund, 2009).

Att ringakta en individs upplevelse och uppfattning kan leda till lidande. Detta lidande kan leda till en ovilja att utsätta sig för liknande situationer vilket i sig blir ett hinder till interaktion med andra människor och vidare individens utveckling (Wiklund, 2009). Tidiga upplevelser i barndomen där barnet blivit kränkt kan när som helst återaktualiseras senare i livet och bidra till hur individen uppfattar situation och sitt lidande vilket kan leda till ett lågt förtroende i en vårdssituation (Wiklund, 2009).

Lidande kan delas in i tre olika former av lidande. Livslidande, sjukdomslidande och vårdlidande. Livslidandet är det inre fenomen som relateras till händelser och trauman i personens liv. Livslidandet kan variera och aktualiseras vid olika skeenden i livet och även påverka andra situationer som inte är direkt förankrade med de ursprungliga händelserna eller traumat. Sjukdomslidande relateras till en diagnos. Det är en följd av ett fysiskt tillstånd. Vårdlidandet är lidande som är förknippat med behandling. Vid vårdlidandet är det viktigt att ta reda på om behandlingen är adekvat eller felaktig (Wiklund, 2009).

Lidande påverkar även livstolkningen för individen. Det ingår i den referensram individen använder för att tolka sitt liv. Den personliga upplevelsen av situationen, sjukdom och vård påverkar hur lidandet uppfattas och vilka konsekvenser det får för individen (Wiklund, 2009).

Problemformulering

Denna litteraturstudie riktar sig mot sjuksköterskor som arbetar med patienter som lider av övervikt eller fetma och den omvårdnad som vården använder sig av vid dessa tillstånd. Övervikt är ett ständigt växande problem som orsakar enorma kostnader för samhället samt stort psykiskt och fysiskt lidande för patienten. Studien fokuserar på vuxna män och kvinnor. Äldre och barn är exkluderade eftersom speciell hänsyn måste tas till deras näringsbehov och kosthållning. Avsikten är att undersöka den omvårdnad som tillämpas vid behandling av övervikt och sjuklig fetma samt ta reda på hur man som sjuksköterska kan öka möjligheterna för en framgångsrik behandling.

Syfte

Att undersöka hur sjuksköterskan kan verka för att öka möjlighet till viktnedgång hos patienter med fetma eller övervikt.

Metod

Då syfte är att sammanställa och klarifiera information som redan finns och brukas inom vården har det valts att genomföra en litteraturstudie. Som vägledning för att genomföra denna studie har Roséns (2014), Karlssons (2014) samt Wallgren och Henricsons kapitel ur *Vetenskaplig Teori och Metod: Från idé till examination* använts, samt Fribergs (2012) mall för hur en litteraturöversikt ska genomföras. Första steget innebar att begränsa oss till ett område inom omvårdnad. Efter att problemområdet övervikt och sjuklig fetma samt den omvårdnad som bedrivs vid denna tillståndbehandling valts som författarnas intresseområde så gjordes en initial vetenskaplig sökning, rekommenderat av både Friberg (2012) och Rosén (2014), för att förankra studien i den befintliga litteraturen.

Detta resulterade i ett gott urval av information som användes för att utforma syftet och därefter även problemformuleringen. Sedan formulerades exklusions- och inklusionskriterier för att kunna påbörja den egentliga litteratursökning som genererade de artiklar som ingår i resultatet. Som inklusionskriterier för artikelsökningen användes *peer reviewed, research article* samt endast artiklar som publicerats efter 2005. Det finns två undantag då gällande en sökning där första publiceringsåret ändrades till 2004, denna sökning genererade en artikel publicerad 2004. Samt ytterligare en sökning då första publiceringsåret aldrig ändrades från 1997 till 2005, denna sökning genererade en artikel publicerad 2002 som inkluderades. För att följa studiens syfte valdes det att använda studier som fokuserar främst på vuxna individer mellan 18-65 år gamla då speciella biologiska och sociala regler gäller för barn och äldre inom nutritionsområdet, i vissa studier inkluderas även individer över 65 års ålder. Artiklarna sorterades efter hur väl titel stämde överens med syftet för denna studie. Vidare studeras abstractet noggrant för att på så sätt göra en första utsällning av de artiklar som ej matchade syftet. Som sista urval lästes de kvarvarande artiklarna i sin helhet för att bedömma huruvida innehållet kunde bidra till syftet (Friberg, 2012). De som ej bedömdes som användbara sorterades bort.

Artikelsökningen har genomförts i Cinahl. Detta då syftet vart klart inriktat på omvårdnadsåtgärder, vilket gör att Cinahl söker fram mycket passande artiklar. Sökningar i andra databaser genererar mycket stora mängder träffar men sällan med det omvårdnadsfokus som studien efterfrågar. Fullständig redovisning av artiklersökning återfinns i bilaga 1.

För att bedöma artiklarnas kvalitet har Wallgren och Henricsons (2014) rekommendationer använts. De kvantitativa studierna har genomsökt efter indikatorer på validitet och reliabilitet och kvalitativa studier har genomsökts efter indikatorer på trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet. Den slutgiltiga kvalitetssäkringen gjordes enligt rekommendationer från Olsson och Sörensen (2012) då samtliga artiklar också tabellfördes. En artikel uteslöts på grund av för låg kvalitet. Kvalitetsgranskningen i sin helhet återfinns i bilaga 2.

De 18 artiklar som efter artikelgranskningen bedömdes vara lämpliga att ingå i litteraturstudien lästes igenom i sin helhet flera gånger. Artiklarna sammanfattades var och en för sig och deras huvudfynd identifierades och kategoriserades. På detta sätt identifierades de huvudteman som ingår i studiens resultat: *Att genomföra rådgivning och motiverande samtal i omvårdnad* och *Allt hänger ihop – en helhetssyn i omvårdnaden*. Varje huvudtema delades in i ett antal subteman för att göra informationen mer hanterbar och lättöverskådlig. Vid varje steg i dataanalysen värderades den utvunna informationen mot studiens syfte för att säkerställa relevans.

Samtliga studier som ingår i denna litteraturöversikt har granskats etiskt innan de godkännts för publicering

Resultat

Att genomföra rådgivning och motiverande samtal i omvårdnad

Sjuksköterskan som rådgivare

För att kunna hjälpa och stötta en patient som lider av övervikt eller fetma tillbaka till ett friskare liv är det viktigt att tillämpa korrekta omvårdnadsåtgärder. Det första och mest användbara redskapet all vårdpersonal har för att hjälpa sådana patienter är rådgivning. Brown, Stride, Psarou, Brewins & Thompson (2007) avsåg med sin studie att ta reda på mer exakt vad det kliniska arbetet kring överviktsproblematik kretsade runt. När de olika professionerna som arbetar med övervikt och de insatser som de bedrev jämfördes fann man att just rådgivning utövades av samtliga professioner och var den vanligaste att tillämpa. Resultatet visade dessutom att av alla som arbetade med övervikt var sjuksköterskor de mest involverade i vården (Brown et al., 2007). Sjuksköterskor utmärkte sig även vid jämförelsen mellan sin yrkesgrupp och läkarna. Det visade sig att de var mer benägna att hålla informerade samtal med patienten angående deras överviktsproblematik, och att kontinuerligt uppehålla denna kontakt med patienten vid mötet dem emellan (Brown et al., 2007).

Vidare har sjuksköterskor uttryckt hur de känner att arbete med motivering och stöttning är en stor och viktig del i deras profession och uppdrag inom vården, speciellt gentemot patienter som håller på att genomgå eller ska inleda svåra livsstilsförändringar för att kunna uppleva en bättre hälsa i sitt liv (Jallinoja et al., 2007).

När effekter av rådgivning given av olika professioner på längre sikt observerades jämfördes bland annat sjuksköterskan och läkaren. Resultatet visade att den rådgivning som sjuksköterskan kunde bidra med hade likvärdig positiv effekt som den från en läkare (Driehuis, Barte, ter Bogt, Beltman, Smit, van der Meer & Bemelmans, 2012). Patienten har dock ett multiprofessionellt behov av stöd och hjälp, ingen nödvändig yrkesgrupp bör uteslutas. Det visar Loureiro och Nayga (2006) då de i sin studie kunnat se att patienter som är i behov av rådgivning från läkare tyvärr sällan får den mängd rådgivning de behöver. Detta är mycket beklagligt då de som får tillräcklig rådgivning ökar sin sannolikhet att gå ner i vikt och uppnå bättre hälsa.

Konsten att motivera till förändring

Att ändra ett negativt hälsobeteende är en av de svårare utmaningar en individ kan mötas av i dagens samhälle. Övervikt är ett sådant negativt hälsobeteende. När en individ ska genomföra en svår och ansträngande livsstilsförändring handlar en stor del av utmaningen i att hålla sig motiverad och inte gå tillbaka till gamla vanor. Effekten av behandlingen är aldrig omedelbar utan det krävs tid och tålamod för en individ att se nyttan med sitt hårda arbete. Motvilja gentemot överviktsbehandling har identifierats som ett väsentligt hinder för individen att uppnå framgång med sin behandling. Delaktighet är därför en kritisk del i behandlingen av övervikt. Patienten måste motiveras för att inse att hon arbetar för sitt eget bästa med vårdpersonal som stöd samt att en stor del av behandlingens utfall är hennes ansvar (Jallinoja et al., 2007). Då man misslyckats med behandling och viktnedgång uteblir har brist på motivation identifierats som en av nyckelfaktorerna (Corbalán et al., 2009).

Det finns flera olika strategier som är viktiga att använda när man försöker motivera en patient till förbättrad hälsa. En del är att uppmärksamma och diskutera de framsteg som patienterna gjort. När de når framgång, både just inom ramen för sin behandling, men även andra saker som blir mer positiva som en följd av lyckad behandling eller som kan härledas därtill bör uppmuntras och förstärkas. Att visa patienten hur du tar henne på stort allvar och försöka sätta dig in i hur hennes sjukdom påverkar livet i övrigt, bland annat genom att diskutera komorbiditet och följsjukdomar. Det är viktigt att i de lägen då patienten riskerar att utveckla vidare tillstånd till följd av sin övervikt

varna för dessa, och sedan istället diskutera hur deras livskvalitet och hälsa förbättras genom att undvika sådana sjukdomar. Detta samt möjlighet att fasa ut läkemedel vid lyckad viktnedgång är exempel på sådant som patienter visat sig uppskatta (Gudzune, Clark, Appel & Bennett, 2012).

Bland de rådgivningsstrategier man har att tillämpa inom omvårdnad har Motivational Interviewing (MI) visat sig vara en av de effektivaste gentemot patienter med överviktsproblematik. En signifikant viktnedgång har kunnat påvisas som följd av att detta verktyg används. Det finns dock en viss variaton i effektivitet, främst beroende på kön. I en studie av Low, Giasson, Connors, Freeman & Weiss (2013) har det kunnat visas att kvinnor som fick rådgivning i form av MI kunde uppvisa goda resultat i viktnedgång efter en tremånadersperiod, medan männen som fick samma behandling inte kunde visa på någon signifikant viktnedgång. När en studie istället utvärderade effekten av en behandling som fokuserade på nutritionsrådgivning kunde där observeras att förhållanden var ombytta. Män kunde dra bättre nytta av den här informationen och gå ner i vikt medan kvinnorna som fick samma möjlighet till behandling inte kunde uppvisa några signifikanta resultat (Low et al., 2013).

För att öka patientens chans att lyckas med behandling är det viktigt att man försöker använda alla goda verktyg tillgängliga. Att öka mängden fysisk aktivitet i vardagen kommer att förbättra patientens förutsättningar att nå sina utsatta mål både inom viktnedgång och förbättrad hälsa överlag. För att undersöka om uppmuntran och motivation hade positiv effekt även på fysisk aktivitet delades deltagarna in i två grupper, där endast den ena fick löpande undervisning angående fysisk aktivitet och hur denna utövas på bästa sätt (Bélanger-Gravel, Godin, Bilodeau & Poirier, 2013). Det visades då att gruppen som fick hjälp och undervisning ökade sin fysiska aktivitet mer än kontrollgruppen. Förutom ökad kunskap och därmed ökad delaktighet i sin behandling och stärkt ansvar över sin livssituation hjälpte undervisning patienterna genom att just hålla dem motiverade och konstant uppmuntra till fysisk aktivitet (Bélanger-Gravel et al., 2013). Det gick även att observera att fysisk aktivitet ledde till bättre resultat vid mätning av kroppsvikt då behandlingen avslutades. Samtidigt påvisades en tendens hos deltagarna att i större utsträckning fullfölja behandlingen då bortfallsfrekvensen var lägre bland de som fick kontinuerlig utbildning (Schelling et al., 2009).

Då patienter får möjligheten att själva ta ställning till vilken form av behandling de föredrar har det visat sig att gruppundervisning ofta är att föredra. Då detta testades på en grupp patienter fick de välja mellan rådgivning via telefon med kontinuerlig uppföljning, grupprådgivning och rådgivning i primärvårdsmiljö med kvalificerad personal. Majoriteten av gruppen valde grupprådgivning som erbjöds i form av viktväktarna (Wilson et al., 2010). De uppgav att den mest avgörande faktorn i detta val var att det finns ett stöd och en gemenskap inom gruppundervisning som de inte upplever på samma sätt med annan rådgivning (Wilson et al., 2010). När det gäller fysisk aktivitet finns det också stora fördelar med att patienterna gör den gemensamt. Det föredras av patienterna själva samt ger signifikanta resultat gällande viktnedgång (Schelling et al., 2009).

Att skapa ett partnerskap på patientens villkor

Då behandling av övervikt till stor del faller på patienten och dennes vilja att lyckas är det av stor vikt att lära känna patienten för att dennes egna resurser ska kunna användas optimalt. Då patientens resurser kartlagts kan fokus sedan förflyttas till de insatser som känns möjliga att genomföra, på detta sätt blir både slutmålet och delmål med behandlingen alltmer realistiska (Gudzune et al., 2012). För att kunna ta till vara på patientens resurser på bästa sätt bör rådgivaren utnyttja sin förmåga och professionella kunskap att identifiera de mest framträdande behoven, och när individen är som mest mottaglig för förslag och förändring. Genom ett partnerskap i behandlingen, där patienten kan kommunicera sin oro kring både hälsan och självbilden och hur dessa påverkas av det tillstånd

han/hon befinner sig i, kan sjuksköterskan ta vara på dessa faktorer för att öka motivationen ytterligare och hjälpa patienten skapa en egen vilja att lyckas och öka följsamhet till behandlingen. Om en patient exempelvis uttrycker ett mildare intresse för sin egen hälsa och inte känner sig villig att minska sin vikt, alternativt inte har förtroende för att sjukvården ska kunna hjälpa henne lyckas, kan en alterantiv infallsvinkel behövas.. Det kan finnas signifikanta andra i patientens liv vars hälsa och välbefinnande är relativt till dennes hälsa. I situationer av den här typen då patienten är i extra behov av motivation är det viktigt att lära sig identifiera de ögonblick där sådan motivation kan återfinnas, och sedan använda den till patientens fördel (Cohen, Clark, Lawson, Casucci & Flocke, 2011).

Både läkare och sjuksköterskor rapporterar att de finner det utmanande att sätta sig in i patienters livssituation på ett sätt som ger en nödvändig och rättvis holistisk bild. Detta är främst relaterat till tidsbrist (Jallinoja et al., 2007). Att låta patientrelationen ta den tid den behöver för att kunna växa och skapa den mängd delaktighet och tillit som behövs för att ge ökade chanser att nå framgång med behandling är något som patienter ofta själva efterfrågar. Att få möjlighet till kontinuerlig och långsiktig stöttning är något som värderas mycket högt och har stor positiv inverkan på möjligheten att nå de resultat som eftersträvas (Bidgood & Buckroyd, 2005). När vårdpersonal som ansvarar för överviktsbehandling upplever att de saknar kunskap om patienten och dennes livssituation blir detta i sig en barriär gentemot att sätta realistiska mål. Patienterna själva uttrycker också att en god kontakt med vårdpersonalen som ska ge dem rådgivning är en stor framgångsfaktor vid viktnegång. Vidare är inkonsekvens i behandlingens innehåll och frekvens bidragande faktorer till att skapa ogynnsamma förhållanden för patienten (Gunther, Guo, Sinfield, Rogers & Baker, 2012).

Det är viktigt att vara medveten om de svårigheter som finns kring att kommunicera om överviktsproblematik. Patienter har i många fall orealistiska mål och förhoppningar kring sin viktnegång, detta är något som vårdpersonal kan behöva konfrontera. Det är inte sällan vårdpersonal och patient har annorlunda uppfattning om vad som är den bästa strategin för att kunna genomgå en framgångsrik behandling, detta gap kan mycket väl leda till en konflikt och måste hanteras professionellt. Det finns även en stor utmaning i att möta patientens negativa självbild och känslor i samtal om deras vikt. Det är en lättare utväg att förskriva patienten läkemedel och uppmuntra dem till att själv söka information via internet än att ta ansvar för deras undervisning (Gudzune et al., 2012).

Allt hänger ihop – en helhetssyn i omvårdnaden

Yttre omständigheter

Det är inte bara kvaliteten på rådgivningen som är avgörande för hur utfallet av behandlingen blir. Bland de faktorer som spelar in har tidig viktnegång under behandlingstiden visat sig ha ett starkt samband med det positiva långsiktiga utfallet. När patienter genomför en överviktsbehandling kunde man observera att de som gick ner minst ett kilo i de tidigaste faserna av behandlingen också lyckades bättre i de senare faserna (Elfhag & Rössner, 2010).

Den kanske mest avgörande faktorn för framgång är individens utbildningsnivå. Akademisk utbildning innebär avsevärt högre chanser att nå framgång med sin behandling och avsaknad av eftergymnasial utbildning har ett samband med ökade svårigheter att gå ner i vikt. Andra faktorer som har positiv inverkan på behandlingen är bland annat högre årslön och manlig könstillhörighet.

Relationen mellan demografiska faktorer och förhöjd fysisk aktivitet i vardagen påminner om föregående resultat. Utbildningsnivå är även här en mycket signifikant indikator tillsammans med inkomstnivå (Loureiro & Nayga, 2006). Liknande statistik kan observeras för patienternas förmåga

att slutföra behandling. Det kan påvisas att bland annat akademisk utbildning och högre sysselsättningsgrad är sammankopplat med förmågan att fullfölja behandling och nå sina mål (Elfhag & Rössner, 2010).

Det är även viktigt att ta hänsyn till patienternas egna åsikter gällande viktnedgång och de faktorer hos individen som möjliggör en framgångsrik behandling. Individer som lider av övervikt eller sjuklig fetma rapporterar att det finns ett stigma man utsätts för inom samhället. Det skapar en känsla av skam vilket leder till att de som besväras av övervikt kan ha det svårt att initiera kontakt med sjukvården angående detta problem (Gunther et al., 2012). Som följd får den överviktiga individen ett undvikande beteende. I vissa fall rapporterar överviktiga att kostnader som medföljer organisationer och anläggningar där fysisk aktivitet eller rådgivning utförs är ett hinder som försvårar processen att gå ner i vikt. Att flera gånger tidigare försökt gå ner i vikt och misslyckats rapporteras även det som ett stort psykiskt hinder för att lyckas, speciellt om dessa försök varit omfattande i både ansträngning och tid. Angående vårdpersonal och deras attityd är brist på kunskap och en ovilja att ta ansvar och lägga tid på patientens behandling en negativ faktor. Övervikt och problematiken kring detta tillstånd ses i vissa fall som ett icke-medicinskt problem vilket gör att denna negativa attityd gentemot problemet kan förstärkas (Gunther et al., 2012).

Att veta om och hänvisa till verksam behandling

Det har visat sig effektivt att använda beteendeförändrande terapi som en behandlingsform för att nå viktnedgång. Men då en av de största utmaningarna med överviktsproblematik är att undvika återfall, något som är mycket vanligt, har olika sätt att minska återfall undersökts. Maintenance-tailroed therapy (MTT) är en terapiform med särskilt fokus på att patienterna ska lyckas uppehålla intresset och motivationen på längre sikt, och därmed uppnå en viktnedgång som är mer än temporär. Patienter som genomgick en mer standardiserad form av beteendeterapi kunde under de första sex månaderna av behandlingen visa på bättre resultat. Detta jämnade dock ut sig och efter en längre period kunde patienter som behandlats med MTT uppvisa stabila och hållbara resultat, med mindre mängd återfall (Jeffery et al., 2009).

Även kognitiv terapi har visat sig ha god effekt vid behandling av överviktsproblematik. Speciellt effektivt har det visat sig vara vid hetsättningsstörningar där inverkan av terapin är god både kortsiktigt och långsiktigt (Munsch et al., 2007). Då en studie observerat patienter som mottagit kognitiv beteendeterapi som behandlingsform över en 34 veckor lång tidsperiod har där redovisats en genomsnittlig viktminskning på nästan tio procent (Corbalán et al., 2009). I kombination med motion och andra strategier som syftar till att öka den långsiktiga följsamheten med kognitiv beteendeterapi har signifikant viktnedgång kunnat redovisas (Pendleton, Goodrick, Poston, Reeves & Foreyt, 2002).

Diskussion

Metoddiskussion

Studiens syfte förändrades till viss del under arbetets tidigare fas. Under datainsamlingen framkom det att en majoritet av de omvårdnadsartiklar som finns kring ämnet fokuserar på hur rådgivning bedrivs samt hur detta redskap kan utvecklas och komplementeras. Detta innebar att syfte och problemformulering omformulerades något för att främja möjligheten till kliniska implikationer. Denna process ledde fram till det slutgiltiga syftet, som ämnar undersöka hur sjuksköterskan kan verka för att öka möjlighet till viktneidgång hos patienter med fetma eller övervikt.

En hel del tid spenderades på att utforska och forma en struktur för hur arbetet skulle läggas upp. Arbetsplanen växte fram del för del allteftersom studien fortskred vilket kan vara en svaghet för arbetets kvalitet. Ifall en framtida litteraturöversikt skulle göras bör mycket tid och noggrannhet läggas initialt i arbetet på att skapa en tidsplan där arbetsuppgifter fördelas mellan författarna på ett sätt som främjar effektivitet och vetenskaplig kvalitet. Vidare fördes ingen formell loggbok. Information och reflektioner som uppkom genom muntliga samtal och läsning antecknades när det kändes nödvändigt men inte i ordnade former. En ordnad loggbok hade kunnat stärka kvaliteten för studien.

Vidare anser författarna att de har begränsade kunskaper inom vetenskaplig metodik och det arbetssätt som krävs för att författa en vetenskaplig studie är en begränsning av arbetets kvalitet. Mycket tid som kunde gått åt att stärka arbets kvalitet har spenderats på ett något ineffektivt arbetssätt.

Under artikelgranskningen upptäcktes att flera av studier i denna litteraturöversikt har mycket högt bortfall. Detta resonades till att vara en effekt av hur svårt det är för en individ att genomgå hela behandlingen och samtidigt vara följsam till sina mål. Författarna anser att detta är talande för problemets karaktär och valde därför att aldrig exkludera en studie på grund av högt bortfall.

Författarnas förförståelse har beaktats genom arbetets gång. Det har framkommit åsikter om rådgivning som redskap vilka har inneburit att en ifrågasättande attityd gentemot detta redskaps effektivitet, särskilt då trenden angående viktproblematik i samhället idag observerats och reflekterats över. Den förförståelse som visat sig under arbetets gång innebär att författarna fått visa aktsamhet framförallt under datainsamlingen då åsikter kan ligga till grund för att välja artiklar som stödjer förförståelsen och på så sätt få ett missvisande resultat.

Flera artiklar har andra yrkestyper än sjuksköterskor inkluderade i sig. Detta kan bero på att deltagarna i studierna kräver hjälp och råd från flera olika yrkeskategorier för att samtliga behov och svårigheter ska kunna mötas och åtgärdas. Alternativt kan rådgivning ges av flera olika yrkeskategorier och ändå hålla likvärdig kvalitet. Det finns vissa skillnader i patienternas upplevelse av att ta emot rådgivning som varierar med vilken yrkeskategori som utför rådgivningen. Men det stöd och den motivationshjälp som är en stor del av rådgivningsbehandling av övervikt håller samma kvalitet oavsett om det är en sjuksköterska eller någon annan yrkeskategori inom vården som levererar den. Vidare är information om andra specialiteter och när man ska utnyttja dessa av stort värde för en sjuksköterska, som ofta arbetar som samordnare av olika vårdinsatser för patientens gagn.

Vissa artiklar behandlar patienter med viss komorbiditet. Endast i studierna av Pendleton et al. (2002) och Munsch et al. (2007) återfinns dock en komorbiditet som kan störa eller på annat sätt påverka patientens matvanor, vilket bedömts vara den överlägset största faktorn till huruvida det går att lyckas ta kontroll över övervikt och fetma. Det handlar då om hetsättningsstörningar, ett psykiskt tillstånd som bidrar till ökad övervikt. Det är tillräckligt vanligt förekommande för att observation av dessa patienter ska vara av värde för studien.

Sammanlagt användes tre kvalitativa och femton kvantitativa artiklar. Det gjordes ingen specifikation gentemot vilken typ av artikel som eftersöktes utan båda sorter bedömdes kunna bidra till att besvara studiens syfte. För att utvärdera behandlingar och visa på vilken effekt som uppnås är det främst kvantitativa artiklar som bidragit med information. Kvalitativa artiklar användes för att identifiera patienters egna behov och känslor i samband med behandling, samt identifierade de barriärer och framgångsfaktorer som patienter upplever att de utsätts för i mötet med både vården och samhället.

Resultatdiskussion

Denna studies syfte var att undersöka hur sjuksköterskan kan verka för att öka möjlighet till viktnedgång hos patienter med fetma eller övervikt. Detta påvisas i resultatet där det beskrivs hur sjuksköterskor arbetar för att hjälpa patienter med fetma och övervikt för att nå bästa resultat med den behandling de genomgår i omvårdnaden. Resultatet kan ge en inblick i hur det ser ut för dessa patienter i mötet med vården. Det insamlade forskningsmaterialet som användes kom att handla om rådgivning i olika former. De fynd som identifierats som huvudfynd är följande:

- Att patienten är motiverad till behandling är avgörande för lyckad viktnedgång. Det går att genom olika interventioner stötta patienten för bättre resultat. Viktigt är att dessa är utformade för att hålla motivationen uppe och att de genomförs kontinuerligt och ges generösa tidsramar.
- Relationen mellan vårdaren och patienten är avgörande för att patienten ska lyckas nå sina mål.
- Patienterna upplever att psykosociala faktorer förenade med negativ självbild, stigmatisering, fördomar och attityder är hinder till viktnedgång.

Den personliga upplevelsen att lida av fetma och övervikt möter i vården flera professioner och deras kliniska blick. Här anser författarna sig kunna se i det sammanställda resultatet vikten av att se patienten som en hel individ med kunskap och resurser istället för bara en person som misslyckats med sin kosthållning i relation till sin fysiska aktivitet. Patienter rapporterade fetma och övervikt som en stigmatiserande upplevelse och det i sig bidrog till svårigheter att söka vård. En historia av misslyckade försök till viktnedgång kunde enligt patienterna underminera framtida chanser att lyckas. Vidare kunde här observeras att variabler som utbildningsnivå, könstillhörighet, samhällsminoritet/majoritet och årsinkomst påverkade behandlingsprognosen. Dessa yttre variabler är viktiga då de ger möjlighet att se problemet ur ett större perspektiv men i det individuella mötet med patienten är detta faktorer som är svåra att påverka. Författarna upplevde det som intressant att ta del av evidensen avseende viktnedgång i ett tidigt skede i behandlingen och hur det påverkade utfallet senare i behandlingen. Och vid reflektion upplever författarna det rimligt att med tidig framgång i behandling följer en motivation. Kombinerat detta med ökad kunskap och insikt kan en grund skapas för fortsatt behandling.

Motivation är det begrepp som främst genomsyrar det sammanställda resultatet. Bristen på motivation leder tyvärr ofta till att de hälsofrämjande behandlingsresultat patienten och vården

eftersträvar uteblir. Likväl ökar förutsättningarna för en välmotiverad patient att nå sina mål. Inte sällan har patienten en uppfattning om hur behandlingen ska ske och kanske till och med en motvilja till föreslagen behandling. Vid reflektion är det nära till hands att föreställa sig en önskan om en snabb och effektiv behandling som inte kräver uppoffring av befintliga levnadsvanor men så är inte fallet med behandling av fetma och övervikt. Det visar sig i hur vårdpersonal rapporterar svårigheter med att kommunicera med patienter om deras överviktsproblematik. Hur de måste konfrontera patienters orealistiska mål med konflikt som resultat. Som blivande sjuksköterskor framstår det därför av vikt att besitta adekvata medel i syfte att hantera dessa möten på ett sätt som främjar patientdelaktighet och följsamhet till behandling. För att sjuksköterskan ska kunna optimera förutsättningarna för denna patientgrupp återfinns det i detta resultat flera användbara metoder i omvårdnaden, t.ex. att vara noga med att uppmärksamma patientens framsteg, hur små de än är. Att visa patienten att sjuksköterskan tar henne på allvar, ser patienten i ett större perspektiv än bara mötet för dagen. Att förstå att peka på fördelarna med behandling på ett sätt som ökar motivering och att genomföra detta på ett sätt som införlivar patientens individuella egenskaper och upplevelser. Detta kräver kunskap om både patienten och sjukdomen. Dessa patienter rapportera att relationen mellan den som vårdar och dem själva är avgörande för framgång i behandlingen. När då delar av resultatet visar att denna patientgrupp ges för lite tid och att det ofta råder kunskapsbrist hos dem som vårdar dem är det inte förvånande att dessa möten ibland leder till konflikt och avbruten behandling.

Bland de strategier och medel för att stötta patienter med motivation återfinns Motivational Interviewing (MI), detta redskap visade sig vara mer effektivt på kvinnor vilket i sig kan vara intressant att ta reda på mer om i framtiden. Att regelbundet motivera patienterna verkar vara en strategi som ger resultat. Resultatet visade att kontinuerliga interventioner som var menade att hålla motivationen uppe hos patienterna medförde framgångar i behandlingen. Dessa interventioner är av varierande art men har gemensamt att de ökar patienternas delaktighet och därmed möjlighet att ta makten över sin situation. Att som sjuksköterska här använda sig av strategier för att hålla motivationen uppe och att ha generösa tidsramar upplever författarna som ett rimligt sätt att öka möjligheterna för att nå patientens viktmål. När författarna reflekterar över detta är det naturligt att även beakta bortfall och avhopp som en del av problemet. Motsatsen till att lyckas hålla patienten motiverad och delaktig i behandling blir rimligtvis en avbruten behandling med avhopp och ej uppnådda behandlingsmål som följd. Det var även intressant att se att patienterna ofta föredrar gruppinterventioner. Detta sett i relation till det stigma som det innebär att vara kraftigt överviktig gör det frestande att tänka att det är lättare för individer med en negativ självbild att delta i en gruppaktivitet då de inte längre är ensamma med sitt problem, att de där kan delta i interventioner samtidigt som de slipper omvärldens negativa attityder. Detta förutsätter naturligtvis att det är en någorlunda homogen grupp. Men som sjuksköterska är det här rimligt att ha en medvetenhet om att en gruppintervention kan vara lättare att ta till sig, och då bör en sådan finnas tillgänglig.

Kliniska implikationer och slutsats

Sjuksköterskor bör ha ett inbjudande och avslappnat förhållningssätt till denna patientgrupp samt utöva noggrann datainsamling även kring psykosociala frågeställningar. Likaså arbeta aktivt med motivation till förändring. Detta arbete ska göras tillsammans med patienten för att öka dennes delaktighet och på så sätt bygga upp en förtroendefull relation mellan vårdare och patient. Återkommande interventioner bestående av utbildning och fysisk aktivitet bör ingå i behandlingen. Sjuksköterskan ska besitta aktuella kunskaper om denna patientgrupp och dess behandling samt ha förståelse för att svårigheten i att genomföra livsstilsförändringar kan medföra konflikt och konfrontation mellan sjuksköterska och patient. Vid reflektion över resultatet upplevdes mycket av det som framkommit att vara självklarheter, men det ska tilläggas att om dessa fakta är självklarheter då borde vården av denna patientgrupp ge tydligare behandlingsresultat. Fetma och övervikt borde

inte heller vara ett konstant ökande problem utan något mer hanterbart. På detta sätt fyller denna litteraturstudie en funktion i att uppmärksamma och aktualisera denna patientgrupp. Förhoppningsvis kan förståelsen ökas inför patienternas problematik genom att införliva ett patientperspektiv.

Referenslista

1177, Vårdguiden. (2014). *Fetma*. Hämtad 2015-04-25 från [http://www.1177.se/Jonkopings-
lan/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Fetma/](http://www.1177.se/Jonkopings-
lan/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Fetma/)

1177, Vårdguiden. (2015). *Så bedömer du din vikt*. Hämtad 2015-04-25 från [http://www.1177.se/Jonkopings-
lan/Tema/Halsa/Livsstil---att-andra-en-vana/Sa-bedomer-du-din-
vikt/](http://www.1177.se/Jonkopings-
lan/Tema/Halsa/Livsstil---att-andra-en-vana/Sa-bedomer-du-din-
vikt/)

Adams, T. D., Gress, R. E., Smith, S. C., Halverson, C. R., Simper, S. C., Wayne, R. D., Michael J. LaMonte., Stroup, A. M. & Hunt, S. C. (2007). Long-Term Mortality after Gastric Bypass Surgery. *The New England Journal of Medicine*. 357(8) s753-761. DOI: 10.1056/NEJMoa066603

Bélanger-Gravel, A., Godin, G., Bilodeau, A., & Poirier, P. (2013). The effect of implementation intentions on physical activity among obese older adults: A randomised control study. *Psychology & Health*, 28(2), 217-233. doi: 10.1080/08870446.2012.723711

Bidgood, J., & Buckroyd, J. (2005). An exploration of obese adults' experience of attempting to lose weight and to maintain a reduced weight. *Counselling & Psychotherapy Research*, 5(3), 221-229.

Brown, I., Stride, C., Psarou, A., Brewins, L., & Thompson, J. (2007). Management of obesity in primary care: nurses' practices, beliefs and attitudes. *Journal of Advanced Nursing*, 59(4), 329-341. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04297.x

Centers for Disease Control and Prevention. (2015). *Healthy Weight: Adult – About BMI*. Hämtad 2015-04-25 från http://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/adult_bmi/

Cohen, D. J., Clark, E. C., Lawson, P. J., Casucci, B. A., & Flocke, S. A. (2011). Identifying teachable moments for health behavior counseling in primary care. *Patient Education & Counseling*, 85(2), e8-e15.

Corbalán, M. D., Morales, E. M., Canteras, M., Espallardo, A., Hernández, T., & Garaulet, M. (2009). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy based on the Mediterranean diet for the treatment of obesity. *Nutrition*, 25(7-8), 861-869. doi: 10.1016/j.nut.2009.02.013

Driehuis, F., Barte, J. C., Ter Bogt, N. C., Beltman, F. W., Smit, A. J., van der Meer, K., & Bemelmans, W. J. (2012). Maintenance of lifestyle changes: 3-Year results of the Groningen Overweight and Lifestyle study. *Patient Education & Counseling*, 88(2), 249-255. doi: 10.1016/j.pec.2012.03.017

Eldh, A. C. (2009). Delaktighet och gemenskap. A-K. Edberg. (Red.) & H. Wijk. (Red.), *Omvårdnadens Grunder: Hälsa och ohälsa*. (s. 45-64). Lund: Studentlitteratur AB

Elfhag, K., & Rössner, S. (2010). Initial weight loss is the best predictor for success in obesity treatment and sociodemographic liabilities increase risk for drop-out. *Patient Education & Counseling*, 79(3), 361-366. doi: 10.1016/j.pec.2010.02.006

FASS. (2014). *Orlistat STADA*. Hämtad 2015-04-26 från <http://www.fass.se/LIF/product?userType=0&nplId=20090723000047>

Folkhälsomyndigheten. (2013). *Definitioner*. Hämtad 2015-04-26 från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/fysisk-aktivitet/definitioner/>

Folkhälsomyndigheten. (2015). *Folkhälsan i Sverige, årsrapport 2014*. Uppsala: Folkhälsomyndigheten.

Folkhälsomyndigheten. (2015). *Övervikt och fetma*. Hämtad 2015-04-25 från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/statistik-och-undersokningar/enkater-och-undersokningar/nationella-folkhalsoenkaten/levnadsvanor/overvikt-och-fetma/>

Gudzune, K. A., Clark, J. M., Appel, L. J., & Bennett, W. L. (2012). Primary care providers' communication with patients during weight counseling: A focus group study. *Patient Education & Counseling*, 89(1), 152-157. doi: 10.1016/j.pec.2012.06.033

Gunther, S., Guo, F., Sinfield, P., Rogers, S., & Baker, R. (2012). Barriers and enablers to managing obesity in general practice: a practical approach for use in implementation activities. *Quality in Primary Care*, 20(2), 93-103.

Internetmedicin. (2015). *Obesitas, kirurgi*. Hämtad 2015-04-26 från <http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=452>

Internetmedicin. (2015). *Obesitas, utredning och behandling i primärvården*. Hämtad 2015-04-26 från <http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=425>

Jallinoja, P., Absetz, P., Kuronen, R., Nissinen, A., Talja, M., Uutela, A., & Patja, K. (2007). The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25(4), 244-249.

Jeffery, R. W., Levy, R. L., Langer, S. L., Welsh, E. M., Flood, A. P., Jaeb, M. A., . . . Finch, E. A. (2009). A comparison of maintenance-tailored therapy (MTT) and standard behavior therapy (SBT) for the treatment of obesity. *Preventive Medicine*, 49(5), 384-389. doi: 10.1016/j.ypmed.2009.08.004

Karlsson, E-K. (2014). Informationssökning. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig Teori och Metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 95-113). Lund: Studentlitteratur AB

Katz, D. L. (2005). Competing dietary claims for weight loss: Finding the forest through truculent tress. *Annual review of public health*. 26. (s61-88). doi: 10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144415

Livsmedelsverket. (2015). *Dieter* hämtad 2015-04-28 från <http://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/dieter-och-viktnedgang1/dieter/>

Livsmedelsverket. (2015). *Energi, kalorier* hämtad 2015-04-28 från <http://www.livsmedelsverket.se/livsmedel-och-innehall/naringsamne/energi-kalorier/>

Loureiro, M. L., & Nayga, R. M., Jr. (2006). Obesity, weight loss, and physician's advice. *Social Science & Medicine*, 62(10), 2458-2468.

Low, K., Giasson, H., Connors, S., Freeman, D., & Weiss, R. (2013). Testing the Effectiveness of Motivational Interviewing as a Weight Reduction Strategy for Obese Cardiac Patients: A Pilot Study. *International Journal of Behavioral Medicine*, 20(1), 77-81. doi: 10.1007/s12529-011-9219-9

McKinsey Global Institute. (2014). *Overcoming Obesity: An initial economic analysis*. McKinsey and Company

Munsch, S., Biedert, E., Meyer, A., Michael, T., Schlup, B., Tuch, A., & Margraf, J. (2007). A randomized comparison of cognitive behavioral therapy and behavioral weight loss treatment for overweight individuals with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 40(2), 102-113.

National Institutes of Health. (1998). *Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults*. National Institutes of Health

Pasco, J. A, Nicholson, G. C, Brennan, S. L & Kotowicz, M. A. (2012). Prevalence of Obesity and the Relationship between the Body Mass Index and Body Fat: Cross-Sectional, Population-Based Data. *PLoS One*, 7(1), doi: [10.1371/journal.pone.0029580](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0029580)

Pendleton, V. R., Goodrick, G. K., Poston, W. S. C., Reeves, R. S., & Foreyt, J. P. (2002). Exercise augments the effects of cognitive-behavioral therapy in the treatment of binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 31(2), 172-184.

Ringberg, C. K. (2009). Livsstil och hälsa. F. Friberg (Red.) & J. Öhlén. (Red.), *Omvårdnadens Grunder: Perspektiv och förhållningssätt*. (s. 263-292). Lund: Studentlitteratur AB

Rosén, M. (2014). Systematisk Litteraturoversikt. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig Teori och Metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 429-444). Lund: Studentlitteratur AB

SBU. (2002). *Fetma - problem och åtgärder*. Hämtad 2015-04-25 från <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Fetma---problem-och-atgarder/>

Schelling, S., Munsch, S., Meyer, A. H., Newark, P., Biedert, E., & Margraf, J. (2009). Increasing the motivation for physical activity in obese patients. *International Journal of Eating Disorders*, 42(2), 130-138. doi: 10.1002/eat.20595

Sjöström, L., Narbro, K., Sjöström, D., Karason, K., Larsson, B., Wedel, H., Lystig, T., Sullivan, M., Bouchard, C., Carlsson, B., Bengtsson, C., Dahlgren, S., Gummesson, A., Jacobson, P., Karlsson, J., Lindroos, A-K., Lönroth, H., Näslund, I., Olbers, T., Stenlöf, K., Torgerson, J., Ågren, G. & Carlsson, L. (2007). Effects of Bariatric Surgery on Mortality in Swedish Obese Subjects. *The New England Journal of Medicine*. 357(8) s741-752. DOI: 10.1056/NEJMoa066254

Tingström, P. (2009). Information och utbildning. A-K. Edberg. (Red.) & H. Wijk. (Red.), *Omvårdnadens Grunder: Hälsa och ohälsa*. (s. 65-94). Lund: Studentlitteratur AB

Wallengren, C. & Henricson, M. (2014). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig Teori och Metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 481-496). Lund: Studentlitteratur AB

WHO. (2015). *Obesity*. Hämtad 2015-04-25 från <http://www.who.int/topics/obesity/en/>

WHO. (2015). *Obesity and overweight*. Hämtad 2015-04-28 från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

Wiklund, L. (2009). Lidande – en del av människans liv. F. Friberg (Red.) & J. Öhlén. (Red.), *Omvårdnadens Grunder: Perspektiv och förhållningssätt*. (s. 263-294). Lund: Studentlitteratur AB

Willman, A. (2009). Hälsa och välbefinnande. A-K. Edberg. (Red.) & H. Wijk. (Red.), *Omvårdnadens Grunder: Hälsa och ohälsa*. (s. 27-44). Lund: Studentlitteratur AB

Wilson, D. B., Johnson, R. E., Jones, R. M., Krist, A. H., Woolf, S. H., & Flores, S. K. (2010). Patient weight counseling choices and outcomes following a primary care and community collaborative intervention. *Patient Education & Counseling*, 79(3), 338-343. doi: 10.1016/j.pec.2010.01.025

Withrow, D. & Alter, D. A. (2009). The Economic burden of obesity worldwide: a systematic review of the direct costs of obesity. *Obesity Reviews*. 2011(12). (s131-141). doi: 10.1111/j.1467-789X.2009.00712.x

Bilagor

Bilaga 1 – Söktabell Cinahl

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade Artiklar	Valda artiklar
150429	Obesity management	Full text, Abstract available, English language, Research article, Peer reviewed, 2004-2014	94	15	4	Bélanger-Gravel et al. (2013), Brown et al. (2007) & Gunter et al. (2012). Gibbs et al., (2004).
150429	Obesity AND Nurses	Full text, Abstract available, English language, Research article, Peer reviewed, 2005-2014	155	8	0	0
150430	Obesity AND MI	Full text, Abstract available, English language, Research article, Peer reviewed, 2005-2014	23	4	1	0
150430	Obesity AND Counseling	Full text, Abstract available, English language, Research article, Peer reviewed, 2005-2014	164	10	10	Bidgood & Buckroyd (2005), Cohen et al. (2011), Driehuis et al. (2012), Graff Low (2012), Gudzone et al. (2012), Jallinoja et al. (2007),

						Loureiro & Nayga, (2006), Low et al. (2013) & Wilson et al. (2010).
150430	Obesity AND Weight loss AND Compliance	Full text, Abstract available, English language, Research article, Peer reviewed, 2005-2014	48	2	2	Elfhag & Rössner, (2010), Jeffrey (2009), Schelling et al. (2009).
150430	Obesity AND Empowerment	Full text, Abstract available, English language, Research article, Peer reviewed, 2005-2014	10	2	2	0
150505	Cognitive behavioral therapy AND Eating	Full text, Abstract available, English language, Research article, Peer reviewed, 1997-2014	47	4	2	Pendleton et al., (2002), Corbalán et al., (2009) & Munsch et al. (2007).

Bilaga 2 - Artikelgranskning

Analyserade artiklar med kvantitativ metod

Artikel, tidskrift, land	Deltagare	Syfte	Metod/design	Resultat	Kvalitet
Belanger-Gravel, Godin, Bilodeau & Poirier. (2012). <i>Psychology & Health</i> Canada	101 individer med sjuklig fetma, mellan 50-69 år. Fysiskt inaktiva.	Att testa effekten av implementeringsinterventioner vid fysisk aktivitet och viktning bland inaktiva vuxna med fetma.	Randomiserad kontrollstudie	Vid sexmånadersuppföljning visade gruppen som mottog den experimentella behandlingen ett bättre resultat av fysisk aktivitet.	Hög
Brown, Stride, Psarou, Brewins & Thompson. (2007). <i>Journal of Advanced Nursing</i> UK	564 sjuksköterskor och patienter inom primärvården.	Att undersöka arbetsmetoder i klinisk vård, förutfattade meningar och attityder hos primärvårdssjuksköterskor i kontakt med obesitasbehandling.	Enkätbaserad undersökning till en utvald population av deltagare. Frågeformuläret undersökte demografiska faktorer, kliniskt arbete, åsikter om orsaker till patienternas fetma, attityder gentemot patienterna och syn på fetmarelaterad metodutveckling, organisering, stöd och utbildning.	Få deltagare rapporterade formell träning i handhavande av obesitaspatienter. Bara sjuksköterskor rapporterade hög klinisk aktivitet gällande obesitasomvårdnad. Det påvisades utbredd förekomst av negativa tankar och åsikter gentemot fetma och patienter lidande av fetma.	Hög
Cohen, Clark, Lawson, Casucci & Flocke. (2010). <i>Patient</i>	811 patientinteraktioner utförda av 28 läkare.	Att undersöka hur informationsmottagliga tillfällen uppstår i en primärvårdsmiljö	Prospektiv tvärsnittsobservationsstudie. 811 konversationer mellan läkare	Informationsmottagliga tillfällen identifierades i 9.8% av fallen och delade tre komponenter.	Hög

<p><i>Education and Counseling</i></p> <p>USA</p>		<p>genom att analysera konversationer mellan läkare och patienter.</p>	<p>och patient analyserades av kvalificerad personal. Där man fann 541 diskussioner gällande hälsobeteende. Ytterligare analyser gjorde att dessa informationsmottagliga tillfällen kunde identifieras samt hur läkarna tog vara på dessa tillfällen.</p>	<p>Förekomsten av omsorgskänsla gentemot patienten, en koppling mellan patient och läkarens omsorgskänsla som resulterar i att läkaren försöker motivera patienten till förändring och hur mottaglig patienten är gentemot läkarens ansatser till förändring.</p>	
<p>Corbalán, Morales, Canteras, Espallardo, Hernández & Garaulet. (2009).</p> <p><i>Nutrition</i></p> <p>Spain</p>	<p>1406 obesa individer, 20-65 år, lokaliserade i sydöstra spanien</p>	<p>Att lyfta och beskriva barriärer och framgångsfaktorer vid implementering av nationella riktlinjer för behandling av övervikt och fetma.</p>	<p>Prospektiv icke kontrollerad studie. Deltagare fick KBT samt utbildning inom nutrition och fysisk aktivitet. Mätvärden jämfördes för att mäta insatser.</p>	<p>KBT-programmet visade sig vara effektivt med en genomsnittlig viktminskning på 7.7 kg. Identifierade hinder för viktminskning var motivationsbrist, stressätande samt att äta när man blev uttråkad.</p>	<p>Hög</p>
<p>Driehuis, Barte, Bogt, Beltman, Smit, van der Meer & Bemelmans. (2012).</p> <p><i>Patient Education and Counseling</i></p> <p>The Netherlands</p>	<p>457 deltagare. 40-70 år. Hypertoni och/eller dislipidemi.</p>	<p>Att utvärdera den långsiktiga effekten av sjuksköterskeledad rådgivning om hälsofrämjande levnadsvanor jämför med läkarkonsultation och befintligt praxis vid övervikt och fetma.</p>	<p>Randomiserad kontrollstudie.</p>	<p>Efter tre år hade fritidsaktiviteter ökat och hälsofrämjande beteende kunde påvisas. Hälsosammare levnadsvanor kunde ses i bägge grupperna och ingen signifikant skillnad kunde påvisas.</p>	<p>Hög</p>

<p>Elfhag & Rössner. (2009).</p> <p><i>Patient Education and Counseling</i></p> <p>Sweden</p>	<p>247 obesitaspatienter från slutenvården.</p>	<p>Att identifiera faktorer hos patienten relaterade till lyckad viktminskning vid behandling av fetma.</p>	<p>Prospektiv studie med kontrollgrupp. Viktminskningsfaktorer och psykologiska faktorer prövades i relation till tre olika faser vid viktnedgång.</p>	<p>Den starkaste indikatorn avseende behandlingsprognos vad tidig viktning i behandlingen.</p>	<p>Hög</p>
<p>Gibbs, Broom, Brown, Laws, Reckless, Noble, Kumar, McCombie, Lean, Lyons, Frost, Quinn & Barth. (2004).</p> <p><i>Journal of Human Nutrition and Dietetics</i></p> <p>UK</p>	<p>141 läkare och 66 sjuksköterskor. Samt 100 journalförda interventioner.</p>	<p>Att undersöka aktuell vård av obesitaspatienter i primärvården i Storbritannien.</p>	<p>Prospektiv samt retrospektiv studie. Strukturerade intervjuer med vårdpersonalen för att undersöka aktuella åtgärder och insatser gentemot obesitaspatienter. 100 interventioner analyserades dessutom retrospektivt.</p>	<p>83% av läkarna och 97% av sjuksköterskorna rapporterade att de fann det relevant att lyfta frågan om vikt i mötet med obesitaspatienter. Ett fåtal läkare rapporterade samtal upp till 10 min gällande viktproblematik.</p>	<p>Hög</p>
<p>Graff Low, Giasson, Connors, Freeman & Weiss. (2012).</p> <p><i>International Journal of Behavioral Medicine</i></p> <p>USA</p>	<p>56 obesitaspatienter rekryterade från kardiologmottagning.</p>	<p>Att undersöka effekten av motivational interviewing (MI) jämfört med kostrådgivning vid viktning.</p>	<p>Kliniskt kontrollerad studie. Man använde sig av standardiserade frågeformulär, hälsoundersökningar samt mätningar av "changereadiness" med validerat mätinstrument.</p>	<p>De kvinnliga deltagarna i studien visade på god effekt av MI medan männen fick bättre effekt av kostrådgivning.</p>	<p>Hög</p>
<p>Jallinoja, Absetz, Kuronen, Nissinen,</p>	<p>220 läkare och sjuksköterskor från</p>	<p>Att undersöka läkare och sjuksköterskors syn på patienter</p>	<p>Enkätbaserad icke-kontrollerad studie med</p>	<p>Resultaten visade på en samsstämmighet i att en avgörande</p>	<p>Hög</p>

Talja, Uttela & Patja. (2007). <i>Scandinavian Journal of Primary Health Care</i> Finland	primärvården.	samt de olika professionsrollerna man finner vid livsstilsrelaterade sjukdomar.	fokus på vuxna med fetma, dyslipidemi, högt blodtryck, typ 2 diabetes och rökning.	barriär gentemot behandling är patientens ovilja att ändra sina vanor. De såg som en naturlig del av sin uppgift att ge information till patientgruppen.	
Jeffrey, Levy, Langer, Welsh, Flood, Jaeb, Laqua, Hotop & Finch (2009). <i>Preventive Medicine</i> USA	213 deltagare, 100 män och 113 kvinnor. Alla över 18 år gamla med BMI mellan 30 och 39.	Att utvärdera Maintenance-tailored therapy (MTT) jämfört med Standard behavior therapy (SBT) att behandla fetma.	Randomiserad kontrollstudie. Deltagare delades in i två grupper, en för MTT och en för SBT. Behandling skedde i mindre grupper med 10-12 individer i vardera. Utvärdering månad 6, 12 och 18.	Ingen signifikant skillnad i viktnedgång mellan de två huvudgrupperna men skillnad i frekvensen då MTT deltagarna stabiliserade sin vikt sista 6-månadersperioden medan SBT gruppen gick upp i vikt under samma period.	Hög
Loureiro & Nayga Jr. (2005). <i>Social Science & Medicine.</i> USA	Information från totalt 64388 individer varav 25079 var överviktiga och 16543 led av fetma.	Att undersöka relationen mellan individens uppfattning och implementering av läkarens råd vid viktminskning, samt benägenhet att äta mindre kalorier fet mat och utöva fysisk aktivitet.	Retrospektiv studie.	Studien visade på att läkarens råd vid viktminskning hade positiv effekt både på minskat kaloriintag och ökad fysisk aktivitet.	Hög
Munsch, Biedert, Meyer, Michael, Schlup, Tuch & Margraft. (2007).	80 deltagare. Mellan 18 och 70 år, BMI mellan 27 och 40 samt diagnostiser	Att avgöra effektiviteten vid kognitiv beteendeterapi jämfört med modifiera beteendeterapi som intervention	Randomiserad kontrollstudie.	Kognitiv beteendeterapi visade sig vara något effektivare på lång sikt.	Medel

<p><i>International Journal of Eating Disorders</i></p> <p>Switzerland</p>	<p>ad med hetsätningss törningar.</p>	<p>för patienter med övervikt och hetsätningss törning.</p>			
<p>Pendleton, Goodrick, Poston, Reeves & Foreyt. (2002).</p> <p><i>International Journal of Eating Disorders</i></p> <p>USA</p>	<p>114 kvinnliga deltagare med fetma och hetsätningss törningar.</p>	<p>Att utvärdera effekten av att lägga till motion och strategier för underhåll när KBT används som behandling för hetsätningss törningar och fetma.</p>	<p>Randomiserad kontrollstudie med fyra olika grupper.</p>	<p>De deltagare som testade KBT samt motion minskade sin hetsätningss frekvens avsevärt jämför med de som fick enbart KBT.</p>	<p>Medel</p>
<p>Schelling, Munsch, Meyer, Newark, Biedert & Margraft. (2008).</p> <p><i>International Journal of Eating Disorders.</i></p> <p>Switzerland</p>	<p>38 deltagare, BMI mellan 27 och 40, ålder 18-70.</p>	<p>Att utvärdera hur en standardiserade motivations- intervention påverkar bortfall och fysisk aktivitet. Sekundärt syfte var att utvärdera effekten av interventionen gentemot vilja att förändra livsstilsvanor.</p>	<p>Randomiserad kontrollstudie.</p>	<p>Vid sexmånadersuppföljning visade gruppen som mottog den experimentella behandlingen ett bättre resultat av fysisk aktivitet.</p>	<p>Medel</p>
<p>Wilson, Johnson, Jones, Krist, Woolf & Flores. (2010).</p> <p><i>Patient Education and Counseling</i></p> <p>USA</p>	<p>146 deltagare varav 102 kvinnor och 44 män. Ålder 23-90 år.</p>	<p>Att pröva ett interventionssystem avsett att användas av vårdpersonal för att effektivt rikta och organisera resurser gentemot individer med risk för ohälsa.</p>	<p>Prospektiv icke-kontrollerad studie. Patienter valde själv mellan gruppintervention, datorbaserad rådgivning eller vård enligt standardförfarande hos</p>	<p>Majoriteten av deltagarna valde gruppintervention då i form av viktväktarna. De visade på signifikant viktnedgång och även ökat intag av frukt och grönsaker.</p>	<p>Hög</p>

			vårdpersonal.		
--	--	--	---------------	--	--

Analyserade artiklar med kvalitativ metod

<p>Bidgood & Buckroyd. (2005).</p> <p><i>Counselling and Psychotherapy Research</i></p> <p>UK</p>	<p>18 deltagare med BMI mellan 30 och 50.</p>	<p>Att undersöka de upplevelser och känslor vuxna individer med fetma har när de försöker gå ner i vikt.</p>	<p>Personliga intervjuer samt fokusgrupper.</p>	<p>Överätande kan leda till matberoende. Fördomar och stigmatisering begränsar livet för obesa individer och hindrar behandling. Dieter med eller utan motion har begränsad framgång som behandling vid fetma. Dessa individer hörs generellt inte på samhällsnivå. Livsstilsförändringarna som behövs kan sällan genomföras utan kontinuerlig hjälp.</p>	<p>Hög</p>
<p>Gudzune, Clark, Appel & Bennet. (2012).</p> <p><i>Patient Education and Counseling</i></p> <p>USA</p>	<p>26 yrkesutövare från primärvården.</p>	<p>Att undersöka hur vårdpersonal kommunicerar med patienter om fetma och övervikt.</p>	<p>Fem fokusgrupper med 3-8 medlemmar i varje. Semistrukturerade öppna frågor som handlade om hur vårdpersonal mötte och hanterade patienter med övervikt och fetma.</p>	<p>Tre huvudteman identifierades. Motivation, partnerskap och hantering av hinder.</p>	<p>Hög</p>
<p>Gunther, Guo, Sinfield, Rogers & Baker. (2012).</p> <p><i>Quality in Primary Care</i></p>	<p>7 läkare, 7 sjuksköterskor och 9 överviktiga patienter.</p>	<p>Att lyfta och beskriva barriärer och framgångsfaktorer vid implementering av nationella riktlinjer för behandling av övervikt och fetma.</p>	<p>Semistrukturerade intervjuer. Analyserade genom tematiskt ramverk.</p>	<p>Identifierade barriärer: Stigma, kostnad vid privata alternativ, tidigare erfarenhet av att misslyckas, vårdpersonal som inte ville ta ansvar. Framgångsfaktorer som identifierades var en förtroendefull relation mellan patient och vårdpersonal, personal med</p>	<p>Hög</p>

UK				kunskap och tillgängliga interventioner.	
----	--	--	--	---	--