



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Hur sjuksköterskan i omvårdnadsarbetet kan stödja vuxna med övervikt och fetma

Litteraturstudie

Författare: Tove Carlsson
Marie Stuhr Sander

Handledare: Karina Terp

Kandidatuppsats

Våren 2015

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Hur sjuksköterskan i omvårdnadsarbetet kan stödja vuxna med övervikt och fetma

Litteraturstudie

Författare: Tove Carlsson
Marie Stuhr Sander

Handledare: Karina Terp

Kandidatuppsats

Våren 2015

Abstrakt

De senaste 30 åren har antalet människor i världen som lider av övervikt nästan fördubblats och idag är mer än 1.4 miljarder vuxna överviktiga. Sjuksköterskor möter allt fler av dessa patienter i sitt dagliga arbete och det är därför viktigt att stödja dessa patienter. Syftet med litteraturstudien var att beskriva hur sjuksköterskan i omvårdnadsarbetet kan stödja vuxna med övervikt och fetma. Uppsatsen är en litteraturstudie baserad på vetenskapliga studier. Resultatet visade att sjuksköterskor saknar tillräcklig kunskap och utbildning för att stödja dessa patienter på ett adekvat sätt. Patienter hade också otillräcklig kunskap för att nå och bibehålla de livsstilsförändringar som krävdes för viktnedgång och det framgick även att det är sjuksköterskans uppgift att bistå med denna kunskap. Patientmotivation, kontinuerlig uppföljning och en god relation mellan sjuksköterska och patient är nödvändigt för lyckad viktminskning.

Nyckelord

(Övervikt, fetma, sjuksköterska, stöd)

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Introduktion	2
Problemområde	2
Bakgrund	3
Teoretisk referensram	3
Lagar och förordningar	4
Övervikt och fetma	4
Fysisk och psykisk ohälsa relaterat till övervikt och fetma	5
Behandling	5
Sjuksköterskans roll	6
Livskvalitet och hälsa	7
Syfte	8
Metod	8
Urval	9
Datainsamling	9
Dataanalys	12
Forskningsetiska avvägningar	12
Resultat	13
Att skapa en god relation	13
Utrusta sjuksköterskan med rätt kompetens	14
Förse patienten med adekvat kunskap	15
Motivation	16
Erbjuda kontinuerlig uppföljning	17
Diskussion	18
Diskussion av vald metod	18
Diskussion av framtaget resultat	19
Slutsats och kliniska implikationer	23
Författarnas arbetsfördelning	24
Referenser	25
Bilaga 1 (1)	28

Introduktion

Problemområde

Sedan 1980 har antalet människor i världen som lider av övervikt nästan fördubblats och idag är mer än 1.4 miljarder vuxna överviktiga (WHO, 2014). Av dessa lider 200 miljoner män och nästan 300 miljoner kvinnor av fetma. Över 65 % av världens befolkning lever idag i länder där övervikt och fetma dödar fler människor än vad undernäring gör (ibid.). Den höga prevalensen beror till största del på omgivnings-, beteende- och biologiska faktorer som leder till lagring av överskottsenergi i form av fett (Edlund & Zethelius, 2009). Allt fler människor har en stillasittande livsstil med lite regelbunden fysisk aktivitet och en ohälsosam kosthållning (Skolnik & Ryan, 2014).

Fetma utgör en risk för komplikationer samt följsjukdomar såsom diabetes mellitus, hjärt-kärlsjukdom, vissa typer av cancer, påverkan på lungfunktion och andning samt hormonella störningar (Djalalinia, Qorbani, Peykari & Kelishadi, 2015). Psykosociala problem, depression och ätstörningar är också vanligt förekommande vid övervikt och fetma. Sammantaget leder detta till ökande kostnader för samhället, samt ökat lidande för den enskilde individen (Edlund & Zethelius, 2009).

Det är idag svårt att förebygga övervikt och fetma trots att det finns vårdprogram för prevention och behandling (SBU, 2002). Nya strategier för att nå ut med existerande kunskaper om fetmans orsaker och risker, samt för att förändra kostvanor och motivera till ökad fysisk aktivitet behöver utvecklas och utvärderas (ibid.).

Sjuksköterskor åläggs ofta uppgifter om vilka de kanske inte alltid har tillräcklig kunskap. Övervikt och fetma är ett samhällsproblem som är svårlöst eftersom allt fler drabbas. Sjuksköterskor träffar dessa patienter på många arbetsplatser och det är därför viktigt för sjuksköterskor att vara insatta i ämnet samt vara medvetna om hur dessa patienter stöttas på bästa vis vilket författarna vill belysa med denna litteraturstudie.

Bakgrund

Teoretisk referensram

Dorothea Orem är en amerikansk omvårdnadsforskare som har utvecklat en omvårdnadsmodell med egenvård som centralt begrepp. Den innefattar individen och dennes förmåga till och behov av egenvård samt vårdarens förmåga att bistå med omvårdnad (Kozier, Berman & Snyder, 2012). Egenvård är en praktisk åtgärd som en person utför för att ta hand om sig själv. När en patient saknar kunskaper om sin sjukdom och dess behandling uppstår brister i förmågan att bedriva egenvård (ibid.). Sådana brister kan också bero på fysiska eller känslomässiga svårigheter som är relaterade till sjukdomen. Orem delar in egenvårdsåtgärderna i tre system. Det helt kompenserande systemet innebär att vårdaren har kontroll över alla beslut och patienten har ingen aktiv del. Det delvis kompenserande systemet innebär att besluten delas av individen och vårdaren, individen är delvis aktiv. Det stödjande och undervisande systemet innebär att vårdaren bidrar med stöd och vägledning och besluten ligger helt hos individen. Orem menar också att vården kan assistera patienter på fem olika sätt; genom att agera eller utföra, genom att stödja, genom att undervisa, genom att vägleda och genom att tillhandahålla en utvecklande miljö för patienten. Orem betraktar individen och individens egenvårdsförmåga, vilket är viktigt för sjuksköterskans att ta hänsyn till i omvårdnadsarbete (ibid.).

KASAM är ett salutogenetiskt synsätt med ett holistiskt perspektiv. Teorins utgångspunkt är att hälsa uppstår när personen upplever en känsla av sammanhang, vilket är av avgörande betydelse för hur en person klarar stressfyllda situationer (Antonovsky, 1991). De bärande begreppen är begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Med begriplighet avses i vilken utsträckning människan upplever inre och yttre stimuli som förnuftsmässigt begripliga och inte slumpmässiga eller oväntade. Hanterbarhet innebär att personen upplever att det finns resurser som står till förfogande för att möta kraven från omvärlden, exempelvis ett socialt nätverk. Med meningsfullhet avses i vilken utsträckning man känner att livet har en känslomässig innebörd och hur man upplever att det är värt att investera och engagera sig i de problem och krav som livet ställer. Med dessa tre begrepp kan individen lättare hantera svåra livssituationer och motgångar samt känna sig tillfreds med sin livssituation (ibid.).

Lagar och förordningar

Målet för hälso- och sjukvården är att uppnå en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde i vården (Hälso- och sjukvårdslagen [HSL], SFS 1997:142).

Övervikt och fetma

Övervikt och fetma definieras som onormal eller överdriven ansamling av fett som kan försämra hälsan och kan mätas på olika sätt. Body Mass Index (BMI) är ett mätinstrument för att klassificera övervikt och fetma. BMI räknas ut genom att dividera personens vikt i kilogram med personens längd i meter upphöjt till 2 (kg/m^2). Ett BMI-värde över 25 definieras som övervikt och ett BMI-värde över 30 definieras som fetma. Man bör ha i åtanke att BMI är en grov vägledning eftersom att det inte tar hänsyn till kroppsfett i procent, dess fördelning eller muskelmassa (WHO, 2014). Fetmarelaterade problem kan finnas även vid normalt eller lätt förhöjt BMI (Ericson & Ericson, 2012). Övervikt och fetma kan också mätas som ett ökat midjemått. Övervikt definieras som ett midjemått på över 94 cm för män och 80 cm för kvinnor. Fetma definieras som ett midjemått på över 102 cm för män och 88 cm för kvinnor (Socialstyrelsen, u.å). En relativt ny mätmetod för övervikt är sagittal abdominal diameter då man mäter bukhöjden. Genom att ligga på rygg mäter man avståndet mellan naveln och underlag. Det finns växande bevis för att intraabdominellt fett, istället för det totala fettet, är en bättre mätmetod för ohälsa. Det har visat sig att denna mätmetod är speciellt effektiv för att identifiera kardiovaskulära riskfaktorer, metaboliska syndrom och överviktiga på väg mot fetma (Brtnka, Srdic & Stokic, 2010).

Ärftliga faktorer styr kroppsväxten och har stor betydelse för utveckling av fetma hos barn och ungdomar men senare i livet har omgivningsfaktorer desto större betydelse (Ericson & Ericson, 2012). Generna som styr utvecklingen av övervikt är kopplade till hur kroppen hanterar energiöverskott för att spara energi. Även miljömässiga faktorer har inverkan på utvecklingen av övervikt och fetma. Ett ökat kaloriintag och minskad förbrukning av energi är faktorer som leder till en ohälsosam livsstil (Skolnik & Ryan, 2014).

Fysisk och psykisk ohälsa relaterat till övervikt och fetma

Övervikt och fetma ökar risken att drabbas av hjärt- och kärlsjukdomar, hjärtsvikt, stroke, diabetes mellitus, hypertension och förtida död (Djalalinia, Qorbani, Peykari & Kelishadi, 2015). Övervikt och fetma påverkar lungor och andning negativt. Fetma i sig orsakar en restriktiv lungfunktionsnedsättning, att lungvolymen blir mindre. Samtidigt behöver en stor kroppsvolym mer syre och avger mer koldioxid jämfört med en liten kroppsvolym. Personer som är överviktiga blir då lättare andfådda än normalviktiga eftersom det då ställs större krav på ventilationen. Övervikt och fetma kan även leda till störningar i hormonbalansen vilket kan ge komplikationer som utebliven ägglossning, störningar i menstruationscykeln, infertilitet, hirsutism (ökad behåring) och akne (Edlund & Zethelius, 2009).

Det finns många kopplingar mellan affektiva sjukdomar och fetma (Edlund & Zethelius, 2009). Trots att viktnedgång är ett av de vanligaste symtomen vid depression kan ökad aptit och därmed viktökning också förekomma. Depression kan leda till inaktivitet vilket också ökar risken för övervikt och fetma (ibid.). Mat kan användas i emotionsreglerande syfte och trigga hetsätning samt kan förstärkningsreglerande läkemedel också medverka till ökad aptit. Stigmatisering och negativ kroppsuppfattning samt begränsning till att utföra aktiviteter på grund av kroppsstorlek är bidragande orsaker till utvecklingen av psykisk ohälsa. Sammantaget så bidrar alla dessa faktorer till att övervikt och fetma har en negativ påverkan på livskvaliteten (ibid.).

Behandling

Beslutet att inleda viktminskning bör baseras på bedömningen av individens behov och övergripande hälsorisk samt mål och motivation att minska i vikt. Kostomläggning med hälsosam mat och reducerat kaloriintag är rekommenderad behandling vid övervikt och fetma. Detta i samband med fysisk aktivitet har visat sig reducera de sjukdomar som medföljer vid övervikt och fetma. Kaloriintaget bör minskas måttligt för att uppnå en långsam men stadig viktnedgång (Edlund & Zethelius, 2009).

Det finns tre möjliga sätt för läkemedel att påverka balansen mellan energiintag och energiförbrukning (ibid.). Aptithämning, hämning av metabolismen för fett vad gäller digestion och absorption i mag-tarmkanalen och termogenes. Aptithämmande läkemedel

utövar sin effekt genom bindning till hypotalamiska receptorer (ibid.). Dock är flera parallellt fungerande signalsubstans-receptor-system verksamma i hypotalamus och CNS i övrigt varvid stimulering eller blockad av ett enskilt system ofta innebär att de övriga oberoende av detta kan fortsätta att förmedla kompenserande signaler. Därför blir effekterna i farmakologiska doser ofta låga till måttliga av ett enskilt preparat. De läkemedel som hämmar metabolismen av fett hämmar pankreaslipasets digestion av triglycerider med orlistat och andra lipashämmare. De läkemedel som kan höja termogenesen bör inte användas för farmakologisk fetmabehandling eftersom de påverkar andra funktioner i kroppen negativt. Exempelvis höjs basalmetsabolismen vid tillförsel av tyroideahormoner men detta i sig leder till proteinnedbrytning i muskulaturen (ibid.). Utbudet av läkemedel för medicinsk behandling av fetma är begränsat och de enda kvarvarande läkemedel som används i Sverige är lipashämmare med den aktiva substansen orlistat (Ericson & Ericson, 2012). Läkemedlen är indicerade för behandling vid ett BMI-värde på minst 30 eller 28 med samtidiga riskfaktorer (FASS, 2013).

Gastric bypass är den vanligaste formen av fetmakirurgi. Vid ingreppet kopplas en större del av magsäcken och tolvfingertarmen bort så att all mat från matstrupen passerar ner i en liten magsäcksficka och därefter direkt ner i tunntarmen. Patienten kan då inte längre äta stora portioner och minskar därmed i vikt. Äter patienten dessutom för söt eller fet mat reagerar kroppen med hjärtklappning och kallsvettning. Kriterier för att genomgå en gastric bypass är att patienten ska ha ett BMI-värde över 40, eller 35 med fetmarelaterade sjukdomar, har gjort upprepade seriösa viktminskningsförsök samt är över 18 år och införstådd med att det blir livslång uppföljning (Edlund & Zethelius, 2009). Den största viktminskningen efter fetmakirurgi sker det första året efter operationen, sedan förväntas patienten fortsätta att gå ner i vikt men i långsammare takt (Leff & Heath, 2009).

Sjuksköterskans roll

Omvårdnadens huvudsakliga målsättning är att uppnå hälsa ur den enskildes perspektiv och sjuksköterskan har en central uppgift i det hälsofrämjande arbetet (SSF, 2008). Enligt ICN:s etiska kod har sjuksköterskan fyra grundläggande ansvarsområden; att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa och att lindra lidande. I socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska ingår att sjuksköterskan ska kommunicera med patienten och i en dialog ge stöd och vägledning för att möjliggöra optimal

delaktighet i vård och behandling. Patienten bör få information och undervisning med hänsyn tagen till tidpunkt, form och innehåll i syfte att främja hälsa och motverka ohälsa.

Sjuksköterskan ska uppmärksamma patienter som inte själva uttrycker informationsbehov eller som har speciellt uttalade informationsbehov. Sjuksköterskan ska ha förmåga att i dialog motivera patienten till följsamhet i behandlingar och följa upp patientens tillstånd.

Sjuksköterskan ska även ha kunskap att identifiera och aktivt förebygga hälsorisker och vid behov motivera till förändrade livsstilsfaktorer samt identifiera och bedöma patientens resurser och förmåga till egenvård (Socialstyrelsen, 2005). Sjuksköterskan ser i sitt dagliga arbete ett stort antal patienter, både patienter som aktivt söker råd och hjälp för sin vikt och patienter som inte belyser sitt viktproblem men som trots detta behöver behandlas för sin övervikt. Sjuksköterskans omvårdnadsuppgift är att informera och stödja patienter, förbättra livskvalitén samt reducera samsjuklighet (Phillips, Wood & Kinnersley, 2013).

Livskvalitet och hälsa

WHO definierar livskvalitet som; *"Quality of life is an individual's perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. It is a broad ranging concept affected in a complex way by the person's physical health, psychological state, level of independence, social relationships, personal beliefs and their relationships to salient features of the environment"* (WHO, s.1, 1997).

Hälsa definieras av WHO som; *"A state of complete physical, mental and social well-being not merely the absence of disease"* (WHO, s.1, 1997). Det innebär att för att mäta hälsa och effekterna av vården så kan inte endast förändringar av sjukdomen mätas, utan också förbättring av välbefinnande och livskvalitet relaterat till hälso- och sjukvården (WHO, 1997).

Individer som lider av övervikt och fetma behöver inte nödvändigtvis uppleva sig ha en försämrad hälsa och livskvalitet. Dock löper dessa personer en ökad risk att drabbas av kroniska sjukdomar, social stigmatisering och diskriminering samt en ökad risk att uppleva försämrad psykosocial och fysisk funktion. Lägre hälsorelaterad livskvalitet har rapporterats hos personer med övervikt och fetma som söker behandling än hos de som inte söker behandling. I flera länder har studier gjorts för att undersöka sambandet mellan BMI-värde

och livskvalitet. Ett högre BMI-värde associeras med lägre livskvalitet, särskilt för de fysiska aspekterna (Koohkan et al., 2014).

Övervikt är i regel kopplad till negativ och dysfunktionell kroppsuppfattning. Vår uppfattning om oss själva och vår känsla av ”jag” utvecklas tidigt i livet. Kroppen är den mest basala tidiga aspekten av jaget och har stor betydelse för vår självbild och självkänsla. I dagens samhälle råder ett smalhetsideal och många överviktiga personer upplever sig då ofta vara stigmatiserade, betittade, kritiserade, nedvärderade och oattraktiva (Edlund & Zethelius, 2009).

Övervikt och fetma betraktas i dag som ett av de största globala folkhälsoproblemen i modern tid och antalet människor som drabbas av övervikt och fetma fortsätter att öka. Övervikt och fetma utgör en risk för komplikationer, följsjukdomar och psykosociala problem vilket sammantaget leder till ökade kostnader och lidande för samhället samt den enskilde individen (Edlund & Zethelius, 2009). Dagens vård är inte tillräcklig med hänsyn till att övervikt och fetma fortsätter att öka och sjuksköterskan har en betydande roll i det hälsofrämjande arbetet och omvårdnaden av dessa människor.

Syfte

Syftet med litteraturstudien var att beskriva hur sjuksköterskan i omvårdnadsarbetet kan stödja vuxna med övervikt och fetma.

Metod

Denna uppsats är en litteraturstudie baserad på vetenskapliga studier (Kristensson, 2014). Syftet är att granska vetenskapliga studier, publicerade i peer-reviewed tidsskrifter, utförda med kvalitativ eller kvantitativ metod som beskriver hur sjuksköterskan i omvårdnadsarbetet kan stödja vuxna med övervikt och fetma.

Urval

Urvalet i denna uppsats består av studier som hämtats från databaserna PubMed samt CINAHL. PubMed är en databas producerad av National Library of Medicine och innehåller referenser till tidskrifter inom medicin, omvårdnad, odontologi, veterinärmedicin samt hälso- och sjukvårdsadministration. Litteraturen i CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) utgörs främst av vetenskapliga artiklar som berör omvårdnad, tandvård, nutrition och sjukgymnastik (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011). Tesaurustermer har använts, det vill säga MESH- och Headingstermer relaterade till övervikt och fetma vilka har kombinerats på olika sätt i sökningen. Som inklusionskriterium har endast artiklar publicerade mellan år 2000 och 2015 inkluderats i litteraturstudien. Studier riktade mot barn och ungdomar har exkluderats. De sökord författarna använt sig av i PubMed samt CINAHL är: Nursing care, overweight, nurse's role, obesity, nurse-patient relations, social support, nursing, nurse practitioners, nurse attitudes, care support, adults, management of overweight and obesity, helping clients, weight counseling samt communication. Ordet child användes också i sökningen men endast som en avgränsning.

Datansamling

Titel och abstract lästes var för sig för att göra ett första urval av studier. De studier som var relevanta för syftet lästes sedan i sin helhet av båda författarna, och av dessa inkluderades slutligen nio studier i litteraturstudien. Författarna strävade efter att de studier som inkluderades i litteraturstudien skulle ha en tydlig struktur med abstrakt, introduktion, metod, resultat samt diskussion (Kristensson, 2014). Alla studier som har inkluderats i uppsatsen har kritiskt granskats enligt bilaga F för systematiska översikter, bilaga G för studier med kvantitativ metod och bilaga H för studier med kvalitativ metod av William et al. (2011). Studiernas kvalitet bedömdes enligt graderingen hög, medel eller låg beroende på hur många av protokollets punkter som uppfylldes. I bilaga H, som användes för granskning av de kvalitativa studierna, exkluderades två punkter eftersom att de ansågs vara svårbedömda. Punkterna var *Råder datamättnad?* samt *Råder analysmättnad?* (ibid). För att en studie skulle bedömas med hög kvalitet var studien tvungen att ha en procentsats över 85 % och för att en studie skulle bedömas med medel kvalitet var studien tvungen att ha en procentsats över 65 %. De studier som har inkluderats i uppsatsens resultat är markerade med asterisk i referenslistan.

Söktermer och urval redovisas nedan i tabeller:

Tabell 1. Sökschema PubMed

Databas	Sökord	Antal träffar	Läst abstract	Lästa i fulltext	Granskade enligt protokoll	Valda
Pubmed						
#1	Nursing care [MeSh]	119 170				
#2	Overweight [MeSh]	147 823				
#3	Child [MeSh]	1 566 820				
#4	#1 AND #2 NOT #3	226	25	12	6	1
#5	Nurse's role [MeSh]	33 805				
#6	#5 AND #2 NOT #3	237	39	14	8	1
#7	Obesity [MeSh]	145 698				
#8	#7 AND #1 NOT #3	225	25	7	3	0
#9	Nurse-patient relations [MeSh]	31 211				
#10	#9 AND #7	95	17	4	1	1
#11	Social support [MeSh]	52 908				
#12	Nursing [MeSh]	225 267				
#13	#11 AND #12 AND #7	20	5	2	1	0

#14	Nurse practitioners [MeSh]	15 543					
#15	#14 AND #7	140	9	3	1	1	
#16	Weight counseling	5402					
#17	Communication [MeSh]	376 444					
#18	#16 AND #17	182	45	1	1	1	

Tabell 2. Sökschema Cinahl

Databas Cinahl	Sökord	Antal träffar	Läst abstract	Lästa i fulltext	Granskade enligt protokoll	Valda
#1	Obesity [Headings]	60 836				
#2	Nurse-patient relations	21 831				
#3	Nurse attitudes	25 889				
#4	#1 AND #2 AND #3	21	5	2	1	1
#5	Care support	74 239				
#6	#1 AND #5 (avgränsing all adults)	222	41	8	5	2
#7	Adults	82 026				
#8	Management of overweight and obesity	814				
#9	#1 AND #7 AND #8 (avgränsning från 2003 &	133	36	7	3	1

	all adults)					
#10	Helping clients	571				
#11	#1 AND #10 (avgränsning all adults)	4	2	1	1	1

Dataanalys

De studier som valdes ut har kritiskt granskats enligt protokoll för kvalitetsbedömning av William, Stoltz & Bahtsevani (2011). De 10 artiklar som lämpande sig bäst för litteraturstudiens syfte har lästs av båda författarna var för sig och slutligen sammanförts i en litteraturmatris (Kristensson, 2014). Alla studier har enligt Friberg (2012) efter granskning summerats av varje författare i ett par sidor text som stöd i analysarbetet, vilket också har setts som en slags validering, så att allt väsentligt i studierna har uppfattats och dokumenterats (ibid.). Resultatet av artiklarna har sedan enligt Kristensson (2014) sammanställts och integrerats i resultatet (ibid.).

Forskningsetiska avvägningar

I litteraturstudien har författarna strävat efter att alla studier som inkluderats ska ha en etisk och god kvalitet. Helsingforsdeklarationen innefattar etiska principer för medicinsk forskning som involverar människor och tar hänsyn till de fyra centrala forskningsetiska principerna; autonomiprincipen, nyttoprincipen, inte skada-principen och rättvisepincipen. Enligt deklarationen ska forskare följa de etiska normer som främjar och garanterar respekt för alla människor och skyddar deras hälsa samt rättigheter. Utformningen och genomförandet av varje studie måste tydligt beskrivas och förklaras, samt måste deltagande i ett forskningsprojekt vara frivilligt, och deltagarna måste vara informerade (World Medical Association, 2015). Det var ett krav att de studier som inkluderades i litteraturstudien skulle vara granskade och godkända av en etisk kommitté.

Resultat

De studier som inkluderats i litteraturstudien visar alla att sjuksköterskan har en betydande roll i att stödja vuxna patienter med övervikt och fetma. Vid analys av de inkluderade studierna framkom följande teman med hänseende till sjuksköterskans stöd: *Att skapa en god relation, utrusta sjuksköterskan med rätt kompetens, förse patienten med adekvat kunskap, motivation samt erbjuda kontinuerlig uppföljning.*

Att skapa en god relation

Betydelsen av att skapa en god relation mellan sjuksköterska och patient betonas i studierna av Phillips, Wood och Kinnersley 2013; Visram, Crosland och Cording 2009; Hansson, Rasmussen och Ahlmstrom 2011. Phillips, Wood och Kinnersley (2013) har i sin studie använt sig av kvalitativ metod och intervjuat arton sjuksköterskor. Majoriteten av sjuksköterskorna i studien betonade behovet av att skapa en nära relation till patienten, både för att ge möjlighet att tala om olika aspekter av övervikt och fetma samt att möjliggöra för patienten att vara ärlig och öppen. Att använda ordet fetma kändes endast acceptabelt för sjuksköterskan att använda om det fanns en god relation till patienten (ibid.).

Flertalet av de femton sjuksköterskor som intervjuades i Brown & Thompsons (2007) kvalitativa studie upplevde att deras egen vikt var ett problem i interaktionen med patienter. Ett lågt BMI-värde hos sjuksköterskan kunde inverka på relationen då det tycktes förstärka känsligheten kring övervikt, vilket skapade oro över att verka sakna empati eller autentisk erfarenhet. Vissa sjuksköterskor framställde då sig själva som svaga på ett annat livsstilsområde som en taktik för att kompensera detta. En annan strategi var att poängtera värdet av de upplevelser sjuksköterskan haft med släktingar eller andra patienter. De sjuksköterskor med högt BMI-värde kunde känna skuld över att inte vara goda förebilder och inte själva följa de råd de gav till patienter. Likväl upplevde några av dessa sjuksköterskor att de lättare kunde sympatisera med patienterna och använda sin egen erfarenhet i rådgivningen. I en kvalitativ studie av Brown et al. (2006) där 28 personer intervjuades framgick att en del patienter upplevde en kluvenhet från vårdpersonalens sida och tvetydighet i kommunikationen om vikten som ett hälsoproblem. Den typ av stöd som ansågs inverka bäst på relationen innebar att sjuksköterskan var icke-dömande och försiktig men likväl klar och tydlig i sin

kommunikation. En god relation med vårdgivaren menade patienten kunde lindra stigmatisering och de tankar som fanns om eget ansvar och förväntningar från vårdens sida (ibid.).

I studien av Visram et al. (2009) framgick det att något som var positivt för relationen involverade sjuksköterskor som var stödjande, icke-dömande och gav information på ett sådant sätt som var lätt för patienten att förstå i en avslappnad och informell miljö (ibid.). En annan positiv aspekt för relationen med patienten var då sjuksköterskan kommunicerade med en attityd som skiljde mellan viktproblemet och patienten med viktproblemet. Sjuksköterskan bör även lyfta frågor kring vikt och livsstil med försiktighet och samtidigt vara noggrann med att inte skuldbelägga patienten (Brown et al, 2006). Ju mer empatisk attityd sjuksköterskan hade och erkände de utmaningar samt den frustration som finns i att försöka gå ner i vikt, desto större var sannolikheten att patienten kände sig stöttad och förstådd i relationen (Brown et al, 2006; Hansson et al, 2011).

Utrusta sjuksköterskan med rätt kompetens

Sjuksköterskor behöver utrustas med rätt kompetens och utbildning för att ha möjlighet att stödja vuxna med övervikt och fetma, vilket framgick i följande studier: Phillips et al., 2013; Visram et al., 2009; Brown, Stride, Psarou, Brewins & Thompson 2007; Hansson et al., 2011. Sjuksköterskorna var överens om att det låg inom deras yrkesroll att stötta patienter med övervikt och fetma men att det saknades kunskap och utbildning för att utföra detta på ett adekvat sätt (Visram et al., 2009; Nolan et al., 2012). Det framgick i den kvalitativa studien med 22 deltagande sjuksköterskor av Nolan et. al (2012) att sjuksköterskor har potential att påverka många patienter som lider av övervikt och fetma. De sjuksköterskor som kände sig effektiva och hade god kännedom om sina arbetsuppgifter hade generellt sett fått någon sorts utbildning och tid att implementera denna kunskap (ibid.).

De tjugo sjuksköterskor som intervjuades i den kvalitativa studien av Hansson et al. (2011) betraktade utbildning i olika rådgivningsmetoder och grundläggande kunskaper om kost och fysisk aktivitet som avgörande för deras möten med överviktiga patienter. Sjuksköterskorna ansåg att de behövde pedagogiska färdigheter för att stödja patienter i att fatta beslut om livsstilsförändringar. Dock ansågs existerande metoder vara ineffektiva eller ej evidensbaserade. Denna brist på kompetens ansågs bero mer på organisatoriska faktorer än på

personlig kompetens (ibid.). Tidsbrist var ett hinder för sjuksköterskan att implementera sin kunskap på ett lämpligt sätt (Phillips et al., 2013; Nolan et al., 2012; Hansson et al., 2011).

Förse patienten med adekvat kunskap

Sjuksköterskorna var alla eniga om att hälsosam kost och fysisk aktivitet var livsstilsförändringar som behövde uppnås av patienten för en hållbar viktminskning (Phillips et al., 2013; Brown et al., 2007; Hansson et al. 2011). Vikten av stöd från sjuksköterskor för att möjliggöra beteendeförändringar och skapa en hälsosam livsstil samt en hållbar viktnedgång betonades i flera studier (Phillips et al., 2013; Nolan et al., 2012; Lang & Sivarajan Froelicher, 2006). För att åstadkomma dessa beteendeförändringar krävs inte bara förändringar i patientens vardag utan också stöd från sjuksköterskan vilket framgick i en kvantitativ studie av Lang & Sivarajan Froelicher (2006). För att åstadkomma ihållande viktnedgång krävs att patienten förstår orsaker till övervikt och dess behandling, som biologiska och beteendemässiga faktorer (ibid.). Sjuksköterskorna ansåg att patienter inte alltid var medvetna om sin övervikt eller ohälsosamma livsstil. Därför betonades vikten av saklig information om sambandet mellan övervikt och ohälsa (Hansson et al., 2011). Det var i praktiken svårt att åstadkomma förändringar patienten själv kunde genomföra då många patienter saknade tillräcklig kunskap eller förståelse för principerna av hälsosam kost och fysisk aktivitet för att applicera det till sin egen livsstil. Det var också tidskrävande att lära ut dessa principer till varje patient (Phillips et al., 2013). För att uppmuntra patienten till fysisk aktivitet var ett alternativ att skriva ut motion på recept då patienten kunde få möjlighet att exempelvis träna under arbetstid (Hansson et al, 2011). Principerna av hälsosam kost handlade om portionsstorlek, att byta ut fett- och sockerrik kost mot hälsosammare alternativ, att äta grönsaker och frukt samt att äta regelbundet. Sjuksköterskorna förespråkade aktiviteter som passade patienten och att integrera samt vidhålla dem i patientens vardag (Phillips et al., 2013).

Sjuksköterskans fokus bör även vara att identifiera sambandet mellan olika miljöfaktorer och övervikt (Lang & Sivarajan Froelicher, 2006). För att förändra kost- och motionsbeteenden är det viktigt att ändra miljöfaktorer och förstärkare som styr dessa beteenden. För att identifiera dessa miljöfaktorer kan sjuksköterskan kartlägga patientens kostmönster, ungefärliga kaloriintag, graden av fysisk aktivitet och problematiska ätbeteenden. Daglig registrering av kostintag ger information om mängden mat som konsumeras, kaloriintag och i vilka

situationer patienten tenderar att överäta. Denna information ger sjuksköterskan och patienten den kunskap som krävs för att ha möjlighet att förändra dessa beteenden (ibid.). I den kvalitativa studien av Gudzone, Clark, Appel & Bennett (2012) med 26 deltagare beskrev författarna att genom en bättre förståelse av patientens dagliga rutiner kunde sjuksköterskor lättare se vilka förändringar som var realistiska och vilka råd som passade just den patienten bäst (ibid.). Att förändra sådana beteenden kräver tid och förändringar och bör således ske gradvis. Målen som bestäms måste vara realistiska och nåbara för att vara hållbara (Phillips et al., 2013; Lang & Sivarajan Froelicher 2006; Tod & Lacey 2004; Hansson et al., 2011).

Motivation

Den främsta orsaken till misslyckad viktnedgång var faktorer som till stor del ansågs ligga utanför sjuksköterskans kontroll, däribland låg patientmotivation (Nolan et al., 2012). Det är av vikt att bedöma hur motiverad patienten är innan viktnedgång påbörjas då patienten måste vara beredd att anstränga sig för att ha möjlighet att lyckas (Lang & Sivarajan Froelicher, 2006). Sjuksköterskorna i studien av Hansson et al. (2011) ansåg att det till stor del var patientens eget ansvar att finna motivation.

Sjuksköterskor upplevde varierande framgång i att motivera patienter till livsstilsförändringar (Phillips et al. 2013; Brown & Thompson 2007; Nolan et al. 2012). I den kvalitativa studien av Visram et al. (2009) med tjugo deltagande sjuksköterskor ansågs personlig rådgivning vara en nyckelfaktor för att motivera patienter till förändring eftersom motivationen till att gå ner i vikt varierade. Många patienter önskade gå ner i vikt för att förbättra hälsan, andra av kosmetiska skäl (ibid.) Vid de tillfällen då sjuksköterskan upplevde att patienter inte motiverades av samtal om framtida risker fokuserade sjuksköterskan då på självförtroende och självkänsla. En del sjuksköterskor undvek helt att sätta viktmål och fokuserade istället på att öka det generella välmåendet eller att hålla uppe motivationen som främsta mål (Phillips et al., 2013). Genom att inte fokusera på ordet viktninskning ansåg sjuksköterskor att detta fick patienterna att känna sig mer bekväma samt att det minskade deras oro (Gudzone et al., 2012). Att tappa vikt i stadig takt blev en drivkraft för många patienter att uppnå och behålla livsstilsförändringar. Som en följd av förändringarna ökade självkänslan och självkänslan vilket motiverade till ytterligare förändringar (Visram et al., 2009). För att motivera patienter var det viktigt att bekräfta och berömma patienters framgång vid viktninskning då patienter ofta var angelägna och glada över att få visa upp sina prestationer.

Sjuksköterskorna ansåg att genom att bekräfta minsta grad av viktnedgång gav detta en positiv förstärkning (Gudzune et al., 2012). Gruppaktiviteter var också användbara, vilka gav utbyte av erfarenheter, stöd och sällskap men också pressen som kunde uppstå vilket fick patienter att bli motiverade och ta ansvar (Hansson et al., 2011). Många sjuksköterskor hade fått utbildning i motiverande samtal men ofta i andra sammanhang som vid rökstopp och saknade då utbildning för att använda det i relation till övervikt (Nolan et al., 2012).

Erbjuda kontinuerlig uppföljning

I studierna av: Nolan et al., 2012; Lang och Sivarajan Froelicher 2006; Hansson et al. 2011 betonas vikten av kontinuerlig uppföljning. Utan kontinuerlig uppföljning och stöd från sjuksköterskan finns en stor risk att patienter tappar motivationen och återfaller i ohälsosamma vanor (Lang & Sivarajan Froelicher, 2006). I studien av Phillips et al. (2013) beskrevs hur överviktiga patienter med kroniska sjukdomar tenderade att få mer regelbunden uppföljning än överviktiga men i övrigt friska patienter. I studien fick de friska patienterna komma tillbaka för uppföljning när de själva ville, vilket visade sig vara ineffektivt. Den enda mottagningen som var framgångsrik hade tydliga mål, specifika mätinstrument för kontroller samt tydliga planer vad gällde uppföljning och när detta skulle ske (ibid.).

Gruppstöd nämndes som en effektiv intervention i det långa loppet (Brown et al. 2006; Nolan et al. 2012; Lang & Sivarajan Froelicher 2006; Hansson et al., 2011). Gruppinterventioner var kostnadseffektivt och positivt var det stöd som deltagarna gav varandra och att de delade samma utmaning (Lang & Sivarajan Froelicher, 2006).

Det framstod som värdefullt för patienter att upprätthålla kontakt med en sjuksköterska för att bibehålla de nya livsstilsförändringar som uppnåtts (Lang & Sivarajan Froelicher, 2006; Visram et al., 2009). Sjuksköterskorna ansåg även de att övervikt och fetma bör följas upp under en längre tid. Kontinuiteten i vården betonades också eftersom att livsstilsförändringar tar tid och ska bestå livet ut (Lang & Sivarajan Froelicher 2006; Hansson et al., 2011). Vikten av att möta samma personal underströks, dels för att patienten inte ska behöva upprepa sin berättelse gång på gång men också eftersom att respekt är något som utvecklas över tid (Hansson et al., 2011). Det är viktigt att mål är realistiska och tillräckligt enkla för att patienten ska kunna följa dessa under flera år. Strategier för beteendeförändring och dokumentation hjälper sjuksköterskan att bedöma patientens framsteg och ge särskilda förslag

på ytterligare problemlösning (Lang & Sivarajan Froelicher, 2006). I studierna av Nolan et al. (2012) samt Hansson et al. (2011) poängteras effektiviteten i individuell rådgivning (ibid.). Det är viktigt att stödja patienten i att hitta egna lösningar och sjuksköterskans uppgift var att vägleda patienterna mot detta samt att sträva mot högre ambitionsnivåer. Patienter som blev informerade och involverade i beslutsfattandet visade sig vara mer följsamma till behandling (Hansson et al., 2011). Att behandla övervikt och fetma effektivt innebär många gånger att samarbeta med andra professioner såsom exempelvis dietister, psykologer, läkare och psykiatriker (Lang & Sivarajan Froelicher, 2006; Hansson et al., 2011).

Diskussion

Diskussion av vald metod

Litteraturstudiens syfte var att undersöka hur sjuksköterskan i omvårdnadsarbetet kan stödja vuxna med övervikt och fetma. Valet av metod grundades i nyfikenhet över vilken befintlig forskning som existerar kring ämnet samt var brister upplevs ligga och hur dessa kan förbättras. Sökning gjordes i databaserna PubMed samt Cinahl. Många olika kombinationer av sökorden utfördes för att uppnå en bredare sökning.

I litteraturstudien graderades nio av studierna med hög kvalitet och en studie graderades med medel kvalitet (Nolan et al, 2012). Denna studie bedömdes enligt granskningsprotokollen ha medel kvalitet eftersom att det inte fanns information för att korrekt bedöma alla punkter. Studien inkluderades trots detta i litteraturstudien eftersom att studiernas resultat bestod av värdefull information som var väl överensstämmande med övriga studiers konklusioner. Författarna till litteraturstudien har medvetet valt att exkludera studier riktade mot barn och ungdomar eftersom att litteraturstudiens syfte endast riktar sig mot vuxna. För att åstadkomma detta användes i sökningarna avgränsningar samt MeSh- och headingstermer. Ett kriterium var att studierna som inkluderades skulle vara publicerade från år 2000 till 2015 eftersom att materialet skulle vara aktuellt men också för att se eventuella förändringar som skett över tid i omvårdnaden av dessa patienter.

Många studier relaterade till ämnet övervikt och fetma hittades i sökningarna och många abstrakt lästes igenom. Trots detta föll många studier bort då de inte helt svarade mot

litteraturstudiens syfte. Sju av studierna utfördes i Storbritannien, en i USA, en i Österrike och en i Sverige. Författarna var medvetna om att det kunde finnas skillnader i omvårdnaden av patienter med övervikt och fetma i de olika länderna. Enligt de senaste mätningarna hamnar Storbritannien på andra plats i Europa när det kommer till störst antal invånare med fetma (WHO, 2015). Det kan då antas att det finns ett större intresse att forska kring övervikt och fetma i Storbritannien och att det således finns fler tillgängliga studier. Att sju av studierna som inkluderades i litteraturstudien utfördes i Storbritannien kan ses som en svaghet eftersom att forskning från Storbritannien då skulle kunna skilja sig från övriga länders forskning. Författarna kan samtidigt se att Storbritannien är ett europeiskt land som utvecklingsmässigt kan jämföras med Sverige. Dess sjukvård kan lättare jämföras med Sverige än om författarna valt att inkludera studier från utomeuropeiska länder. Författarna anser alltså att resultatet från de valda artiklarna från Storbritannien också kan appliceras i svensk sjukvård, och då resultaten från samtliga studier föll ut överensstämmande styrker detta författarnas beslut att inkludera studierna i litteraturstudien.

Författare bör enligt Forsberg och Wengström (2008) försöka lägga sina tidigare erfarenheter, kunskaper och förutfattade meningar om ämnet åt sidan. Detta för att komma fram till en förutsättningslös beskrivning av ämnet. I verkligheten kan forskaren inte helt frigöra sig från sina förutfattade meningar och det är därför viktigt att i alla faser i undersökningen diskutera vilken inverkan författarnas förförståelse haft (ibid.). Författarna till litteraturstudien har haft en viss förförståelse för ämnet eftersom det är ett vanligt förekommande och aktuellt ämne. Trots denna förförståelse har författarna eftersträvat att endast inkludera studiernas resultat och inte egna uppfattningar i litteraturstudiens resultat.

Diskussion av framtaget resultat

Syftet med föreliggande litteraturstudie var att undersöka hur sjuksköterskan i omvårdnadsarbetet kan stödja vuxna med övervikt och fetma vilket speglas i följande teman: *Vikten av att skapa en god relation, sjuksköterskans kompetens, patientens kunskap och förmåga, motivation samt kontinuerlig uppföljning.*

I resultatet framgick det tydligt att relationen mellan sjuksköterska och patient var av stor betydelse för sjuksköterskans stödjande roll (Visram et al., 2009; Hansson et al., 2011). Phillips et al. (2013) menar att det finns ett behov av att skapa en nära relation till patienten

för att kunna tala om övervikt och fetma på ett ärligt och öppet sätt (ibid.). Förtroende och ärlighet är av stor vikt för att sjuksköterskan ska kunna stödja patienter i deras viktnedgång, vilket gör att en god relation mellan sjuksköterska och patient är en förutsättning för en god utgång. För att etablera en god relation med patienten bör sjuksköterskan vara icke-dömande, inte skuldbelägga patienten samt ha en attityd som skiljer på viktproblemet och patienten med viktproblemet (Visram et al., 2009; Brown et al., 2006). Författarna anser att sjuksköterskan har ett ansvar att försöka anamma dessa egenskaper och skapa en god relation med patienten eftersom det är grunden i ett gott stöd. I socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska framgår det att sjuksköterskan ska ha förmågan att kommunicera med patienter på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt (Socialstyrelsen, 2005).

I studien av Phillips et al. (2013) framgick det att det endast kändes acceptabelt för sjuksköterskan att använda ordet fetma om det fanns en god relation till patienten (ibid.). Detta anser författarna är värt att lyfta eftersom att fetma är ett ord som ofta tillämpas i vården. Författarna till litteraturstudien har genom en enkel google-sökning uppmärksammat att ordet fetma används av ett flertal hälsoaktörer, exempelvis Region Skåne, trots att det av patienter upplevs som negativt. Studieresultatet visar att ordvalet kan ha en stor betydelse kring mötet och vidare relation till patienten. Författarna finner det anmärkningsvärt att ordet idag används så utbrett trots att ett mer försiktigt användande av ordet skulle ha en positiv inverkan på vården och relationen med patienten. Det kan vara betydelsefullt för sjuksköterskan att tänka på att inte använda ordet hur som helst och att det inte alltid finns en sådan relation till patienten att ordet faktiskt kan lyftas.

Det framgick tydligt i föreliggande litteraturstudie att sjuksköterskan behöver viss kompetens för att kunna stödja överviktiga patienter. Sjuksköterskor var överens om att det låg inom deras yrkesroll att stödja dessa patienter men att den kompetens som finns är bristfällig samt att existerande metoder ansågs ineffektiva (Hansson et al., 2011). Det framkom i studien av Nolan et al (2012) att de sjuksköterskor som kände sig effektiva i hanteringen av övervikt och fetma hade fått utbildning och tid att tillämpa detta (ibid.). Bristen på kompetens ansågs bero mer på organisatoriska faktorer än personlig kompetens (Hansson et al., 2011). ICNs etiska kod för sjuksköterskor menar att ledare ska främja personalens kompetens med målet att de ska kunna göra ett gott arbete (Svensk sjuksköterskeförening, 2007). Det vilar alltså ett ansvar på organisatorisk nivå att se till att rätt kompetens finns. Författarna till föreliggande litteraturstudie finner det märkligt att trots att bristen på kompetens och utbildning är så

utmärkande, verkar problemet inte ha uppmärksammats tillräckligt och åtgärder förefaller inte ha vidtagits i tillräcklig utsträckning. Enligt socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska ska sjuksköterskan ha förmåga att analysera styrkor och svagheter i den egna professionella kompetensen och fortlöpande engagera sig i personlig och professionell kompetensutveckling (Socialstyrelsen, 2005). Författarna till föreliggande litteraturstudie anser att det ligger under sjuksköterskans ansvar samt intresse att uppmärksamma de brister i kunskap och kompetens som finns, samt ombesörja att dessa brister åtgärdas.

Sjuksköterskor ansåg att patienter inte alltid var medvetna om sin övervikt eller ohälsosamma livsstil (Hansson et al., 2011). För en ihållande viktnedgång krävs det att patienten förstår orsaker till övervikt och dess behandling (Lang & Sivarajan Froelicher, 2006). Författarna till föreliggande litteraturstudie noterade att patientens kunskap om detta ofta var otillräcklig. Det är därför viktigt att sjuksköterskan ger saklig information om sambandet mellan övervikt och ohälsa, vilket framgick i studien av Hansson et al. (2011). Sjuksköterskan bör stödja överviktiga patienter med information om principerna av hälsosam kost och fysisk aktivitet samt bidra till att förändra de miljöfaktorer som förstärker ohälsosamma kost- och motionsbeteenden (Phillips et al., 2013; Lang & Sivarajan Froelicher, 2006). I socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska ingår det att sjuksköterskan ska ge stöd och vägledning för att möjliggöra optimal delaktighet i vård och behandling. Patienten bör få information och undervisning i syfte att främja hälsa och motverka ohälsa (Socialstyrelsen, 2005).

Låg motivation hos patienter var en betydande anledning till utebliven framgång vid viktnedgång (Nolan et al., 2012). Bristande motivation och viljan att åstadkomma förändringar ansågs vara avgörande för framgångsrik viktnedgång vilket styrktes i studien av Greener, Douglas och van Teijlingen (2010). Sjuksköterskorna i studien av Hansson et al. (2011) ansåg att det till stor del var patientens eget ansvar att finna motivation (ibid.). Eftersom anledningen till att gå ner i vikt varierade sågs personlig rådgivning som väsentligt för att motivera patienter till livsstilsförändring (Visram et al., 2009). Beroende på patienten fokuserade sjuksköterskor på olika problem, exempelvis på framtida risker, självkänsla, generellt välmående samt fördelar med potentiell viktnedgång (Phillips et al., 2013). Gruppaktiviteter var också användbara och gav utbyte av erfarenheter, stöd, sällskap och kunde ge motivation till att ta ansvar (Hansson et al., 2011). Författarnas tolkning var att

många av studierna i litteraturstudiens resultat var motsägelsefulla då de tog upp metoder som sjuksköterskan kunde använda sig av för att motivera patienter, men samtidigt menade att låg motivation låg utanför sjuksköterskans kontroll och att det var patientens ansvar att vara motiverad. Författarna anser det ligga inom sjuksköterskans yrkesroll att bidra med kunskap och information för att förse patienten med de förutsättningar som krävs för att uppnå önskade livsstilsförändringar. Det ligger trots detta ett ansvar hos patienten att uppnå dessa förändringar. Detta stöds i Orems omvårdnadsteori då vårdaren bör bidra med stöd och vägledning men att besluten ligger helt hos individen. Sjuksköterskan kan enligt Orem assistera patienter på fem olika sätt; genom att agera eller utföra, genom att stödja, genom att undervisa, genom att vägleda och genom att tillhandahålla en utvecklande miljö för patienten. Orem betraktar individen och individens egenvårdsförmåga (Kozier et al., 2012.). Detta förhållningssätt är viktigt för sjuksköterskan att ta hänsyn till i omvårdnadsarbetet vilket faller i likhet med författarnas tolkning av litteraturstudiens resultat. Detta stöds även i socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska som menar att sjuksköterskan vid behov ska motivera patienter till förändrade livsstilsfaktorer samt identifiera och bedöma patientens resurser och förmåga till egenvård (Socialstyrelsen, 2005).

Vikten av kontinuerlig uppföljning betonas i flera studier i föreliggande studies resultat (Nolan et al., 2012; Hansson et al., 2011). Sjuksköterskor ansåg att övervikt och fetma bör följas upp under en längre tid. Kontinuiteten i vården betonades eftersom att livsstilsförändringar tar tid och ska bestå livet ut (Lang & Sivarajan Froelicher 2006; Hansson et al., 2011). Detta styrks av tidigare forskning i studien av Serdula, Khan och Dietz (2003) som menar att behandlingen av övervikt ska ses som en långsiktig, om inte livslång, process. Uppföljning kan ske genom besök, via telefon, e-mail eller genom gruppmöten (ibid.). Framgångsrik uppföljning hade tydliga mål, specifika mätinstrument för kontroller samt tydliga planer för när uppföljning skulle ske (Philips et al., 2013). Enligt HSL (SFS 1982:763) 2a§ ska hälso- och sjukvård bedrivas på ett sådant sätt att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär exempelvis att den ska tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården (ibid.). Utan kontinuerlig uppföljning finns en stor risk att patienter tappar motivationen och återfaller i ohälsosamma vanor (Lang & Sivarajan Froelicher, 2006). Författarna till litteraturstudien menar att kontinuitet och uppföljning är något som kan bli lidande till följd av den tidsbrist som finns inom vården. Detta bör därför ges hög prioritet för att ha möjlighet att ge bästa vård till överviktiga patienter. Ett alternativ som skulle kunna lösa

problemet med tidsbrist är gruppinterventioner. Enligt Edlund och Zethelius (2009) är dessa inte bara kostnadseffektiva utan också tidseffektiva för sjukvården.

Även vid strategier för uppföljning betonades effektiviteten i individuell rådgivning. Det är viktigt att stödja och vägleda patienten till att hitta egna lösningar. Patienter som var involverade i beslutsfattandet visade sig mer följsamma till behandling (Hansson et al., 2011). Det är också viktigt att mål är realistiska och tillräckligt enkla för att patienten ska kunna följa detta under flera år (Lang & Sivarajan Froelicher, 2006).

KASAM utgår från att hälsa uppstår då en person upplever en känsla av sammanhang (Antonovsky, 1991). Författarna menar att det är lätt att applicera KASAM till litteraturstudiens resultat då det finns en stigmatisering kring övervikt, vilket bidrar till att överviktiga personer kan känna sig utanför i samhället. Patienterna behöver sjuksköterskans stöd, och rätt stöd ger patienterna möjlighet att känna begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet vilket bidrar till känsla av samhörighet och gemenskap. När sjuksköterskan har adekvat kompetens och kunskap kan detta föras över till patienten vilket förser patienten med de resurser som krävs för att lyckas och uppnå begriplighet och hanterbarhet. Om patienten är motiverad till viktnedgång kan patienten också uppnå meningsfullhet. Precis som Antonovsky (1991) menar så kan begreppen inte ses som självständiga utan står i relation till varandra (ibid.). Detta kan tillämpas till litteraturstudiens fem huvudteman som är beroende av varandra för en lyckad vikthantering.

Slutsats och kliniska implikationer

Studiens syfte var att beskriva hur sjuksköterskan kan stödja vuxna med övervikt och fetma. Det framkom i litteraturstudien att för att patienten ska kunna vara öppen och känna sig bekväm i situationen krävs en god relation mellan sjuksköterska och patient. Sjuksköterskan behöver rätt kompetens och utbildning men de flesta sjuksköterskor anser sig sakna detta. Även patienterna anses sakna den kunskap som krävs för att skapa hållbara livsstilsförändringar. För att uppnå detta behöver patienter stöd från sjuksköterskan vilket betonas i litteraturstudien. Motivation anses vara en nyckelfaktor till framgång och sjuksköterskan behöver använda sig av olika strategier för att motivera patienten. Eftersom anledningen till att patienterna vill gå ner i vikt varierar från person till person är det av vikt att sjuksköterskan individanpassar stödet. Utan kontinuerlig uppföljning finns en stor risk att

patienten återfaller i ohälsosamma vanor. Kontinuerligt stöd från sjuksköterskan betonades också eftersom livsstilsförändringar tar tid och ska bestå livet ut.

Studiens resultat visar att det låg inom sjuksköterskans hälsofrämjande yrkesroll att stödja patienter med övervikt och fetma och att sjuksköterskans stöd ofta var avgörande för utfallet. Enligt socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska ska sjuksköterskor ha förmåga att fortlöpande engagera sig i personlig och professionell kompetensutveckling. Sjuksköterskor ska också ha förmåga att söka samt implementera ny kunskap och därmed verka för omvårdnad i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet (Socialstyrelsen, 2005). Därför borde sjuksköterskor vara intresserade av att ta del av litteraturstudiens resultat för att få en ökad förståelse för vilka faktorer som har störst inverkan vid stöd av vuxna med övervikt och fetma. Litteraturstudien kan även vara till hjälp för annan vårdpersonal. Det stöd som idag finns för patienter med övervikt och fetma anses bristfälligt. Det är därför viktigt att uppmärksamma och prioritera problemet i framtiden eftersom att övervikt och fetma är ett ständigt växande folkhälsoproblem. I litteraturstudien framkom att en orsak till utebliven viktnedgång var patienters låga motivationsgrad vilket författarna till litteraturstudien anser anmärkningsvärt. Trots de många argument som idag finns för att gå ner i vikt och trots den medvetenhet som finns kring vilka negativa hälsoeffekter, både fysiska och psykiska, övervikt och fetma medför upplever många patienter det svårt att finna motivation till att gå ner i vikt. Författarna anser att det i framtiden krävs mer forskning kring patienters motivation till viktnedgång för att ha möjlighet att förhindra problemets snabba framväxt.

Författarnas arbetsfördelning

Författarna av litteraturstudien sökte var för sig de studier som inkluderats i uppsatsen. Studierna som valdes ut lästes samt granskades av båda författarna. För att sedan ta fram litteraturstudiens teman gjordes detta var för sig och slutligen valdes de teman som båda författarna ansåg vara mest framträdande. Båda författarna har tillsammans skrivit studiens alla delar för att öppna upp för diskussion under arbetets gång.

Referenser

Antonovsky, A. (1991). Hälsans mysterium. Stockholm: Natur och Kultur.

Brtko, L., Srdic, B. & Stokic, E. (2010). The synthesis of the rough set model for the better applicability of sagittal abdominal diameter in identifying high risk patients. *Computers in Biology and Medicine* 40 786-790.

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

*Brown, I., Thompson, J. (2007). Primary care nurses' attitudes, beliefs and own body size in relation to obesity management. *Journal of Advanced Nursing*, 60(5): 535-43.

*Brown, I., Thompson, J., Tod, A. & Jones, G. (2006). Primary care support for tackling obesity: a qualitative study of the perceptions of obese patients. *The British Journal of General Practice* 56(530): 666-672.

Djalalinia, S., Qorbani M., Peykari N & Kelishadi R. (2015). Health impacts of obesity. *Pakistan journal of medical sciences* 31(1): 239-242.

Edlund, K. & Zethelius, B. (red.) (2009). *Fetma. Del 1, medicinsk behandling och kognitiv beteendeterapi*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Ericson, E. & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar*. Studentlitteratur AB.

FASS (2013). Xenical. Hämtad 2014-11-13 från <http://www.fass.se/LIF/product?userType=0&nplId=19980729000018>

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdningsforskning. Stockholm: Natur & Kultur.

Greener, J., Douglas, F., & van Teijlingen, E. (2010). More of the same? Conflicting perspectives of obesity causation and intervention amongst overweight people, health professionals and policy makers. *Social science & medicine* 70(7), 1042-1049.

*Gudzune, K., Clark, J., Appel, L. & Bennett, W. (2012) Primary care providers' communication with patients during weight counseling. A focus study group. *Education and counseling* 89(1): 152-157.

*Hansson, LM., Rasmussen, F. & Ahlstrom, GI. (2011). General practitioners' and district nurses' conceptions of the encounter with obese patients in primary health care. *BMC Family Practice* 12(7) doi: 10.1186/1471-2296-12-7.

Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1997:142). Hämtad 2014-11-18 från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik – för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.

Koohkan, S., Schaffner, D., Milliron, B.J., Frey, I., Konig, D., Deibert, P., Vitolins, M. & Berg, A. (2014). The impact of a weight reduction program with and without meal-replacement on health related quality of life in middle-aged obese females. *BMC Womens Health*, 14:45 doi:10.1186/1472-6874-14-45.

Kozier, B., Berman, A. & Snyder, S.J. (2012). *Kozier & Erb's Fundamentals of nursing: concepts, process, and practice*. (9. ed.) Upper Saddle River, N. J. : Pearson.

*Lang, A., & Sivarajan Froelicher, E. (2006). Management of overweight and obesity in adults: Behavioral intervention for long-term weight loss and maintenance [Electronic version]. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5(2), 102-114.

Leff, D.R. & Heath, D. (2009). Surgery for obesity in adulthood. *BMJ* 339:b3402

*Nolan, C., Deehan, A., Wylie, A. & Jones R. (2012). Practice nurses and obesity: professional and practice-based factors affecting role adequacy and role legitimacy. *Primary Health Care Research & Development* 13(4): 353-363.

*Phillips, K., Wood, F. & Kinnersley, P. (2013). Tackling obesity: the challenge of obesity management for practice nurses in primary care. *Family Practice* 31 (1): 51-59.

SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering (2002). *Fetma – problem och åtgärder*. Hämtad 2014-11-27 från <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Fetma---problem-och-atgarder/>

SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering (1998). *Omvårdnad vid blodtryck*. Hämtad 2014-11-18 från http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/2/omvardnad_blodtryck_1998/SSF_blodtryck_bil4.pdf

Serdula, MK., Khan, LK. & Dietz, WH. (2003). Weight Loss Counseling Revisited. *The Journal of the American Medical Association* 289(14): 1747-1750.

Skolnik, N.S. & Ryan, D.H. (2014). Pathophysiology, Epidemiology and Assessment of Obesity in Adults. *Supplement to The Journal of Family Practice*. 63(7).

Socialstyrelsen (u.å). *Hjärt-kärlfrisk person med ett BMI över 35*. Hämtad 2014-11-12 från <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerforstrokesjukvard/sokiriktlinjerna/hjart-karlfriskpersonmedettbmi>

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2014-11-18 från http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

SSF - Svensk Sjuksköterskeförening. (2007) *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

SSF – Svensk sjuksköterskeförening. (2008). *Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete*. Hämtad 2014-11-18 från <http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/Hälsofrämjande%20arbete-publikationer/Strategi.for.sjukskoterskans.halsoframjande.arbete.pdf>

* Tod, A. M., & Lacey, A. (2004). Overweight and obesity: helping clients to take action. *British journal of community nursing* 9(2), 59-66.

*Visram, S., Crosland, A. & Cording H. (2009). Triggers for weight gain and loss among participants in a primary care-based intervention. *British Journal of Community Nursing* 14(11), 495-501.

WHO: World Health Organisation. (1997). *Measuring quality of life*. Hämtad 2014-11-24 från http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf

WHO: World Health Organisation. (2014). *Obesity and overweight*. Hämtad 2014-11-12 från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

WHO: World Health Organisation. (2015). *Global database on body mass index*. Hämtad 2015-06-05 från: <http://apps.who.int/bmi/index.jsp>

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. (3. Uppl.) Lund: Studentlitteratur.

WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects (2015). Hämtad 2015-06-05 från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>