

# Ett fett ansvar

- Sjuksköterskans metoder för att ge stöd vid en viktreducerande livsstilsförändring

FÖRFATTARE	Cie Rosenqvist Stina de Frumerie
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet OM5250 VT 2013
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Ingegerd Lindquist
EXAMINATOR	Iris Härd

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

## **FÖRORD**

Författarna riktar ett stort tack till Ingegerd Lindquist som med brinnande engagemang och värdefulla reflektioner, handlett oss genom vår skrivandeprocess.

Stina de Frumerie och Cie Rosenqvist, Göteborg 15:e mars 2013.

Titel (svensk):	Ett fett ansvar – Sjuksköterskans metoder för att ge stöd vid en viktreducerande livsstilsförändring
Titel (engelsk):	A heavy responsibility – The nurse methods to give support in a weight reducing lifestyle change
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	33 sidor
Författare:	Cie Rosenqvist Stina de Frumerie
Handledare:	Ingegerd Lindquist
Examinator:	Iris Härd

## **SAMMANFATTNING**

År 2009 klassades 10 – 12 % av Sveriges vuxna befolkning som överviktiga eller feta, en siffra som stadigt ökar. Fetma och övervikt kan leda till följsjukdomar så som diabetes typ 2, hjärt- kärlsjukdomar, infertilitet, cancer m.fl. Fetma bör klassas som en kronisk sjukdom och således behandlas därefter, det vill säga genom gedigen patientutbildning för förbättrad egenvård. Syftet med denna uppsats är att undersöka vilka metoder sjuksköterskan kan använda för att bidra och ge stöd till en vuxen, överviktig eller fet patient, vid en sund viktreducering och en hållbar livsstilsförändring. Uppsatsen är en litteraturstudie där 11 kvantitativa artiklar har använts. Ur artiklarnas resultat har fyra kategorier framträtt; kost, motion, stöd och undervisning samt hjälpmedel. Patientens kostregim bör bestå av en restriktiv mängd kilokalorier (kcal) per dag samtidigt som den dagliga fysiska aktiviteten bör ökas för att uppnå en signifikant viktreducering. Patienterna behöver undervisning i hur detta skall genomföras, samt professionellt stöd för att hålla motivationen uppe. Det finns ett flertal hjälpmedel att tillgå vid en livsstilsförändring med viktreduktion i fokus, så som stegräknare, SenseWear och program för kost- och motionsregistrering. Med dessa verktyg kan sjuksköterskan arbeta aktivt med att hjälpa och stödja patienter till en mer hälsosam vikt och livsstil. Författarna till denna uppsats diskuterar hur dessa metoder kan implementeras i sjuksköterskans kliniska arbete samt vikten av den motiverade patienten. Författarna anser att fetma och övervikt i relation till sjuksköterskans ansvarsområde, är något som kräver ytterligare forskning.

## Innehåll

INLEDNING .....	1
BAKGRUND .....	1
FETMA OCH ÖVERVIKT .....	1
Fetma-en epidemi? .....	2
Hälsoeffekter .....	2
Fysiska effekter .....	2
Psykiska effekter .....	2
VARFÖR BLIR MÄNNISKAN FET? .....	3
LIVSSTIL .....	3
Motion .....	3
Kost .....	4
ÄTBETEENDE .....	5
BEHANDLINGSMETODER .....	5
Läkemedel .....	5
Kirurgi .....	6
Livsstilsförändring .....	6
SJUKSKÖTERSANS ANSVARSOMRÅDE .....	6
Sjuksköterskans hälsofrämjande arbete .....	6
Patientundervisning .....	6
Hur arbetar sjuksköterskan idag med fetma och övervikt .....	8
Fetma - ett tabubelagt ämne .....	8
PROBLEMFÖRMULERING .....	8
SYFTE .....	9
METOD .....	9
SÖKORD .....	9
GRANSKNINGSPROTOKOLL .....	10
ANALYS .....	13
ETISK REFLEKTION .....	13
RESULTAT .....	13
KOST .....	13
FYSISK AKTIVITET .....	14
STÖD OCH UNDERVISNING .....	14
HJÄLPMEDEL VID VIKTREDUKTION .....	15
DISKUSSION .....	16
METODDISKUSSION .....	16

RESULTATDISKUSSION .....	17
Sjuksköterskans ansvar .....	18
Sjuksköterskan och kampen om tiden – medias påverkan av patienten .....	19
Slutsats.....	19
REFERENSLISTA .....	20
BILAGA 1 .....	25
BILAGA 2 .....	32

## INLEDNING

Människor matas dagligen med larmrapporter om ökad övervikt och fetma i samhället, samtidigt som kvälls- och veckotidningar talar om vilka dieter som är på modet och hur viktnedgång och en god hälsa uppnås. Sedan 1980-talet har andelen överviktiga eller feta personer fördubblats i åldersgruppen 16-19 år. Under samma tidsperiod har gruppen feta, BMI  $\geq 30$ , ökat från 5 till 11 % i Sverige (SCB, 2012). Dessa siffror tyder på att fetma och övervikt är ett ökande folkhälsoproblem som vården bör uppmärksamma och behandla. Sjuksköterskestudenter ute på praktik möter sjuksköterskor som flitigt diskuterar olika typer av dieter för att själva reducera sin vikt, vilket har fått författarna till denna uppsats att fundera över sjuksköterskans faktiska kunskaper i ämnet. Under sjuksköterskeutbildningens treåriga program ingår näringslära och humanbiologi i kursplanen, vilket betyder att allmänsjuksköterskan bör ha kunskapen som krävs för att undervisa patienter kring en hälsosam livsstil, samt själva adaptera en sådan. Gällande denna uppsats har infallsvinkeln varit att utifrån sjuksköterskans ansvarsområde gällande kost- och motionsrekommendationer för god hälsa hos friska människor som grund, sammanställa de senaste fem årens forskning kring metoder som allmänsjuksköterskan kan använda sig av för viktreducering och en hälsosam och hållbar livsstilsförändring.

## BAKGRUND

### FETMA OCH ÖVERVIKT

Människans kroppssammansättning kan variera kraftigt individer emellan. Två personer med samma vikt och längd kan vara olika stora, sett till kroppsomfång. Detta på grund av att ett kilo fett tar större plats i anspråk än ett kilo muskler (Johansson, 2007). Det är således vanskligt att göra antaganden kring en människas hälsa, med enbart vikten som utgångspunkt. Av denna anledning finns det inom sjukvården ett antal olika tillvägagångssätt för att bestämma huruvida en individ klassas som under-, normal-, överviktig eller fet/obes. Nedan följer en beskrivning av dessa metoder, det är dock viktigt att hålla i minnet att i många fall bör flera av metoderna användas parallellt och i kombination med den kliniska uppfattningen av patienten, då hänsyn till personens kroppssammansättning och muskelmassa bör tas (Lönnqvist, 2007).

BMI (Body Mass Index): BMI definieras genom kvoten mellan kroppsvikt (kg) och kroppslängden (meter) i kvadrat (Lönnqvist, 2007).

Exempel:  $70 \text{ (kg)} / 1,65 \text{ (m)} \times 1,65 \text{ (m)} = 26 \text{ kg/m}^2$

BMI =  $26 \text{ kg/m}^2$

WHO:s definition av en människas viktklass, enligt BMI (Lönnqvist, 2007), redovisas i Tabell 1.

Tabell 1.

Klassifikation	Alternativ benämning	BMI	Hälsorisk
Undervikt		< 18,5	Varierade risker beroende på orsak till undervikt
Normalvikt		18,3 – 24,9	Normalrisk
Övervikt		25 – 29,9	Lätt ökad
Fetma	Obesitas/kraftig övervikt	>30	Måttligt till mycket ökad risk

Fetma klass 1	Fetma	39 – 34,9	Måttligt ökad risk
Fetma klass 2	Kraftig/svår fetma	35 – 39,9	Hög, kraftigt ökad risk
Fetma klass 3	Extrem fetma	>40	Mycket hög, extrem riskökning

(Lönnqvist, 2007, s. 22)

Midjemått och bukomfång: Definieras genom att mäta individens bukomfång i centimeter. Mätningen utförs efter normal utandning, mätpunkt är mitt emellan nedersta revbenskammen och höftkammen (Lönnqvist, 2007). Gränsvärden för midjemått och bukomfång redovisas i Tabell 2.

Tabell 2.

Risk för metabola komplikationer:	Ökad risk:	Mycket ökad risk:
Män	>94 cm	>102 cm
Kvinnor	>80 cm	>88 cm

(Lönnqvist, 2007, s.22)

Över 80 % av de personer vars midjemått överstiger ovan nämnda mått beräknas ha minst ytterligare en riskfaktor för kardiovaskulär ohälsa, exempelvis hypertoni, hyperglykemi, höga triglycerider eller lågt HDL. Således tydliggörs ett samband mellan midjemått och fysisk ohälsa (Lönnqvist, 2007). Ett ökat midjemått och/eller ökad bukfetma visar sig ofta tidigare än övriga tecken på kardiovaskulär ohälsa, vilket gör midjemåttet till en tydlig varningssignal. Ett ohälsosamt midjemått bör av denna anledning ses som en större riskfaktor för kardiovaskulär ohälsa än enbart ett förhöjt BMI, med tanke på att BMI ej tar hänsyn till sammansättningen av kroppsmassan utan enbart fokuserar på förhållandet mellan vikt och längd (Burke & Wang, 2011; Lönnqvist, 2007).

### Fetma-en epidemi?

Fetma är inte bara ett problem för individen, enligt WHO:s definition av övervikt/fetma föll år 2009 10-12 % av Sveriges vuxna befolkning inom denna kategori (Edlund & Zethelius, 2009). De senaste två decennierna har fetmaproblematiken ökat stadigt enligt studier utförda med självrapporterade BMI-siffror till grund. År 1985 till 2002 utfördes en undersökning, WHO/MONICA/Intergene-studien, bland 6000 individer i Göteborgsområdet, som redovisade en signifikant ökning av övervikt/fetma hos göteborgarna under de 17 år studien fortgick (Mårild, Neovius & Rasmussen, 2007).

### Hälsoeffekter

#### Fysiska effekter

De negativa fysiska effekterna av fetma och övervikt är många till antalet. En individ med ett ohälsosamt BMI och en inaktiv livsstil riskerar flera följsjukdomar. Bland annat ökar risken för diabetes mellitus typ 2, stroke, metabolt syndrom, hudsjukdomar, ofrivillig barnlöshet, hypertoni, leversjukdomar, cancer och osteoporos (Fagerberg, 2007; Håglin, Becker, Andersson & Hagren, 2006; Linné, 2007; Nilsson & Zethelius, 2007; Rössner, 2007a; Rössner, 2007b; Torgerson, 2007).

#### Psykiska effekter

Att det finns ett samband mellan övervikt/fetma och psykisk ohälsa är bevisat. Det tycks vara så att depression kan leda till fetma, exempelvis på grund av känslomässigt ätande, läkemedelsinducerad fetma eller minskad fysisk aktivitet till följd av motorisk hämning, men på samma sätt kan fetma leda till depression. Orsaker till att en individ med fetmaproblematik

löper större risk att utveckla depression än normalviktiga individer kan bland annat vara en negativ kroppsuppfattning, stigmatisering av överviktiga i samhället, minskad fysisk aktivitet och minskad medverkan i sociala aktiviteter, vilka vanligtvis ger individen tillfredsställelse och njutning. Depression kan vara ett mycket allvarligt tillstånd och kan orsaka patienten stort lidande och i vissa fall leda till suicid/suicidförsök (Lunner, 2009). Då depression i många fall föranleder kognitiv hämning och initiativlöshet, kan detta påverka patientens förmåga att genomföra en livsstilsförändring och viktreducering (Skärsäter, 2009).

## VARFÖR BLIR MÄNNISKAN FET?

Människans genetiska anlag har visat sig spela roll då det gäller utvecklingen av övervikt/fetma. I många fall kan ett samband ses mellan feta föräldrar och deras avkomma, vilka tenderar att följa i föräldrarnas spår och således utveckla fetma. Dock kan mänsklighetens allt större kroppsomfång ej enbart skyllas på genetik. Arvsanlag för fetma i kombination med den västerländska livsstilen som adapterats under de senare årtiondena, kan anses vara den största anledningen till att människan ökar i kroppstorlek. Med andra ord har den del av befolkningen som tenderar att lagra fettväv i större mängder, i större utsträckning gjort så, med hjälp av ökad tillgång till föda samt en alltmer inaktiv vardag. Människor utan genetiska anlag för att utveckla fetma tycks ej uppleva några problem med att behålla en sund vikt (Dahlman, 2007). För att hålla en jämn viktnivå krävs att energiåtgången och energiintaget stämmer överrens, kroppen befinner sig då i ett så kallat ”steadystate” (energi balans) och går varken upp eller ned i vikt (Eklund, 2004).

## LIVSSTIL

### Motion

Det är bevisat att fysisk aktivitet har förebyggande effekt gällande många sjukdomar. Exempelvis minskar risken för fetma, hjärtkärlsjukdom, typ 2 diabetes, metabolt syndrom, olika typer av tumörsjukdomar, psykisk ohälsa samt benskörhet. Begreppet fysisk aktivitet innefattar så väl vardagsmotion som regelrätt träning, där syftet är att medvetet öka puls- och andningsfrekvens (FYSS, 2011).

År 2011 utkom Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA), i samarbete med Svenska Läkareförbundet, med riktlinjer gällande fysisk aktivitet för vuxna människor i Sverige. Dessa riktlinjer baseras delvis på WHO:s internationella rekommendationer för fysisk aktivitet (FYSS, 2011). FYSS (2011) rekommenderar minst 30 minuter fysisk aktivitet dagligen för att uppnå positiva hälsoeffekter. Nedan följer en beskrivning av YFA:s riktlinjer.

- En sammanlagd tid om minst 150 minuter fysisk aktivitet per vecka rekommenderas om intensiteten är av måttlig karaktär. Vid ökad intensitet rekommenderas minst 75 minuter per vecka. Den totala tiden fysisk aktivitet bör spridas ut över flera tillfällen men vara minst 10 minuter per gång.
- Ovanstående rekommendationer gäller aktiviteter av aerob karaktär, därtill bör styrketräning utföras vid minst två tillfällen per vecka och då främst engagera kroppens större muskelgrupper.
- Individer över 65 år bör lägga till balansträning till sin aktivitetsregim.
- Individer över 65 och personer med kroniska sjukdomstillstånd eller funktionshinder bör vara så pass aktiva deras tillstånd medger, i de fall det ej går att uppnå de rekommenderade nivåerna.
- Långvarigt stillasittande bör undvikas både på fritiden och i arbetet (FYSS, 2011).



Genom att exempelvis promenera raskt i 30 minuter 5 dagar per vecka, alternativt jogga 20-30 minuter tre dagar per vecka uppnås rekommendationerna för fysisk aktivitet. Genom att ytterligare öka aktivitetsnivån, antingen genom ökad intensitet eller genom ökad tidsåtgång, går det att förstärka de positiva effekterna motionen har på hälsan (FYSS, 2011).

### Kost

År 2005 utarbetade Livsmedelsverket riktlinjer kallade Svenska Näringsrekommendationer (SNR) som är applicerbara på stora grupper av friska människor. Dessa rekommendationer avser rekommenderat intag av såväl makro- som mikronäringsämnen och är anpassade för användning vid kostplanering. En kostplan utarbetad enligt SNR skall hjälpa individen att bibehålla en god hälsa och motverka kostrelaterade sjukdomar (Livsmedelsverket, 2012). Nedan följer en kortfattad beskrivning av dessa rekommendationer.

En jämn fördelning av energiintaget över dagen bör eftersträvas. Tre huvudmål, frukost, lunch och middag, bör kombineras med ca två mellanmål. Frukosten rekommenderas bestå av 20-25 % och lunch och middag av vardera 25-35 % av det totala energiintaget. Resterande kcal fördelas över mellanmålen.

*Proteinintag:* 10 – 20 energiprocent (E%) av det totala energiintaget bör komma från protein.

*Kolhydratintag:* 50 – 60 E% av det totala energiintaget bör komma från kolhydrater.

Rekommendation för kostfibrer är 25-35 g per dygn för vuxna människor. Intaget av sockerarter bör ej överstiga 10 E%.

*Fett:* 25-35 E% av det totala energiintaget bör komma från fettsyror. Av dessa bör max 10 E% härstamma från mättade fettsyror, 10 – 15 E% från enkelomättade fettsyror och 5-10 % från fleromättade fettsyror. Transfetter och partiellt härdat fett bör undvikas i högsta möjliga mån (Livsmedelsverket, 2005).

Människans energibehov varierar under livet och är som störst i tidig ålder samt under graviditet och amning (Skolin, 2010). Energitillbehovet varierar ofta något från dag till dag beroende på fysisk aktivitet (Larsson, 2007). Med stigande ålder minskar människans energibehov medan näringsbehovet, det vill säga behovet av vitaminer, mineraler och spårämnen kvarstår eller ökar (Skolin 2010).

En människas basalmetabolism (BMR) uppskattas ofta med hjälp av standardiserade formler. De mest exakta tillvägagångssätten för uträkning av energibehov är dock antingen kalorimetri, där energibehovet bestäms via mätning av syreupptag och koldioxidproduktion, eller dubbelmärkt vatten, en metod där omsättning av isotoper mäts genom urinprov. I praktiken är dock standardiserade formler det mest lättillgängliga sättet för mätning av basalomsättningen, varför det är det mest frekvent använda (Andersson & Göransson, 2006). I Tabell 3 redovisas ett exempel på en standardiserad uträkning av BMR. Då denna uppsats talar om energi i enheten kilokalori (kcal) medan följande formler använder enheten megajoule, krävs en omräkning för att formlerna skall vara applicerbara.  $1 \text{ MJ} = 240 \text{ kcal}$  (Livsmedelsverket, 2013). För att räkna ut en människas totala energibehov behöver hänsyn tas till individens aktivitetsnivå, varpå ett värde för Physical Activity Level (PAL) används. Den totala energiutgången räknas fram genom att multiplicera BMR med aktuellt PAL-värde. Riktlinjer för PAL-värden redovisas i Tabell 4. Genomsnittsvärdet för PAL i Sverige är 1,6 (Andersson & Göransson, 2006).

Tabell 3.

Kön/Ålder	MJ/dygn
<i>Män</i>	
19-30	0,0640 x kroppsvikt (kg) +2,84
31-60	0,0485 x kroppsvikt (kg) +3,67
61-75	0,0499 x kroppsvikt (kg) +2,93
>75	0,035 x kroppsvikt (kg) +3,43
<i>Kvinnor</i>	
19-30	0,0615 x kroppsvikt (kg) +2,08
31-60	0,0364 x kroppsvikt (kg) +3,47
61-75	0,0386 x kroppsvikt (kg) +2,88
>75	0,0410 x kroppsvikt (kg) +2,61

(Andersson & Göransson, 2006. S. 168)

Tabell 4.

Dagligt aktivitetsmönster	PAL-värde
Sängliggande, stillasittande	1,1 – 1,2
Stillasittande arbete med lite eller ingen aktivitet på fritiden	1,3 – 1,5
Stillasittande arbete med visst behov av förflyttning men sparsamt med aktivitet på fritiden	1,6 – 1,7
Rörligt arbete (stående, gående)	1,8 – 1,9
Mycket hårt kroppsligt arbete eller daglig idrottsträning	2,0 – 2,4

PAL skall ökas med 0,025 per timme moderat aktivitet, ex. rask promenad, per vecka och 0.05 per timme intensiv aktivitet, ex. träning. (Andersson & Göransson, 2006. S. 176).

## ÄTBETEENDE

Under de senare decennierna har människans ätvanor förändrats på så vis att den mat som konsumeras är mer energität än tidigare. Det innebär att den innehåller fler kcal per gram. Livsmedel med hög halt fett och/eller socker har en hög energitäthet och faller ofta människan i smaken samt är lättillgänglig, vilket leder till att den lätt blir ett enkelt val. Gällande konsumtionen av alkohol tycks den följa samma kurva som konsumtionen av energitäta livsmedel, den ökar, vilket bidrar till ett större energiintag hos de individer som regelbundet brukar alkohol (Larsson, 2007).

En överkonsumtion av 50 kcal per dygn kan leda till en ökning av kroppsfett med 2,5 kilo under en 12 månadersperiod. Överkonsumtion av energi uppstår lättare vid en ensidig kost till större del baserad på fettrika livsmedel. Energität mat i kombination med låg fysisk aktivitet är en riskfaktor för att utveckla övervikt eller fetma (Larsson, 2007).

## BEHANDLINGSMETODER

### Läkemedel

Läkemedelsbehandling rekommenderas endast vid BMI  $\geq 28$  kg/m<sup>2</sup> och i kombination med livsstilsmodifikation, i synnerhet restriktiv diet (Burke & Wang, 2011). Tillsammans med restriktiv diet bidrar läkemedel till en mer signifikant viktreducering, jämfört med enbart en livsstilsförändring (FASS, 2012). Läkemedelsindustrin har haft stora svårigheter med att ta fram effektiva viktreduceringspreparat då framtagna läkemedel har haft allt för vanskliga biverkningar. De preparat som idag finns tillgängliga kan bidra med en viktnedgång på 5-10% av den totala kroppsvikten, vilket leder till stora hälsovinster. Dock gör de ej underverk på vikten (Rössner, 2007c). I dagsläget används ett fåtal läkemedel för viktnedgång.

Exempel på verkningsmekanismer är minskat fettupptag, upp till 30 %, samt påverkan på hunger- och mättnadskänslan. Det senare kan bidra till minskat energiintag (Rössner, 2007c; FASS, 2012).

### **Kirurgi**

Det finns olika typer av fetmakirurgi, alla med det gemensamma syftet att förminska magsäckens storlek och därmed matintaget. Det krävs att patienten har ett BMI  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup> och någon form av följsjukdom för att vara lämplig för fetmakirurgi (Näslund & Granström, 2007). Kirurgi har visat sig mycket effektivt, med viktminskning upp till 32 % 1-2 år efter ingreppet. Överlag sänker fetmakirurgi dödligheten mer än övriga överviktsbehandlingar i vården idag (Sjöström et al., 2007).

### **Livsstilsförändring**

En livsstilsförändring som syftar till viktreducering kan åstadkommas genom modifiering av kost, träning och beteenden kopplade till dessa. De mest tillfredsställande resultaten nås vid kombination av strategier inom dessa tre områden (Burke & Wang, 2011).

## **SJUKSKÖTERS KANS ANSVARSOMRÅDE**

### **Sjuksköterskans hälsofrämjande arbete**

Sjuksköterskans huvudområde är omvårdnad. Omvårdnad utgår från patientens önskningar, mål, förmågor, emotioner, värderingar, fysiska miljö samt sociala stöd. Målet med all omvårdnad är hälsa och att aktivt förebygga hälsorisker. Sjuksköterskan skall se till det friska i patienten och utgå från det i omvårdnaden. Hon eller han skall ha skickligheten att bedöma patienters förmåga till egenvård samt undervisa och stödja dem i syfte att förhindra ohälsa och främja hälsa. I de fall ohälsa och sjukdomsrisk förekommer, är det sjuksköterskans ansvar att motivera till förändrade levnadsvanor (Willman, 2009).

En viktminskning på 5-10 % leder till stora hälsovinster hos patienter som lider av övervikt/fetma (Edlund & Zethelius, 2009). Patienter med BMI ovan gränsen för övervikt besöker oftare sjukvården än normalviktiga dito. Många av besöken beror på problem patienterna upplever till följd av sin övervikt. Allmänsjuksköterskan bör här träda in och arbeta aktivt med viktreducering hos dessa patienter för att förbättra patienternas hälsa och minska belastningen på sjukvården (van Steenkiste, Knevel, van den Akker & Metsmakers, 2010). Det ingår i sjuksköterskans kompetens att kunna identifiera hälsorisker och att vid behov motivera till förändring i livsstilsfaktorer. Detta görs genom att undervisa och stödja patienter i hälsofrämjande åtgärder, vilket ingår i kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005).

### **Patientundervisning**

Övervikt och fetma bör ses som en kronisk sjukdom som kräver behandling hela livet. Den största utmaningen ligger i att behålla vikten efter en viktreducering (Burke & Wang, 2011). Vid kronisk sjukdom är patientens egenvård särskilt betydelsefull (Berglund, 2011).

Patientundervisning är en planerad och målstyrd aktivitet med syftet att patienten skall uppnå bättre hälsa. Patienten skall involveras och vara delaktig i undervisningssituationen då det vanligaste målet med undervisningen, för patienten med kronisk sjukdom, är att denne ska åstadkomma en varaktig beteendeförändring. En sådan beteendeförändring uppnås genom en process, där patienten delges relevanta kunskaper om sin sjukdom, vilket möjliggör en god egenvård. Enskild undervisning skapar möjlighet till individanpassning av innehåll medan gruppundervisning kan ge plats för stöd och delande av erfarenheter. Det finns inga bevis för

att det ena är att föredra framför det andra. Ett livsvärldsperspektiv stödjer båda formerna av undervisning; lärandet sker individuellt men kan stödjas av andra. Patientens erfarenheter betonas som grund för lärandet, vilket innebär att lärandet inte kan separeras från individens livssammanhang. Med andra ord behöver det narrativa perspektivet inkluderas för att patienten skall kunna bli förmyndare och yttersta beslutsfattare, över sin egen sjukdom och kropp (Berglund, 2011).

Att integrera och acceptera sin sjukdom är en lång och mödosam process, vilken dock är en förutsättning för lärande och för att ta kontrollen över sitt liv, välbefinnande och hälsa (Berglund, 2011). Berglund (2011) menar att lärande på en existentiell nivå är en förutsättning för lärande vid kronisk sjukdom. Utifrån detta har Berglund (2011) tagit fram en didaktisk modell som bygger på fyra teser:

1. *Att konfrontera livssituationen och utmana till förändring*  
Det är essentiellt att patienten inser sin faktiska situation. Vägen dit är att patienten vid upprepade tillfällen uppmanas att sätta ord på situationen. I detta krävs stöd och hjälp. Att medvetandegöra hur olika handlingsätt påverkar, gynnar eller missgynnar den egna hälsan är nödvändigt. Sjuksköterskan skall stödja patienten i mötet med dennes situation och i att se sina möjligheter. Rädsla förekommer i stort sett uteslutande hos patienter som lider av kronisk sjukdom. Denna rädsla behöver utredas och preciseras då den skapar hinder för lärande. Alla perspektiv på rädslan, så som orsaken till sjukdom, att leva med sjukdomen hela livet och hur framtiden ser ut, behöver lyftas och bearbetas.
2. *Att inta distans i skapandet av ny helhet*  
För att patienten ska kunna acceptera och lära om sin sjukdom måste distans skapas, både till sjukdomen och till tidigare erfarenheter av att leva med den. En sådan distans uppnås genom reflektion över det som varit och över tidigare framtidsbilder med sjukdomen. Reflektion kring en ny framtidsbild är på samma sätt en viktig del, för att skapa acceptans och ett nytt förhållningssätt till att leva med sjukdomen.
3. *Att utveckla självmedvetande och ansvarstagande*  
Lärande på existentiell nivå handlar om att gå från att tala om *man* till att bli ett *jag*. Uppmärksamhet riktas mot hur patienten talar om sig själv och sjukdomen. *Jaget* är viktigt, att tala i termen *man* innebär att det inte är *jag* som upplever och lever med sjukdomen, utan en utomstående person. Först när patienten talar om upplevelser av sjukdomen i *jag*-form kan en djupare sjukdomsinsikt nås, och lärandet ta fart. Det innebär att patienten kan fatta egna beslut och se att det påverkar *jaget*.
4. *Att synliggöra lärande i syfte att ge växt och balans*  
Genom att patient och sjuksköterska tillsammans formulerar tydliga mål, mot vilka patienten arbetar och utvärderar när de är uppnådda, synliggörs det osynliga lärandet och tillväxten. Att genom samtal utvärdera uppnådda resultat synliggörs det osynliga lärda, vilket ger patienten en känsla av att växa (Berglund, 2011).

Att lära sig leva med långvarig sjukdom innebär att förändras som människa, det innebär en förändring i förståelse och förmåga att handla. Lärandet är förknippat med motstånd mot sjukdomen, besvär och förändring. Underlåtes analyserandet av motståndet finns ingen möjlighet till faktiskt lärande och den drabbade sätter sitt liv på spel. Behovet av lärande handlar inte om läran kring sjukdomen, utan om personens totala hälsosituation (Berglund, 2011).

## Hur arbetar sjuksköterskan idag med fetma och övervikt

Två kommunikativa strategier sjuksköterskor ofta använder sig av är motivation och partnerskap. Ett samtal med målsättningen att uppmuntra patienten till en förbättrad livsstil skall vara personcentrerat och ser därav olika ut från patient till patient. Motiverande kan vara att berätta om andra patienters lyckade resultat, eller att informera om möjligheten till förbättring av följsjukdomar till följd av en viktminskning. I partnerskapet bildar sjuksköterskan en allians med patienten. En sådan allians förutsätter en god relation mellan de två. Arbetssättet i partnerskap innebär att sjuksköterska och patient tillsammans sätter upp viktminskningsmål som de sedan arbetar mot (Gudzune, Clark, Apple & Bennet, 2012).

## Fetma - ett tabubelagt ämne

I vårdandet bör sjuksköterskan se bortom kroppen som funktion och fokusera på hur patienten, människan, uppfattar sin kropp i relation till hälsa och lidande. Patienter kan uppleva skam över sin kropp (Lindwall, 2012). En nyligen presenterad engelsk studie visar att, bland andra, sjuksköterskestudenter har många fördomar gentemot överviktiga patienter (Swift, Hanlon, El-Redy, Puhl & Glazebrook, 2012). Andra studier visar att var fjärde sjuksköterska i praktik känner motvilja mot att behandla feta/överviktiga individer (Elfhag, 2007). Att stötta och motivera en patient genom en livsstilsförändring kräver empati och medkänsla. Ovan nämnda förhållningssätt är således försvårande för arbetet (Swift, et al., 2012) Att prata om och arbeta mot en viktminskning kan av sjuksköterskor upplevas svårt. Vissa sjuksköterskor undviker att tala om ämnet, de väljer istället att fokusera på förbättrad hälsa. Ofta lider de överviktiga patienterna av följsjukdomar. Att behandla dessa blir då första prioritet, vilket kan göra det svårt att hinna prata om och adressera problemet övervikt. Att uppmuntra och motivera patienter till att medicinera är mindre tidskrävande än att inducera en livsstilsförändring. Vårdgivare uppger att de känner obehag och frustration inför samtal om viktminskning och går då ifrån den personcentrerade kommunikationen. För att slippa engageras i samtal kring ämnet delar de istället ut broschyrer eller tipsar om websidor om viktminskning där patienterna själva kan finna information (Gudzune, et al., 2012).

## PROBLEMFÖRMULERING

Människan drabbas i allt större utsträckning av fetma- och överviktsrelaterad ohälsa och sjukdom. I takt med att mänskligheten blir allt fetare ökar riskerna för att som individ utveckla följsjukdomar (Edlund & Zethelius, 2009). Med ökad tillgång till mat och ett minskat behov av rörelse på grund av allt mer bekväma färdmedel, kombinerat med en allt högre stressnivå och krav på prestation, befinner sig människan i en situation där hälsan tydligt äventyras (Nilsson & Attvall, 2007; Guldstrand, 2009). Fetmarelaterade följsjukdomar kan undvikas genom en livsstilsförändring då en viktreduktion på endast 5-10% har visat sig minska ohälsan hos överviktiga eller feta personer (Edlund & Zethelius, 2009). En sjuksköterskas främsta ansvar är att främja hälsa, förhindra ohälsa och förebygga sjukdom, vilket står beskrivet i sjuksköterskans kompetensbeskrivning (Socialstyrelsen, 2005). Sjuksköterskan har kunskap om patientundervisning, hälsofrämjande åtgärder och ett hälsosamt levnadssätt, beträffande kost och motion. Således faller det på sjuksköterskans lott att med hjälp av sin kunskap och kompetens, på bästa möjliga sätt, uppmuntra, utbilda och stödja patienter till en varaktig, hälsofrämjande livsstilsförändring (Willman, 2009). Med anledning av detta är det intressant att undersöka vad de senaste fem årens forskning redovisar beträffande metoder, vilka sjuksköterskan kan använda i arbetet med överviktiga och feta patienter.

## SYFTE

Att undersöka vilka metoder de senaste fem årens forskning visar att sjuksköterskan kan använda för att bidra till och ge stöd vid en sund viktreducering och en hållbar livsstilsförändring hos vuxna överviktiga och feta personer.

## METOD

Detta är en litteraturöversikt med utgång i analys och sammanställning av kvantitativa studier. Syftet med uppsatsen har varit att undersöka vilka metoder som ger bäst resultat gällande viktnedgång och livsstilsförändring hos överviktiga och obesa patienter. Således har intresset legat i att finna kvantitativa data om beprövade fungerade metoder. Kvalitativa data, så som patientens upplevelse och livsvärld (Friberg, 2006), besvarar inte uppsatsens syfte varpå dessa valts bort.

## SÖKORD

Steg ett i att identifiera sökord var att lokalisera nyckelord i studiens syfte. För att finna korrekta sökord användes Karolinska institutets bibliotek (Karolinska Institutet, 1998) där sökorden översattes till *Medical Subject Headings*, MeSH-termer. MeSH-termer ger lättare önskat resultat vid sökning i vetenskapliga databaser (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011). De första sökorden som prövades var *Sjuksköterska* – nurse, *Motion* – Exercise, Exercise therapy, *Övervikt/fetma* – Obesity morbid, overweight, obesity therapy, *Livsstil* – Lifestyle, *Bantning/viktning/viktreducering* – Weight loss Weight reduction och *Diet* – Diet, Diet reducing.

Under sökningens inledningsfas gjordes en osystematisk sökning (Östlundh, 2006) i databaserna Scopus och PubMed för att lära känna och testa sökord. Under den fasen framkom att inte alla sökord fungerade lika bra. *Obesity morbid* valdes bort då syftet är relaterat till övervikt/fetma, inte sjuklig fetma. Istället användes *Obese* med gott resultat. *Overweight therapy* kändes inte igen som begrepp i databaserna och gav därför inget resultat, av den anledningen valdes det bort. *Obesity therapy*, *Exercise* samt *Exercise therapy* gav irrelevanta resultat i relation till syftet var på de valdes bort.

Därefter gjordes en systematisk sökning (Östlundh, 2006) i databaserna Scopus, Cinahl och PubMed. Ett par dagar in i sökningens lades sökordet stöd till, vilket är ett centralt begrepp i syftet. Således användes sökordet *support*, vilket gav bra resultat. Ordet *method* samt *lifestyle change* förekom i flera av de relevanta titlar sökningens resulterade i, av den anledningen användes de sökorden för att undvika att missa relevant litteratur.

Slutgiltiga sökord:

*Sjuksköterska* – Nurse

*Motion* – Exercise, exercise therapy

*Överviktig/fetma* – Obesity morbid, overweight, obesity therapy

*Livsstil* – lifestyle

*Bantning/viktning/viktreducering* – weight loss, weight reduction

*Diet* – diet, diet reducing

*Stöd* – Support

*Metod* – Method

*Livsstilsförändring* – Lifestyle change

Inklusionskriterier: överviktig, obese, studier gjorda de senaste 5 åren, kvantitativa studier. Exklusionskriterier: studier relaterade till sjukdomar, deltagare under 18 år och över 65 år, studier äldre än 5 år, kvalitativa studier.

Ett första urval bestående av 48 artiklar gjordes utifrån artiklarnas titlar. Abstracten lästes igenom och dess relevans i förhållande till uppsatsens syfte var betydelsefullt i denna fas. Inklusions- och exklusionskriterier var på samma sätt vägledande. Urvalet bestod av 22 artiklar som granskats enligt ett granskningsprotokoll. Av dessa 22 höll 11 artiklar tillräckligt hög vetenskaplig evidens och dessa utgör således grund för resultatet. I tabell 5 redovisas sökningen av de slutligen valda artiklarna.

## GRANSKNINGSPROTOKOLL

Granskningsprotokollet, bilaga 2, grundades på Willman et al. (2011) metod för granskning av kvantitativa artiklar. De inledande frågorna ämnar svara på om studien är värd att granska (Willman et al., 2011), utifrån detta kriterium utformades tre frågor. Om svaret blev ”nej” på någon av dessa frågor ansågs artikeln ej relevant för resultatet.

Det krävs att studier är godkända via en etikprövningsnämnd för publikation i medicin- och vårdvetenskapliga tidsskrifter (Olsson & Sörensen, 2011). Av denna anledning är detta nästa fråga i protokollet.

För vetenskapliga rapporter finns en internationellt accepterad grundstruktur där följande delar bör ingå (Patel & Davidsson, 2011): Bakgrund, syfte/frågeställning/hypotes, material och metod, resultat, diskussion och litteraturreferens (Segesten, 2006a).

Om någon eller några delar saknas ska rapporten täcka in och beskriva dem (Patel & Davidsson, 2011).

För att granska artiklarnas beviskraft användes Segestens (2006b) modell, där artiklar som föll under kategorierna 1-3 inkluderades.

- 1. Randomiserad, kontrollerad studie (RCT). *Starkast beviskraft.*
- 2. Kvasi-experiment, studiedeltagare väljs konsekutivt. *Näst starkast beviskraft.*
- 3. Kvantitativt beskrivande studie, direkta jämförelser är ej möjliga i resultatet. *Lägst beviskraft.*

Studier som hade lägre bevisgrad exkluderades, varav dessa kategorier ej inkluderades i granskningsprotokollet. Dock har pilotstudier med hög vetenskaplig evidens inkluderats. För att säkerställa att studiens resultat är tillförlitligt granskades patientkaraktäristika; antal, deltagarnas ålder samt kön (Segesten, 2006b).

Relevant är huruvida studiernas inklusions- och exklusionskriterier stämmer överens med inklusions- och exklusionskriterier valda för denna uppsats. Vägledande frågor var om de inkluderade studiedeltagarna är relevanta för uppsatsens syfte, om det tydligt framgår vilka deltagarna är och om de är relevanta för studiens syfte.

Hur väl interventionen är beskriven är essentiellt för huruvida studiens resultat är applicerbart på sjuksköterskans arbete, varför detta, samt hur väl interventionen korrelerar med uppsatsens syfte, är väsentliga frågeställningar.

Mätinstrument inom forskning ska vara reliabla och valida (DePoy & Gitlin, 1999). Således har mätinstrumentens validitet och reliabilitet granskats.

För att avgöra studiens trovärdighet, ifrågasattes huruvida resultatet speglar studiens syfte. De slutsatser som dragits av resultatet speglar forskarnas trovärdighet varpå även dessa granskas.

Blindning innebär att studiedeltagarna och/eller forskarna hålls omedvetna om vilken behandling/intervention de olika studiegrupperna utsätts för. I de fall studiedeltagarna och/eller forskare ej blindats kan detta påverka studiens utfall. Gällande livsstilsinterventioner kan det vara svårt att använda blindning (SBU, 2012). Blindningsförfarandet är dock en fråga i granskningsprotokollet.

Urvalet skall spegla den undersökta populationen och utföras på ett korrekt sätt för att vara representativt för hela populationen (Patel& Davidsson, 2011). Detta ligger till grund för frågorna gällande urval i granskningsprotokollet.

Bedömningen av hur stort bortfallet får vara för att studien fortfarande ska anses trovärdig, varierar från fall till fall. En vetenskaplig studie skall innehålla en bortfallsanalys i vilken båda externt och internt bortfall redovisas, detta för att stärka resultatets tillförlitlighet. (Patel& Davidson, 2011). Resultatet av en studie med stort bortfall och ingen bortfallsanalys, är ej generaliserbart (Olsson & Sörensen, 2011).

Studier utförda på människor innehåller alltid etiska intressekonflikter, det fordrar en etisk reflektion hos forskarna. Även den minsta studie, exempelvis en uppsats, ska innehålla ett etiskt resonemang och för att en studie ska anses användbar ska den innehålla detta (Patel& Davidson, 2011).

Efter granskning faller studierna under en av tre kategorier gällande evidenskraft: *låg*, *medel* eller *hög*. Dessa kategorier har sin grund i ett poängsystem, vilket användes för att ge vägledning i granskning och bedömning.

*Inledande frågor* – 0-3 poäng.

*Forskningsmetod* – 1-3 poäng.

*Är studien granskad och godkänd* – 0-1 poäng.

*Inkludering/Exklusion* – 0-2 poäng.

*Interventionen* – 0-2 poäng.

*Mätinstrument* – 0-3 poäng.

*Analysförfarande* – 0-2 poäng.

*Blindning* – 0-2 poäng.

*Urval* – 0-4 poäng.

*Bortfall* – 0-4 poäng p.

*Finns etiskt resonemang* – 0-1 poäng.

*Har mätningarna hanterats på ett statistiskt adekvat sätt* – 0-1 poäng.

Gränsvärden evidenskraft: Låg: 0-10 poäng, Medel: 11-19 poäng, Hög: 20-28 poäng.

I artikelpresentationen redovisas artiklarnas individuella evidenskraft, se bilaga 1.



Tabell 5.

Datum	Databas	Sökord	Träffar	Begränsningar	Valda artiklar
130123	PubMed	Weight reduction, nurse, obese	44	≤ 5 år Engelsk text	1. <i>"A community intervention on portion control aimed at weight loss in low-income Mexican American women"</i> 2. <i>"Weight-management interventions in primary care: a pilot randomized controlled trial"</i>
130129	Scopus	Diet, Overweight, Lifestyle change	68	≤ 2008 Article	1. <i>"Electronic feedback in a diet-and-physical activity-based lifestyle intervention for weight loss: a randomized controlled trial"</i>
130130	Scopus	Diet reducing, Overweight, Support	53	≤ 2008 Article	1. <i>"Internet delivered behavioral obesity treatment"</i> 2. <i>"A Small-Changes Approach Reduces Energy Intake in Free Living Humans"</i>
130131	Cinahl	Weight loss, method, overweight	15	≤ 2008 Academic journals	1. <i>"Efficacy and safety of very-low-calorie diet in Taiwanese: A multicenter randomized, controlled trial"</i>
130213	Cinahl	Diet, Overweight, Lifestyle	135	≤ 2008 Academic journals	1. <i>"Evaluation of a Lifestyle Modification Program for Treatment of Overweight and Non morbid Obesity in Primary Healthcare and Its Influence on Health-Related Quality of Life"</i> 2. <i>"Effectiveness of Phone and E-mail Lifestyle Counseling for Long Term Weight Control among Overweight Employees"</i> 3. <i>Self-Monitoring and Eating-Related Behaviors Are Associated with 12-month Weight Loss in Postmenopausal Overweight-to-Obese Women"</i>

130213	Cinahl	Diet, Overweight, Weight reduction	63	≤ 2008 Academic journals	1. "Computerized self-monitoring and technology-assisted feedback for weight loss with and without an enhanced behavioral component"
130213	PubMed	Diet, Overweight, Method, Nurse	85	≤ 5 år Engelsk text	1. "Determining Optimal approaches for weight maintenance: a randomized controlled trial"

## ANALYS

Parallellt med att artiklarna granskades enligt protokollet skrevs artikelpresentationerna. I dessa kondenserades artiklarnas resultat. På det sättet gjordes materialet lättöverskådligt och subteman framträdde. Dessa plockades ut och sammanställdes till huvudteman, vilka ligger till grund för uppsatsens resultatrubriker.

Artiklarnas resultat kategoriserades under respektive tema, varpå dess beröringspunkter tydliggjordes och på så sätt växte resultatet fram.

## ETISK REFLEKTION

Alla artiklar som inkluderats i uppsatsen har granskats med hänsyn till etiskt resonemang. De inkluderade artiklarna är samtliga granskade och godkända av granskningsnämnd.

## RESULTAT

### KOST

En balanserad diet bestående av 50 – 55 % kolhydrater, 15 – 25 % protein och < 30 – 35 % fett i kombination med kalori restriktion har visat sig leda till en viktminskning på mer än 5 % på 6 månader (Arrebola, Gómez-Candela, Fernández-Fernández, Loria, Muñoz-Pérez & Bermejo, 2011). Gränsvärdena för intag av makronutrientier i % ger valfrihet åt patienten och behandlaren att välja sammansättning för dieten. Att basera kosten på ett högre intag av protein och enkelomättat fett jämfört med en kost baserad på ett högre kolhydrat- och fiberintag visar ingen signifikant skillnad gällande vikt nedgång. Detta visar att huvudsaken är att patienten håller sig till vald diet, snarare än vilken diet denne använder sig av (Dale, McAuley, Taylor, Chisholm & Mann, 2009).

Genom att sänka energiintaget till 500 kilokalorier under det intag som krävs för att patienten ska hållas viktstabil, är det uppskattningsvis möjligt att uppnå en vikt nedgång på 5 – 10 % av kroppsvikten under en 6-månadersperiod (Arrebola et al., 2011). Genom att tillåta patienten att endast äta ett förutbestämt antal kilokalorier per dygn, så kallad kalori restriktion, är det möjligt att förlora 5 – 7 % av den ursprungliga vikten under 6 månader. För att patienten skall bibehålla sin kostregim, det vill säga den restriktiva kilokalorimängden, bör patienten undervisas i och arbeta med kontrollstrategier. Det innebär metoder för att klara av frestande matsituationer (Harvey-Berino, West, Bokowski, Prewitt, Van Biervliet, Ashikaga & Skelly, 2010).

Att låta patienten självregistrera sitt näringsintag samt undervisa patienten i näringslära, utbilda i hur en innehållsförteckning skall läsas och ge tillgång till en förteckning över

kaloriinnehåll i olika livsmedel, kan leda till en viktminskning på i genomsnitt 10,7 % under en 12-månadersperiod, trots avsaknad av kalori restriktioner (Kong et al., 2012).

För patienter med uttalad fetma, BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>, kan det vara motiverat med Very Low Calorie Diet (VLCD) i flytande form, för snabb viktminskning under kort tidsperiod. VLCD innebär att patienten under 12 veckor endast intar 800 kilokalorier per dygn i form av måltidsersättning. Denna diet kan leda till en viktminskning på 8,98 % av ursprungsvikten. Lägre kaloriintag ger ingen signifikant skillnad i vikt nedgång. Ett så pass lågt energiintag som 800 kilokalorier per dygn har inte visat sig ha några negativa effekter på hälsan, dock ses förbättringar i vitala hälsoparametrar under 12-veckorsperioden (Lin, Wu, Chu & Chang, 2009).

Ett stort problem hos många överviktiga och feta individer är svårigheten att kontrollera portionsstorlekarna; att veta hur stor en lämplig portion bör vara. Undervisning och hjälpmedel, exempelvis tallrik anpassad efter tallriksmodellen och mätskedar, hjälper patienter att lära sig hantera portionsstorlekar och således gå ned i vikt. Genom att lära sig kontrollera portionsstorleken kan patienten nå en vikt nedgång på ca 3 kg under 20 veckor (Faucher & Mobley, 2010).

Förändring i livsstil kan ske genom små modifikationer. Ett program med enkla tips om hur patienten kan göra mer hälsosamma kostval och på så vis minska kaloriintaget med 100 kcal har visat sig vara lätt för patienten att implementera i sin vardag. Med tillgång till denna typ av tips och råd har det visat sig att individer minskar sitt dagliga kaloriintag med i genomsnitt 300 kcal per dygn, utan större ansträngning. Tipsen var av karaktären ”lämna tre till fyra tuggor på tallriken” och liknande (Stroebele, de Castro, Stuht, Catenacci, Wyatt & Hill, 2008). Det är bevisat att individer som hoppar över måltider, ofta äter ute eller äter snabbmat frekvent tenderar att minska mindre i vikt än de som inte gör så (Kong et al., 2012).

## **FYSISK AKTIVITET**

Patienter som tidigare levt ett mindre fysiskt aktivt liv och som börjar motionera på måttlig nivå minst 30 minuter 3 dagar per vecka har visat sig ha hjälp av detta i sin vikt reduktion. Att få stöd i arbetet med att befästa nya motionsvanor genom utbildning och coaching, av exempelvis sjuksköterska, har en positiv inverkan på motionsvanorna i det långa loppet. Patienter som genomgått en livsstilsförändring med fokus på både kost och motion och med utbildning kring strategier kring dessa, tycks ha större chans att bibehålla och till och med öka sina goda motionsvanor på längre sikt (Arrebola et al., 2011). En livsstilsförändring som inkluderar såväl kost- som motionsförändringar ger större viktminskning än en livsstilsförändring med fokus enbart på kost (Kong et al., 2012). Att ge patienten tips och råd kring fysisk aktivitet, exempelvis att ta trappan istället för hissen (Stroebele et al., 2008), har positiva konsekvenser vid vikt nedgång (Chambliss et al., 2011; Dale et al., 2009; van Wier et al., 2011).

## **STÖD OCH UNDERVISNING**

Flera studier pekar på att undervisning och stödaktiviteter i grupp är av positiv karaktär för en livsstilsförändring eller vikt nedgång (Arrebola et al., 2011; Shuger et al., 2011; Faucher & Mobley, 2010; Harvey-Berino et al., 2010). Sessioner i grupp, ledda av exempelvis en sjuksköterska, har visat sig ha god effekt gällande en hållbar ökning av fysisk aktivitet under en längre period, vilket i sig förstärker chanserna att patienten håller sig viktstabil eller fortsätter att gå ned i vikt efter den initiala vikt reduktionsfasen. Att träffas varannan vecka under 6 månader och utbilda deltagarna inom näringslära och träningslära är effektivt, dessutom ger det psykosocialt stöd via gruppledaren och de andra gruppdeltagarna. Genom att

kombinera träffar i grupp med tydliga riktlinjer kring fysisk aktivitet och kost, är det möjligt att uppnå en viktreduktion på minst 5 % av kroppsvikten, under en 6-månadersperiod (Arrebola et al., 2011). Att kombinera gruppundervisning med praktiska och pedagogiska aktiviteter, såsom matlagning, ger deltagarna möjlighet att lära känna och stötta varandra i livsstilsförändringen, vilket har visat sig ge en mer signifikant viktninskning (Faucher & Mobley, 2010).

Störst upplevelse av stöd hos patienterna ger regelbundna, personliga möten med vårdpersonal. I jämförelse med andra typer av stöd, såsom internet och telefon, leder personliga möten till en större viktneđgång (Harvey-Berino et al., 2010). En studie som jämförde resultaten mellan internetbaserat stöd och stöd via telefon, visar att dessa två medier ej uppvisar signifikanta skillnader (van Wier et al., 2011). Personliga möten ger således de största resultaten men då hinder förekommer kan internet eller telefon fungera som ett substitut, med fortsatt goda resultat (Harvey-Berino et al., 2010).

Patienter uppger att enskilda möten med sjuksköterska, vid vilka de vägs och blir uppmuntrade i sitt egenarbete, är givande. Individer som sliter med sin övervikt uppger att de gärna går regelbundet under flera år på denna typ av kontroller hos sjuksköterska för att behålla sin motivation och hålla sig viktstabla (Dale et al., 2009).

## HJÄLPMEDEL VID VIKTREDUKTION

Det är bevisat att patienter som väger sig regelbundet och för matdagbok, det vill säga registrerar alla kcal de konsumerar, går ned mer i vikt än de patienter som inte registrerar sin kost (Kong et al., 2012).

Det finns ett flertal hjälpmedel för att underlätta egenregistrering av kost- och motionsvanor. Ett hjälpmedel för att räkna ut kaloriintag och -förbrukning är en så kallad SenseWear (SW), en liten apparat som fästs på överarmen och med hjälp av värme- och rörelsedetektion registrerar all fysisk aktivitet 24 timmar om dygnet. Patienten registrerar sitt energiintag via en webbplats och vid sammankoppling av SW och webbplatsen räknas energibalans ut. Ett armband med en display som visar kontinuerlig energiförbrukning går att koppla till SW. Patienter som använder sig av armbandet visar en signifikant större viktneđgång än de som enbart använder SW (Shuger et al., 2011).

Stegräknare är effektivt för att öka antalet steg och således öka energiförbrukningen (Harvey – Berino et al., 2010; Stroebele et al., 2008). Enbart stegräknare utan vidare instruktioner ger ingen effekt på ökad fysisk aktivitet (Nanchahal, Townsend, Letley, Haslam, Wellings & Haines, 2009). Då patienten använder en stegräknare i kombination med tydliga riktlinjer, antingen i form av ett målantals steg eller en önskvärd ökning sett från normalmängd steg, har detta god effekt på ökad aktivitetsnivå (Harvey – Berino et al., 2010; Stroebele et al., 2008).

Som tidigare nämnt är redskap i form av mätinstrument för portionskontroll ett effektivt hjälpmedel för patienter som behöver kontrollera storleken på portioner (Faucher & Mobley, 2010).

## DISKUSSION

### METODDISKUSSION

Denna uppsats är en litteraturöversikt med kvantitativa artiklar. Fördeklarar med att enbart ha granskat kvantitativa data har varit att uppsatsens syfte kunnat besvaras, då de metoder som redovisats i artiklarna har lett till viktning. Då alla artiklar innehållit samma typ av data har en röd tråd varit tydlig genom analysprocessen. I valet att utesluta artiklar med kvalitativa data har patientperspektivet av studerade metoder fallit bort. Att förändra sin livsstil innebär en beteendeförändring och psykologiska aspekter är av vikt för en lyckad sådan. Berglund (2010) hävdar att patientundervisning har som mål att åstadkomma en beteendeförändring. För att en sådan skall komma till stånd krävs enligt Berglund (2010) lärande på en existentiell nivå där *acceptans* och *jaget* är två nyckelord. Kvantitativa data redovisar ej dessa livsvärldsperspektiv, vilket gör att denna uppsats metod begränsar resultatet. Å andra sidan var valet av enbart kvantitativa artiklar avgränsande, vilket har gjort mängden data mer överskådlig. Ytterligare en möjlig nackdel med urvalet upptäcktes: det stora antalet artiklar med utgångspunkt i fetmarelaterad sjukdom väckte frågan hos författarna kring huruvida uppsatsens syfte borde breddats till att inkludera denna aspekt. Då följsjukdomar av fetma är ett utbredd problem kan viktiga aspekter av arbetet med överviktiga eller feta patienter ha fallit bort i och med detta val. Dock är sjuksköterskans ansvarsområde att främja hälsa, vilket styrker valet att fokusera på den i övrigt friska men överviktiga eller feta patienten, som ännu inte drabbats av följsjukdomar. Detta exklusionskriterium kan dock ha påverkat resultatet.

Under litteratursökningen framkom två artiklar som ej gick att tillgå i fulltext utan kostnad. Dessa valdes bort trots att de, efter genomläsning av abstract, verkade intressanta i relation till syftet. Detta val kan ha påverkat resultatet.

Sökningarna utfördes i de tre databaserna Cinahl, Scopus och PubMed. Alla tre databaser inkluderades trots att Cinahl är den som till störst del innehåller artiklar inom omvårdnadsvetenskap. Detta kan ha varit en av anledningarna till den stora förekomsten av artiklar som behandlar sjukdomar, då Scopus och PubMed har en mer medicinsk inriktning. Fördelen med valet att söka igenom alla databaser var att det resultat som framkommit är väl underbyggt i litteraturen.

De studier som slutligen inkluderades i uppsatsen har olika vetenskaplig evidenskraft. Ett flertal studier är pilotstudier och vissa har en relativt liten urvalsgrupp, vilket gör att deras generaliserbarhet kan ifrågasättas. Dock togs beslutet att i de fall resultaten pekar på en tillfredsställande viktning hos deltagarna, var studierna värda att inkludera i resultatet. Urvalet av deltagare i studierna är något ojämnt med tanke på könsfördelning. Största andelen deltagare, alla studier sammantaget, är kvinnor och detta skulle kunna påverka resultatens generaliserbarhet med tanke på att kroppssammansättning mellan könen skiljer sig åt (Andersson & Göransson, 2006). Dock anser författarna, med tanke på människans fysiologi gällande energiomsättning (Skolin, 2010), att det går att applicera de undersökta metoderna på en större population av överviktiga eller feta människor trots könsskillnader och små urvalsgrupper.

Granskningen av artiklarna gjordes med hjälp av ett granskningsprotokoll som skapades enligt Willman et al. (2011) mall. Granskningsprotokollet som exemplifierats i litteraturen modifierades efter eget behov. En fördel med granskningsprotokollet var att det på så vis skraddarsyddes för uppsatsens syfte. Nackdelen med protokollet var att dess tillförlitlighet gällande validitet och reliabilitet kan ifrågasättas. För att avgöra artiklarnas evidenskraft

användes ett poängsystem. Poängsättningen kan ha varit något generös då flertalet artiklar fått höga poäng, det vill säga stark beviskraft, trots att de är pilotstudier och/eller kvasiexperiment (Segesten, 2006b).

Under analysfasen framträdde teman som byggde grunden för uppsatsens resultat. Författarna anser att inga ytterligare teman stod att finna i det analyserade materialet. Detta beror på de avgränsningar som gjordes i sökningsprocessen.

## RESULTATDISKUSSION

Med utgångspunkt i uppsatsens resultat anser författarna att syftet är uppnått. I resultatet redovisas metoder som allmänsjuksköterskan med lätthet kan implementera i sitt arbete. Resultatet visar att val av kostregim är avgörande för huruvida patienten skall uppnå en viktnedgång eller ej.

### **Kost, hjälpmedel och motion**

Små förändringar där patienten med enkla medel lär sig reducera sitt energiintag med 100 kcal per dygn samt öka sin vardagsmotion, kan leda till viktnedgång. Sjuksköterskan kan ta fram broschyrer med tips och information, likt det material som använts av Stroebele et al. (2008). En ökad medvetenhet och kunskap kring sådana strategier kan leda till att patienten reducerar sitt energiintag med mer än 100 kcal per dygn (Stroebele et al., 2008). Dock går det att ifrågasätta den kliniska effekten av dessa tips, med tanke på kroppens energiomsättning (Andersson, Nilsson & Aschan-Åberg, 2006). Under förutsättning att patienten vid interventionens början är viktstabil (Andersson & Göransson, 2006), går det att minska dennes vikt genom en restriktion på enbart 100 kcal/dygn. Om patienten däremot fortfarande äter en ansevärd mängd kalorier över sin energiförbrukning och således fortfarande ökar i vikt vid interventionens början, kommer en minskning på 100 kcal endast att leda till en stabilisering av vikten, alternativt en långsammare viktuppgång, beroende på hur stort överskottet av energi är per dag. Med detta i åtanke dras slutsatsen att dessa tips bör följas åt av en noggrann uträkning av individens faktiska energiförbrukning och -intag. Tipsen kan vara av stor vikt gällande patientutbildning då de ökar patientens kunskap och medvetenhet kring energiinnehåll i kosten. Kong et al. (2012) visar att genom utbildning och information inom näringslära och kaloriräkning kan patienten utan tydliga kalori restriktioner minska sin vikt. Kong et al. (2012) visar således att utbildning är essentiellt för en hållbar viktreduktion. Genom kunskap om kaloriinnehåll får patienten verktyg för att fatta hälsosamma beslut rörande val av livsmedel. På så sätt kan patienten styra och ta kontroll över sitt kaloriintag utan restriktioner.

Arrebola et al. (2011) visar att en sänkning av energiintaget med 500 kcal/dygn under BMR leder till signifikant viktminskning. Denna modifikation utgår från individens personliga energibehov. Genom denna personcentrerade metod går det att säkerställa en viktminskning till följd av en uträknad negativ energibalans. Harvey-Berino (2010) redovisar dock att ett förutbestämt antal kalorier, oberoende av individens BMR, leder till en lika stor viktminskning. Dessa tillvägagångssätt har den gemensamma nämnaren att viktnedgång nås genom kalori restriktion. Resultatet redovisar ej någon signifikant skillnad mellan dessa två metoder, dock anser författarna att hänsyn bör tas till BMR då detta är en personcentrerad metod för viktnedgång.

Dale et al. (2009) visar att val av diet har mindre betydelse för viktnedgången, under förutsättning att patienten håller sig till den angivna dieten. SNR (2005) rekommenderar en kost baserad på 10-20 E% protein, 50-60 E% kolhydrater och 25-35 E% fett för en balanserad

och hälsosam diet för friska människor. Skillnaden mellan SNR (2005) rekommendationer och den kostregim som Arrebola et al. (2011) använt, är liten. Av detta dras slutsatsen att sjuksköterskan med fördel kan använda sig av SNR (2005) rekommendationer i kombination med kalorirestriktion baserad på BMR eller ett standardiserat antal kcal/dygn, som metod vid arbete med viktning. På detta sätt säkerställs att patienten i sin livsstilsförändring äter en balanserad och hälsosam diet.

Patienten kan använda hjälpmedel så som matdagbok, kaloritabeller (Kong et al, 2012) och SW (Shuger et al, 2011). Dessa hjälpmedel är olika utformade, dock har de det gemensamt att hjälpa patienten skapa och behålla kontroll över sitt energiintag. Genom att registrera sitt energiintag och val av livsmedel tydliggörs ätbeteenden. På det sättet kan en koppling skapas mellan de val patienten gör och den energi patienten får i sig. Att registrera det totala kostintaget hjälper patienten till kontroll och att sluta överkonsumera kalorier. På så sätt hjälper kostregistrering patienten att gå ned i vikt (Kong et al., 2012). I sin didaktiska modell talar Berglund (2011) om att medvetandegöra *jaget* för att kunna få till stånd ett verkligt lärande och beteendeförändring. Att förstå hur de val *jag* gör påverkar *min* vikt underlättar för patienten att aktivt göra hälsosammare val. På så vis kan denna typ av hjälpmedel vara en del i patientens process mot en hållbar viktning, där lärandet leder till en varaktig livsstilsförändring. Resultatet visar att sjuksköterskan skall bistå patienten med kunskap och stöd vid en livsstilsförändring, i slutänden är det dock patientens ansvar att genomföra förändringarna för att uppnå en sundare livsstil.

En ökning av fysisk aktivitet är till hjälp vid viktning. 30 minuter fysisk aktivitet på måttlig nivå tre gånger i veckan är ett minimum (Arrebola et al, 2011). YFA rekommenderar minst 30 minuter fysisk aktivitet, på måttlig nivå, dagligen för friska människor (FYSS, 2011). Av detta dras slutsatsen att överviktiga patienter som är fysiskt inaktiva bör rekommenderas att börja med 30 minuter fysisk aktivitet tre gånger i veckan för att successivt öka nivån tills de når rekommendationen för friska människor.

### Sjuksköterskans ansvar

ICN:s etiska kod för sjuksköterskor säger uttryckligen att sjuksköterskan skall sköta sin hälsa så att förmågan att ge vård ej äventyras (Svensk sjuksköterskeförening, 2008). Av detta dras slutsatsen att den sjuksköterska som väljer att involvera sig i arbetet med en livsstilsförändring för en överviktig eller fet patient bör ha en sund kroppsuppfattning och utstråla hälsa.

Författarnas antagande att allmänsjuksköterskan är kompetent nog att leda en överviktig patient genom en livsstilsförändring, bekräftas av uppsatsens resultat. Gruppundervisning i närings- och träningslära (Arrebola et al., 2011) i kombination med inslag av gemensamma sociala aktiviteter leder till signifikant viktning (Faucher & Mobley, 2010). Sjuksköterskans kompetens inom området är stor nog för att hon eller han självständigt skall kunna bidra till och stödja patienten vid en viktreducerande livsstilsförändring. Patientundervisning är en viktig del i sjuksköterskans arbete och kompetens (Socialstyrelsen, 2005). Övervikt och fetma bör ses som en kronisk sjukdom (Burke & Wang, 2011). Vid kronisk sjukdom består behandlingen till stor del av att utbilda patienten kring sjukdomen. Vid fetma och övervikt är utbildningens syfte att patienten skall nå en beteendeförändring som leder till viktminskning och förbättrad hälsa. Harvey - Berino et al. (2010) har visat att hantering av oönskade beteendemönster är av vikt vid en livsstilsförändring. För att uppnå en hållbar förändring, där den nya livsstilen blir en naturlig del av vardagen och inte en tillfällig bantningskur, krävs en beteendeförändring hos patienten. I sina slutsatser kring

patientundervisning pekar Berglund (2011) på att lärande på väg mot en beteendeförändring är en process, vilken kräver mycket arbete. Undervisning och stöd i grupp fungerar väl vid en livsstilsförändring (Arrebola et al, 2011; Shuger et al, 2011; Faucher & Mobley, 2010; Harvey-Berino, 2010). Att erbjuda patienter deltagande i sjuksköterskeledda viktminskningsgrupper, vilka träffas regelbundet för undervisning och invägning, kan öka patienternas motivation och förbättra resultaten.

Vid kroniska sjukdomar, exempelvis diabetes och hjärtsjukdom, finns ofta sjuksköterskemottagningar att tillgå, där sjuksköterskan ansvarar för utbildning, kontroller och planering av patientens vård. Liknande mottagningar för överviktiga personer som vill gå ner i vikt och förbättra sin hälsa, kan vara ett sätt för sjuksköterskan att arbeta. Författarna föreslår en jämförande studie på en sjuksköterskemottagning, där Berglunds (2011) didaktiska modell prövas i patientundervisning för en grupp överviktiga personer, ställt mot traditionell kost- och motionsinformation.

### **Sjuksköterskan och kampen om tiden – medias påverkan av patienten**

I dagens samhälle råder ett ideal där kroppen, oavsett manlig eller kvinnlig, förväntas vara slank eller vältränad. Författarna har under arbetets gång uppmärksammat och studerat vilka signaler media sänder ut till allmänheten och funderat över vilka konsekvenser dessa eventuellt kan ha för sjuksköterskans arbete med överviktiga eller feta patienter. En livsstilsförändring med viktreduktion som mål, bör vara av långsiktig karaktär och således få ta den tid i beaktande som krävs för att uppnå målet. En snabb viktminskning tycks dock enligt medias framställning vara det mest åtråvärda, vilket ej korrelerar väl med tillvägagångssättet för en varaktig livsstilsförändring. VLCD är en metod som åstadkommer en snabb viktnedgång med upp till 10 % av kroppsvikten inom tre månader (Lin et al, 2009). Att hastigt gå ned i vikt kan vara motiverande för patienten då denne snabbt ser effekten av sina ansträngningar. Syftet med viktnedgången är att förbättra personens hälsa, för att bibehålla den goda hälsan krävs att patienten håller sin nya vikt. För att nå en varaktig viktnedgång krävs psykosocialt stöd (Arrebola et al, 2011; Dale et al, 2009; Harvey – Berino, 2010). Av detta dras slutsatsen att VLCD kan initiera en livsstilsförändring med viktreduktion som mål, dock bör patienten erbjudas vidare undervisning och stöd gällande kalori restriktion och kostregistrering. Detta är ett område för vidare forskning, författarna föreslår en studie där det undersöks huruvida en VLCD-intervention kan öka motivationen för en livsstilsförändring hos feta patienter som sliter med att finna motivation.

### **Slutsats**

Kontroll över kaloriintag+ i kombination med ökad fysisk aktivitet är nyckeln för en tillfredsställande viktreduktion. För att detta ska lyckas krävs noggrann monitorering av energiintag och -utgifter, samt tydliga riktlinjer gällande mängd av dessa. En bestående viktnedgång och en varaktig livsstilsförändring handlar om att genom ökad kunskap ta kontrollen över sitt energiintag och att förstå kopplingen mellan kost- och aktivitetsrelaterade val och den egna vikten och hälsan. För att uppnå detta krävs stöd och undervisning av sjuksköterska.



## REFERENSLISTA

- Andersson, A. & Göranson, H. (2006). Energi och metabolism. I B. Abrahamsson, Andersson, Becker & Nilsson (red.). *Näringslära för högskolan*. Stockholm: Liber.
- Arrebola, E., Gómez-Candela, C., Fernández-Fernández, C., Loria, V., Muñoz-Pérez, E. & Bermejo, L. M. (2011). Evaluation of a Lifestyle Modification Program for Treatment of Overweight and Non morbid Obesity in Primary Health Care and Its Influence on Health-Related Quality of Life. *Nutrition in Clinical Practice*, 26(3), 316-321.
- Berglund, M. (2011). *Att ta rodret i sitt liv. Lärande utmaningar vid långvarig sjukdom*. Lund: Linnaeus University Press.
- Burke, E. L., & Wang, J. (2011). Treatment Strategies for Overweight and Obesity. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(4), 368-375.
- Chambliss, H. O., Huber, R. C., Finley, C. E., McDoniel, S. O., Kitzman-Ulrich, H. & Wilkinson, W. J. (2011). Computerized self-monitoring and technology-assisted feedback for weight loss with and without and enhanced behavioral component. *Patient Education and Counseling*, 85(2011), 375-382.
- Dale, S.K., McAuley, K.A., Taylor, R.W., Chisholm, A.W., & Mann, J.I. (2009). Determining Optimal approaches for weight maintenance: a randomized controlled trial. *CMAJ (Canadian Medical Association Journal)*, 180(10), E39-E46.
- Dahlman, I. (2007). Gen-vägar till fetma. I.B. Lindroos & Rössner (red.). *Fetma; Från gen- till samhällspåverkan*. Lund: Studentlitteratur.
- DePoy, E. & Gitlin LN. (1999) *Forskning; en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Edlund, K. & Zethelius, B. (2009). Introduktion. I.B. Edlund & Zethelius. (red.). *Fetma; medicinsk behandling och kognitiv beteendeterapi*. Lund: Studentlitteratur.
- Eklund, A. (2004). *Om kroppens omsättning av kolhydrater, fett och alkohol*. Lund: Studentlitteratur.
- Elfhag, K. (2007). Sociala och psykologiska aspekter. I B. Lindroos & Rössner (red.). *Fetma; Från gen- till samhällspåverkan*. Lund: Studentlitteratur.
- Fagerberg, B. (2007). Kardiovaskulär sjukdom. I B. Sandroos & Rössner (red.). *Fetma; Från gen- till samhällspåverkan*. Lund: Studentlitteratur.
- FASS. (2012). *Orlistat STADA; Farmakokinetik*. Hämtad 2013-02-04 från [http://www.fass.se/LIF/produktfakta/artikel\\_produkt.jsp?NpIID=20090723000047&DocTypeID=3&UserTypeID=0](http://www.fass.se/LIF/produktfakta/artikel_produkt.jsp?NpIID=20090723000047&DocTypeID=3&UserTypeID=0)
- Faucher, M A. & Mobley, J. (2010). A community intervention on portion control aimed at weight loss in low-income Mexican American women. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55(1), 60-64.

Friberg, F. (2006). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I B. Friberg (red.). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

FYSS. (2011). *Rekommendationer om fysisk aktivitet för vuxna*. Hämtat 2013-03-11 från <http://www.fyss.se/rekommendationer-for-fysisk-aktivitet/>

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

Guldstrand, M. (2009). Orsaker till fetma: Genetik, patofysiologi och miljö. I.B. Edlund & Zethelius. (red.). *Fetma; medicinsk behandling och kognitiv beteendeterapi*. Lund: Studentlitteratur.

Harvey-Berino, J., West, D., Bokowski, R., Prewitt, E., VanBiervliet, A., Ashikaga, T., & Skelly, J. (2010). Internet delivered behavioral obesity treatment. *Preventive Medicine*, 51(2010), 123-128.

Håglin, L., Becker, W., Andersson, A. & Hagren, B. (2006). Kost och hälsa i Sverige och världen. I B. Abrahamsson, Andersson, Becker & Nilsson. (red.). *Näringslära för högskolan*. Stockholm: Liber.

Johansson, U. (2007) *Näring och hälsa*. Lund: Studentlitteratur.

Karolinska Institutet. (1998). *Svensk MeSH - MeSH sökverktyg*. Hämtad 2013-01-17, från [http://mesh.kib.ki.se/swemesh/swemesh\\_se.cfm](http://mesh.kib.ki.se/swemesh/swemesh_se.cfm)

Kong, A., Beresford, S. A. A., Alfano, C. M., Foster-Shubert, K. E., Neuhouser, M. L., Johnson, D. B., Duggan, C., Wang, C-Y., Xiao, L., Jeffery, R. W., Bain, C. E. & McTiernan, A. (2012). Self-Monitoring and Eating-Related Behaviors Are Associated with 12-Month Weight Loss in Postmenopausal Overweight-to-Obese Women. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 112(9), 1428-1434.

Larsson, I. (2007). Energibalans. I B. Sandroos & Rössner (red.). *Fetma: Från gen- till samhällspåverkan*. Lund: Studentlitteratur.

Lin, Y. W., Wu C. H., Chu, F. N. & Chang, J. C. (2009). Efficacy and safety of very-low-calorie diet in Taiwanese: A multicenter randomized, controlled trial. *Nutrition*, 25(2009), 1129-1136.

Lindwall, L. (2012) Kroppen. I B. Wiklund-Gustin & Bergbom (red. ). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Linné, Y. (2007). Graviditet och viktutveckling. I B. Sandroos & Rössner (red.). *Fetma: Från gen- till samhällspåverkan*. Lund: Studentlitteratur.

Livsmedelsverket, (2012). *Svenska näringsrekommendationer*. Hämtad 2013-01-25, från <http://www.slv.se/sv/grupp1/Mat-och-naring/Svenska-narings-rekommendationer/>

- Livsmedelsverket, (2005). *Svenska näringsrekommendationer*. Hämtad 2013-01-25, från [http://www.slv.se/upload/dokument/mat/rad\\_rek/SNR2005.pdf](http://www.slv.se/upload/dokument/mat/rad_rek/SNR2005.pdf)
- Livsmedelsverket, (2013). *Kalorier, kilojoule och energiprocent - hur räknar man?* Hämtad 2013-03-04, från <http://www.slv.se/sv/grupp1/Mat-och-naring/Svenska-narings-rekommendationer/Kalorier-kilojoule-och-energiprocent--hur-raknar-man/>
- Lunner, K. (2009). Fetma och depression. I.B. Edlund & Zethelius (red.). *Fetma; medicinsk behandling och kognitiv beteendeterapi*. Lund: Studentlitteratur.
- Lönnqvist, F. (2007). Fettceller, fettväv och kroppsammansättning. I.B. Lindroos & Rössner (red.). *Fetma; Från gen- till samhällspåverkan*. Lund: Studentlitteratur.
- Mårild, F., Neovius, M. & Rasmussen, F. (2007). Epidemiologi, barn och vuxna. I.B. Lindroos & Rössner (red.). *Fetma; Från gen- till samhällspåverkan*. Lund: Studentlitteratur.
- Nanchahal, K., Townsend, J., Letley, L., Haslam, D., Wellings, K., & Haines, A. (2009). Weight-management interventions in primary care: a pilot randomised controlled trial. *British Journal of General Practice*, 2009 (May), e157-e166.
- Nilsson, PM. & Attvall, S. (2007). Typ 2-diabetes. I.B. Lindroos & Rössner (red.). *Fetma; Från gen- till samhällspåverkan*. Lund: Studentlitteratur.
- Nilsson, PM. & Zethelius, B. (2007). Det metabola syndromet. I B. Sandroos & Rössner (red.). *Fetma; Från gen- till samhällspåverkan*. Lund: Studentlitteratur.
- Näslund, E. & Granström, L. (2007). Kirurgisk behandling. I B. Sandroos & Rössner (red.). *Fetma; Från gen- till samhällspåverkan*. Lund: Studentlitteratur.
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.
- Patel, R. & Davidson, B. (2011) *Forskningsmetodikens grunder: Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.
- Rössner, S. (2007a). Skelett och leder. I B. Sandroos & Rössner (red.). *Fetma; Från gen- till samhällspåverkan*. Lund: Studentlitteratur.
- Rössner, S. (2007b). Hud och fetma. I B. Sandroos & Rössner (red.). *Fetma; Från gen- till samhällspåverkan*. Lund: Studentlitteratur.
- Rössner, S. (2007c). Läkemedel mot fetma – behandlingsmöjligheter idag. I B. Sandroos & Rössner (red.). *Fetma; Från gen- till samhällspåverkan*. Lund: Studentlitteratur.
- SBU. (2012). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: en handbok*. Hämtad 2013-02-19 från <http://www.sbu.se/upload/ebm/metodbok/SBUHandbok.pdf>
- SCB. (2012). *Vi växer på bredden*. Hämtad 2013-03-12 från [http://www.scb.se/Pages/Article\\_\\_\\_340901.aspx](http://www.scb.se/Pages/Article___340901.aspx)
- Segesten, K. (2006a). Användbara texter. I B. Friberg (red.). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Segesten, K. (2006b). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvantitativ forskning. I B. Friberg (red.). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Shuger, L.S., Barry, W.V., Sui, X., McClain, A., Hand, A.G., Wilcox, S., Meriwether, A.R., Hardin, W.J., & Blair, N.S. (2011). Electronic feedback in a diet- and physical activity-based lifestyle intervention for weight loss: a randomized controlled trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8(41), doi: 10.1186/1479-5868-8-41

Sjöström, L., Narbro, K., Sjöström, C.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.M.S. (2007). Effects of Bariatric Surgery on Mortality in Swedish Obese Subjects. *The New England Journal of Medicine*, 357(8), 741-752.

Skolin, I. (2010). Näringslära. *Näringslära för sjuksköterskor; teori och praktik*. Stockholm: Nordsteds.

Skärsäter, I. (2009). Psykisk ohälsa. I B. Edberg & Wijk (red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2013-02-01 från [http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf)

Stroebele, N., de Castro, J.M., Stuhrt, J., Catenacci, V., Wyatt, H.R., & Hill, J.O. (2008). A Small-Changes Approach Reduces Energy Intake in Free Living Humans. *Journal of the American Collage of Nutrition*, 28(1), 63-68.

Svensk sjuksköterskeförening. (2008). *ICN:s Etiska kod för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2013-03-21 från [www.swenurse.se/pagefiles/2582/ssf%20etisk%20kod%20t%20webb2.pdf](http://www.swenurse.se/pagefiles/2582/ssf%20etisk%20kod%20t%20webb2.pdf)

Swift, J. A., Hanlon, S., El-Redy, L., Puhl, R. M., & Glazebrook, C. (2012). Weight bias among UK trainee dietitians, doctors, nurses and nutritionists. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 2012 Nov 21. doi: 10.1111/jhn.12019.

Torgerson, J. (2007). Lever och galla. I B. Sandroos & Rössner (red.). *Fetma: Från gen- till samhällspåverkan*. Lund: Studentlitteratur.

van Steenkiste, B., Knevel F. M., van den Akker, M., & Metsemakers F.M.J. (2010). Increased attendance rate: BMI matters, lifestyle don't. Results from the Dutch SMILE study. *Family Practice*, 2010(27), 632-637.

Van Wier, M. F., Dekkers, C., Hendriksen I. J. M., Heymans M. W., Ariëns, G. A. M., Pronk, N. P., Smid, T. & van Mechelen, W. (2011). Effectiveness of Phone and E-mail Lifestyle Counseling for Long Term Weight Control Among Overweight Employees. *JOEM*, 53(6), 680-686.

Willman, A. (2009). Hälsa och välbefinnande. I.B. A-K. Hedberg & H. Wijk (red.). *Omvårdnadens grunder – Hälsa och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur

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

Östlundh, L. (2006). Informationssökning. I B. Friberg (red.). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

### ARTIKELPRESENTATION

Artikelpresentationen är gjord enligt Segesten (2006b) förslag till arbetsblad för registrering av vetenskapliga artiklar.

1.

**Författare:** Mary Ann Faucher & Julie Mobley

**Tidsskrift:** Journal of Midwifery & Women's Health

**Titel:** *A community intervention on portion control aimed at weight loss in low-income Mexican American women*

**Frågeställning:** Att utvärdera viktnedgång till följd av undervisning i kontroll av portionsstorlek.

**Metod:** Studietiden var 20 veckor. Kontrollgruppen fick ett första undervisningstillfälle med studieledaren om portionskontroll. Interventionsgruppen fick 4st 2-timmarslektioner med undervisning om portionskontroll och sociala pedagogiska aktiviteter där de också gavs tillfälle att ge varandra stöd.

**Urval:** Överviktiga kvinnor, BMI < 25kg/m<sup>2</sup>, rekryterades från en vårdcentral, de randomiserades till 2 grupper. En interventionsgrupp och en kontrollgrupp.

**Instrument:** Alla vägdes, på balansvåg, vid tillfälle ett samt vid en gemensam avslutning efter 22 veckor.

**Resultat:** Deltagarna i interventionsgruppen gick ner mer i vikt, genomsnitt 6,6 pounds (2,94 kg) än deltagarna i kontrollgruppen, genomsnitt 2,8 pounds (1,26 kg).

**Slutsatser:** Portionskontroll ger en signifikant viktnedgång på kort tid. Detta är dock bara en pilotstudie och vidare studier bör göras byggt på resultatet som framkommit här för att generalisera resultatet.

**Typ av evidens:** Kvasi-experiment

**Evidenskraft:** Medel

2.

**Författare:** Kelly S. Dale, Kirsten A. McAuley, Rachael W. Taylor, Alexandra W. Chisholm & Jim I. Mann.

**Tidsskrift:** CMAJ (Canadian Medical Association Journal)

**Titel:** *Determining Optimal approaches for weight maintenance: a randomized controlled trial.*

**Frågeställning:** Studien syftar till att jämföra 2 olika dieters effektivitet på viktnedgång, samt att kontrollera om sjuksköterskor kan genomföra viktnedgångsbehandling med dessa dieter lika bra som specialister inom kost och motion.

**Metod:** De två dieter som jämförs skiljer sig i makronutrient, den ena dieten är mer kolhydrat- och fiberrik och den andra är mer fett- och proteinrik. Alla studiedeltagare fick ett första individuellt möte där de tilldelades kost- och motions-råd av specialister relaterade till den dietgrupp de randomiserats till. Sjuksköterskegrupperna träffar sjuksköterska för vägning var annan vecka och får telefonsamtal av samma sjuksköterska övriga veckor. Grupperna som går hos kost-/träningsspecialist träffar dietist och personlig tränare 1gång/månad för 35 minuters personlig konsultation. Studien pågick i två år.

**Urval:** 200 kvinnor valdes ut av 554 som anmält sitt intresse att delta i studien via en annons i en dagstidning. De randomiseras till 4 grupper, en till sjuksköterska med kolhydrat-/fiberrik kost, en till sjuksköterska med fett-/proteinrik kost, en till kost-/träningsspecialist med kolhydrat-/fiberrik kost och en till kost-/träningsspecialist fett-/proteinrik kost.

**Instrument:** Vikt, midjeomfång och BMI är de främsta mätvärdena för resultatet. Alla

parametrar mättes under standardiserade former, med samma våg och måttband vid alla tillfällen.

**Resultat:** De 4 grupperna redovisar likvärdiga resultat. Det redovisas inga signifikanta skillnader i viktnedgång, viktstabilisering, midjeomfång och BMI-förändringar. Den genomsnittliga viktnedgången var cirka 2 kg i alla grupper.

**Slutsatser:** Sjuksköterskor är en yrkesgrupp som har kompetensen att ge det stöd som krävs för att genomföra en lyckad viktnedgång/stabilisering. Om sjuksköterskor tillåts göra detta sker det dessutom till en mycket lägre kostnad än om enbart specialister sköter det. Ett program där patienten undervisas om kost och får regelbundna möten med sjuksköterska för vägning och uppmuntran leder till viktnedgång eller viktstabilisering.

**Typ av evidens:** RTC

**Evidenskraft:** Hög

3.

**Författare:** Jean Harvey-Berino, Delia West, Rebecca Bokowski, Elaine Prewitt, Alan Van Biervliet, Takamara Ashikaga & Joan Skelly.

**Tidsskrift:** Preventive Medicine

**Titel:** *Internet delivered behavioral obesity treatment*

**Frågeställning:** Går det att uppnå samma procent av viktminskning med ett viktminskningsprogram helt utan eller med mindre verkliga möten, ersatta helt eller delvis, av internetbaserade möten?

**Metod:** Samma viktminskningsprogram som består av undervisning och uppgifter gällande kalori restriktion, träningskontroll via stegräknare och kontrollstrategier för att hantera svåra mat- och träningsituationer utförs i olika miljö.

1. Verkliga möten. Studiedeltagarna träffas gruppvis med studieledare 1 gång/veckan.

2. Helt via internet i slutet chatrum. Studiedeltagarna träffas gruppvis med studieledare 1 gång/veckan.

3. En hybrid av 1 och 2 där ett verkligt möte i månaden ersätts med ett via internet i slutet chatrum.

Grupperna bestod av 15-20 deltagare. Varje träff hade ett tema som genomarbetades, med samma material distribuerat via internet, som i gruppen/grupperna som träffades personligen. Studien pågick under 6 månader.

**Urval:** 481st överviktiga, BMI 25-50 kg/m<sup>2</sup>, deltagare rekryterades via två hälsokliniker.

Deltagarna randomiserades till de tre olika metoderna i grupper om 15-20 stycken.

**Instrument:** De parametrar som kontrollerades var vikt med hjälp av våg. Längd togs med en väggfast stadiometer för att beräkna BMI som kg/m<sup>2</sup>. Grad av socialt stöd mättes med hjälp av evidensbaserade beprövade självskattningsinstrument.

**Resultat:** Deltagarna i gruppen med personliga möten var de som redovisade bäst resultat vid studiens avslutande med genomsnittlig viktnedgång på 8,0 kg. 56 % av gruppens deltagare förlorade >7% av sin kroppsvikt. Internet och hybridgruppen redovisade liknande resultat som även de var goda med >50% deltagare som gick ner >5% av sin kroppsvikt. Deltagarna som träffades i personliga gruppmöten redovisade högst poäng av socialt stöd.

**Slutsatser:** Personliga möten är det som ger bäst resultat båda vad gäller viktnedgång och upplevelse av socialt stöd. Men i de fall hinder förekommer för att ses personligen, ekonomiska eller geografiska, går det att ersätta med internetbaserat stöd och nå goda resultat. En viktnedgång på 5 % eller mer har bevista stora hälsovinster med minskad risk att drabbas av kronisk sjukdom.

**Typ av evidens:** RCT

**Evidenskraft:** Hög

4.

**Författare:** Nanette Stroebele, John M. de Castro, Jennifer Stuhrt, Vicki Catencci, Holly R. Wyatt & James O. Hill

**Tidsskrift:** Journal of the American Collage of Nutrition

**Titel:** *A Small-Changes Approach Reduces Energy Intake in Free. Living Humans*

**Frågeställning:** Utvärdering av korttidseffekterna av programmet "America On the Move" (AOM). Ett program som ger 100 tips om hur det är möjligt att minska sitt kaloriintag med 100 kalorier/dag samt tips om hur det är möjligt att steg för steg få en mer aktiv livsstil.

**Metod:** Med hjälp av stegräknare jämfördes vecka 1, där studiedeltagarna uppmanades leva som vanligt med vecka 2 så de uppmanades öka antalet steg med 500 steg/dag utöver uppmätt basvärde under vecka 1. På samma sätt jämfördes kostintag med hjälp av kostregistrering vecka 1, då studiedeltagarna uppmanades leva som vanligt och vecka två då studiedeltagarna fick 100 tips om hur de kunde minska sitt kaloriintag med 100 kalorier/dag.

Studien har gjorts under två veckor.

**Urval:** 116 överviktiga, BMI 25-36 kg/m<sup>2</sup>, i övrigt friska deltagare rekryterades med hjälp av e-postutskick via University of Colorado at Denver at Health Sciences Centers server.

**Instrument:** Stegräknare och kostregistrering.

**Resultat:** Resultaten var positiva med en genomsnittlig ökning av 1454steg/dag och genomsnittlig kaloriminskning på 300 kalorier/dag.

**Slutsatser:** Små livsstilsförändrande steg fungerar och ger resultat i det långa loppet. De kostråd som delgivits studiedeltagarna var genomförbara, lättbegripliga och lätta att ta till sig. Att uppmana folk till denna typ av livsstilsförändringar kan bidra till viktstabilitet och i längden eventuell viktreducering. Tipsen är lättillgängliga via AOM's hemsida.

**Typ av evidens:** kvasi-experiment.

**Evidenskraft:** Medel

5.

**Författare:** Kiran Nanchahal, Joy Townsend, Louise Letley, David Haslam, Kaye Wellings & Andy Haines

**Tidsskrift:** British Journal of General Practice

**Titel:** *Weight-management interventions in primary care: a pilot randomized controlled trial*

**Frågeställning:** Syftet med studien är att ta fram en metod för behandling av överviktiga/feta patienter i primärvården.

**Metod:** För att undersöka detta jämförs 2 olika datorprogram som sjuksköterskan kan jobba enligt. Det ena framtaget av "National obesity forum", en standardvårdplan med livsstilsråd och det andra framtaget av allmänläkare och dietister som bygger på strukturerad diskussion med patienten. Även effekten av att använda stegräknare i kombination med dessa program undersöks.

En pilotstudie på 12 veckor för att skapa underlag till en större RCT i framtiden.

**Urval:** 122 överviktiga, BMI >27 kg/m<sup>2</sup>, studiedeltagare rekryterades via 9 olika vårdcentraler.

**Instrument:** Antal steg som mäts med stegräknare och vikt.

**Resultat:** Stegräknare ger ingen signifikant viktreduktion. Strukturerad diskussion med sjuksköterskan gav signifikant större viktreduktion, i genomsnitt 4 kg på 12 veckor, jämfört med standardvårdplanen med en genomsnittlig viktreduktion på 1,2 kg på 12 veckor.

**Slutsatser:** Ett program med strukturerad diskussion som är personlig är möjligt och effektivt att använda i primärvården. Stegräknare ger ingen effekt utan instruktion om hur den ska användas.

**Typ av evidens:** RCT, pilot-studie

**Evidenskraft:** Medel



6.

**Författare:** E. Arrebola, C. Gomez-Candela, C. Fernández-Fernández, V. Loria, E. Muñoz-Pérez & L. M Bermejo.

**Tidsskrift:** Nutrition in Clinical Practice

**Titel:** Evaluation of a Lifestyle Modification Program for Treatment of Overweight and Non morbid Obesity in Primary Healthcare and Its Influence on Health-Related Quality of Life.

**Frågeställning:** Att undersöka effekterna på hälsorelaterad livskvalitet hos överviktiga och obesa människor, genom användning av ett livsstilsmodifikationsprogram.

**Metod:** Studien pågick under sex månader. Vid studiens början och slut mättes sociodemografiska data, livsstil, antropometriska data och näringsintag. Interventionen syftade till att minska deltagarnas energiintag med 500 kcal/dygn samt uppmana dem att motionera med måttlig intensitet 30 minuter minst 3 dagar per vecka. Deltagarna erbjöds att närvara vid totalt 11 utbildningstillfällen, ett varannan vecka, där de undervisades i kost och motion samt fick psykosocialt stöd. Dessa utbildningstillfällen leddes av en läkare, sjuksköterska eller dietist.

**Urval:** 60 patienter, 18-50 år, rekryterades från en vårdcentral i Madrid. Gravida, ammande, personer som var engagerade i någon diet, var psykiskt sjuka, rökare eller hade åtstörningar exkluderades från studien.

**Instrument:** Deltagarnas vikt, BMI och midjemått mättes. Kroppsprocent fett mättes med hjälp av en bioelektrisk impedansväg.

**Resultat:** De deltagare som slutförde studien visade en signifikant viktnedgång, minskning av BMI, midjemått och kroppsprocent fett. Viktnedgången var högre än vad som förväntats vid baseline. Deltagarna hade minskat sitt energiintag och förändrat förhållandet mellan makronutrientier i sin kostregim. Flertalet deltagare hade ökat sin fysiska aktivitet till mer än tre dagar per vecka. Deltagarna visade sig uppleva förbättrad hälsorelaterad livskvalitet efter studiens avslut.

**Slutsatser:** Patientutbildning inom kost och motion är effektivt för viktnedgång och upplevelse av förbättrad livskvalitet.

**Typ av evidens:** Kvasi-experiment

**Evidenskraft:** Hög

7.

**Författare:** Angela Kong, Shirley A.A. Beresford, Catherine M. Alfano, Karen E. Foster-Schubert, Marian L. Neuhouser, Donna B. Johnson, Catherine Duggan, Ching-Yun Wang, Liren Xiao, Robert W. Jeffrey, Carolyn E. Bain, Anne McTiernan.

**Tidsskrift:** Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics

**Titel:** Self-Monitoring and Eating-Related Behaviours Are Associated with 12-month Weight Loss in Postmenopausal Overweight-to-Obese Women.

**Frågeställning:** Att identifiera vilka beteenden, viktnedgångsstrategier och måltidsmönster som resulterade i viktnedgång, då deltagarna under ett års tid själva journalför dessa.

**Metod:** Detta är en uppföljande studie till "Nutrition and Exercise for Women". 143 kvinnor randomiserades till två interventionsgrupper, en som fokuserade enbart på kost och en som fokuserade på kost och motion. Studieperioden inleddes med två individuella möten med dietister och fortsatte med gruppmöten på veckobasis under sex månader, därefter glesades mötena ut till ett per månad men telefon- och e-mail kontakt användes däremellan. Mötena hölls separat för respektive grupp. Kvinnorna uppmanades att föra matdagbok under studietiden och utbildades i hur en innehållsförteckning skall läsas samt fick en förteckning över energiinnehåll i olika livsmedel. Kvinnorna fick inga restriktioner gällande kaloriintag men uppmanades att väga sig själva minst en gång i månaden under 12 månader.

**Urval:** Urvalsprocessen står beskriven i den studie som denna studie ämnar följa upp. Källa återfinns i denna studies referenslista.

**Instrument:** Utvärdering av resultat skedde med hjälp av frågeformulär där energiintag, self-monitoring behaviours [beteendemönster] och måltidsmönster mättes. Även ett formulär för att undersöka fysisk aktivitet, strategier för viktnedgång och osunda vanor användes.

Deltagarnas vikt mättes av personal vid studiens start och början.

**Resultat:** Under studietiden gick deltagarna ned 10,7 % + - 7,1 % av sin kroppsvikt. Gruppen som både kostregistrerade och motionerade gick ned något mer i vikt. De deltagare som svarade ja på frågan om de kostregistrerat under större delen av veckans alla dagar, gick ned mer i vikt än de som inte gjort så. Kvinnor som rapporterade att de hoppade över måltider, ofta åt lunch ute eller åt snabbmat minskade mindre i vikt.

**Slutsatser:** Att registrera sitt kostintag och sin motion har effekt vid viktnedgång, trots brist på strikta instruktioner kring näringsintag. Att äta oregelbundet och hoppa över måltider samt att äta lunch ute kan försvåra en viktnedgång.

**Typ av evidens:** RCT

**Evidenskraft:** Medel

8.

**Författare:** Wen Yuan Lin, Chih Hsing Wu & Nain Feng Chu, Chih Jen Chang.

**Tidsskrift:** Nutrition

**Titel:** Efficacy and safety of very-low-calorie diet in Taiwanese: A multicenter randomized, controlled trial.

**Frågeställning:** Att undersöka effekt och säkerhet vid två Very Low Calorie – dieter (VLCD) med olika kaloriinnehåll, hos överviktiga taiwaneser.

**Metod:** Deltagarna engagerades i en diet bestående av flytande måltidsersättning, en grupp om 450 kcal/dygn och den andra om 800 kcal/dygn. Studien varade i 12 veckor.

**Urval:** 164 patienter rekryterades från tre obesitaskliniker i Taiwan, bland dessa matchade 132 patienter kriterierna för att delta i studien. Deltagarna randomiserades till två grupper.

**Instrument:** Vid studiens början mättes deltagarnas vikt, hälsoparametrar, kroppsomfång och BMR. Detsamma gjordes vid avslutandet av studien.

**Resultat:** Båda grupperna gick ned i vikt på ett tillfredställande sätt. Skillnaden mellan den grupp som intog 450 kcal/dygn och den som intog 800 kcal/dygn var inte signifikant, vilket visar på att ett kaloriintag mindre än 800 kcal/dygn inte nödvändigtvis är att föredra vid VLCD. Jämfört med tidigare studier gick deltagarna ned mindre i vikt, vilket kan bero på olika ursprung. Deltagarna uppvisade inga hälsovådliga problem relaterade till lågt energiintag.

**Slutsatser:** VLCD, kan vara ett effektivt sätt för kraftigt överviktiga och obesa människor att minska mycket i vikt under kort tid och de kan göra så med bibehållen eller förbättrad hälsa.

**Typ av evidens:** RCT

**Evidenskraft:** Hög

9.

**Författare:** Heather O. Chambliss, Rachel C. Huber, Carrie E. Finley, Scott O. McDoniel, Heather Kitzman-Ulrich, William J. Wilkinson.

**Tidsskrift:** Patient Education and Counseling

**Titel:** Computerized self-monitoring and technology-assisted feedback for weight loss with and without an enhanced behavioral component.

**Frågeställning:** Att utveckla och utvärdera ett, med stöd av internet och personliga möten, viktminskningsprogram med eller utan hjälp av beteendeanalys.

**Metod:** Studien pågick i 12 veckor. Deltagare som föll inom ramen för inklusionskriterierna

randomiserades till tre olika grupper; en kontrollgrupp, en grupp där interventionen fokuserade på kost- och träningslära och egenregistrering, Basic, och en där fokus låg på kost- och träningslära, egenregistrering samt beteendeanalys, Enhanced. Deltagarna i Basic-gruppen träffade en hälsocoach och mottog individuella kost- och motionsråd samt utbildades i hur de skulle använda programvaran för egenregistrering, de deltog förutom detta vid ett en timme långt seminarium där det diskuterades strategier vid viktnedgång. Deltagarna i Enhanced-gruppen påbörjade studien på samma sätt men mottog utöver detta en stegräknare, månatliga e-mails med tips kring viktnedgång och motion, lättare telefoncoaching en gång per månad samt ett två timmar långt seminarium om beteenden vid viktnedgång. Kontrollgruppen uppmanades att leva som vanligt, men erbjöds samma stöd som Basic-gruppen, efter avslutad studie.

**Urval:** Överviktiga män och kvinnor rekryterades via flyers och tidningsannonser.

**Instrument:** Viktnedgång var det primära att mäta i denna studie, tillsammans med BMI och kroppsomfång. Vikt mättes av studiepersonal med hjälp av en kalibrerad, digital våg. BMI och kroppsomfång mättes med standardiserade mätmetoder.

**Resultat:** Deltagarna i de båda interventionsgrupperna gick ned mer i vikt än kontrollgruppen. 35 % av deltagarna i Enhanced-gruppen och 52 % av deltagarna i Basic-gruppen gick ned 5 % eller mer av sin kroppsvikt. Av deltagarna i kontrollgruppen gjorde 3 % detsamma. Det var ingen större skillnad i viktnedgång mellan de två interventionsgrupperna.

**Slutsatser:** Tvärtemot förutspått resultat visade sig beteendemodifikation ej ha någon större effekt vid viktnedgång. Detta tros bero på att den information Basic-gruppen mottog var så pass gedigen att deltagarna klarade av att förändra sina beteenden med stöd av sin nya kunskap och det dataprogram de använde för egenrapportering. Forskarna drar slutsatsen att teknologiska hjälpmedel kan vara användbart vid viktnedgång, med eller utan beteendeanalys.

**Typ av evidens:** RCT

**Evidenskraft:** Hög

10.

**Författare:** Marieke F. van Wier, Caroline Dekkers, Ingrid J.M. Henriksen, Martijn W. Heymans, Geertje A. M. Ariëns, Nico P. Pronk, Tjabe Smid, & Willem van Mechelen.

**Tidsskrift:** JOEM

**Titel:** Effectiveness of Phone and E-mail Lifestyle Counseling for Long Term Weight Control Among Overweight Employees.

**Frågeställning:** Att efter två år utvärdera vikten hos överviktiga studiedeltagare efter arbete med ett sexmånaders livsstilsprogram baserat på internet- och telefonkontakt. Att jämföra resultaten mellan internetbaserad kontakt och telefonkontakt.

**Metod:** De tre grupperna fick samma information vid studiens början, gällande sunda kost- och motionsvanor och självhjälpsråd vid övervikt. Utöver detta fick telefongruppen och internetgruppen tillgång till ett livsstilsprogram, telefongruppen i pappersform och internetgruppen via en interaktiv plattform. Inga individuella råd kring kost- och motion gavs, men telefon- och internetgruppen fick, efter varje avslutad modul, ett samtal med antingen en dietist eller physical activity scientist[hälsovetare].

**Urval:** 21.000 anställda inom servicesektorn i Holland mottog ett screeningformulär. Bland dessa matchade slutligen 1386 deltagare inklusionskriterierna. Deltagarna randomiserades till en av tre grupper.

**Instrument:** BMI och vikt mättes vid studiens början samt 6 och 24 månader efter baseline. Där emellan rapporterade deltagarna själva in sin vikt med 6-månadersintervaller.

**Resultat:** Inga större skillnader kunde påvisas mellan telefon- och internetgruppen, dock hade båda dessa grupper en större viktreduktion vid 6 månader än kontrollgruppen. Oddsens för att

gå ned 5 % eller mer av sin kroppsvikt var större i telefongruppen än i de andra två grupperna. Internetgruppen visade mindre tendens att gå upp i vikt igen mellan 6-månaders och 24-månaderskontrollen.

**Slutsatser:** Ett telefon- eller internetbaserat livsstilsförändringsprogram tycks inte ha större effekt på vikten än att ge överviktiga personer information om kost, motion och hälsa.

Arbetsplatsbaserade livsstilsprogram som detta tycks ej leda till någon stor viktförändring, dock kan det bidra till att förbättra de anställdas hälsoparametrar.

**Typ av evidens:** RCT

**Evidenskraft:** Hög

11.

**Författare:** Sara L. Shuger, Vaughn W. Barry, Xuemei Sui, Amanda McClain, Gregory A Hand, Sara Wilcox, Rebecca A Meriwether, James W Hardin & Steven N Blair

**Tidsskrift:** International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity

**Titel:** *Electronic feedback in a diet- and physical activity-based lifestyle intervention for weight loss: a randomized controlled trial*

**Frågeställning:** Syftet med studien är att fastställa effekten på viktnedgång av att använda teknologi som ger kontinuerlig feedback om kaloriintag och fysisk aktivitet.

**Metod:** Fyra olika studiegrupper värden jämfördes. De fyra grupperna var:

*Kontrollgruppen:* Dessa deltagare mottog två evidensbaserade manualer, en om hälsosamt ätande och en om en mer aktiv livsstil.

*Beteendebaserad viktnedgångskurs i grupp:* Studiedeltagarna mottog samma material som kontrollgruppen. Utöver det träffades de i grupp 14 gånger för lektioner med materialet samt invägning veckovis. Under de sista 5 månaderna av studien mottog de istället 6 stycken telefonsamtal med uppmuntran och rådgivning för fortsatt viktnedgång.

*SWA(se under "instrument" för vidare beskrivning):* Deltagarna bar och använde apparaten under 9 månader. Det innebar uppladdning och registrering av kaloriintag via web-platsen dagligen under studietiden. De uppmanades bära urtavlan 16h/dag sju dagar i veckan.

*Kombinerad SWA och beteendebaserad viktnedgångskurs i grupp:* Dessa fick en kombination av de två interventionerna, alla komponenter i de två metoderna ingick.

Studien pågick under 9 månader.

**Urval:** Deltagare rekryterades med hjälp av flera olika hjälpmedel; e-post, annonser i dagstidningar med mera. Telefonintervjuer genomfördes med 787 personer, av dessa valdes 197 överviktiga, BMI 25-45 kg/m<sup>2</sup>, studiedeltagare ut som mötte övriga inklusions- och exklusionskriterier. Dessa randomiserades sedan till en av fyra studiegrupper.

**Instrument:** Vikt mättes med hjälp av våg, längd med stadiometer, midjeomfång med måttband och BMI räknades ut. Instrumentet som studien delvis undersökt är en SenseWear Armband (SWA), en elektronisk mätare som bärs på överarmen som mäter kaloriförbrukning, minuter av måttlig till hård fysisk aktivitet, samt stegräkning. En urtavla bärs på handleden som ger kontinuerlig feedback av uppmätta värden. Värdena mätta av SWA laddas regelbundet upp på dess hemsida, där användaren själv registrerar kaloriintag och med hjälp av det räknas energibalans ut.

**Resultat:** Efter 9 månader visade *Kombinerad SWA och beteendebaserad viktnedgångskurs i grupp*, bäst resultat på mätta viktnedgångsparametrar jämfört med kontrollgruppen. Alla interventionsgrupper uppvisade signifikanta resultat, men de som använde SWA hade störst vikt-, BMI- och midjeomfångsminskning.

**Slutsatser:** SWA kan användas med gott resultat på viktnedgång under en 9-månaders period. Det krävs dock en motiverad patient för gott resultat.

**Typ av evidens:** RCT

**Evidenskraft:** Hög

### GRANSKNINGSPROTOKOLL

poängsättning ja/nej frågor: ja=1, nej=0  
övrigt: poäng mellan parentes.

Gränsvärden evidenskraft: Låg: 0-10 poäng, Medel: 11-19 poäng, Hög: 20-28 poäng.

#### Inledande frågor:

1. Är rapporten uppbyggd enligt internationell grundstruktur?
2. Är studiens resultat relevant för uppsatsens syfte?
3. Är studiens resultat användbart för sjuksköterskor?

#### Forskningsmetod:

RCT (3), Kvasi-experiment (2) eller kvantitativt beskrivande rapport (1)?  
Är studien granskad och godkänd?

#### Patientkaraktäristika:

Antal?

Ålder?

Förhållande män resp. kvinnor?

#### Inklusions-/exklusionkriterier:

Är dessa tydligt beskrivna?

Är de adekvata?

#### Interventionen:

Är den tydligt beskriven?

Är den applicerbar som en del av en hållbar livsstilsförändring?

#### Mätinstrument:

Är de relevanta?

Mäter de det de säger sig mäta?

Är de tillräckligt precisa?

#### Analysförfarande:

Är resultaten rimliga?

Är forskarnas slutsatser relevanta?

#### Blindning:

Patienter/deltagare?

Vårdare/forskare?

#### Urval:

Förfarandet beskrivet?

Är det representativt?

Likvärdiga grupper?

Randomiseringsförfarandet beskrivet?

Bortfall:

Externt/internt bortfall redovisas?

Hur stort är det?

Har det påverkat resultatet?

Är bortfallsanalysen tillförlitlig?

Är resultatet generaliserbart?

Övriga frågor:

Finns ett etiskt resonemang?

Har mätningarna hanterats på ett statistiskt adekvat sätt?

Sammanfattad bedömning (låg/medel/hög):

Kommentar: