



EXAMENSARBETE

Hösten 2013

Sektionen för Hälsa och Samhälle
Sjuksköterskeprogrammet
Omvårdnad 15 hp

Omvårdnadsåtgärder vid sjuksköterskeledd överviktsmottagning

Författare

Mona Juhlin

Handledare

Elisabeth Renmarker

Examinator

Pernilla Ny

Omvårdnadsåtgärder vid sjuksköterskeledd överviktsmottagning

Författare: Mona Juhlin

Handledare: Elisabeth Renmarker

Litteraturstudie

Datum 2014-05-22

Sammanfattning

Sjuksköterskeledda mottagningar har blivit ett framgångsrikt sätt att ta hand om stora patientgrupper som lider av kroniska sjukdomar som diabetes, astma och hjärtsvikt (Eklund, 2009). I Sverige lider fyra av tio kvinnor och fem av tio män, av övervikt eller fetma (SCB, 2012). Fetma är ett globalt folkhälsoproblem som leder till en mängd allvarliga konsekvenser, både fysiska, psykiska och sociala, och har blivit en allt större utmaning för vårt samhälle att finna lösningar och effektiva behandlingar till (WHO, 2013). På senare tid har sjuksköterskeledda överviktsmottagningar etablerats. Syftet med denna uppsats är att beskriva omvårdnadsåtgärder vid sjuksköterskeledd överviktsmottagning. Uppsatsen är en litteraturstudie baserad på både kvalitativa och kvantitativa artiklar. De resultat som framkommit talar för att sjuksköterskeledda omvårdnadsåtgärder på överviktsmottagning utgår från ett holistiskt synsätt där sjuksköterskans uppgift är att stödja patienten och i partnerskap med denne utarbeta en personcentrerad omvårdnad som omfattar både kropp och själ.

Nyckelord: Sjuksköterskeledd mottagning, övervikt, omvårdnadsåtgärder, Antonovsky

Nursing interventions in nurse led obesity clinic

Author: Mona Juhlin

Supervisor: Elisabeth Renmarker

Literature review

Date 2014-05-22

Abstract

Nurse led clinics have successfully been taking care of large groups of patients suffering from chronic diseases such as diabetes, asthma and heart failure (Eklund, 2009). In Sweden today, four out of ten women and five out of ten men, suffers from overweight or obesity (SCB, 2012). Obesity is a global public health problem leading to a host of serious consequences, physical, psychological and social, and has become an ever greater challenge for our society to find solutions and effective treatments for (WHO, 2013). Recently nurse led obesity clinics has been established. The purpose of this paper is to describe nursing interventions in nurse led obesity clinic. The thesis is a literature study based on both qualitative and quantitative items. The results obtained suggest that nurse led interventions in overweight clinic is based on a holistic approach where the nurse's role is to support the patient and in partnership with him or her develop a person-centered care that encompasses both body and soul.

Keywords: Nurse led clinic, obesity, nursing interventions,

Antonovsky

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	6
Sjuksköterskeledd mottagning	6
Övervikt och fetma	7
Behandling	8
Sjuksköterskans funktion	9
Omvårdnadsteoretisk referensram	9
SYFTE	10
METOD	10
Design och urval	10
Datainsamling	10
Genomförande.....	11
Analys	11
Etiska överväganden	12
RESULTAT	13
Omvårdnadsåtgärder som stöd till bedömning	13
Omvårdnadsåtgärder som stöd till beteendeförändring.....	14
DISKUSSION	16
Metoddiskussion	16
Intern validitet	16
Verifierbarhet	18
Extern validitet	19
Resultatdiskussion.....	19
Förslag på fortsatt forskning.....	22
Slutsats.....	23
REFERENSER	24

Bilaga 1 Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Bilaga 2 Artikelöversikt

Bilaga 3 Granskningsmall för granskning av studier utförda med
kvantitativ metod

Bilaga 4 Granskningsmall för granskning av studier utförda med kvalitativ
metod

BAKGRUND

Sjuksköterskeledd behandling och sjuksköterskeledda mottagningar har blivit ett framgångsrikt sätt att ta hand om stora patientgrupper som lider av kroniska sjukdomar som diabetes, astma och hjärtsvikt (Eklund, 2009). I Sverige lider fyra av tio kvinnor och fem av tio män av övervikt eller fetma (SCB, 2012). Det är därför av stort intresse att belysa omvårdnadsåtgärder vid sjuksköterskeledd behandling och sjuksköterskeledda mottagningar för den växande patientgrupp som utgörs av överviktiga. Fetma är ett globalt folkhälsoproblem som leder till en mängd allvarliga konsekvenser, både fysiska, psykiska och sociala, och har blivit en allt större utmaning för vårt samhälle att finna lösningar och effektiva behandlingar till (WHO, 2013).

Sjuksköterskeledd mottagning

För patienter med vanliga folkhälsosjukdomar som diabetes, astma och hjärtsvikt finns särskilda sjuksköterskeledda mottagningar både på sjukhus och inom primärvården (Eklund, 2009). Med sjuksköterskeledd mottagning avses i detta sammanhang en verksamhet där patienten träffar en sjuksköterska utan att samtidigt rutinmässigt träffa läkare (Socialstyrelsen, 2004). Enligt en nyligen publicerad OECD-rapport står den svenska sjukvården inför flera svåra utmaningar. En åldrande befolkning med ökande andel kroniska sjukdomar kommer att ställa höga krav på vården att fortsätta erbjuda omvårdnad av hög kvalitet (OECD, 2013). Sjuksköterskeledda mottagningar kan vara ett sätt att frigöra sjukvårdsresurser, men bör framförallt ses som ett sätt att förhöja vårdens kvalitet. Enligt en verksamhetstillsyn utförd av Socialstyrelsen 2004, förelåg en samlad uppfattning hos personalen på granskade sjuksköterskeledda mottagningar om att införandet av mottagningsformen medfört en förbättrad vårdkvalitet. Enligt de intervjusvar som erhöles vid intervjuer med läkare och sjuksköterskor på mottagningarna, fick patienterna en ökad tillgänglighet till vården, ett bättre allmänt omhändertagande, bättre information och en ökad säkerhet jämfört med konventionella mottagningar. Vårdprocessen upplevdes effektivare och på rätt nivå. Personalen på mottagningarna var även medvetna om de risker det kan innebära med en överföring av patienter från läkarbaserade till sjuksköterskeledda mottagningar.

Uppgifter som tidigare utförts av läkare övertas av sjuksköterskor vilket kan innebära att omvårdnadsåtgärder som utförs vid en sjuksköterskeledd mottagning ibland omfattar arbetsuppgifter som inte ingår i en sjuksköterskas grundutbildning (a.a.). I 2013 års Lägesrapport från Socialstyrelsen nämns sjuksköterskeledda mottagningar som exempel på en breddning av sjuksköterskans yrkesroll. En sjuksköterskeledd mottagning ska kunna uppfylla vissa kriterier. Det skall finnas möjlighet till strukturerade utredningar, egenvårdsundervisning samt stöd för förändring av levnadsvanor med kontinuerlig uppföljning. Det måste finnas en medicinskt ansvarig läkare med kontinuerlig fortbildning inom området och nödvändig medicinsk utrustning. Samverkan med andra professioner t ex sjukgymnast, dietist, arbetsterapeut och kurator/psykolog skall kunna erbjudas (Socialstyrelsen, 2004). Sjuksköterskeledda övervikt/mottagningar har börjat etableras både i Sverige och internationellt.

Övervikt och fetma

Fetma är ett globalt problem. Sextiofem procent av jordens befolkning lever i länder där följsjukdomar till fetma och övervikt kräver fler människoliv än brist på mat (WHO, 2013). Enligt WHO är definitionen på övervikt och fetma en så onormal eller överdriven fettackumulering att den kan ha negativ inverkan på hälsan (a.a.). Skillnaden mellan övervikt och fetma klassificeras med hjälp av Body Mass Index (BMI). BMI mäter förhållandet mellan längden och vikten genom följande formel: $Vikt (kg) / (längd (m) \times längd (m))$. Enligt WHO:s definition räknas BMI >25 som övervikt och >30 som fetma. Som komplement till BMI kan midja/höftkvot ge en bild över hur mycket fett som samlats i buken (Carlsson et al. 2013). Att mat kan förvandlas till ett hälsoproblem handlar ofta om en kombination av livsstil, miljöfaktorer och arv (SBU, 2002). Beteendeproblematik i form av ätstörningar kan vara ytterligare en orsak (Mitchell et al., 2012). En ofta använd definition på ätstörning är "en ihållande störning i ätbeteende eller viktkontrollerande beteende, som påtagligt försämrar fysisk hälsa eller psykosocialt fungerande. Störningen skall inte vara sekundär till någon känd allmän medicinsk åkomma (t ex hypotalamisk tumör) eller någon annan psykiatrisk störning (t ex ångestsyndrom)" (Fairburn & Walsh 2002, s.171-172). Fetma och övervikt orsakar en mängd allvarliga hälsokonsekvenser t ex kardiovaskulära sjukdomar, diabetes, artros och vissa cancerformer. Ofta ses dessutom ett stort psykiskt lidande hos den enskilde

(WHO, 2013). Överviktiga personer vittnar om stigmatisering och om olika former av diskriminering och respektlös attityd i sociala sammanhang, men också på arbetsmarknaden och inom sjukvården (Flanagan, 2006). I en studie var den självskattade hälsorelaterade livskvaliteten lägre än för flertalet andra patientgrupper med svåra sjukdomar t ex spridd cancersjukdom, spinalskada och kronisk smärta (Karlsson, Taft, Rydén, Sjöström & Sullivan, 2007). Det verkar som om många överviktiga inte kunnat utveckla copingstrategier på samma sätt som människor med andra hälsoproblem ofta utvecklat (SFOAK, 2009).

Behandling

Det finns flera behandlingsalternativ att erbjuda den som är överviktig. Den vanligaste behandlingen är kostrådgivning som kan ges av dietist eller sjuksköterska inom primärvården. Patienten får rådgivning avseende portionsstorlek, sammansättning av livsmedel och fysisk aktivitet. Målsättningen är att åstadkomma en negativ energibalans så att kaloriförbrukning överstiger kaloriintag (SBU, 2002). Kostbehandling kan ibland behöva kombineras med läkemedel. Orlistat är en substans som hämmar de enzymer som bryter ned triglycerider till fettsyror och därmed leder till en minskad absorption av dessa och en ökad transport av fett till grovtarmen (FASS, 2013). Överviktskirurgi och framförallt gastric bypass (GBP) har blivit den etablerade behandlingsmetoden vid grav fetma då den visats ge säkrast viktnedgång i förhållande till komplikationer och är också den typ av obesitaskirurgi som är bäst dokumenterad (SBU, 2002). Även GBP har dock sina nackdelar, t.ex. så går 30 % av de som genomgår GBP åter upp i vikt redan inom 18-24 månader efter operation (Wykowski & Krouse, 2013). Det råder enighet om att psykologiska aspekter spelar en viktig roll både när det gäller orsaker och konsekvenser till fetma. Oavsett vilken metod som tillämpas är ett betydande och varaktigt viktnedkningsresultat i hög grad beroende av individens förmåga att göra permanenta förändringar i sin livsstil. Dessa förändringar kan innebära åtgärder avseende näringsintag och motion, men också förbättrad hantering av stress och andra negativa känslotillstånd i syfte att åstadkomma ett minskat beroende av mat som copingmekanism (Bentz & Collins, 2009).

Sjuksköterskans funktion

I Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska framgår det att sjuksköterskan ska tillgodose såväl patientens fysiska som psykiska omvårdnadsbehov (Socialstyrelsen, 2005). Att utbilda och informera patienten är en viktig del av sjuksköterskans ansvarsområde vilket tydliggörs både av socialstyrelsens kompetensbeskrivning och av ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (ICN, 2007).

En sjuksköterskeledd överviktsbehandling och sjuksköterskeledd mottagning specialiserad på övervikt och fetma som erbjuder strukturerade utredningar och stöd för förändring av levnadsvanor med kontinuerlig uppföljning och samverkan med andra professioner kan vara en del i en framgångsrik överviktsbehandling (Banks, Sharp, Hunt & Shield, 2012).

Omvårdnadsteoretisk referensram

Omvårdnadsåtgärder vid sjuksköterskeledd överviktsmottagning utgår på många sätt från ett hälsoperspektiv. Ur sjuksköterskans perspektiv handlar det ofta om att utbilda patienten och ge stöd för förändring av levnadsvanor, något som i hög grad bygger på individens egen förmåga att åstadkomma hälsa. Aron Antonovsky var den som skapade begreppet salutogenes, det vill säga hälsans orsaker. Enligt Antonovsky (2005) är den viktigaste salutogena faktorn KASAM vilket står för känsla av sammanhang. Personer med högt KASAM mår bättre och håller sig friskare. KASAM-begreppet omfattar i sin tur de tre delbegreppen, begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Begriplighet handlar om hur individen upplever tillvarons alla stressorer och stimuli. I bästa fall tolkas de som tydliga, ordnade och förnuftmässigt gripbara. Hanterbarhet har att göra med huruvida individen upplever att det finns resurser till förfogande att möta de krav som ställs av de stimuli han eller hon konfronteras med. Begreppet meningsfullhet är kopplat till motivation och innebär att vara delaktig och aktivt medverkande i allt som skapar det dagliga livet och individens hela livsöde (Antonovsky, 2005).

SYFTE

Att beskriva omvårdnadsåtgärder vid sjuksköterskeledd överviktsmottagning.

METOD

Design och urval

Som studiedesign valdes litteraturstudie. Denna metod är lämpad att undersöka mindre specifika problemområden som är beskrivna ur både kvalitativ och kvantitativ utgångspunkt. En litteraturstudie ger möjlighet att kartlägga kunskapsläget inom ett visst fält. Detta kan ge kunskap som kan påverka det praktiska vårdarbetet på olika sätt, men kan också visa inom vilka områden ytterligare forskning krävs (Friberg, 2006). Både kvalitativa och kvantitativa artiklar inkluderades. Som refereringsteknik valdes APA-systemet.

Datainsamling

Inledningsvis skapades ett syfte som var relevant för studien. Därefter identifierades sökord i syftet som var användbara för att utföra artikelsökning. Sökningen gjordes under hösten 2013 i databaserna PubMed, Cinahl, Eric och Psycinfo. Dessa databaser valdes eftersom de omfattar för studien relevant vetenskaplig litteratur inom områdena medicin, omvårdnad, psykologi och hälsovetenskap (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006). För att inte förbise artiklar av betydelse användes definierade ämnesord. I PubMed kallas dessa Medical Subject Headings (MeSh), i Cinahl för Cinahl headings och i Eric och PsycINFO för Thesaurus. Sökorden slogs upp i databasernas ämnesordsindex. Med hjälp av dessa termer skedde sökningen med en gemensam terminologi för begrepp som annars kan uttryckas på många olika sätt (Göteborgs Universitetsbibliotek, 2013). För att fånga upp ytterligare studier utnyttjades även fria sökord samt trunkering för att få med olika kombinationer och ändelser (Willman et al., 2006). De grundläggande booleska operatorerna OR och AND användes för att bredda eller smalna av sökningen. Sökoperatör OR breddar den systematiska sökningen medan sökoperatör AND fokuserar till ett mera begränsat område. Denna kombination av fritextord, definierade ämnesord och trunkeringar rekommenderas i metodlitteraturen (a.a.). Artiklarna valdes ut för att svara på syftet. Valda begränsningar var att artiklarna skulle vara publicerade 2003 eller senare, skrivna på engelska och vara peer reviewed i internationella tidskrifter. Endast originalartiklar inkluderades. Originalartiklar består av redogörelser som

redovisar nytt forskningsmaterial och inte något som kopierats från tidigare redovisningar (Friberg, 2006). Sökningen gjordes utan begränsning i ålder för möjlighet att inkludera både barn och vuxna, anledningen till detta val förklaras i metoddiskussionen. Ytterligare artiklar hittades med hjälp av manuella sökningar. Sökningen inleddes i PubMed med följande MeSH-termer och den booleska operatör OR; nurses (OR) nursing (OR) nurse's practice patterns (OR) primary health care/organization and administration. I nästa sökning kombinerades på samma sätt MeSH-termerna obesity (OR) obesity/nursing (OR) bariatric surgery. Sökning ett och två kombinerades sedan med den booleska operatör AND. Även MeSH-termerna treatment outcome, overweight/diet/therapy och adaptation psychological användes i olika kombinationer med de fria sökorden nurs* nurse led, nurse led healthy life style clinics, nurse led motivational interviewing, cope och long term outcomes. I Cinahl användes följande Cinahl headings; nurses, practical nursing, nursing units, obesity och bariatric surgery. Dessa kombinerades med de fria sökorden nurse led clinic och nurse led. I Eric användes söktermerna; nurses, nursing, nursing research, obesity och i PsycInfo major subjects; nurses, nursing och obesity. En fullständig redovisning med de exakta sökningarna beskrivna och alla kombinationer av sökord och booleska operatörer bifogas i bilaga 1.

Genomförande

Alla titlar lästes igenom (1577) och de titlar som var relevanta för studiens syfte valdes ut. Utvalda artiklars abstract lästes och de abstracts som svarade på syftet valdes ut och beställdes i fulltext (16). Artiklarna lästes i sin helhet för att få en uppfattning om vad de handlade om samt för att minska risken för missförstånd av syfte och perspektiv. När samtliga artiklar var genomlästa reducerades antalet till åtta då flera av artiklarna handlade om udda målgrupper, inte svarade mot syftet, inte var originalstudier eller hade fel perspektiv. De artiklar som därefter återstod kvalitetsgranskades och poängbedömdes enligt definerade protokoll (Willman et al., 2006).

Analys

Som författare till denna litteraturstudie har jag varit medveten om att jag genom min yrkeserfarenhet som undersköterska, där jag mött personer som lider av övervikt, fått en förförståelse om att övervikt är ett problem med både fysiska och psykiska komponenter som oftast inte kan lösas enbart med hjälp av kirurgi. Det finns en risk för att denna förförståelse

omedvetet kan ha påverkat min tolkning av funna studier (Forsberg och Wengström, 2008). Jag har därför tolkat studierna enligt definierade metoder för att minska denna felkälla. Som granskningsmall för att finna artiklar som svarar mot syftet samt granska dess kvalitet har protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod och protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod används (Willman et al., 2006). Genom antalet ja-svar vid ja/nej fråga i dessa protokoll poängsattes artiklarna och kvalitetsgraderades i en tregradig skala där 80-100 % ja-svar = hög kvalitet, 60-80 % ja-svar = medelhög kvalitet och mindre än 60 % ja-svar = låg kvalitet. De använda granskningsmallarna finns redovisade i bilaga 3 och 4. För kvantitativa artiklar bedöms bland annat faktorer såsom inklusions- och exklusionskriterier, urval, randomisering, blindning, bortfallsanalys, bortfallsstorlek, statistisk metod, etiska överväganden, validitet, reliabilitet och generaliserbarhet. För kvalitativa artiklar bedöms bland annat tydlighet i syfte, presentation av kontext, etiska överväganden, urval, beskrivning av datainsamling och analys, resultatets logik och begriplighet samt om teori genereras. De inkluderade kvarstående artiklarna sammanställdes därefter noggrant och finns redovisade i artikelöversikterna i bilaga 2. Materialet kategoriserades genom att de delar av de olika artiklarna som avhandlade samma aspekter av ett ämne markerades och sorterades in under olika underrubriker som sedan kom att ligga till grund för rubrikindelningen i resultatet. Denna metodik utgick från beskrivningar i metodlitteraturen (Axelsson, 2008).

Etiska överväganden

Endast redan publicerade studier i engelskspråkiga peer reviewed tidskrifter inkluderades vilket innebar att studierna redan var etiskt granskade och godkända. Medveten om min förförståelse har jag med objektivitet strävat efter att ge en korrekt sammanställning av aktuell litteratur utan att styra resultatet (Forsberg & Wengström, 2008) vilket underlättades av att granskningen skedde enligt förutbestämda protokoll och riktlinjer (Willman et al., 2006). Studien kommer att beskriva omvårdnadsåtgärder vid sjuksköterskeledd överviktsmottagning.

RESULTAT

Resultatet visade att sjuksköterskeledda omvårdnadsåtgärder på en överviktsmottagning utgår från ett holistiskt synsätt där sjuksköterskans uppgift är att stödja patienten och i partnerskap med denne utarbeta en personcentrerad omvårdnad som omfattar både kropp och själ (Dombrowski et al., 2012; Eichler, Zoller, Steurer & Bachmann, 2007; Goldie & Brown, 2012). Vid genomläsning av utvalda artiklar framträdde två huvudkategorier; omvårdnadsåtgärder som stöd till bedömning och omvårdnadsåtgärder som stöd till beteendeförändring

Omvårdnadsåtgärder som stöd till bedömning

Omvårdnadsåtgärder som stöd till bedömning innebär att sjuksköterskan bildligt och bokstavligt tar måtten på patienten. Detta skapar förutsättningar för att kunna skraddarsy behandlingen så att den blir fysiskt och psykiskt individanpassad (Goessens et al., 2008). Underliggande individuella problem och svårigheter med att skapa förändring bör identifieras och redas ut. Individer som inte känner sig beredda för en förändring bör erbjudas möjlighet till uppföljande besök när de känner sig mogna för detta (Goldie & Brown, 2012). Att väga och mäta patienten kan vara ett konkret sätt att ta första steget till en positiv viktnedskningsförändring. Vikt, BMI och midja-höftkvot kan fungera som en utgångspunkt för behandling och skapa förståelse för problemets omfattning (Nanchahal et al., 2009). Stegräknare är ett enkelt hjälpmedel för bedömning av patientens fysiska aktivitetsnivå och kan göra det lättare och roligare för patienten att öka sin fysiska aktivitet (Dombrowski et al., 2012). För att utesluta bidragande medicinska orsaker till överviktsproblematiken bör i samarbete med läkare olika sjukdomstillstånd uteslutas som exempelvis hypotyreoos (Goldie & Brown, 2012). Eventuell komorbiditet som t ex diabetes och hypertoni kan kontrolleras med fasteglukosvärde och blodtrycksmätning. Kolesterolvärde är en annan viktig parameter eftersom ett förhöjt värde utgör en riskfaktor för kardiovaskulära problem (a.a.). En sjuksköterskeledd klinik skiljer sig från en läkarledd klinik i det avseendet att den är mindre beroende av läkemedelsanvändning och snarare tillämpar ett holistiskt perspektiv i mötet med sina klienter (Wong & Chung, 2005). I de fall medicinering kan vara indicerat kan sjuksköterskans bedömning bidra med beslutsunderlag för läkare och patient. Sjuksköterskan

fungerar ofta som en samordnare som vid behov kan förmedla till mottagningen knutna multidisciplinära resurser som t ex läkare, psykolog eller nutritionist (a.a.).

Omvårdnadsåtgärder som stöd till beteendeförändring

En grundprincip i behandlingen vid sjuksköterskeledda överviktsmottagningar är att skapa ett partnerskap mellan sjuksköterska och patient som gemensamt kommer fram till lämpliga strategier för beteendeförändring, vilka hinder som skall övervinnas för att förverkliga dessa och tillsammans beslutar om åtgärder och mål i behandlingen. En sådan personcentrerad, multifaktoriell och holistisk omvårdnadsstrategi har rapporterats ge positiva resultat i flera studier med sjuksköterskeledda behandlingsmodeller (Goldie & Brown, 2012; Hardcastle et al., 2013; Nanchahal et al., 2009). I Goldie och Browns studie (2012) uppstod ett bortfall på ca 40%, men av de återstående 25 patienterna hade tio personer efter tolv månader nått sitt behandlingsmål på en femprocentig viktnedgång och tolv personer gick ned tio procent eller mer. Även kortare interventionsperioder har rapporterats ge resultat (Dombrowski et al., 2012; Goessen et al., 2008; Hardcastle et al., 2013; Nanchahal et al., 2009). Dombrowski med flera (2012) undersökte möjligheter och förutsättningar vid sjuksköterskeledda beteendeinterventioner riktade till personer med fetmarelaterad komorbiditet som diabetes eller kardiovaskulära problem. De personer som ingick i studien, fick en gång/vecka delta i en gruppbehandling som varade i en timme. De personer som fullföljde interventionen gick i genomsnitt ned 0,86 kg och ökade sin fysiska aktivitet med ca 60% under den fem veckor långa interventionsperioden (a.a.). I denna liksom flera andra studier fokuserades kring vikten av att patienten får hjälp med att identifiera olämpliga åtbeteenden och att formulera individuella åtgärdsplaner för att kunna bemästra dessa (Goessen et al., 2008; Goldie & Brown, 2012; Nanchahal et al., 2009).

Att ge patienterna undervisning om personliga belöningsstrategier, utformandet av villkoren för dessa och anpassandet av mål och strategier över tid för att åstadkomma en varaktig beteendeförändring och undvika återfall i tidigare beteenden har beskrivits som viktiga delar av en framgångsrik behandlingsstrategi (Dombrowski et al., 2012).

Ett flertal studier talar för att patientutbildning är ett sätt att nå framgång vid sjuksköterskeledd överviktsbehandling (Dombrowski et al., 2012; Goldie & Brown, 2012; Hardcastle et al., 2013;). Det är viktigt att skapa en medvetenhet om att varaktig viktnedgång

kräver ett långsiktigt minskat kaloriintag och en ökad fysisk aktivitet. Kraftig övervikt och fetma är på många sätt att betrakta som kroniska tillstånd som kräver långvarig eller livslång egenvårdsbehandling i form av livsstilsförändring (Dombrowski et al., 2012; Goldie et al., 2012). För att åstadkomma detta krävs att sjuksköterskan strävar efter ett samarbete med patienten, respekterar patientens självbestämmande och på alla sätt försöker inspirera till motivation för livsstilsförändring (Dombrowski et al., 2012; Goldie et al., 2012; Hardcastle et al., 2013; Nanchahal et al., 2009). Utgångspunkten är att patienten redan har det som krävs för en beteendeförändring och sjuksköterskans uppgift är att tillsammans med patienten finna det (Hardcastle et al., 2013). Sjuksköterskor är väl lämpade att ge support i dessa sammanhang. Dale med flera (2009) undersökte effektiviteten av två olika modeller avsedda att ge stöd för bibehållet viktminskningsresultat upp till två år efter lyckad viktminskning och fann att en sjuksköterskeledd patientutbildning kring kost och motion hade god effekt och fungerade lika effektivt då den leddes av sjuksköterskor som då den leddes av specialister på diet och fysisk aktivitet (a.a.). Patienter i Goldie och Browns (2012) studie berättade att de kände en större tillit då de diskuterade sina överviktsproblem med en sjuksköterska och ofta kunde känna sig obekväma i motsvarande situation om diskussionen skedde i viktminskningsgrupper eller med andra medlemmar av det multidisciplinära teamet (a.a.).

Motiverande samtal kan vara ett effektivt sätt att åstadkomma viktnedgång (Hardcastle et al., 2013). Denna viktminskningsmetod verkar fungera bäst i direkt anslutning till interventionen. På längre sikt det vill säga upp till tolv månader efter avslutad intervention har metoden rapporterats ha bättre effekt på fysisk aktivitet och kolesterolvärde än på BMI (a.a.). Minskad fysisk aktivitet och ökat stillasittande är en orsak till att fetma blir allt vanligare i vårt samhälle. Internet och ökat datoranvändande nämns ibland som en bidragande faktor i detta sammanhang. Sjuksköterskeledd coaching via internet kan dock vara ett sätt att åstadkomma viktnedgång vilket bekräftats i en holländsk studie utförd av Goessens med flera (2008). Vid ett första mottagningsbesök fastställdes en individuell handlingsplan för att reducera kardiovaskulära riskfaktorer däribland övervikt. Försöksdeltagarna fick instruktioner om hur de skulle kommunicera med den sjuksköterska som ledde behandlingen och om hur de skulle gradera självuppskattade riskfaktorer på en egen personlig web-sida. Sjuksköterskan gav därefter feedback via mail med support och rekommendationer avseende livsstil och medicinsk behandling. Femtio patienter deltog i studien varav 70 % var överviktiga. Vid

studiens inledning hade 50% av deltagarna ett BMI < 27 kg/m². Efter sex månaders sjuksköterskeledd internetsupport var motsvarande siffra 56% (a.a.).

Kognitiv beteendeterapi (KBT) är en form av psykoterapi och skiljer sig i detta avseende från övriga ovan beskrivna beteendeförändrande omvårdnadsåtgärder. I samband med behandling av överviktiga kan denna metod användas som ett sätt att hjälpa patienten att hantera negativa tankar som kan uppkomma om han eller hon misslyckas med att uppnå sina uppsatta mål (Eichler et al., 2007). KBT har inte tidigare varit någon traditionell del av sjuksköterskans behandlingsarsenal, men kan efter utbildning utföras av sjuksköterska som en del i en överviktsbehandling. En sjuksköterskeledd mottagning skall också vid behov kunna erbjuda samarbete med andra professioner till exempel psykolog (Wong & Chung 2005). Det finns evidens för att kognitiv beteendeterapi har god effekt för viktminskning, men då dessa studier ofta utförts på specialiserade enheter med selekterat patientmaterial har resultaten kritiserats för att vara svåra att överföra i mer allmän praktik (Eichler et al., 2007). I Eichlers studie (2007) genomfördes en intervention där läkare och sjuksköterskor fick genomgå KBT-utbildning för att kunna utföra behandling av överviktiga patienter på läkarmottagning eller vårdcentral. Överviktiga personer med ett BMI på mer än 25 kg/m² inkluderades. 28 behandlingsperioder omfattande 16 gruppmöten vardera utfördes under en treårsperiod. 147 av de 191 deltagarna följdes under ett år. Medianvärdet för viktnedgång var i denna studie 4 kg (a.a.). Patienterna fick även självskatta sin fysiska aktivitet och livskvalitet före och efter interventionen. Behandlingen gjorde ingen skillnad på fysisk aktivitet, men hade en viss positiv, om än blygsam effekt på självskattad livskvalitet.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Intern validitet

Detta arbete valdes att utföras som en allmän litteraturstudie med systematiska sökningar. Databaserna, PubMed, Cinahl, PsycInfo och Eric genomsöktes i syfte att finna artiklar som svarade mot studiens syfte. Dessa databaser bedömdes som de mest relevanta eftersom de omfattar vetenskaplig litteratur inom områdena medicin, omvårdnad, psykologi och pedagogik (Willman et al., 2006). Enligt Willman, Stoltz & Bahtsevani bör ambitionen vara

att genomsöka så många relevanta databaser som möjligt under de givna förutsättningarna för projektet. Det visade sig finnas endast ett begränsat antal artiklar som behandlade begreppet sjuksköterskeledd mottagning i kombination med överviktsbehandling. Ytterligare databaser kunde ha inkluderats vilket möjligen kunde ha gett ytterligare intressanta artikelträffar. En stor andel av de funna artiklarna var dock nyskrivna pilotstudier det vill säga studier utförda i mindre skala som är utförda som förberedelse för mera omfattande studier (Polit & Beck, 2006). Detta kan tala för att området fortfarande är relativt outforskat. I inledningsskedet av detta arbete rådde viss ambivalens avseende studiens syfte vilket avspeglas i sökmetodiken. De inledande söktermerna gav en mycket bred sökning, men på grund av svårigheten att finna artiklar som specifikt handlade om sjuksköterskeledd överviktsmottagning inkluderades även barn i sökningen. Om möjlighet funnits att göra om sökningen skulle barn exkluderas då överviktsbehandling av barn och vuxna skiljer sig så avsevärt att det är olämpligt att sammanföra resultat från dessa områden. Trunkering användes i PubMed, men inte i de övriga databaserna. Trunkering kan vara ett bra sätt att inkludera sökordets alla olika böjningsformer (Friberg, 2006). Då denna sökmetod i detta fall resulterade i ett oöverskådligt stort antal träffar valdes att begränsa användningen till PubMed och till stor del basera sökningen på definierade ämnesord. Även fritexttermer som t ex "nurse led" inkluderades i ett försök att skapa en mer avgränsad sökning. Denna blandning av fritextord, trunkeringar och definierade ämnesord, kan ha gjort sökningen onödigt komplicerad, men rekommenderas samtidigt i metodlitteraturen (Willman et al., 2006). Det kan inte uteslutas att andra sökord gett andra artikelträffar, men de valda artiklarna bedömdes av författaren vara relevanta och motsvara studiens syfte. En av begränsningarna i sökningen var att artiklarna skulle vara skrivna på det engelska språket. Försökvis provades att inte ha med denna begränsning vilket inte resulterade i någon avsevärd skillnad på antalet träffar, men kan ha medfört att någon artikel missats. Då engelska inte är författarens modersmål finns en risk för missförstånd och översättningsfel vid genömläsning av artiklarna (Friberg, 2006). För att minska denna risk utnyttjades översättningsprogrammet Google Translate. Detta översättningsprogram kan vara en hjälp vid genömläsning av facklitteratur på främmande språk (Anazawa, Ishikawa & Takahiro, 2013). Enligt författarens åsikt bör dock en maskinöversatt text kontrolleras med stor noggrannhet och med medvetenhet om de brister som finns jämfört med en mänsklig översättning.

Ett samhällsperspektiv på sjuksköterskeledda överviktsmottagningar med en uppskattning av kostnadseffektiviteten i denna mottagningsform kunde varit intressant, men var inte primärt fokus för studien.

Verifierbarhet

Författaren hade en förförståelse om att övervikt är ett komplicerat problem med både fysiska och psykiska komponenter som oftast inte går att åtgärda enbart med hjälp av kirurgi eller bantningspiller. Det finns en risk för att denna förförståelse omedvetet kan ha påverkat tolkningen av funna studier (Forsberg och Wengström, 2008). Författaren tolkade därför studierna enligt definierade metoder för att minska denna felkälla. Som granskningsmall för att finna artiklar som svarade mot syftet samt granska dess kvalitet användes modifierade protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ respektive kvantitativ metod (Willman et al., 2006). Dessa granskningsmallar upplevdes mindre tillämpliga för vissa av studierna som inte var renodlat kvantitativa eller kvalitativa eller var pilotstudier. Denna problematik beskrivs i Polit och Beck (2006) som betonar vikten av att granskningsmallar används med medvetande om att det aldrig finns någon granskningsmall som är fullt tillämpbar på alla artiklar. En mindre modifiering av granskningsmallarna gjordes för att förenkla granskningsförfarandet. Alternativet "vet ej" uteslöts vid JA/NEJ frågor och en poängsättning för gradering av artiklarnas kvalitet inkluderades i protokollen. Fördelen med ett poängsystem är att det fungerar som ett verktyg för att peka ut brister i de ingående artiklarnas kvalitet. En nackdel kan vara att det ger en falsk föreställning om exakthet trots att det inte eliminerar risken för att den som granskar artiklarna övervärderar eller undervärderar vissa faktorer (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011). Samtliga granskade artiklar erhöll medelhög eller hög kvalitet. På grund av författarens ringa erfarenhet kan brister i bedömningen inte uteslutas och vissa artiklar kan ha över- eller undervärderats, men modifieringen av granskningsmallarna bedöms inte ha haft någon avgörande betydelse i detta sammanhang. Som ensamskribent fanns ingen möjlighet till mellanbedömarreliabilitet vilket annars kan vara ett sätt att öka säkerheten i kvalitetsbedömningen (Willman et al., 2006). De valda databaserna använder sig av referensgrupper som kvalitetsgranskar artiklarna innan de publiceras vilket minskar risken för att artiklar med låg kvalitet inkluderats i studien (Friberg, 2006).

Extern validitet

Extern validitet (eng.transförlighet) handlar om i vilken utsträckning resultatet av en studie kan överföras till andra grupper eller situationer (Polit & Beck, 2006). En styrka i studien är att de valda artiklarna representerar forskning från ett brett geografiskt område.

Forskningsresultat från Storbritannien, Hong Kong, Nya Zeeland, Schweiz och Holland är representerade. Dessa länder har moderna sjukvårdssystem organiserade enligt västerländsk modell och resultaten bör därför vara möjliga att överföra i en svensk kontext. Hälften av artiklarna beskriver resultat från Storbritannien. När det gäller fördelningen mellan kvinnor och män i de ingående studierna fanns en viss överrepresentation av kvinnor vilket kan göra det motiverat med en viss försiktighet då resultaten skall överföras på män. Sökning skedde inledningsvis på samtliga åldersgrupper, men eftersom endast studier på vuxna individer inkluderades kan resultaten inte överföras på barn. Vid sökningen hittades även en studie som avhandlade sjuksköterskeledd överviktsintervention för personer med grav mentalsjukdom som stod på behandling med andra generationens antipsykotika. Då denna urvalsgrupp ansågs vara alltför smal inkluderades inte denna studie vilket gör att inga svaga grupper finns representerade i litteraturstudien vilket kan ses som en svaghet.

Resultatdiskussion

Sjuksköterskeledd överviktsmottagning är en vårdform med potential att erbjuda överviktiga patienter omvårdnadsåtgärder med funktioner som omfattar både beteendemässiga, psykologiska och fysiologiska komponenter i överviktsproblematiken. I merparten av de artiklar som ingick i denna litteraturstudie betonades sjuksköterskans möjligheter att genom ett sådant holistiskt och personcentrerat arbetssätt åstadkomma positiv skillnad för de patienter som är drabbade av övervikt eller fetma (Dale et al., 2009; Dombrowski et al., 2012; Goessen et al., 2008; Goldie & Brown, 2012; Nanchahal et al., 2009). Även andra referenser utanför litteratursökningen betonar vikten av att inkludera beteendemässiga och psykologiska komponenter i omvårdnaden av överviktiga patienter (Bentz & Collins, 2009; Yilmaz, 2011). Exempelvis konstaterar Bentz & Collins (2009) att beteendemässiga och psykologiska faktorer spelar en avgörande roll både för uppkomsten och konsekvenserna av fetma. Mat kan bli en copingmekanism i emotionellt påfrestande situationer vilket kan leda till uppkomst av övervikt samtidigt som det kan innebära ett

(Socialstyrelsen, 2004). Flera av de ingående artiklarna i detta arbete ger stöd för att samma förhållande gäller för sjuksköterskeledda överviktsmottagningar (Eichler et al., 2007; Goldie & Brown, 2012; Nanchahal et al., 2009). Att följa upp patienterna efter viktnedgång även på längre sikt verkar vara en förutsättning för framgång. De ingående studierna ger ingen entydig bild av hur uppföljningen bäst skall arrangeras, men detta kan förhoppningsvis lösas utifrån den enskilda klinikens förutsättningar. Kontroll av viktkurva var 6:e månad de första två åren och därefter årligen är det förslag som ges i Stockholms läns landstings handlingsprogram för övervikt och fetma (2010).

Sjuksköterskans funktion är att fungera som en "hjälp till självhjälp" för patienten. Denna grundsyn präglar samtliga omvårdnadsåtgärder vid sjuksköterskeledd överviktsmottagning och tar sig uttryck i metoder som KBT, motiverande samtal och andra beteendebaserade interventioner där sjuksköterskan fungerar i ett stödjande partnerskap med patienten snarare än som en auktoritativ expert (Dombrowski et al., 2011; Goessen et al., 2008; Goldie & Brown 2012). Antonovskys filosofi (Antonovsky, 2005) låter sig väl tillämpas vid en beskrivning av omvårdnadsåtgärder vid sjuksköterskeledd överviktsmottagning. Utgångspunkten för dessa är att patienten redan har det som krävs för en beteendeförändring och sjuksköterskans uppgift är att tillsammans med patienten finna vägen dit (Hardcastle et al., 2013). I detta avseende kan sjuksköterskeledda mottagningar sägas utgå från ett salutogent perspektiv eftersom behandlingen fokuserar på de resurser patienten själv besitter för att bibehålla hälsan (Antonovsky, 2005). Sjuksköterskans roll består i att främja patientens känsla av sammanhang (KASAM) utifrån de tre begreppen begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet.

Patientutbildning är en grundläggande del av all sjuksköterskeledd verksamhet (Wong & Chung, 2006). Att utbilda och informera patienten ger denne förståelse för överviktsproblemet och förmåga att bedöma dess konsekvenser. Sjuksköterskan bidrar på så sätt till en högre KASAM genom att skapa begriplighet. Hanterbarhet skapas genom att sjuksköterskan fungerar som en stödjande resurs för patienten.

Sjuksköterskan blir någon att förlita sig på som även kan informera om vilka ytterligare resurser som står till buds t ex i form av multidisciplinärt samarbete (Goldie & Brown, 2012; Hardcastle et al., 2013; Nanchahal et al., 2009; Wong & Chung, 2006).

Meningsfullhet tillgodoses genom att patienten själv är delaktig i de åtgärder som skall leda fram till förbättrad hälsa (Goldie & Brown 2012; Dombrowski et al., 2012).

Sjuksköterskan kan i samtal med patienten få denna att inse att de utmaningar som krävs för förändring är värda att investera energi i. Enligt Antonovsky är meningsfullhet den viktigaste komponenten i KASAM. Utan vilja och motivation hos patienten spelar det ingen roll hur välinformerad denne är och vilka resurser som står till buds.

Sjuksköterskan har i sin yrkesroll goda förutsättningar att diskutera övervikt med sin patient. Detta framkom i flera av de ingående studierna (Dale et al., 2009, Goldie & Brown, 2012).

I en debattartikel i Svensk Läkartidning (Rössner, 2014) ställs frågan "Vem skall ta hand om de allt fler feta?". Här konstateras att det finns alltför få specifikt inriktade behandlingsenheter mot övervikt i Sverige. Här refereras också till en artikel som beskriver situationen i USA (Colbert & Jangi, 2013), där författarna anser att det i framtiden måste vara primärvården som har det huvudsakliga ansvaret för att hantera fetmaproblematiken. I en studie av Mitchie (2007) framkom det att sjuksköterskor inom primärvård i Storbritannien oftare än läkare tar upp diskussion kring övervikt med sina patienter. Detta antogs bland annat bero på sjuksköterskornas ökande ansvar för att hantera och förebygga kronisk sjukdom. Det yttersta ansvaret ligger på våra politiker att på bästa sätt fördela sjukvårdsresurserna och skapa förutsättningar för multidisciplinära samarbeten inom vården. Min tolkning är att sjuksköterskeledd överviktsmottagning och de omvårdnadsåtgärder som där bedrivs i framtiden kan komma att bli vanligare och har möjlighet att fylla en viktig funktion.

Förslag på fortsatt forskning

Denna allmänna litteraturstudie har utförts med syfte att beskriva omvårdnadsåtgärder vid sjuksköterskeledd överviktsmottagning. Uppsatsen är baserad på ett begränsat antal artiklar och gör inte anspråk på att ge några evidens för om sjuksköterskeledd överviktsmottagning som helhet är bra eller dåligt. Dessa mottagningars kostnadseffektivitet sett ur ett samhällsperspektiv har inte heller belysts i denna uppsats. Dessa frågeställningar kan vara områden lämpade för fortsatt forskning.

Slutsats

Syftet med denna litteraturstudie var att undersöka omvårdnadsåtgärder vid sjuksköterskeledd överviktsmottagning. Resultaten ger stöd för att sjuksköterskeledda omvårdnadsåtgärder vid överviktsmottagning utgår från ett holistiskt synsätt där sjuksköterskans uppgift är att informera och utbilda patienten och att i partnerskap med denne fungera som en stödjande resurs som verkar för att patienten själv blir delaktig i de åtgärder som skall leda fram till hälsa. En gemensam nämnare för de omvårdnadsåtgärder som utförs inom ramen för en sjuksköterskeledd överviktsmottagning är att de syftar till att åstadkomma en varaktig viktneidgång. Med tanke på senare forskningsrön angående fettcellens fysiologi (Spalding et al., 2008) verkar det logiskt att angripa överviktsproblemet med målsättning att åstadkomma en livsstilsförändring hos patienten med ändrat beteende avseende både kost och fysisk aktivitet på det sätt som har beskrivits i denna litteraturstudie (Dombrowski et al., 2012; Goldie & Brown 2012; Hardcastle et al., 2013). Resultaten kan ses i förhållande till Aron Antonovskys (2005) omvårdnadsteori där begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet är centrala begrepp för individens känsla av sammanhang och bibehållande av hälsa.

REFERENSER

Anazawa, R., Ishikawa, H., & Takahiro K. (2013). Evaluation of online machine translation by nursing users. *CIN: Computers, Informatic, Nursing*, 31(8), ss. 382-387.

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans Mystorium*. Stockholm: Natur och Kultur.

Axelsson, Å. (2008). Litteraturstudie. I Granskär, M., Höglund-Nielsen, B. (red) (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur AB

Banks, J., Sharp, D.J., Hunt, L.P., & Shield, J.P. (2012). Evaluating the transferability of a hospital-based childhood obesity clinic to primary care: a randomized controlled trial. *The British Journal of General Practice*, 62(594), ss. e6-12.

Bentz, J.E., & Collins J.C. (2009). Behavioral and psychological factors in obesity. *The journal of Lancaster General Hospital*, 4 (4). ss. 124-127.

Burke, L.E., & Wang, J. (2011). Treatment Strategies for Overweight and Obesity. *Journal of Nursing Scholarship*, 43 (4). ss. 368-375. doi: 10.1111/j.1547-5069.2011.01424.x

Carlsson, A.C., Risérus, U., Engström, G., Arnlöv, J., Melander, O., Leander, K., ...Gigante, B. (2013). [Novel and established anthropometric measures and the prediction of incident cardiovascular disease: a cohort study](#). *International Journal of Obesity*, doi: 10.1038/ijo.2013.46.

Colbert, J.A., Jangi, S. (2013). Training physicians to manage obesity – back to the drawing board. *New England Journal of Medicine*, 369. ss. 1389-1391.

*Dale, K.S., Mc Auley, K.M., Taylor, R.W., Williams, S.M., Farmer, W.L., Hansen, P., ...Vorgers, S.M. (2009). Determining optimal approaches for weight maintenance: a

randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal* 180 (10). ss. E39-E46

*Dombrowski, S.U., Sniehotta, F.F., Johnston, M., Broom, I., Kulkarni, U., Brown, J., ...Araujo-Soares, V. (2012). Optimizing acceptability and feasibility of an evidence-based behavioral intervention for obese adults with obesity-related co-morbidities or additional risk factors for co-morbidities: An open-pilot intervention study in secondary care. *Patient Education and Counseling* 87, ss. 108-119.

*Eichler, K., Zoller, M., Steurer, J., & Bachmann, J.M. (2007). Cognitive-behavioural treatment for weight loss in primary care: a prospective study. *Swiss Medical Weekly* 137, ss. 489-495.

Eklund, A.K. (2009). *Med mer omvårdnad blir vården bättre*. Vårdförbundet
<https://www.vardforbundet.se/Agenda/Pressrum/Debattartiklar/Med-mer-omvardnad-blir-varden-battre/> [2013-10-08]

FASS, Farmaceutiska specialiteter i Sverige (2013).
<http://www.fass.se/LIF/product?2&userType=0&nplId=19980729000018>
[2013-12-10]

Fairburn, C.G. & Walsh, B.T. (2002). Atypical eating disorders (eating disorder not otherwise specified). In Fairburn C.G. and Brownell K.D, *Eating disorders and obesity* (2nd ed.), The Guilford Press, New York, ss. 171-177.

Flanagan, S.A. (2006). Obesity: The last bastion of prejudice. *Obesity Surgery*, 6(5), ss. 430-437.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. 2. uppl., Stockholm: Natur och Kultur.

Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur AB

*Goessens, B.M., Visseren, F.L., de Nooijer, J., van den Borne, H.W., Algra, A. Wierdsma, J., & van der Graaf, Y. (2008). A pilot-study to identify the feasibility of an Internet-based coaching programme for changing the vascular risk profile of high-risk patients. *Patient Education and counseling*. 73, ss 67-72

*Goldie, C. & Brown, J. (2012). Managing obesity in primary care. *Nursing Times*, Jan 10-16; 108 (1-2): ss.14-16.

Göteborgs Universitetsbibliotek, (2013).

<http://libguides.ub.gu.se/content.php?pid=342253&sid=2798572>

[2013-12-04]

*Hardcastle, S.J, Taylor, A.H., Bailey, M.P., Harley, R.A., & Hagggar, M. S. (2013). [Effectiveness of a motivational interviewing intervention on weight loss, physical activity and cardiovascular disease risk factors: A randomised controlled trial with a 12-month post-intervention follow-up.](#)

The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 10 (40) ss. 1-15.

ICN. (2007). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor.

<http://www.swenurse.se/PageFiles/2582/SSF%20Etisk%20kod%20t%20webb2.pdf>

[2013-09-17]

Karlsson, J., Taft, C., Rydén A., Sjöström, L. & Sullivan, M. (2007). Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: the SOS intervention study. *Internal Journal of Obesity*, 31, ss.1248-61.

Mitchell, J.E., Selzer, F., Kalarchian, M.A., Devlin, M.J., Strain, G.W., Elder, K.A., ...Yanovski, S.Z. (2012). Psychopathology before surgery in the longitudinal

assessment of bariatric surgery-3 (LABS-3) psychosocial study. *Surgery for Obesity and related disease*, 8(5), ss. 533-541.

Michie, S. (2007). Talking to primary care patients about weight; A study of GP:s and practice nurses in the UK. *Psychology, Health & Medicine*, 12(5) ss. 521-525.

*Nanchahal, K., Townsend, J., Letley, L., Haslam, D., Wellings, K., & Haines, A. (2009) Weight-management in primary care: a pilot randomized controlled trial. *British Journal of General Practice*, doi: 10.3399/bjgp09X420617.

OECD - Reviews of Health Care Quality

http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-care-quality-sweden-2013_9789264204799-en

[2013-12-23]

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2006). *Essentials of nursing research, methods, appraisal, and utilization*. 6 th edition. London: Lippincott William & Wilkins

Rössner, S. (2014). Vem skall ta hand om de allt fler feta? Nu behövs politiska insatser och samarbete inom vården. *Svensk Läkartidning*, 9-10 (111) s. 385.

SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2002). Fetma - problem och åtgärder. Rapport nr 160.

http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/fetma_2002/fetmafull.html [2013-09-06]

SCB-Statistiska centralbyrån. (2012). Vi växer på bredden.

<http://www.scb.se/Pages/Article.aspx?id=340901> [2013-09-30]

SFOAK, (2009). Nationella Indikationer för obesitaskirurgi. http://www.sfoak.se/wp-content/niok_2009.pdf [2013-10-01]

Socialstyrelsen. (2004). Sjuksköterskeledda mottagningar inom somatisk sjukvård i sydöstra sjukvårdsregionen. Resultat av tematisk tillsyn. Stockholm: Socialstyrelsen.
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2004/2004-109-15>
[2013-09-17]

Socialstyrelsen. (2005). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska.
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf
[2013-09-17]

Socialstyrelsen. (2013). Tillståndet och utvecklingen inom hälso-och sjukvård och socialtjänst-Lägesrapport 2013
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18955/2013-02-02.pdf>
[2014-01-07]

Spalding, K.L., Arner, E., Westermarck, P.O., Bernard, S., Buchholz, B.A., Bergmann, O., ...Arner, P. (2008). Dynamics of fat cell turnover in humans.
Nature 453, ss 783-787.

Stockholms läns landsting, hälso och sjukvårdsnämndens förvaltning. (2010).
Handlingsprogram övervikt och fetma 2010-2013.
<http://www.folkhalsoguiden.se/Informationsmaterial.aspx?id=1129>
[2014-05-10]

Wadden, T.A., Berkowitz, R.I., Womble, L.G., Sarwer, D.B., Phelan, S., Cato, R.K.,...Hesson, L.A. (2005). Randomized trial of lifestyle modification and pharmacotherapy for obesity. *The New England Journal of Medicine*, 353 (20), ss. 2111-2120.

WHO. (2013). Obesity and overweight. Fact sheet N°311
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>
[2013-09-15]

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur

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

*Wong, F.K.Y., & Chung, L.C.Y. (2005). Establishing a definition for a nurse-led clinic: structure, process and outcome. *Journal of Advanced Nursing*, 53(3), ss. 358-369.

Wykowski, K. & Krouse, H.J. (2013). Self-care predictors for success post-bariatric surgery: a literature review. *Gastroenterology Nursing*, 36(2), ss. 129-135.

Yilmas, J., Povey, L., & Dalglish, J. (2010). Adopting a psychological approach to obesity. *Nursing Standard*, 25 (21), ss. 42-46.

Bilaga 1

Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Datum	Databas	Sökord och boolesk operator (and, or, not)	Begränsningar	Typ av sökning (tex. fritext, abstract, nyckelord, MESH-term)	Antal träffar	Motiv till exklusion av artiklar	Utvalda artiklar
131116	PubMed	(#1) nurses OR nursing OR nurse's practice patterns OR primary health care/organization and administration	< 10 år, skrivna på engelska	MESH-termer (title/abstract)	82535		
		(#2) obesity OR obesity/nursing OR bariatric surgery	< 10 år, skrivna på engelska	MESH-termer (title/abstract)	69259		
		#1 AND #2	< 10 år, skrivna på engelska	MESH-termer (title/abstract)	695	överensstämmer ej med syftet / ej sjuksköterskeperspektiv/ej originalartikel	3
		"nurse led" AND "obesity"	< 10 år, skrivna på engelska	fria sökord (title/abstract)	29	överensstämmer ej med syftet / ej sjuksköterskeperspektiv/ej originalartikel	3
		"nurse led healthy life style clinics"	< 10 år, skrivna på engelska	fritt sökord (title/abstract)	2	överensstämmer ej med syftet / ej sjuksköterskeperspektiv/ej originalartikel	
		"nurse led motivational interviewing"	< 10 år, skrivna på engelska	fritt sökord (title/abstract)	3	överensstämmer ej med syftet / ej sjuksköterskeperspektiv/ej	

						originalartikel	
		“cope”	< 10 år, skrivna på engelska	fritt sökord (title/abstract)	11769	Oöverskådligt stort antal träffar	
		adaptation psychological AND obesity	< 10 år, skrivna på engelska	MESH-termer (title/abstract)	198	överensstämmer ej med syftet / ej sjuksköterskeperspektiv/ej originalartikel	1
		“ long term outcomes” AND obesity	< 10 år, skrivna på engelska	fritt sökord/ MESH-term (title/abstract)	124		
		treatment outcome AND overweight/diet therapy AND nurs*		MESH-termer / fritt sökord (title/abstract)	13	överensstämmer ej med syftet / ej sjuksköterskeperspektiv/ej originalartikel	1
131116	Cinahl	(#1)nurse OR practical nursing OR nursing units	< 10 år, skrivna på engelska	Cinahl headings	22782		
		(#2)obesity OR bariatric surgery	< 10 år, skrivna på engelska	Cinahl headings	28155		
		#1 AND #2	< 10 år, skrivna på engelska	Cinahl headings	123	överensstämmer ej med syftet / ej sjuksköterskeperspektiv/ej originalartikel, redan funnen	2
		“nurse led clinic”	< 10 år, skrivna på engelska	fritt sökord	321	överensstämmer ej med syftet / ej sjuksköterskeperspektiv/ej originalartikel, redan funnen	2
		“nurse led” AND obesity	< 10 år, skrivna på engelska	fritt sökord / Cinahl heading	20	överensstämmer ej med syftet / ej sjuksköterskeperspektiv/ej originalartikel, redan funnen	2

13117	Eric	(#1) nurses OR nursing OR nursing research	< 10 år, skrivna på engelska	Thesaurus (söktermer DE)	4361		
		(#2) obesity	< 10 år, skrivna på engelska	Thesaurus (söktermer DE)	1889		
		#1 AND #2	< 10 år, skrivna på engelska, peer reviewed	Thesaurus (söktermer DE)	20	överensstämmer ej med syftet / ej sjuksköterskeperspektiv/ej originalartikel, redan funnen	1
13118	PsycInfo	(#1) nurses OR nursing	< 10 år, skrivna på engelska, peer reviewed	Thesaurus (major subjects)	13005		
		(#2) obesity	< 10 år, skrivna på engelska, peer reviewed	Thesaurus (major subjects)	7365		
		#1 AND #2	< 10 år, skrivna på engelska, peer reviewed	Thesaurus (major subjects)	42	överensstämmer ej med syftet / ej sjuksköterskeperspektiv/ej originalartikel, redan funnen	1

Bilaga 2

Artikelöversikt

Författare Titel Tidskrift Land År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Dale et al. Determining optimal approaches for weight maintenance: a randomized controlled trial Canadian Medical Association Journal Nya Zeeland 2009	Att undersöka effektiviteten av två olika modeller för bibehållet viktminskningsresultat och effektiviteten av två olika dieter.	200 kvinnor, 25-70 år som gått ned i vikt mer än 5% de senaste 6 mån. och som hade eller haft ett BMI på 27 eller mer. Randomiserad, kontr. interventionsstudie. Deltagarna fördelades på fyra olika interventionsgrupper. -Specialistsupport i kombination med kolhydratrik diet -Sjuksköterskesupport i kombination med kolhydratrik diet -Specialistsupport i kombination med diet rik på monoomättade fettsyror -Sjuksköterskesupport i kombination med diet rik på monoomättade fettsyror Kvalitativa mätningar med standardiserade formulär. Kvantitativa mätningar av medicinska parametrar.	Samtliga deltagare fick konsultation med nutritionist och läkare, yogasessioner, muskelavslappningssessioner, supermarket guidning och matlagningstips. Interventionsgruppen med sjuksköterskeledd support fick dessutom invägningar varannan vecka och en timmes gruppsammankomst en gång / månad där det diskuterades mat, träning och copingstrategier. Interventionsgruppen med specialistledd support fick 11 st 35 minuters sessioner med specialister på nutrition resp. fysisk aktivitet och blev uppmuntrade att delta i minst två handledda gympass/månad.	Oavsett interventionsgrupp gick samtliga deltagare i studien ned i vikt, fick minskad fettmassa, minskade BMI och midjemått, sänkte sitt blodtryck, sina glukosvärden och sin insulinnivå. LDL-kolesterol var signifikant lägre hos de kvinnor som stod på kolhydratrik diet. Slutsats: Överviktiga kvinnor som är tillräckligt motiverade för att delta i en 2 år lång studie kan bibehålla sin viktmedgång och i många fall gå ned ytterligare i vikt med hjälp av en enkel och kostnadseffektivt sjuksköterskeledd support. Det sågs ingen skillnad i interventionsgrupperna avseende fysisk aktivitet eller fysisk kondition efter interventionen vilket talar för att kostsam specialistrådgivning inte är någon nödvändighet i ett supportprogram för bibehållen viktminskning.	Hög (13 p) +Randomiserad, kontrollerad studie. - Deltagarna mycket motiverade, resultatet behöver därmed ej vara generaliserbart till grupper som har lägre motivation.

Författare Titel Tidskrift Land År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Dombrowski et al. Optimizing acceptability and feasibility of an evidence- based behavioral intervention for obese adults with obesity-related co-morbidities or additional risk factors for co- morbidities: An open-pilot intervention in secondary care Patient Education and Counseling Storbritannien 2012	Att undersöka genomförbarh et och godtagbarhet för sjuusköterske- ledda beteende- interventioner i syfte att optimera dessa	Överviktiga vuxna med ett BMI på > 35 kg/m ² som remitterats till nutritionist med anledning av fetmarelaterade riskfaktorer såsom diabetes eller kardiovaskulära problem. 63 kvinnor och 11 män. Kvalitativ datainsamling med hjälp av frågeformulär till den sjuusköterska som ledde interventionen och till de patienter som deltog. Kvantitativ datainsamling av medicinska parametrar som längd, vikt och BMI	De personer som ingick i studien (63 kvinnor och 11 män) fick en gång/vecka delta i en gruppbehandling som varade i en timme. Fysisk aktivitet, ätbeteende och vikt mättes före och efter behandlingsperioden. Den sjuusköterska som ledde behandlingen fick genomgå en utbildning som omfattade en och en halv arbetsdag.	Interventionen mottogs väl av deltagarna, medianvärdet för deltagarnöjdhet (satisfaction rating) beräknad till 94 % på en skala från 1-100%. Medianvärdet för viktnedgång var 0,86 kg. Deltagarna ökade sin fysiska aktivitet med i genomsnitt 1,6 träningspass (1 träningspass=minst 30 minuters motionsaktivitet) per vecka. Ingen statistiskt signifikant skillnad kunde uppmätas avseende ätbeteende då man jämförde totalt kaloriintag och fördelningen mellan kolhydrater, proteiner, stärkelse och fett.	Medel (10 p) +Större patientmaterial, urval och intervention väl beskrivna -deltagarna aktivt involverade och fick ge feedback till behandlingen, kan ha påverkat resultatet -ingen randomisering eller blindning, inga kontrollgrupper

Författare Titel Tidskrift Land År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Eichler et.al. Cognitive-behavioural treatment for weight loss in primary care:a prospective study Swiss Medical Weekly Schweiz 2007	Att utvärdera ett KBT-program för viktminskning avsett att fungera inom primärvården och att utföras av läkare och sjuksköterskor utan tidigare erfarenhet av KBT	Överviktiga vuxna med ett BMI på > 25 . Deltagarnas vikt mättes före och efter programmet.	Ett nätverk av allmänpraktiserande läkare engagerades i studien. Dessa remitterade in patienter till en grupp KBT-terapeuter bestående av läkare och sjuksköterskor som genomgått kortare utbildning för att utföra KBT. Prospektiv observationsstudie Patienternas viktminskning mättes för att utvärdera effekten KBT-programmet.	147 av 191 deltagare fullföljde studien som pågick under ett år. För dessa 147 individer var medianvärdet för viktnedgång 4 kg.	Medel (11 p) +tydlig forskningsfråga, stort patientmaterial -kontrollgrupp saknades
Goessen et al. A pilot-study to identify the feasibility of an Internet-based coaching programme for changing the vascular risk profile of high-risk patients Patient Education and Counseling Holland 2008	Att utvärdera effekten av en internet-baserad sjuk-sköterskeledd support avsedd att åstadkomma reduktion av riskfaktorer för kardiovaskulär sjukdom	50 personer med riskfaktorer för kardiovaskulär sjukdom såsom övervikt, hypertension, hyperlipidemi och rökning. Kvalitativa parametrar såsom BMI, blodtryck mm uppmättes av sjuksköterska, kvalitativa parametrar med hjälp av enkäter	Vid det första mottagningsbesöket fastställdes en individuell handlingsplan för att reducera kardiovaskulära riskfaktorer däribland övervikt. Försöksdeltagarna fick instruktioner om hur de skulle kommunicera med den sjuksköterska som ledde behandlingen och om hur de skulle gradera självuppskattade riskfaktorer på en egen personlig web-sida. Sjuksköterskan svarade på arbetsdagar och gav feedback, support och rekommendationer avseende livsstil och medicinsk behandling.	Vid studiens inledning hade 50% av deltagarna ett BMI < 27 kg/m ² efter 6 månader sjuksköterskeledd internetsupport var motsvarande siffra 56%.	Medel (11 p) +Tydligt formulerad forskningsfråga -pilotstudie, ej randomiserad eller kontrollerad

Författare Titel Tidskrift Land År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Goldie & Brown Managing obesity in primary care Nursing Times Storbritannien 2012	Att testa ett sjuksköterskestyrt koncept för kardiovaskulär riskreduktion via överviktsbehandling med fokus på såväl emotionellt och beteendemässigt välbefinnande som på diet och träning.	43 överviktiga personer, 32 kvinnor och 11 män med BMI från 32-55 följdes under en 12 månader lång interventions-period	Ett pilotprojekt i form av en överviktsmottagning inrättades på en vårdcentral i nordöstra Skottland under perioden oktober 2008 – oktober 2009. Den sjuksköterska som ledde kliniken introducerades i överviktsbehandling genom att auskultera på en sjukhusklinik för obesitas. Uppföljande support gavs av en sjuksköterska med specialistkompetens inom fetma-behandling som besökte kliniken var eller varannan månad och upprätthöll kontakt via telefon och e-mail.	Patienter som besökte mottagningen sa att de kände sig mer bekväma med att diskutera sina viktproblem med en sjuksköterska eftersom ofta skrämde av bantnings- grupper eller andra medlemmar i ett multidisciplinärt team . Vid start av pilotstudien , fanns 43 patienter, 32 kvinnor och 11 män. BMI varierade från 32 till 55. Sex patienter som hade ett högt fettintag tog anti - fetma drogen orlistat som en del av behandlingen . Under 12 månader lång interventionsperiod , uppstod bortfall på 17 personer som ej kom på uppföljande återbesök. Sex av dessa var dock remitterade från en sjukvårdsenhet ca 19 km från pilot-mottagningen. Mottagning upprättad på mindre avstånd kan ha medfört bättre uppslutning . Tio av de återstående 25 patienterna nådde sitt behandlingsmål på en 5 % viktnedgång och 12 personer gick ned 10 % eller mer.	Medel (10 p) +Interventionen tydligt beskriven, hög relevans för syftet -pilotstudie med begränsat antal deltagare, svårt att bedöma om resultatet generaliserbart

Författare Titel Tidskrift Land År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>Hardcastle et al. Effectiveness of a motivational interviewing intervention on weight loss, physical activity and cardiovascular disease risk factors: A randomised controlled trial with a 12-month post-intervention follow-up. The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity Storbritannien 2013</p>	<p>Att överbrygga den kunskapslucka som råder avseende effekten av motiverande samtal på längre sikt än 6 månader.</p>	<p>358 patienter inom primärvården med riksrfaktorer för kardiovaskulär sjukdom. Kvantitativa data (längd, vikt, blodtryck, BMI, kolesterolvärde) uppmättes av sjuksköterska. Fysisk aktivitet, motivation till ökad fysisk aktivitet och fettintag skattades med hjälp av standardiserade frågeformulär.</p>	<p>Patienterna randomiserades till endera av två grupper, den ena gruppen fick motiverande samtal, den andra fick enbart standardinformation kring övervikt, kost och motion. 334 patienter genomförde den inledande hälsoundersökningen. 203 av dessa randomiserades till motiverande samtal och 131 fick enbart standardinformation. Attritionstest gjordes för att undvika selektionsbias.</p>	<p>Signifikant ökning av fysisk aktivitet i form av promenader både vid interventionens avslutande och 12 månader senare. Samma goda resultat sågs avseende kolesterolvärden med en signifikant sänkning efter sex månader som kvarstod 12 månader senare. Interventionen gav en signifikant sänkning av BMI men 12 månader senare hade BMI återgått till sin ursprungliga nivå.</p>	<p>Hög (13 p) +Randomiserad kontrollerad studie. Attritionstest gjordes för att undvika selektionsbias. -Lågt deltagarantal och stort bortfall</p>

Författare Titel Tidskrift Land År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Nanchahal et al. Weight-management interventions in primary care: a pilot randomized controlled trial British Journal of General Practice Storbritannien 2009	Att utvärdera förutsättningar för ett sjuksköterskelett behandlingsprogram för överviktsbehandling i primärvården	123 vuxna personer (80,3 % kvinnor) med BMI >27 Kvantitativa parametrar såsom vikt, BMI, blodtryck, fastglukos, midjemått, blodfetter uppmätta av sjuksköterska före och efter interventionen. Kvalitativa parametrar såsom livskvalitet, oro, depression utvärderade med hjälp av enkätfrågor.	Deltagarna i studien randomiserades i olika interventionsgrupper; Strukturerad livsstilssupport, strukturerad livsstilssupport + pedometer, standardbehandling utan livsstilssupport Standardbehandling utan livsstilssupport med pedometer. Studien analyserades med faktoriell design för utvärdering av flera variabler.	34% av deltagarna i den grupp som erhöll strukturerad livsstilssupport gick ned 5% eller mer av sin ursprungliga vikt, jämfört med 18,9% av de som erhöll standardbehandling utan strukturerad livsstilssupport. Pedometer gav ingen signifikant effekt på viktreduktion.	Medel (12 p) +stort patientmaterial, randomiserad studie med kontrollgrupper. -interventionsgruppen och kontroll grupp introducerades i studien vid olika tidpunkter vilket kan leda till bias .

Författare Titel Tidskrift Land År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Wong & Chung Establishing a definition for a nurse-led clinic: structure process and outcome. Journal of Advanced Nursing Hong Kong 2005	Att definiera begreppet sjuksköterskeledd klinik genom att utforska områdena struktur, process och resultat	Sjuksköterskor från 34 kliniker, 162 patienter och 134 läkare intervjuades och 162 mottagnings-besök observerades	Explorativ studie utförd i två faser. I den första fasen intervjuades sköterskor från 34 kliniker. I den andra fasen observerades 162 mottagnings-besök och 162 patienter och 16 läkare intervjuades. Data-insamlingen skedde mellan åren 2001-2003	Sjuksköterskor som ledde klinikerna mycket erfarna, hade tillgängliga resurser som ett stöd i arbetet. Mer än 80% av arbetet helt eller delvis självständigt, omfattade färdigheter som att justera mediciner och initiera behandlingar och diagnostiska tester enligt protokoll. Viktigaste insatser var bedömningar ,utvärderingar, samt hälsorådgivning. Sjuksköterskorna rankade "behandling av symptom " "förebyggande av komplikationer ", och "nöjda kunder" som tre viktigaste nyckelindikatorerna för deras framgång. Alla patienter som ingick i studien visade förbättring efter att ha konsulterat kliniken. Tillfredsställelse poängen för både sjuksköterskor och kunder höga. Läkare satte värde på sitt partnerskap i vården med sjuksköterskorna, men var bekymrade över eventuella rättsliga ansvar till följd av de avancerade uppgifter som utförs av dessa sjuksköterskor.	Hög (11p) +Tydlig beskrivning av urval och metod. -Svårt att bedöma om datamättnad.

Bilaga 3

Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod

(Modifierat efter Willman et al 2006)

Beskrivning av studien

Forskningsmetod RCT CCT (ej randomiserad)

multicenter, antal center.....

Kontrollgrupp/er

Patientkaraktäristika Antal

Ålder.....

Man/Kvinna.....

Kriterier för exkludering

Adekvata exklusioner Ja Nej

Intervention.....
.....
.....

Vad avsåg studien att studera?

Dvs. vad var dess primära resp. sekundära
effektmått.....
.....
.....

Urvalsförfarandet beskrivet? Ja Nej

Representativt urval? Ja Nej

Randomiseringsförfarande beskrivet? Ja Nej

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| Likvärdiga grupper vid start? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Analyserade i den grupp som de randomiserades till? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Blindning av patienter? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Blindning av vårdare? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Blindning av forskare? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Bortfallsanalysen beskriven? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Bortfallsstorleken beskriven? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Adekvat statistisk metod? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Etiskt resonemang? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Är instrumenten valida? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Är instrumenten reliabla | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Är resultatet generaliserbart | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |

Huvudfynd (hur stor var effekten? hur beräknades effekten?, NNT, konfidensintervall, statistisk signifikans, klinisk signifikans, power-beräkning)

.....

.....

.....

Totalt antal poäng (en poäng per fråga - max 16 poäng).....

Sammanfattande bedömning av kvalitet

- Hög =13-16 poäng Medel = 10-12 poäng Låg = < 10 poäng

Kommentar:

Bilaga 4

Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod

(Modifierat efter Willman et al 2006)

Beskrivning av studien

Tydlig avgränsning/problemformulering?

Ja Nej

Patientkaraktistika

Antal.....

Ålder.....

Man/kvinna.....

Är kontexten presenterad?

Ja Nej

Etiskt resonemang?

Ja Nej

Urval

-Relevant?

Ja Nej

-Strategiskt?

Ja Nej

Metod för

-urvalsförfarande tydligt beskrivet?

Ja Nej

-datainsamling tydligt beskrivet?

Ja Nej

-analys tydligt beskriven?

Ja Nej

Giltighet

-Är resultatet logiskt begripligt?

Ja Nej

-Råder datamätnad?

Ja Nej

-Råder analysmättnad?

Ja Nej

Kommunicerbarhet

-Redovisas resultatet klart och tydligt? Ja Nej

-Redovisas resultatet i förhållande

till en teoretisk referensram? Ja Nej

Genereras teori? Ja Nej

Huvudfynd

Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs? Är beskrivning/analys adekvat?

.....

.....

.....

.....

.....

Totalt antal poäng (en poäng per fråga – max 14 poäng).....

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Hög =11-14 poäng Medel = 8-10 poäng Låg < 8 poäng

Kommentar

