GÖTEBORGS UNIVERSITET

SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

# HÄLSOFRÄMJANDE INTERVENTIONER FÖR PERSONER MED ÖVERVIKT OCH OBESITAS INOM ÖPPENVÅRDEN

## En litteraturstudie

**Eli Krantz**

| | |
|---|---|
| Uppsats/Examensarbete: | 15 hp |
| Program och/eller kurs: | Sjuksköterskeprogrammet |
| Nivå: | Grundnivå |
| Termin/år: | Vt/2022 |
| Handledare: | Alexander Olausson |
| Examinator: | Margret Lepp |

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

# Förord

Jag skulle vilja rikta ett stort tack till min engagerade handledare Alexander Olausson, som med ett “student-centrerat” förhållningssätt och gott humör kommit med feedback och goda råd i absolut världsklass.

Tusen tack även till Per-Arne Svensson för all inspiration, suveräna föreläsningar och pedagogiskt föreläsningsmaterial under utbildningens gång.

Denna uppsats tillägnas alla som lever med och kämpar mot kroniska metabola sjukdomar. Min förhoppning är att denna kandidatuppsats skall bidra till en ökad medvetenhet och empati för denna patientgrupp.

***- Eli Krantz, 2022***

| | |
|---|---|
| Titel (svensk) | Hälsofrämjande interventioner för personer med övervikt och obesitas inom öppenvården |
| Titel (engelsk) | Health promotion interventions for overweight and obese patients in primary care |
| Examensarbete: | 15 hp |
| Program och/eller kurs: | Sjuksköterskeprogrammet |
| Nivå: | Grundnivå |
| Termin/år: | Vt/2022 |
| Författare | Eli Krantz |
| Handledare: | Alexander Olausson |
| Examinator: | Margret Lepp |

# Sammanfattning:

**Bakgrund:** Övervikt och obesitas utgör ett växande globalt folkhälsoproblem, vilket ökar risken att drabbas av följdsjukdomar såsom hjärt- och kärlsjukdom, typ-2 diabetes och olika former av cancer. Hållbara hälsofrämjande interventioner baserade på ett personcentrerat förhållningssätt kan leda till viktnedgång för patienterna, vilket reducerar risken för att de ska drabbas av följdsjukdomar. **Syfte:** Att kartlägga och beskriva fysiologiska och psykologiska effekter av de hälsofrämjande interventioner som används för vuxna personer med övervikt och obesitas inom öppenvården, samt identifiera de aspekter som kan påverka det hälsofrämjande arbetet. **Metod:** En litteraturstudie omfattande 12 originalartiklar (både kvalitativa och kvantitativa) från en strukturerad informationssökning i databaserna Scopus, PubMed, PsycInfo och Cinahl. SBU:s granskningsmall användes för kvalitetsgranskning av artiklarna. **Resultat:** Utifrån artiklarna identifierades tre huvudkategorier: hälsofrämjande interventioner, effekter av hälsofrämjande interventioner, samt faktorer som påverkar de hälsofrämjande interventionerna. De hälsofrämjande interventionerna som användes var motiverande samtal, rådgivning om kost- och fysisk aktivitet, problemlösnings- och beteendeterapi samt personcentrerad vård. Överlag visade studierna att effekten av dessa hälsofrämjande interventioner bidrog till viktreduktion, förbättrade hälsomarkörer, ökad motivation till fysisk aktivitet, lägre skattning av depressionssymtom, förbättrad sömn och reducerad stress. Faktorer som förbättrade effekten av vården var patientens och vårdgivarens inställning, bemötande och kommunikation samt patientens tillgång till ett support-system. **Slutsatser:** Studierna visade att de hälsofrämjande interventionerna bidrog till både positiva fysiologiska och psykologiska effekter. Personcentrering och motiverande samtal var viktiga inslag för att få önskad effekt för patienterna.

**Nyckelord:** Övervikt, Obesitas, Fetma, Hälsofrämjande interventioner, Motiverande samtal, Personcentrerad vård

# Innehållsförteckning

Inledning ..... 6
Bakgrund ..... 7
**Övervikt och obesitas** ..... 7
Definition och prevalens ..... 7
Bakomliggande orsaker till obesitas ..... 8
Obesitas ur ett folkhälsoperspektiv ..... 10
**Behandlingsalternativ för övervikt och obesitas** ..... 10
**Hälsofrämjande interventioner** ..... 13
**Personcentrerad vård — En teoretisk referensram** ..... 14
**Problemformulering** ..... 15
Syfte ..... 15
Metod ..... 16
**Studiedesign** ..... 16
**Urval** ..... 16
**Datainsamling** ..... 16
**Dataanalys och kvalitetsgranskning** ..... 17
**Etiska överväganden** ..... 17
Resultat ..... 18
**Hälsofrämjande interventioner** ..... 19
Motiverande samtal ..... 19
The 5As Team research program ..... 19
Rådgivning om kost och fysisk aktivitet ..... 19
I-CARE ..... 20
**Effekter av hälsofrämjande interventioner** ..... 20
Fysiologiska effekter ..... 20
Psykologiska effekter ..... 21
**Faktorer som påverkar effekten av hälsofrämjande interventioner** ..... 22
Inställning, bemötande och kommunikation ..... 22
Tillgång till support-system ..... 23
Diskussion ..... 25
**Metoddiskussion** ..... 25
**Resultatdiskussion** ..... 27
Koppling mellan fysiologiska och psykologiska effekter ..... 27
Faktorer som påverkar effekten ..... 27

Kliniska implikationer ..... 28
Fortsatt forskning ..... 29
Slutsats ..... 29
Referenslista ..... 31
Bilaga 1 — Söktabeller för litteratursökning ..... 40
Bilaga 2 — Artikelöversikt ..... 44

# Inledning

Övervikt och obesitas är ett växande folkhälsoproblem, där antalet personer med obesitas har tredubblats mellan åren 1975 och 2016 (WHO, 2021). Sjukdomen bidrar till psykisk ohälsa, onödigt fysiskt lidande samt en ökad risk för olika somatiska sjukdomar såsom hjärtkärl-sjukdomar, typ-2 diabetes och cancer för de drabbade. Förutom brist på empati samt kunskapsklyftor från vårdpersonalens sida finns det emellertid andra faktorer såsom attitydproblem, förutfattade meningar och diskriminering som alla bidrar till att hindra vårdens kvalitet samt effektivitet på både kort- och lång sikt för denna patientgrupp (Riksförbundet HOBS, 2022; Wakefield & Feo, 2017).

En allvarlig konsekvens av att denna patientgrupp får ett dåligt bemötande från vårdpersonalen är att de mister förtroendet för vården, vilket ofta även bidrar till att dessa patienter slutar att uppsöka vård (Phelan m.fl., 2018; Phelan m.fl., 2021). Riksförbundet HOBS (2022) har visat att man genom en personcentrerad vård lyckas skapa bättre förutsättningar för att motverka stigmatisering kring övervikt och obesitas inom öppenvården. Sjuksköterskan spelar en mycket viktig roll i vårdandet av denna patientgrupp, då en stor del av patientkontakten ligger hos sjuksköterskan. Utmaningen för sjuksköterskan är att ta sig tiden och verkligen lyssna på vad patienten säger (och även det som inte sägs) för att på så vis bygga upp en god relation med patienten baserat på ömsesidig respekt samt att bjuda in patienten till ett gemensamt partnerskap (Ekman, m.fl., 2014). Dessa ligger i sin tur till grund för att kunna skapa en förtroendefull relation mellan vårdgivare och vårdtagare. För att sjuksköterskor ska kunna erbjuda personer med övervikt och obesitas rätt omvårdnadsåtgärder, utan vare sig någon skuldbeläggning eller förutfattade meningar, krävs empati och förståelse. Sjuksköterskor behöver därför ha förförståelse och ökad kunskap om olika bakomliggande orsaker till problematiken (SBU, 2013).

Under mina drygt 20 år långa arbetslivserfarenhet inom hälso- och friskvård, har jag fått möjligheten att hjälpa många personer med olika metabola sjukdomar, med alltifrån kost och träning till motiverande samtal, för att uppnå långsiktigt hållbara livsstilsförändringar. Min långa erfarenhet har föranlett ett stort intresse att studera ämnet vidare och därmed medels vetenskapligt stöd och evidens kunna koppla min personliga erfarenhet och kunskap till vetenskaplig teori. Målsättningen med denna uppsats är tudelad; dels att sprida kunskap och skapa en förförståelse för den komplexitet som kan ligga bakom övervikt och obesitas, samt att

belysa hur man genom ett personcentrerat förhållningssätt kan implementera hälsofrämjande interventioner för att förbättra omvårdnaden för denna patientgrupp.

# Bakgrund

## Övervikt och obesitas

### Definition och prevalens

För att kunna klassificera övervikt och obesitas (fetma), samt underlätta jämförelser av antal personer över tid och mellan olika populationer, introducerade Världshälsoorganisationen (WHO) år 1989 definitioner av övervikt och obesitas baserat på *body mass index* (BMI) (WHO, 1997). BMI definieras som en individs kroppsvikt i kg dividerat med kvadraten av hens längd uttryckt i meter. Enligt WHO (2021) är den nuvarande internationellt accepterade klassificeringen av övervikt ett BMI som överstiger 25 kg/m$^2$, vilket övergår till obesitas för ett BMI på 30 kg/m$^2$ eller högre. Till skillnad från övervikt klassas obesitas som en kronisk sjukdom.

SBU (2013) påpekar dock vikten av att ta BMI-måttet med viss försiktighet, då det inte tar hänsyn till vare sig fettfördelning över kroppen, utvecklingsgrad av muskelmassa, eller det faktum att fetmadefinitionen skiljer sig mellan kvinnor och män.

| | **BMI (kg/m$^2$)** |
|---|---|
| Undervikt | <18,5 |
| Normal vikt | 18,5–<25 |
| Övervikt | 25–<30 |
| Fetma grad 1 | 30–<35 |
| Fetma grad 2 | 35–<40 |
| Fetma grad 3 | ≥40 |

**Fig 1.** Definitioner av undervikt, normalvikt, övervikt och olika grader av fetma utefter *body mass index* (BMI). Figuren är hämtad från (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2013).

Trots de potentiella felkällor som BMI kan medföra, visar statistiken en tydlig trend att antalet personer med övervikt och obesitas kontinuerligt ökar globalt. Enligt WHO (2021) har prevalensen av obesitas tredubblats mellan år 1975 och 2016, då hela 1.9 miljarder vuxna människor över 18 år var överviktiga, vilket motsvarar 39 % av världens befolkning över 18 år. Av dessa 1.9 miljarder var 650 miljoner människor obesa, motsvarande 13 % av världens vuxna

befolkning. Även i Sverige syns samma trend, där Folkhälsomyndigheten (2022a) rapporterar statistik för 2018, då 51 % av den svenska befolkningen var antingen överviktiga (35 %) eller obesa (16 %). Den årliga kostnaden för obesitas enligt Folkhälsomyndigheten (2022) uppgår till 70 miljarder kronor.

### Bakomliggande orsaker till obesitas

Enligt fysikens lagar så lyder energiprincipen att energi inte kan skapas utan endast omvandlas från en form till en annan (Newton, 1846), vilket innebär att den grundläggande mekanismen bakom obesitas är för låg energiomsättning i förhållande till energiintag (SBU, 2013). Men trots denna till synes enkla ekvation finns det ofta djupare och mer komplexa förklaringar bakom obesitas än enbart brist på fysisk aktivitet och ohälsosam kost.

Man brukar ofta dela in de bakomliggande orsakerna till att personer utvecklar övervikt och obesitas i påverkbara och icke-påverkbara faktorer (se Fig. 2). Utav dessa presenterar Statens beredning för medicinsk utvärdering och behandling (SBU, 2002) genetiska faktorer som en betydande faktor för utvecklingen av obesitas. Vidare nämner de att prevalensen är större hos kvinnor är hos män, samt ökar med stigande ålder (Folkhälsomyndigheten, 2022a), vilket även reflekteras i WHOs statistik (WHO, 2021).

Utöver dessa icke-påverkbara faktorer finns det enligt Folkhälsomyndigheten (2022a) även påverkbara såsom brist på fysisk aktivitet, stillasittande livsstil, ohälsosam kost, missbruk (såsom tobak, alkohol och socker), stress och sömnbrist. Även flertalet läkemedel kan leda till viktuppgång, såsom antidepressiva, antiepileptika, betablockerare, glukokortikoider, insulin, neuroleptika, sulfonureider, tiazolidinioner, östrogener och antiöstrogener (Internetmedicin, 2021; Läkemedelsboken, 2018).

Andra faktorer som till viss del kan ses som påverkbara är socioekonomisk status, där personer med lägre utbildningsnivå löper större risk för övervikt och obesitas, omgivningsfaktorer såsom tillgänglighet till onyttig mat, samt psykosociala faktorer som exempelvis umgängeskrets (Folkhälsomyndigheten, 2022a).

Det finns emellertid även olika bakomliggande sjukdomar, vilka genom olika påverkan på det metabola systemet också kan leda till övervikt och obesitas, vilket är något som ofta förbises av hälso- och sjukvården (Riksförbundet HOBS, 2022). Exempel på sådana bakomliggande sjukdomar är hypotyreos, ödem, Cushings syndrom (hyperkortisolism), polycystiskt ovarialsyndrom (PCOS), hormonobalans, klimakteriet, neuropsykiatriska

funktionsnedsättningar, samt psykisk ohälsa till exempel depression, ångest, ADHD, hetsätningsstörning och bulimi (Läkemedelsboken, 2018; Weaver, 2008; Martins, 2019; Kozakowski, 2017; da Luz, 2018). Man har även kunnat konstatera en koppling mellan bakteriefloran i tarmarna och utveckling av obesitas, vilket troligtvis beror på ett bristfälligt näringsupptag (Läkemedelsboken, 2018). En schematisk sammanställning av bakomliggande orsaker och följdsjukdomar finns som visuellt stöd illustrerad av författaren (EK) (se Fig. 2).

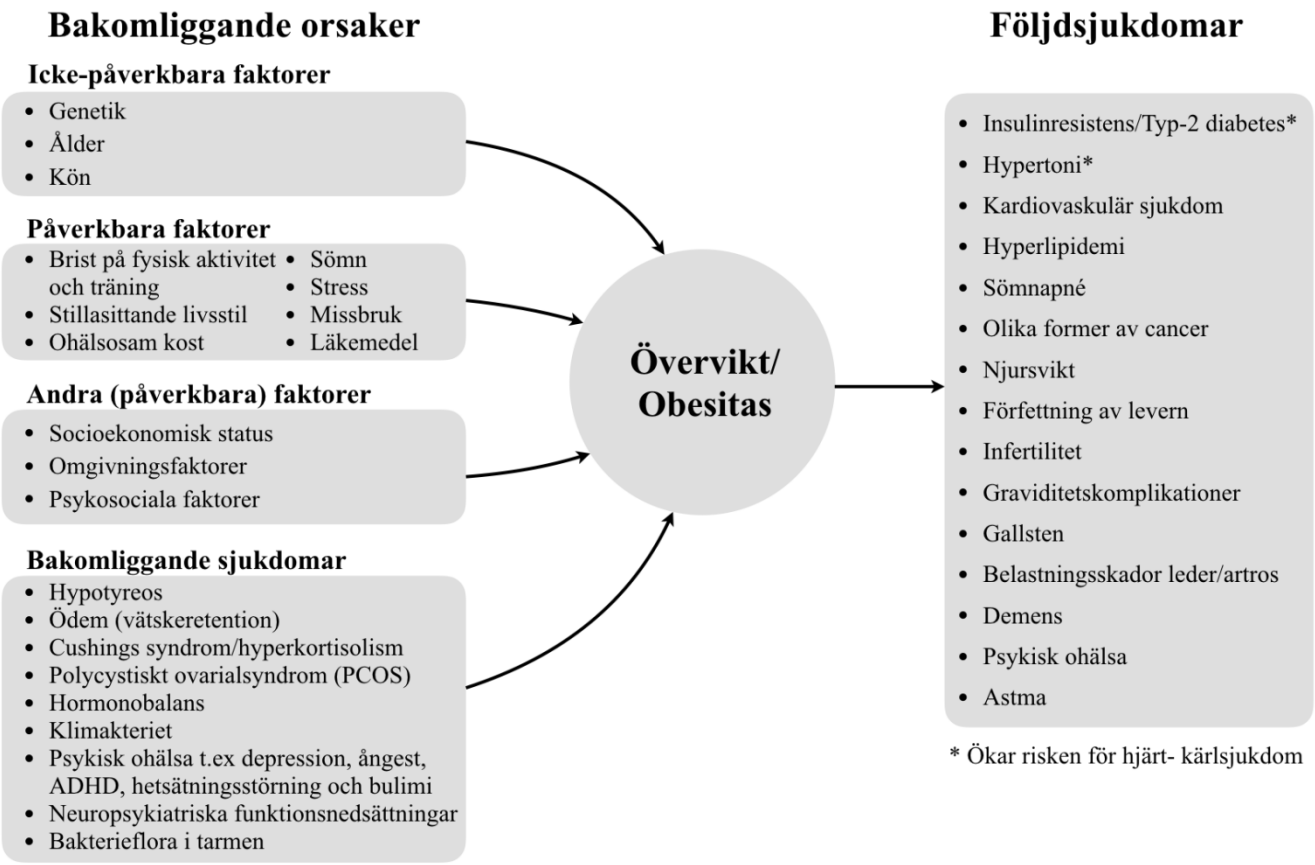


**Fig 2.** Bakomliggande orsaker och följdsjukdomar för personer med övervikt och obesitas, indelade i olika kategorier (författaren, EK).

### Obesitas ur ett folkhälsoperspektiv

Utöver de negativa konsekvenser som övervikt och obesitas orsakar den enskilda individen, utgör sjukdomen även ett stort problem ur ett folkhälsoperspektiv. Folkhälsomyndigheten (2022) beskriver folkhälsoarbete som ett organiserat och målinriktat arbete som ligger till grund för att främja hälsa och förebygga sjukdom. Vidare poängteras även vikten av att upprätthålla och bibehålla en jämlik vård, där insatser bör vara särskilt anpassade till utsatta grupper för att tillgodose att hela befolkningen får samma möjligheter till god hälsa, både psykiskt och fysiskt.

Utöver den ökade risken att drabbas av följdsjukdomar (1177.se, 2020) (se Fig. 2), påpekar Folkhälsomyndigheten (2022b) även problematiken kring den sociala stigmatisering och brist på känsla av sammanhang som kan leda till det utanförskap för denna patientgrupp. Detta utanförskap och den sociala distansering, i vilken personer med obesitas kan hamna, tar sig även uttryck i form av sämre förutsättningar att exempelvis bli kallad på anställningsintervju, att få en rättvis lön baserad på kompetens, samt att kunna ingå i och att behålla parrelationer (Bruze m.fl. 2018).

En ytterligare konsekvens ur ett folkhälsoperspektiv är de svårigheter som gravida kvinnor med obesitas får möta. Folkhälsomyndigheten (2022a) belyser att förutom en risk för deras egen hälsa, finns även ökad risk för infertilitet, graviditets- och förlossningskomplikationer samt en negativ påverkan på barnet. Även möjligheten till att få hjälp med graviditet genom IVF eller att få adoptera barn begränsas för föräldrar med för högt BMI.

## Behandlingsalternativ för övervikt och obesitas

När man utvärderar vilket eller vilka behandlingsalternativ som skall sättas in för personer med övervikt och obesitas är det alltid viktigt att betrakta personens utgångsläge och hens förutsättningar. Behandlingar kan antingen sättas in i preventionssyfte för att bromsa förloppet eller helt förhindra att personer med övervikt drabbas av obesitas eller som intervention med syfte att stoppa personens viktuppgång eller till och med reducera vikten (SBU, 2013).

Enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) (2013) kan behandlingarna för övervikt och obesitas delas in i en pyramid bestående av tre nivåer utefter patientens BMI, (se Fig. 3). Basen av behandlingspyramiden utgörs av livsstilsförändringar, vilka omfattas av kostomläggning (SBU, 2013) samt fysisk aktivitet (Yrkesföreningar för fysisk aktivitet [YFA], 2017). Dessa åtgärder ska betraktas som kompletterande även för patienter som befinner sig högre upp i pyramiden. Livsstilsförändringar inom kost och fysisk aktivitet utgör exempel på

omvårdnadsåtgärder där sjuksköterskans bemötande spelar en betydande roll för huruvida långsiktiga och hållbara resultat kan uppnås för patienten (Cardel, 2022).

Nästa nivå i pyramiden är läkemedelsbehandling, där det enligt Västra Götalandsregionens (2017a) riktlinjer i nuläget finns tre receptbelagda läkemedel tillgängliga i Sverige:

- *Orlistat (Xenical)* verkar i magtarmkanalen genom att hämma lipasenzymer från pankreas, vilket reducerar kroppens förmåga att ta upp fett från föda med 30 % (FASS, 2022a). Detta läkemedel är det enda som ingår inom läkemedelsförmånen.
- *Liraglutid (Saxenda)* liknar ett hormon som kallas glukagonik peptid-1 (GLP-1), vilket naturligt frigörs från tarmen efter måltid. Detta läkemedel binder till receptorer i hjärnan som gör att aptiten reduceras (FASS, 2022b).
- *Bupropion/naltrexon (Mysimba)* påverkar det centrala nervsystemet i hjärnan som kontrollerar födointag och energiförbrukning (FASS, 2022c).

Samtliga tre läkemedel kan ordineras till patienter med obesitas (BMI $\geq$ 30 kg/m$^2$), men om patienten lider av en samtidig komplicerad sjukdom eller har förhöjd kardiovaskulär risk räcker det att patienten är överviktig, med BMI $\geq$ 27 kg/m$^2$.

Toppen av pyramiden i (Fig. 3) utgörs av kirurgi, vilket enligt SBU (2013) är ett alternativ för personer med BMI $\geq$ 40 kg/m$^2$, eller BMI $\geq$ 35 kg/m$^2$ vid samsjuklighet i form av svårinställd diabetes, svår hypertoni eller svår sömnapné. Sjöström m.fl. (2012) har visat att fetmakirurgi är en effektiv åtgärd för att långsiktigt minska risken för både hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes och är enligt WHO (2022) den enda evidensbaserade viktminskningsintervention som visat långvarig effekt för personer med BMI $\geq$ 40 kg/m$^2$. En studie av Carlsson m.fl. (2020) har studerat över 2000 patienter från Swedish Obese Subjects (SOS) i över tjugo år och visat att fetmakirurgi förlänger livet med i snitt tre år för denna patientgrupp.

I en översiktsartikel av Jaunoo & Southall (2010) beskrivs tre olika metoder för kirurgi för övervikt och obesitas:

- *Gastric by-pass* innebär att patientens magsäck och del av tunntarmen förbikopplas. En liten ficka skapas av magsäcken, vilken sedan kopplas direkt till tunntarmen. På så sätt får patienten en långvarig mättnadskänsla och kan bara äta små mål mat åt gången. Gastric by-pass den vanligaste typen av fetmakirurgi i Sverige (SBU, 2013).
- *Gastric banding* är ett ingrepp där man opererar in ett band kring magsäcken för att reducera dess volym och därmed även personens aptit.

- *Sleeve gastrectomy* är ett ingrepp där en del av patientens magsäck opereras bort, vilket också leder till tidigare mättnadskänsla vid måltider.

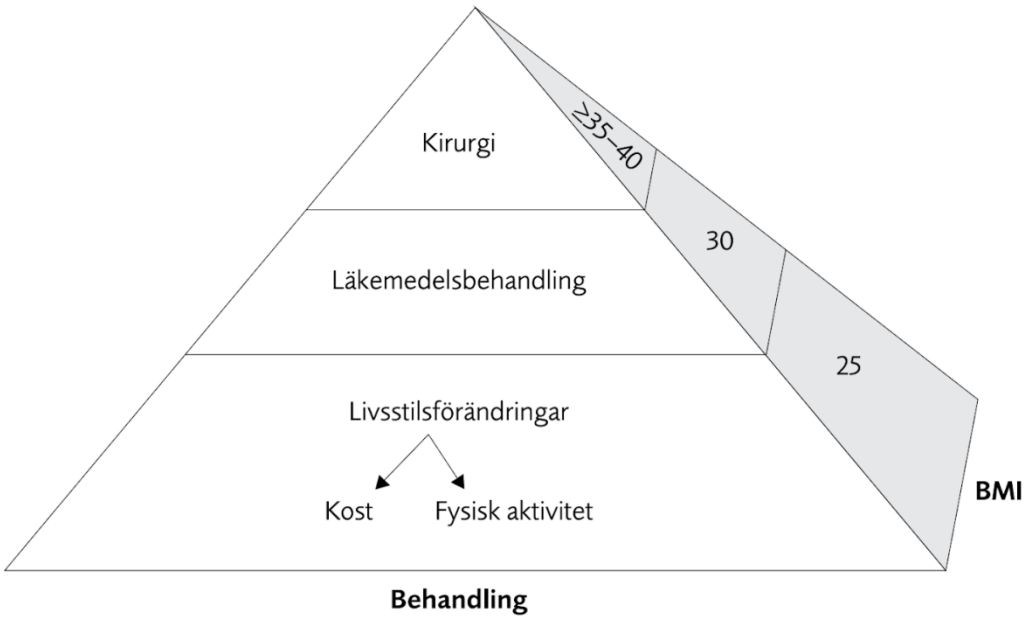


**Fig 3.** Pyramid som beskriver behandlingsalternativ för personer med övervikt och obesitas. Pyramidens struktur visar att olika behandlingsalternativ kan komplettera varandra. Figuren är hämtad från (SBU, 2013).

## Hälsofrämjande interventioner

WHO (2021) beskriver en hälsofrämjande intervention som en process där en person ges möjlighet till ökad kontroll över sin hälsa samt att förbättra denna. För patienter med övervikt och obesitas rekommenderas olika hälsofrämjande interventioner, däribland rådgivning om kost och fysisk aktivitet samt beteendeförändring (Folkhälsomyndigheten, 2022c).

Motiverande samtal (*Motivational Interviewing*, MI) är en form av personcentrering som tagits fram för att hjälpa personer att uppnå hållbara livsstilsförändringar (Van Dorsten, 2007). Metoden togs ursprungligen fram för behandling av individer med alkoholberoende (Miller, 1983), men anpassades senare av Miller och Rollnick (1991) då metoden breddades till att användas för andra patientgrupper i behov av livsstilsförändringar. De beskrev MI som en klient-centrerad, direkt metod för att förstärka inre motivation till förändring genom att utforska och lösa ambivalens. En hörnsten för MI är att en persons motivation aldrig bör tvingas på en individ av en utomstående expert, utan istället alltid bör härstamma inifrån individen själv (Van Dorsten, 2007). Inom primärvården innebär MI ett förhållningssätt där vårdgivaren i likhet med personcentrering involverar patienten i ett jämbördigt partnerskap, undviker befallande uttryck samt att patienten får hjälp att skapa egna planer för att uppnå egna hälsomål (Anstiss, 2009).

I andra vårdkontexter har digitala utbildningsinterventioner för personer med hypertoni visat sig leda till minst lika goda resultat som för patienter som vårdats under fysiska möten (Moller m.fl., 2003).

## Personcentrerad vård — En teoretisk referensram

Personcentrerad vård utgör idag en av sjuksköterskans kärnkompetenser och innebär i grunden ett partnerskap mellan patienten och olika professioner inom hälso- och sjukvården, där personen sätts i centrum, framför hens sjukdom och symtom (Svensk sjuksköterskeförening, Svenska Läkaresällskapet och Dietisternas Riksförbund, 2019). Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs universitet (GPCC) (2018) lyfter fram tre centrala komponenter för personcentrering: att aktivt lyssna på patientens berättelse, att skapa ett partnerskap mellan patient och vårdgivare baserat på ömsesidig respekt samt att skapa en gemensam dokumentation där patienten är delaktig i sin egen vårdplan.

### Lyssna på patientberättelsen

Att vårdgivaren lyssnar lyhört på patientens berättelse ligger till grund för att kunna skapa förståelse för patientens uppfattningar, resurser och situation. Utöver att verkligen lyssna betonar Ekman m.fl. (2014) även vikten av att ta sig tid att analysera patientberättelsen för att tillgodose att ingen viktig information saknas, eller för att tillfullo förstå vad patienten egentligen menar. Slutligen krävs att vårdgivaren inte går in i samtalet med förutfattade meningar om personens tillstånd.

### Partnerskap mellan patient och vårdgivare

Genom att betrakta den enskilda personen som en jämbördig partner och göra hen delaktig i sin egen vårdplan kan vården anpassas efter individens behov och förutsättningar. Patienten får således hjälp utifrån sina egna villkor och reduceras inte till sin sjukdom (Ekman m.fl., 2014). Patientens delaktighet i sin egen vård är centralt för personcentrering, vilket även reflekteras i Patientlagen (SFS 2014:821) 5 kap. 1§ som lyder att “Hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.”. Partnerskapet bygger enligt Ekman m.fl. (2014) på att vårdpersonalen står för den medicinska kunskapen medan patienten är expert på sin egen kropp och sin livssituation. Det är dock viktigt att poängtera att syftet med personcentrering därmed inte är att lägga allt vårdansvar hos patienten, utan snarare att betrakta hen som en jämbördig och delaktig partner i processen för att på så vis uppnå en bättre och säkrare vård. För att partnerskapet skall fungera krävs emellertid att båda parter har ömsesidig respekt för varandras kunskap (Ekman m.fl., 2014).

### Gemensam hälsoplan dokumenteras

Slutligen ska patienten bjudas in till att vara delaktig i den dokumentation/hälsoplan som fortlöpande görs under vårdens gång. Ekman m.fl. (2014) betonar här vikten av att betrakta personens hälsoplan som en gemensam överenskommelse parterna emellan, snarare än ett dokument som endast "produceras" av vårdgivaren. Patienten behöver således även få möjlighet att ta del av sin egen hälsoplan. Dokumentationen behöver vidare nå hela omvårdnadsteamet för att patienten inte ska behöva upprepa samma budskap vid flertalet tillfällen.

## Problemformulering

Stigmatisering och diskriminering av personer med övervikt och obesitas har i dagens samhälle en stor påverkan på dessa individers psykiska och fysiska välbefinnande (Cardel m.fl., 2022). Ett dåligt bemötande grundat i bristfällig kunskap av dessa patientgrupper är även vanliga inslag inom hälso- och sjukvården (Riksförbundet HOBS, 2022).

Behandling av övervikt och obesitas baseras i stor utsträckning på livsstilsförändringar såsom kostomläggning (SBU, 2022) och fysisk aktivitet (Yrkesföreningar för fysisk aktivitet [YFA], 2017), där det krävs det av sjuksköterskan att kunna motivera personen att plocka fram sin egen viljestyrka till förändring.

Personcentrerad vård — där patienten betraktas som en jämbördig partner som är delaktig i sin egen vård — är ett paradigmskifte som innebär att inte reducera patienten till sin sjukdom, utan att istället tänka ur ett holistiskt perspektiv och ta vara på personens befintliga resurser (Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs Universitet [GPCC], 2018).

Därför är det viktigt att undersöka hur olika aspekter av hälsofrämjande interventioner kan påverka hållbara och långsiktiga livsstilsförändringar hos dessa patienter.

# Syfte

Syftet är att kartlägga och beskriva fysiologiska och psykologiska effekter av de hälsofrämjande interventioner som används för vuxna personer med övervikt och obesitas inom öppenvården, samt identifiera de aspekter som kan påverka det hälsofrämjande arbetet.

# Metod

## Studiedesign

Med hänsyn till studiens syfte valdes litteraturstudie som metod för uppsatsen, vilket enligt Friberg (2017) är en metod som är avsedd att skapa en överblick över kunskapsläget inom ett visst område. Med tanke på komplexiteten av sjukdomen obesitas, samt att det finns såpass många bakomliggande orsaker, krävs ofta ett stort antal personer för att dra statistiskt relevanta slutsatser. Av den anledningen krävs tillgång till flertalet vetenskapliga artiklar, vilket ytterligare motiverar valet av metod.

Inför arbetet med litteratursökning, söktes först mer grundläggande information om övervikt och obesitas från trovärdiga internetsidor, tidskrifter, samt forum. På så sätt ringades problemformuleringen in ytterligare, vilket skapade förutsättningar för en mer systematisk litteratursökning (Friberg, 2017).

## Urval

De inklusionskriterier som användes under litteraturstudien var att populationerna beskrivna i studierna skulle utgöras av vuxna personer (över 18 år), med antingen övervikt eller obesitas. Vidare skulle studiernas interventioner omfattas av hälsofrämjande interventioner, såsom olika motiverande samtal eller andra rådgivningsformer om kost och träning där personcentrering användes som förhållningssätt. Genom de olika databassökningarna valdes successivt artiklar ut för genomläsning tills dess att tolv artiklar som uppfyllde urvalskriterierna hittats. Artiklar där hela eller delar av populationen bestod av barn eller ungdomar exkluderades från litteraturstudien.

## Datainsamling

För att inledningsvis skapa en förståelse för träffsäkerhet och omfattning för de olika söktermerna, beskriver Rosén (2017) vikten av att genomföra en så kallad strukturerad informationssökning. Enligt PIO modellen (SBU, 2019), kan vi systematiskt söka information genom att använda population (P), intervention (I), och *outcome*/utfall (O), där population i detta fall utgörs av “vuxna personer med övervikt och obesitas”, intervention av “hälsofrämjande interventioner” och *outcome*/utfall av “psykologiska och fysiologiska effekter”. För att finna meningsbärande söktermer som svarar mot syftet beskriver Östlundh (2017) att man kan ta reda på ämnesord som databaserna använder för att sortera artiklarna.

Samtliga sökningar som gjordes baserades på specialiserade ämnesord-sökningar, med olika begränsningar utefter en systematik beskriven av Karlsson (2017). Se Bilaga 1 för en detaljerad lista över sökningar. Inledningsvis var interventionen "personcentrerad vård", vilket motsvarar ämnesordet "*patient-centered care*" i databaserna Cinahl och PubMed. Då motiverande samtal är en intervention som relaterar till personcentrerad vård användes inledningsvis även söktermen "*motivational interviewing*". Efter det att syftet sedan kom att ändras till "hälsofrämjande interventioner", breddades sökningarna genom att även använda ämnesordet "*health promotion*". Databaserna Scopus, PubMed, Cinahl och PsycInfo användes för sökningarna.

Enligt Karlsson (2017) kan databassökningar både avgränsas och breddas genom användning av de booleska operatorerna "AND" och "OR". Efter initiala sökningar användes operatorn "AND" för att reducera antalet artiklar kring de som bäst beskriver syftet.

## Dataanalys och kvalitetsgranskning

I samband med första genomläsningen av artiklarna gjordes en analys av såväl artiklarnas koppling till syftet (se Bilaga 2) samt en kvalitetsgranskning med utgångspunkt från SBUs granskningsmall för randomiserade kontrollerade studier (SBU, 2014a), respektive kvalitativ metodik (SBU, 2014b). Vidare genomläsningar krävdes för att identifiera samband mellan de olika artiklarna samt för att tillfullo förstå hela innebörden av dem. Utifrån ansatsen beskriven av Friberg (2017) identifierades återkommande kategorier och infallsvinklar mellan artiklarna, vilka sedan låg till grund för indelningen av resultatavsnittets kategorisering.

## Etiska överväganden

Etik är en viktig aspekt för all typ av forskning, i synnerhet när fokuset för undersökningen rör en utsatt patientgrupp. Forskningsetik finns då enligt Kjellström (2017) på plats för att skydda att människor inte utnyttjas. För att därför tillgodose att de artiklar som finns med i resultatet lever upp till etiska riktlinjer, gjordes en separat kontroll över de etiska aspekterna av studierna efter det att samtliga artiklar valts ut. Samtliga inkluderade studier var godkända av en etisk kommitté.

# Resultat

I detta avsnitt presenteras uppsatsens huvudfynd, vilka hämtades från resultatet av tolv originalartiklar, varav åtta kvantitativa och fyra kvalitativa studier. Studierna genomfördes i olika nationer: USA (5), Kanada (3), England (2), Spanien (1) och Holland (1).

De inkluderade studierna har kvalitetsgranskats enligt SBUs granskningsmall för randomiserade kontrollerade studier (SBU, 2014a), respektive kvalitativ metodik (SBU, 2014b). Nio av artiklarna bedömdes hålla en hög kvalitet medan tre artiklar höll medelhög kvalitet. En kortfattad artikelöversikt, inklusive resultatet från kvalitetsgranskningen finns presenterat i Bilaga 2.

Efter granskning av studiernas resultat kunde kategorier och subkategorier identifieras, (se Tab. 1).

| Kategorier | Subkategorier |
|---|---|
| **Hälsofrämjande interventioner** | - Motiverande samtal |
| | - The 5As Team research program |
| | - Rådgivning om kost och fysisk aktivitet |
| | - I-CARE |
| **Effekter av hälsofrämjande interventioner** | - Fysiologiska effekter |
| | - Psykologiska effekter |
| **Faktorer som påverkar effekten av hälsofrämjande interventioner** | - Inställning, bemötande och kommunikation |
| | - Patientens tillgång till support-system |

**Tab 1.** Resultatavsnittets olika kategorier och subkategorier.

## Hälsofrämjande interventioner

### Motiverande samtal

Majoriteten av studierna utgjordes av kvantitativa jämförelsestudier där interventionen var motiverande samtal (MI) (Cox m.fl., 2011; Rodriguez-Cristobal m.fl., 2017; Hardcastle m.fl., 2013; Barnes m.fl., 2018). I två av studierna gavs interventionsgrupperna fem MI-sessioner i kombination med antingen kost- och träningsrådgivning under sex månaders vårdande (Hardcastle m.fl., 2013) eller *Nutrition Psychoeducation* under tre månaders tid (Barnes m.fl., 2018). Interventionsgruppen i studien av Rodriguez-Cristobal m.fl. (2017) fick MI-sessioner under 32 veckor; först en gång varannan vecka i 12 veckor följt av en gång per månad under resterande interventionstid. Ytterligare studier utvärderar effekten av motiverande samtal som en del av flera interventioner (Luig m.fl., 2018; Luig m.fl., 2020; Rutten m.fl., 2014). I studien av Cox m.fl. (2011) tittade man på i vilken utsträckning MI användes i mötet med patienter, samt vilken association MI har till förändring avseende kost och fysisk aktivitet.

### The 5As Team research program

Tre av studierna tillhör 5As *Team* (5AsT) *research program*, (5As: *Ask, Assess, Advise, Agree, Assist*), (Luig, m.fl. 2018; Luig, m.fl. 2020, Torti m.fl., 2017). 5AsT är ett kanadensiskt program där olika intressenter samarbetar kring att ta fram evidensbaserade verktyg och metoder med syfte att förbättra förebyggande åtgärder och vård av obesitas inom primärvården. Metoderna genomsyras av inslag från personcentrerad vård och stort fokus läggs på att skapa individanpassad vård som grundas i ett välfungerande partnerskap mellan patienten och vårdgivaren (Luig, m.fl. 2018). En av studierna har personcentrering som studiens intervention (Torti m.fl., 2017).

### Rådgivning om kost och fysisk aktivitet

Rutten m.fl. (2014) använder en kombinationsintervention bestående av rådgivning om både kost och fysisk aktivitet med fokuset att stärka patienternas egen inre motivation till livsstilsförändringar. Under Covid-19 restriktionerna använde Walker m.fl. (2021) en 10 veckor lång Zoom-baserad, multikomponent 6 x 90 min gruppintervention för att uppnå viktminskning och generell hälsopromotion.

### I-CARE

Rosas m.fl. (2020) är den enda studien som använder interventionen "*Integrated Coaching for Better Mood and Weight* (I-CARE)", vilket är ett 12-månader långt program bestående av en problemlösningsterapi för depression, vid behov kombinerad med farmakologisk behandling, samt beteendeterapi för obesitas.

## Effekter av hälsofrämjande interventioner

Effekterna av de hälsofrämjande interventionerna kan delas in i fysiologiska och psykologiska effekter utefter de utfallsmått som studerats.

### Fysiologiska effekter

Utöver att undersöka reduktion av vikt (och därmed BMI) som fysiologiskt utfallsmått (Rodriguez-Cristobal m.fl., 2017; Hardcastle m.fl. 2013; Barnes m.fl., 2018; Barnes m.fl., 2021; Rosas, m.fl., 2020; Walker, m.fl. 2021), har flera studier även fokuserats kring att undersöka interventionernas effekter på andra biomedicinska hälsomarkörer som kan förknippas med en ökad risk att drabbas av hjärt- och kärlsjukdom såsom nivåer av triglycerider och kolesterol (Rodriguez-Cristobal m.fl., 2017; Hardcastle m.fl. 2013), samt vitala parametrar såsom systoliskt- och diastoliskt blodtryck, vilopuls (Barnes m.fl., 2018; Barnes m.fl., 2021; Walker, m.fl. 2021).

Majoriteten av studierna där effekten på vikt och BMI undersöktes visade på reducerad vikt som följd av de olika interventionerna (Cox m.fl., 2011; Rodriguez-Cristobal m.fl., 2017; Rutten m.fl, 2014; Hardcastle m.fl., 2013; Rosas m.fl., 2020; Walker m.fl., 2021). De studier där motiverande samtal (MI) användes som intervention visade att MI kan leda till viktreduktion för patienter med övervikt och obesitas, där förekomsten av MI under patientsamtal undersöktes (Cox m.fl., 2011), samt i kombination med andra behandlingsmetoder (Hardcastle m.fl., 2013; Barnes m.fl., 2018; Barnes m.fl., 2021; Rodriguez-Cristobal m.fl., 2017). I en randomiserad kontrollerad studie från Storbritannien rapporterade Hardcastle m.fl. (2013) utöver lägre BMI även förbättringar av kolesterol, systoliskt och diastoliskt blodtryck samt ökad fysisk aktivitet för interventionsgruppen. I samma studie av Hardcastle m.fl. (2013) gjordes en uppföljning efter 12 månader som visade att kolesterolnivåer samt mängden av fysisk aktivitet upprätthållits över tid, medan de andra hälsomarkörerna blodtryck, vikt och BMI inte var ihållande för samtliga grupper. Effekten var dock ihållande för de patienter som från början hade allra högst BMI och kolesterol. En slutsats

av studien var därför att motiverande samtal bör sättas in för de patienter som tillhör dessa "högriskgrupper" då evidens för en hållbar effekt finns.

Även Barnes m.fl. (2018) studerade effekten på viktreduktion av att använda en kombination av motiverande samtal och *nutrition psychoeducation* (NP), både för patienter med och utan hetsätningsstörning. Studien visade med statistisk signifikans att 21 % respektive 26 % av patienterna lyckades nå en 5 % viktreducering 3 respektive 6 månader efter behandlingen. I en uppföljningsstudie till Barnes m.fl. (2018) följer författarna utvecklingen av samma population (Barnes m.fl., 2021). Resultatet visar att andelen patienter som uppnått 5 % viktreduktion var 34.8 % efter ytterligare 12 månader, återigen uppnåddes statistisk signifikans. Utöver viktminskningen visades även en sänkning av diastoliskt blodtryck, vilopuls, samt tecken på depression. Dock sågs ingen förbättring av diastoliskt blodtryck eller midjeomfång.

Vidare studerade Rodriguez-Cristobal m.fl. (2017) över 24 månader huruvida motiverande samtal, i kombination med standardvård, hade en fördel för personer med övervikt och obesitas jämfört med traditionell rådgivning. Utöver en statistiskt signifikant viktnedgång med över 5 % för 26.9 % av deltagarna i interventionsgruppen, vilket kan jämföras med 18.1 % för kontrollgruppen, observerades även en tydlig förbättring av triglycerider samt APOB/APOA1 kvot, vilket är ett mått på förhållandet mellan det "onda" och "goda" kolesterolet.

En kvantitativ studie av Cox m.fl. (2011) undersökte med hjälp av ljudinspelningar i vilken utsträckning MI-baserade metoder användes vid konsultation av personer med övervikt och obesitas inom primärvården. Slutsatser som kunde dras var att MI användes i förhållandevis låg grad (8 % av konsultationerna), men författarna såg att interventionen ledde till förbättrade vikt-relaterade attityder, ökad tilltro till att förbättra sitt nutritionsintag samt något ökad fysisk aktivitet för patienterna då de bemöttes av personcentrering och empati.

### Psykologiska effekter

Utöver de fysiologiska effekterna inkluderar vissa studier även utfallsmått med koppling till psykisk hälsa (Rosas m.fl., 2020; Walker m.fl., 2021; Barnes m.fl., 2018; Barnes m.fl., 2021; Rutten m.fl., 2014; Bloom m.fl., 2018). Rosas m.fl. (2020) belyser hur I-CARE interventionen påverkar hälsorelaterad livskvalitet och psykosocial funktion, såsom sömnstörningar samt hur viktreduktion korreleras till depressionssymtom. Svårigheter med stress och sömn utvärderas även av Walker m.fl. (2021) i de Zoom-baserade gruppsessionerna, där mental hälsa uppskattades genom "*Warwick Edinburgh Mental Wellbeing*" skalan. Studien visade en statistiskt signifikant förbättring av mental hälsa för 14.4 % av patienterna efter 10 veckor.

Ett annat psykologiskt utfallsmått som tillämpats i studierna av Barnes m.fl. (2018), Rutten m.fl. (2014) och Bloom m.fl. (2018) var till vilken grad den undersökta populationen kände inre motivation och drivkraft att göra livsstilsförändringar, vilket i studien av Barnes m.fl. (2018) kan uppskattats genom "*The Autonomous Motivation (AMQ)*" skalan. Överlag visade studierna att patienternas motivation förbättrades genom de hälsofrämjande interventionerna. I studien av Rutten m.fl. (2014) visade sig motivation kopplat till förbättrad fysisk aktivitet lättare att uppnå jämfört med att påverka patienternas beteende kring att äta mer hälsosamt.

I studierna av Barnes m.fl. (2018) och Barnes m.fl. (2021) bestod populationerna delvis av patienter med hetsätningsstörning, vilket relaterar till tecken på depression som därför studeras som en utfallsparameter genom att använda "*The Beck Depression Inventory (BDI)*", vilket är en kliniskt beprövad självskattningsskala för depressionssymtom. Resultatet visade på en reducering av hetsätning och depression för patienter med hetsätningsstörning.

Ett liknande utfallsmått tillämpas av Luig m.fl. (2020) där patienternas berättelser om hur de upplevde sin obesitas, sitt liv och sig själva ligger i centrum för studien. Resultatet visade på en mer optimistisk mental inställning hos deltagarna efter bara några få möten med vårdgivaren när patienterna fick möjlighet att berätta och verkligen bli lyssnade på.

## Faktorer som påverkar effekten av hälsofrämjande interventioner

### Inställning, bemötande och kommunikation

Flertalet studier beskriver att primärvården bör ha ett holistiskt perspektiv kring patienternas tillstånd, där inte endast övervikten bör behandlas, utan att man även behöver "gå till botten med" vad orsakerna till övervikten beror på och behandla eventuella bakomliggande sjukdomar. Patienterna beskriver det som en önskan om att inte bli betraktade som en konstellation av symtom, utan som en person (Luig m.fl., 2018; Luig m.fl., 2020; Bloom m.fl., 2018).

I två olika kvalitativa intervjustudier av Torti m.fl. (2017) och Bloom m.fl. (2018) undersöktes det vilken syn patienterna har på primärvården samt vilka faktorer som påverkar effekten av behandlingar av patienter med obesitas i primärvården. Deltagarna i studien av Torti m.fl. (2017) var överens om att de förväntade sig att vårdgivaren skulle initiera samtalet om behovet av viktreduktion, men att detta skulle göras på ett personcentrerat, icke-fördomsfullt, kunskapsmässigt och respektfullt sätt, vilket är något som visade sig ha god effekt i studien av Luig, m.fl. (2020). Från Bloom m.fl. (2018) framkom en önskan om att vårdgivaren ska vara

involverad som en aktiv partner under behandlingen; dels för att ge stöd, men även för att ge mer konkreta direktiv angående kost och fysisk aktivitet.

Luig m.fl. (2020) visade att patienternas egen inställning i stor utsträckning påverkas av vårdgivarens attityd och förmåga till att förstå patienten. Genom att studera rådgivningssessioner visade Luig m.fl. (2020) att patienternas inställning till sin övervikt och fetma kunde vändas från att präglas av negativa tankar till att acceptera sin vikt och blicka framåt samt att känna hopp om att uppnå god hälsa. En viktig slutsats var att varje person är komplex och att övervikten beror på olika saker. Det är därför nödvändigt att en nära kontakt mellan patient och vårdgivare etableras för att hälsofrämjande åtgärder ska ha god effekt. Detta resonemang styrkes även i studien av Torti m.fl. (2017) där flera av patienterna uttryckte ett stort behov av att få stöttning med att implementera olika hälsofrämjande åtgärder i vardagen, då de uppfattade detta som svårt att klara av på egen hand. Detta kräver en koordinerad och individanpassad vårdinsats av hela vårdteamet där man tar hänsyn till patientens medicinska-, socioekonomiska-, och utbildningsbehov samt att uppföljningar planeras efter behov.

God kommunikation mellan patient och vårdgivare tas upp som en avgörande faktor för att vården ska kunna individanpassas efter patienternas situation och behov (Luig m.fl., 2018; Luig m.fl., 2020; Torti m.fl., 2017; Bloom m.fl., 2018). En nödvändig förutsättning för god kommunikation är att patienterna kan känna tillit gentemot vårdgivaren (Luig m.fl., 2020). Studien av Luig m.fl. (2020) visade att personer med obesitas kunde få en mer optimistisk uppfattning om sin vikt och livssituation genom icke-dömande, kunskapsbaserade och personcentrerade möten där patientens övervikt förklaras kliniskt och sätts in i ett sammanhang genom god kommunikation mellan patient och vårdgivare. Bloom m.fl. (2018) undersökte 30 patienters perspektiv kring omvårdnad av personer med obesitas inom primärvården. I gruppintervjuerna framkom att patienterna värdesätter en god relation och kommunikation med sin vårdgivare, vilket de såg som nödvändigt för att kunna skapa ett samarbete kring viktnedgång och förbättrad allmänhälsa.

### Tillgång till support-system

Flera av studierna uttrycker att en förutsättning för att uppnå uppsatta hälsomål är att vårdgivaren utgör en viktig support-funktion för patienten (Luig m.fl., 2018; Luig m.fl., 2020, Bloom m.fl., 2018). För att denna support från vårdgivaren ska fungera i praktiken är det viktigt att denne tar sig tid att lyssna på patientens berättelse för att kunna sätta sig in i helheten av

hens livssituation och så vis kunna se och förstå bakgrunden till problemet (Luig m.fl., 2020). Bloom m.fl. (2018) lyfter fram att tidsbristen under vårdtillfällena bidrar till att många patienter inte känner sig tillräckligt sedda av vårdgivaren, vilket resulterar i att patienterna inte alltid öppnar upp sig i den utsträckning som krävs för att få bra effekt av vården. För att vidare lyckas bibehålla reducerad vikt över tid så nämner deltagarna i studien av Bloom m.fl. (2018) både inre- och utomstående faktorer som påverkar huruvida de kan lyckas eller inte. Bland de inre faktorerna framkommer att de behöver en initial viktnedgång för att bibehålla motivationen, medan ett exempel på en yttre faktor som påverkar motivationen är huruvida de har en stöttande partner eller ett annan form av support-system runtomkring dem.

# Diskussion

## Metoddiskussion

Syftet med denna litteraturstudie var att kartlägga och beskriva fysiologiska och psykologiska effekter av de hälsofrämjande interventioner som används för vuxna personer med övervikt och obesitas inom öppenvården, samt identifiera de aspekter som kan påverka det hälsofrämjande arbetet.

Att valet av metod föll på att skriva en litteraturstudie ser författaren som logiskt av två anledningar; dels med avseende på den rådande komplexiteten kring bakomliggande orsaker till obesitas, vilket kräver ett brett förhållningssätt för att svara på syftet, men även för att utvärdering av fysiologiska och psykologiska effekter oftast görs genom interventionsstudier, vilka löper över tillräckligt lång tid för att kunna jämföra relevanta utfallsmått. Om istället en intervjustudie valts som metod hade undersökningen troligtvis behövt smalnas av ytterligare för att kunna dra vetenskapliga slutsatser, vilket då inte längre hade passat författarens valda syfte.

Artiklarna som tas upp i resultatet hittades genom en strukturerad informationssökning i databaserna Cinahl, PubMed, PsycINFO och Scopus. Genom inledande breda sökningar ringades ämnesområdet in, för att successivt och systematiskt lägga till fler sökord och därmed komma närmre studiens syfte (Karlsson, 2017). Flera av sökningarna genererade samma artiklar, vilket enligt Henricsson (2017) kan tolkas som att sökningarna hade god "sensitivitet".

Studiens syfte gick under litteratursökningen igenom en transformation, då detta ursprungligen var mer riktat åt att studera "personcentrering" som intervention. Från den initiala sökningsfasen framkom dock att även om personcentrering ofta ingick som ett viktigt förhållningssätt i omvårdnaden av personer med obesitas, bestod interventionerna i sig av mer konkreta hälsofrämjande åtgärder med tydliga fysiska och psykiska utfallsmått. Efter att ha kommit till denna insikt, riktade författaren om syftet till att istället studera "hälsofrämjande interventioner".

Utöver de urvalskriterier som sattes upp gjordes några avväganden för att öka studiens kvalitet. Först gjordes en initial granskning av studiernas kvalitet, dels genom att bekräfta att samtliga artiklar var vetenskapligt granskade, "peer-reviewed", och sedan även att resultaten som presenterades var relevanta och uppfyllde syftet. Utöver det togs även hänsyn till vilket land resultaten genererats från, för att försäkra sig om att samtliga artiklar inte härstammade

ifrån samma land, vilket då skulle vara ett problem för överförbarheten av resultatet (Henricson, 2017). Författaren såg även till att använda en kombination av kvalitativa och kvantitativa studier för att syntesen av resultatet skulle avspegla syftet från olika infallsvinklar (Henricson, 2017). Data analyserades genom att författaren läste igenom samtliga studier noggrant, varpå kategorier och subkategorier för resultatet skapades allteftersom artiklarnas huvudfynd identifierades. Författarens handledare för studien spelade här en viktig roll som granskare av att studiernas budskap och huvudfynd tolkades korrekt och utifrån rätt kontext. Genom denna systematik anser författaren att litteratursökningen och processen med dataanalys uppfyllde målet som beskrivs i metodavsnittet.

En svaghet med studien, som även bör tas hänsyn till när dess resultat tolkas, är att även om samtliga patienter i studierna är vuxna som behandlas för övervikt och obesitas genom olika interventioner. Det finns som sagt en stor spridning av såväl bakomliggande orsaker till sjukdomen och BMI, vilket innebär att viss försiktighet krävs innan man kan generalisera och jämföra resultaten med varandra. Av den anledningen var det viktigt att inkludera några kvantitativa studier med stora patientpopulationer, vilket ökade tillförlitligheten på grund av att de statistiska skillnaderna mellan patienterna då inte lika starkt påverkar slutsatserna. En ytterligare begränsning är att studierna som tagits med inte på något sätt är uttömmande för alla hälsofrämjande interventioner som finns för denna patientgrupp. Om litteratursökningen hade fortlöpt hade således fler interventioner funnits. Även detta påverkar enligt Henricson (2017) studiens överförbarhet. En ytterligare begränsning är att interventionerna i studierna inte är homogena, vilket gör det svårare att jämföra de med varandra.

En styrka med studien är att de olika studierna är genomförda i olika länder, vilket gör att resultaten är tagna ur flera olika kulturella kontexter och befolkningar. Att resultaten trots detta är relativt lika, gör att överförbarheten till en svensk hälso- och sjukvård ökar.

Artiklarnas kvalitet granskades utifrån SBUs granskningsmallar (SBU, 2014a; SBU, 2014b), vilket visade att 9 av 12 artiklar höll en hög kvalitet, vilket enligt Henricson (2017) ökar resultatets tillförlitlighet. De tre artiklar som bedömdes hålla medelhög kvalitet fick detta lägre omdöme baserat på svårtydd tolkning av resultatet, risk för subjektiva slutsatser samt att självskattning av patienter användes vid datainsamlingen. För att inte dra för starka slutsatser togs dessa svagheter i beaktning när resultatet inkluderades i litteraturstudien. Samtliga inkluderade studier var godkända av en etisk kommitté.

## Resultatdiskussion

Syftet är att kartlägga och beskriva fysiologiska och psykologiska effekter av de hälsofrämjande interventioner som används för vuxna personer med övervikt och obesitas inom öppenvården, samt identifiera de aspekter som kan påverka det hälsofrämjande arbetet. De hälsofrämjande interventioner som tillämpades i studierna var motiverande samtal (MI), 5As *Team research program*, rådgivning om kost och fysisk aktivitet samt I-CARE. I korthet visade studien att effekten av dessa hälsofrämjande interventioner bidrog till viktreduktion/viktkontroll, förbättrade hälsomarkörer/vitala parametrar, ökad motivation till fysisk aktivitet, lägre skattning av depressionssymtom, förbättrad sömn och reducerad stress. Effekterna förbättrades när rådgivningen om kost och fysisk aktivitet genomfördes på ett motiverande, icke-fördomsfullt och individuellt anpassat sätt.

### Koppling mellan fysiologiska och psykologiska effekter

De effekter som beskrevs i studierna delades in i fysiologiska effekter (vikt, BMI, blodtryck, vilopuls, triglycerider och kolesterol) och psykologiska effekter (inre motivation, tecken på depression, sömnsvårigheter, stress och psykosocial funktion). Enligt Folkhälsomyndigheten (2022a) finns det tydliga samband mellan fysisk och psykisk ohälsa för denna patientgrupp, där det beskrivs att psykisk ohälsa ofta går hand-i-hand med övervikt. Det är därför intressant att betrakta effekterna av interventionerna ur ett holistiskt perspektiv, där förbättring av exempelvis mental hälsa och inställning för en patient även mycket väl kan leda till fysiologiska effekter och vice-versa. Den mentala hälsan spelar även stor roll för huruvida patienten kan bibehålla långvarigt hållbar effekt av viktreduktion. Rodriguez-Cristobal m.fl., (2017) poängterar att det i många fall är möjligt att snabbt gå ner i vikt, men att den verkliga utmaningen ligger i att bibehålla den lägre vikten på lång sikt, vilket ställer stora krav på den mentala inställningen hos patienten.

### Faktorer som påverkar effekten

Ett huvudfynd från Luig m.fl. (2020) var att patientens egen mentala inställning till sin övervikt eller obesitas i stor utsträckning präglas av vårdgivarens attityd och förmåga att tillfullo förstå patienten. Att bemöta patienten med respekt, medkänsla och att bevara dennes integritet är något som inte bara lyfts upp som en önskan från patienterna av Luig m.fl (2018), utan även som en av sjuksköterskornas etiska koder (*International Councils of Nurses* [ICN] etiska kod, 2011). Även Riksförbundet HOBS (2022) visar i en studie hur avgörande det kan vara med ett

gott bemötande. Resultatet visade att patienter med övervikt och obesitas inte vill bli bemötta bara efter storlek, utan önskas att bli undersökta på ett respektfullt och fördomsfritt sätt, utan att förhastade slutsatser dras på grund av deras vikt. De visar även att många patienter med dåliga associationer helt väljer att helt undvika vårdkontakt.

Personcentrerad vård — där vårdgivaren på ett icke-fördomsfullt sätt tar sig tiden att aktivt lyssna på patientberättelsen och behandlar patienten som en jämbördig och respekterad partner (Ekman m.fl., 2014) — genomsyrar det förhållningssätt som används i de framgångsrika interventioner som beskrivs i studierna. Slutsatserna visar att långsiktigt hållbara livsförändringar (oavsett om det gäller kostomläggning, ökad fysisk aktivitet eller någon annan beteendeförändring) kräver att motivationen härstammar från personens inre. Denna observation styrks även av Van Dorsten (2007) som beskriver att en hörnsten av motiverande samtal är just att förstärka personens egen inre motivation genom att ta vara på dennes resurser istället för att befalla en person till att införa livsstilsförändringar. Genom gott bemötande, kunskap och respekt för patienten kan vårdgivaren locka fram dennes egna viljestyrka till förändring, vilket då sker på dennes villkor och därmed respekterar hens autonomi. Om motiverande samtal sker på ett bra sätt bidrar detta till att patienten får en ökad tilltro till vårdgivaren.

Men för att kunna uppnå hållbar effekt av hälsofrämjande åtgärder krävs inte bara motivation från patienten, utan även ett fungerande support-system där anhöriga, vänner och vårdpersonal uppmuntrar och stöttar personen, vilket överensstämmer med det resultat som visats i studierna av (Luig m.fl., 2018; Luig m.fl., 2020, Bloom m.fl., 2018). Vårdpersonalen behöver därför ha ett holistiskt och individanpassat perspektiv för att under vårdplaneringen kunna identifiera (och ibland även inkludera) närstående personer i patientens omgivning som kan vara värdefulla resurser för det hälsofrämjande arbetet. Att se patienten och dennes anhöriga som en enhet lyfts även fram av Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs Universitet - GPCC (2018) som en förutsättning för långsiktigt hållbara omvårdnadsåtgärder. Även patientens känsla av att bli sedd som en person med behov och inte som en konstellation av symtom är en förutsättning för att den kontinuerliga uppföljningen ska vara effektiv, vilket även ligger i linje med synsättet inom personcentrerad vård (Ekman m.fl., 2014).

### Kliniska implikationer

Resultatet från denna studie kan på flera sätt påverka det kliniska omvårdnadsarbetet. Först och främst kan ökad kunskap hos vårdpersonal om bakomliggande orsaker till övervikt och obesitas

kunna användas för att bekämpa den utbredda stigmatisering och diskriminering som idag tyvärr präglar livet för många personer med övervikt och obesitas. Ökad kunskap kan vidare ligga till grund för vårdpersonalens förmåga till att initiera samtal om viktproblematik. Det är då viktigt att lyssna på och verkligen förstå patienten och dennes mål, vilket är en förutsättning för att patienten ska känna tillit till vårdgivaren och kunna ingå i ett partnerskap där patienten sätts i centrum (Ekman m.fl. 2014). För att sprida användning av personcentrerade interventioner såsom motiverande samtal krävs både att fler sjuksköterskor utbildar sig i metoden men även att personcentrering görs till ett organisatoriskt mål för olika verksamheter (Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs Universitet - GPCC, 2018; Västragötalandsregionen, 2017b).

### Fortsatt forskning

Övervikt och obesitas utgör ett snabbt växande folkhälsoproblem. Trots detta finns det förhållandevis lite forskning där interventionernas effekt mäts under längre tidsperioder, vilket även benämns som en kunskapsbrist i flera av studierna. Enligt Rodriguez-Cristobal m.fl. (2017) är en orsak att en stor del av deltagarna (av olika anledningar) faller ur studierna innan uppföljningen ägt rum.

Det finns även behov av fortsatt forskning i hur hälsofrämjande interventioner borde utformas för att på bästa sätt hjälpa denna patientgrupp. Enligt författaren behöver personcentrering som förhållningssätt i omvårdnaden också beforskas ytterligare för att kunna implementeras i ännu större utsträckning, i synnerhet vid vård av utsatta patientgrupper såsom obesitas. Vidare forskning och kunskapsspridning krävs även kring sambandet mellan metabola syndrom och obesitas, det vill säga vilka bakomliggande mekanismer som gör att syndromen leder till utveckling av övervikt och obesitas — både i avsikt att arbeta med förebyggande åtgärder — men även för att kunna utforma bättre hälsofrämjande interventioner vid behandling.

### Slutsats

Litteraturstudien visar att det förekommer olika former av hälsofrämjande interventioner, där majoriteten utgörs av motiverande samtal, vilka har visat på goda fysiologiska och psykologiska effekter för personer med övervikt och obesitas inom primärvården. De hälsofrämjande interventionerna visade god effekt avseende viktreduktion, förbättrade hälsomarkörer, lägre skattning av depressionssymtom, förbättrad sömn, reducerad stress, samt

även ökad motivation till fysisk aktivitet. Faktorer som har identifierats påverka effekten positivt är ett holistiskt synsätt och ett personcentrerat förhållningssätt från vårdgivaren, god kommunikation, samt vårdtagarens tillgång till ett fungerande support-system.

Ur ett samhällsekonomiskt perspektiv kan hälsofrämjande interventioner leda till ökad hållbarhet i form av sänkta vårdkostnader och lägre sjukskrivningstal, vilket kan generera i ökad livskvalitet för patientgruppen och på sikt förbättrad folkhälsa.

# Referenslista

Anstiss T. (2009). Motivational interviewing in primary care. *Journal of clinical psychology in medical settings*, *16*(1), 87–93. https://doi.org/10.1007/s10880-009-9155-x

*Barnes, R. D., Ivezaj, V., Martino, S., Pittman, B. P., Paris, M., & Grilo, C. M. (2018). Examining motivational interviewing plus nutrition psychoeducation for weight loss in primary care. *Journal of psychosomatic research, 104*, 101–107. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.11.013

*Barnes, R. D., Ivezaj, V., Martino, S., Pittman, B. P., Paris, M., & Grilo, C. M. (2021). 12 Months later: Motivational interviewing plus nutrition psychoeducation for weight loss in primary care. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 26*, 2077-2081. https://doi.org/10.1007/s40519-020-00994-5

*Bloom, K., Adler, J., Bridges, C., Bernstein, J., Rini, C., Goldstein, A. O., & Ripley-Moffitt, C. (2018). Examining Patient Perspectives on Weight Management Support in the Primary Care Setting. *The journal of primary prevention*, *39*(4), 387–399. https://doi.org/10.1007/s10935-018-0516-9

Bruze, G., Holmin, T. E., Peltonen, M., Ottosson, J., Sjöholm, K., Näslund, I., Neovius, M., Carlsson, L. M. S., & Svensson, P-A. (2018). Associations of Bariatric Surgery With Changes in Interpersonal Relationship Status: Results From 2 Swedish Cohort Studies. *JAMA Surg. 153(7)*, 654–661. https://doi.org/10.1001/jamasurg.2018.0215

Cardel, M. I., Newsome, F. A., Pearl, R. L., Ross, K. M., Dillard, J. R., Miller, D. R., Hayes, J. F., Wilfley, D., Keel, P. K., Dhurandhar, E. J., & Balantekin, K. N. (2022). Patient-Centered Care for Obesity: How Health Care Providers Can Treat Obesity While Actively Addressing Weight Stigma and Eating Disorder Risk. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, S2212-2672(22)00007-7. Advance online publication.* https://doi.org/10.1016/j.jand.2022.01.004

Carlsson, L., Sjöholm, K., Jacobson, P., Andersson-Assarsson, J. C., Svensson, P. A., Taube, M., Carlsson, B., & Peltonen, M. (2020). Life Expectancy after Bariatric Surgery in the Swedish Obese Subjects Study. *The New England journal of medicine*, *383*(16), 1535–1543. https://doi.org/10.1056/NEJMoa2002449

Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs Universitet - GPCC (2018). Hämtad 2022-03-10 från: www.gpcc.gu.se

*Cox, M. E., Yancy, W. S., Jr, Coffman, C. J., Ostbye, T., Tulsky, J. A., Alexander, S. C., Brouwer, R. J., Dolor, R. J., & Pollak, K. I. (2011). Effects of counseling techniques on patients' weight-related attitudes and behaviors in a primary care clinic. *Patient education and counseling*, *85*(3), 363–368. https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.01.024

Ekman, I, Norberg, A. & Swedberg, K. (2014). Tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvården. Ekman, I. (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård - Från filosofi till praktik*. Liber

FASS Allmänhet. (2022a). Xenical. Hämtad 2022-03-27 från https://www.fass.se/LIF/product?userType=2&nplId=19980729000018

FASS Allmänhet. (2022b). Saxenda. Hämtad 2022-03-27 från https://www.fass.se/LIF/product?userType=2&nplId=20140128000026

FASS Allmänhet. (2022c). Mysimba. Hämtad 2022-03-27 från https://www.fass.se/LIF/product?userType=2&nplId=20131031000012

Friberg, F. (2017). Tankeprocessen under examensarbetet. Friberg, F. (Red.). *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten.* (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.

Folkhälsomyndigheten. Övervikt och fetma. (2022a). Hämtad 2022-03-01 från https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/fysisk-aktivitet-och-matvanor/overvikt-och-fetma/

Folkhälsomyndigheten. Vad är folkhälsa, jämlik hälsa och folkhälsoarbete? (2022b). Hämtad 2022-03-04 från https://www.folkhalsomyndigheten.se/en-god-och-jamlik-halsa-pa-alla-nivaer/tema-folkhalsa-lokalt-och-regionalt-stod/vad-ar-folkhalsa/folkhalsa-och-jamlik-halsa/

Folkhälsomyndigheten. Fysisk aktivitet och matvanor. (2022c). Hämtad 2022-03-24 från https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/fysisk-aktivitet-och-matvanor/

*Hardcastle, S. J., Taylor, A. H., Bailey, M. P., Harley, R. A., & Hagger, 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. https://doi.org/10.1186/1479-5868-10-40

Henricsson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricsson (Red), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (kap 27). 2 uppl. Lund: Studentlitteratur.

International Councils of Nurses [ICN] etiska kod. (2011). Hämtad 2022-04-10 från https://www.swenurse.se/publikationer/icns-etiska-kod-for-sjukskoterskor

Internetmedicin - Obesitas, utredning och behandling i primärvården (2021). Hämtad 2022-04-15 från https://www.internetmedicin.se/behandlingsoversikter/obesitas/obesitas-utredning-och-behandling-i-primarvarden/

Jaunoo, S. S., & Southall, P. J. (2010). Bariatric surgery. *International journal of surgery (London, England), 8(2)*, 86–89. https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2009.12.003

Karlsson, E.K. (2017). Informationssökning. I M. Henricsson (Red), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (kap 4). 2 uppl. Lund: Studentlitteratur.

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricsson (Red), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (kap 3). 2 uppl. Lund: Studentlitteratur.

Kozakowski, J., Gietka-Czernel, M., Leszczyńska, D., & Majos, A. (2017). Obesity in menopause - our negligence or an unfortunate inevitability?. *Przeglad menopauzalny = Menopause review*, *16*(2), 61–65. https://doi.org/10.5114/pm.2017.68594

*Luig, T., Anderson, R., Sharma, A. M., & Campbell-Scherer, D. L. (2018). Personalizing obesity assessment and care planning in primary care: patient experience and outcomes in everyday life and health. *Clinical obesity*, *8*(6), 411–423. https://doi.org/10.1111/cob.12283

*Luig, T., Keenan, L., & Campbell-Scherer, D. L. (2020). Transforming Health Experience and Action through Shifting the Narrative on Obesity in Primary Care Encounters. *Qualitative health research*, *30*(5), 730–744. https://doi.org/10.1177/1049732319880551

da Luz, F. Q., Hay, P., Touyz, S., & Sainsbury, A. (2018). Obesity with Comorbid Eating Disorders: Associated Health Risks and Treatment Approaches. *Nutrients*, *10*(7), 829. https://doi.org/10.3390/nu10070829

Läkemedelsboken (2018). Övervikt och fetma. Hämtad 2022-04-17 från: https://lakemedelsboken.se/kapitel/nutrition/overvikt_och_fetma.html

Martins, L. B., Monteze, N. M., Calarge, C., Ferreira, A., & Teixeira, A. L. (2019). Pathways linking obesity to neuropsychiatric disorders. *Nutrition (Burbank, Los Angeles County, Calif.)*, *66*, 16–21. https://doi.org/10.1016/j.nut.2019.03.017

Miller, W. (1983). Motivational Interviewing with Problem Drinkers. *Behavioural Psychotherapy, 11*(2), 147-172. https://doi.org/10.1017/S0141347300006583

Miller, W.R. & Rollnick, S., (1991) eds: Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior. New York: Guilford Press.

Moller, DS, Dideriksen, A, Sorensen, S, Madsen, LD & Pedersen, EB. (2003). Accuracy of telemedical home blood pressure measurement in the diagnosis of hypertension. *J Hum Hypertens,* 17(8):549-554. https://doi.org/10.1038/sj.jhh.1001584

Newton, I. (1846). Newton's Principia: the mathematical principles of natural philosophy. New-York: Daniel Adee

Phelan, S. M., Lynch, B. A., Blake, K. D., Blanch-Hartigan, D., Hardeman, R., Wilson, P., Branda, M., & Finney Rutten, L. J. (2018). The impact of obesity on perceived patient-centred communication. *Obesity science & practice*, *4*(4), 338–346. https://doi.org/10.1002/osp4.276

Phelan, S. M., Bauer, K. W., Bradley, D., Bradley, S. M., Haller, I. V., Mundi, M. S., Finney Rutten, L. J., Schroeder, D. R., Fischer, K., & Croghan, I. (2021). A model of weight-based stigma in health care and utilization outcomes: Evidence from the learning health systems network. *Obesity Science and Practice*. https://doi.org/10.1002/osp4.553

Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: a review and update. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, *17*(5), 941–964. https://doi.org/10.1038/oby.2008.636

Riksförbundet HOBS (2022). "Har du vunnit på Bingolotto för att ha råd att äta dig så tjock?" - bemötande av personer med övervikt eller obesitas inom vården, Hämtad 2022-03-09 från: https://www.hobs.se/nyhet/rapport-lansering-den-4-mars

*Rodriguez-Cristobal, J. J., Alonso-Villaverde, C., Panisello, J. M., Travé-Mercade, P., Rodriguez-Cortés, F., Marsal, J. R., & Peña, E. (2017). Effectiveness of a motivational intervention on overweight/obese patients in the primary healthcare: a cluster randomized trial. *BMC family practice*, *18*(1), 74. https://doi.org/10.1186/s12875-017-0644-y

*Rosas, L. G., Azar, K., Lv, N., Xiao, L., Goldhaber-Fiebert, J. D., Snowden, M. B., Venditti, E. M., Lewis, M. M., Goldstein-Piekarski, A. N., & Ma, J. (2020). Effect of an Intervention for Obesity and Depression on Patient-Centered Outcomes: An RCT. *American journal of preventive medicine*, *58*(4), 496–505. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.11.005

Rosèn, M. (2017). Systematisk litteraturöversikt. I M. Henricsson (Red), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (kap 24). 2 uppl. Lund: Studentlitteratur.

*Rutten, G. M., Meis, J. J., Hendriks, M. R., Hamers, F. J., Veenhof, C., & Kremers, S. P. (2014). The contribution of lifestyle coaching of overweight patients in primary care to more autonomous motivation for physical activity and healthy dietary behaviour: results of a longitudinal study. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, *11*, 86. https://doi.org/10.1186/s12966-014-0086-z

SBU. Mat vid fetma. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). (2013). SBU-rapport nr 218. ISBN 978-91-85413-59-1. https://www.sbu.se/contentassets/d817cdf17237414ebcf943182f2d1e4a/mat_vid_fetma_218-2013.pdf

SBU. Fetma- problem och åtgärder. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) (2002). SBU-rapport nr 160. ISBN 91-87890-78-X.

SFS 2014:821. *Patientlagen* https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

Sjöström, L., Peltonen, M., Jacobson, P., Sjöström, C.D., Karason, K., Wedel, H., Ahlin, S., Anveden, Å., Bengtsson, C., Bergmark, G., Bouchard, C., Carlsson, B., Dahlgren, S., Karlsson, J., Lindroos, A.K., Lönroth, H., Narbro, K., Näslund, I., Olbers, T., Svensson, P., & Carlsson, L.M. (2012). Bariatric surgery and long-term cardiovascular events. *JAMA, 307 1*, 56-65. https://doi.org/10.1001/jama.2011.1914

Svensk sjuksköterskeförening, Svenska Läkaresällskapet och Dietisternas Riksförbund (2019). Personcentrerad vård – En kärnkompetens för god och säker vård. Hämtad 2022-03-01 från: https://www.sls.se/globalassets/sls/dokument/personcentreradvard-2019_digital.pdf

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). (2014a). Granskningsmallar - Bedömning av randomiserade studier. Hämtad 2022-04-05 Från: https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning_randomiserade_studier_tilldelas.pdf

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). (2014b). Granskningsmallar - Bedömning av studier med kvalitativ metodik. Hämtad 2022-04-05 Från: https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning_studier_kvalitativ_metodik.pdf

*Torti, J., Luig, T., Borowitz, M., Johnson, J. A., Sharma, A. M., & Campbell-Scherer, D. L. (2017). The 5As team patient study: patient perspectives on the role of primary care in obesity management. *BMC family practice*, *18*(1), 19. https://doi.org/10.1186/s12875-017-0596-2

Van Dorsten, B. (2007). The use of motivational interviewing in weight loss. *Current diabetes reports*, *7*(5), 386–390. https://doi.org/10.1007/s11892-007-0063-x

Vårdfokus - Vårdens bemötande är avgörande vid vård av fetma (2020). Hämtad 2022-03-24 från https://www.vardfokus.se/halsa/vardens-bemotande-ar-avgorande-vid-vard-av-fetma/

Västragötalandsregionen. (2017a). Vårdgivarwebben. Hämtad 2022-03-28 från https://www.vgregion.se/halsa-och-vard/vardgivarwebben/vardriktlinjer/Beslutstod-overvikt-och-fetma/beslutsstod-for-vuxna/amnesomraden/lakemedel/

Västragötalandsregionen. (2017b). Vårdgivarwebben. Hämtad 2022-04-10 från https://www.vgregion.se/halsa-och-vard/vardgivarwebben/utveckling--uppfoljning/verksamhetsutveckling/kvalitetsdriven-verksamhetsutveckling/patienter-som-medskapare/personcentrerat-arbetssatt/

Wakefield, K., & Feo, R. (2017). Confronting obesity, stigma and weight bias in healthcare with a person centred care approach: A case study . *Australian Nursing and Midwifery Journal*, *25*(1), 28-31. https://search.informit.com.au/documentSummary;dn=909958228125391;res=IELHEA

*Walker, L., Smith, N. & Delon, C. (2021). Weight loss, hypertension and mental well-being improvements during COVID-19 with a multicomponent health promotion programme on Zoom: a service evaluation in primary care *BMJ Nutrition, Prevention & Health*. https://doi.org/10.1136/bmjnph-2020-000219

Weaver J. U. (2008). Classical endocrine diseases causing obesity. *Frontiers of hormone research*, *36*, 212–228. https://doi.org/10.1159/000115367

World Health Organization. (1997) Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation presented at: the World Health Organization; June 3-5, 1997; Geneva, Switzerland. Publication WHO/NUT/NCD/98.1.

World Health Organization. (2021). Obesity and overweight. Hämtad 2022-03-15 från https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA) ur handboken FYSS (2017). Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling 2017. Hämtad 2022-03-09 från www.fyss.se

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. Friberg, F. (red.) (2017). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten.* (3:e uppl.) Lund: Studentlitteratur.

1177.se (2020). Övervikt och fetma hos vuxna. Hämtad 2022-04-17 från: www.1177.se/sjukdomar--besvar/mage-och-tarm/fetma/overvikt-och-fetma-hos-vuxna/#section-14739

# Bilaga 1 — Söktabeller för litteratursökning

**Bilaga 1.1: Söktabell Cinahl**

| Datum | Sökord | Begränsningar (Limits) | Antal träffar | Relevanta abstract | Granskade artiklar | Valda artiklar |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2022-02-28 | **Obesity** (Major Heading) AND **Patient-centered care** (Major Heading) | Engelska, Peer-reviewed | 15 | 0 | 0 | 0 |
| 2022-03-01 | **Obesity** (Major Heading) AND **Attitude to obesity** AND **Patient centered care** (Major Heading) | Engelska, Peer-reviewed | 1 | 1 | 1 | 0 |
| 2022-03-02 | **Patient centered care** or **person centered care** (Major Heading) AND **Obesity** (Major Heading) | Engelska, Peer-reviewed | 7 | 2 | 0 | 0 |

**Bilaga 1.2: Söktabell Scopus**

| Datum Databas | Sökord | Begränsningar (Limits) | Antal träffar | Relevanta abstract | Granskade artiklar | Valda artiklar |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2022-03-02 | **"Patient centered care"** AND **"nursing"** AND **"obesity"** | Engelska, Peer-reviewed | 12 | 0 | 0 | 0 |
| 2022-03-03 | **"Patient centered care"** AND **"obesity"** | Engelska, Peer-reviewed | 307 | - | - | - |
| 2022-03-04 | "**Patient centered care**" AND "**obesity**" | Engelska, Peer-reviewed, nursing | 70 | 3 | 3 | Phelan m.fl (2018)<br>Phelan m.fl (2021) |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2022-03-06 | "**Patient centered care**" AND "**obesity**" AND "**Primary Care**" | Engelska, Peer-reviewed, nursing | 13 | 1 | 1 | 1 |
| 2022-03-16 | "**Patient centered care**" AND "**obesity**" AND "**Overweight**" | Engelska, Peer-reviewed, Mesh Major topic | 52 | 6 | 3 | Baer m.fl. (2020) *Cox m.fl. (2011) |
| 2022-03-17 | TITLE-ABS-KEY("**patient-centered care**") AND TITLE-ABS-KEY("**obesity**") | Engelska, Peer-reviewed | 308 | - | - | - |
| 2022-03-17 | TITLE-ABS-KEY("**patient-centered care**") AND TITLE-ABS-KEY("**obesity**") AND TITLE-ABS-KEY("**primary care**") | Engelska, peer-reviewed | 71 | - | - | - |
| 2022-03-17 | TITLE-ABS-KEY("**patient-centered**") AND TITLE-ABS-KEY("**obesity**") AND TITLE-ABS-KEY("**primary care**") | Engelska, peer-reviewed | 139 | 11 | 3 | *Torti m.fl. (2017) *Luig m.fl. (2018) *Luig m.fl. (2020) |
| 2022-03-17 | TITLE-ABS-KEY("**motivational interviewing**") AND TITLE-ABS-KEY("**obesity**") AND TITLE-ABS-KEY("**primary care**") | Engelska, peer-reviewed, nursing | 39 | 10 | 5 | Barnes m.fl. (2014) *Rodriguez-Cristobal m.fl. (2017) |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | *Rosas m.fl. (2020) |
| 2022-03-20 | TITLE-ABS-KEY("**motivational interviewing**") AND TITLE-ABS-KEY("**obesity**") AND TITLE-ABS-KEY("**weight loss**") AND TITLE-ABS-KEY("**primary care**") | Engelska, peer-reviewed | 67 | 16 | 5 | *Barnes m.fl. (2018)<br>*Barnes m.fl. (2021)<br>*Hardcastle m.fl. (2013) |
| 2022-03-22 | TITLE-ABS-KEY("**health promotion**") AND TITLE-ABS-KEY("**obesity**") | Engelska, articles | 8703 | - | - | - |
| 2022-03-22 | TITLE-ABS-KEY("**health promotion**") AND TITLE-ABS-KEY("**obesity**") AND TITLE-ABS-KEY("**primary care**") | Engelska, Articles, nursing | 83 | 10 | 5 | *Walker m.fl. (2021)<br>*Rutten m.fl. (2014) |

**Bilaga 1.3: Söktabell PubMed**

| Datum Databas | Sökord | Begränsningar (Limits) | Antal träffar | Relevanta abstract | Granskade artiklar | Valda artiklar |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2022-03-06 | (**Patient centered** [Title/Abstract]) AND (**Obesity** [Title/Abstract]) AND (**Primary Care** [Title/Abstract]) | Engelska, Peer-reviewed | 17 | 1 | 1 | *Bloom m.fl. (2017) |

**Bilaga 1.4: Söktabell PsycInfo**

| Datum Databas | Sökord | Begränsningar (Limits) | Antal träffar | Relevanta abstract | Granskade artiklar | Valda artiklar |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2022-03-17 | "**Patient centered care**" | Peer-reviewed,All Subjects & Indexing-SU | 4960 | - | - | - |
| 2022-03-17 | "**Patient centered care**" AND "**obesity**" | Peer-reviewed, All Subjects & Indexing-SU | 24 | 5 | 0 | 0 |

# Bilaga 2 — Artikelöversikt

| Författare<br>År<br>Land | Titel | Syfte | Metod | Urval | Resultat | Kvalitet * Enligt (SBU, 2014) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Torti m.fl. 2017 Kanada** | The 5As team patient study: patient perspectives on the role of primary care in obesity management | Att utforska patienters syn på primärvårdens roll för obesitas-omvårdnad, samt hur dessa insikter kan förbättra omvårdnaden. | **Kvalitativ** studie<br><br>Semi-strukturerade intervjuer | 28 patienter från ett urval av 255 patienter från ett primärvård-nätverk i Alberta, CA. | - Viktigt med bra kontakt mellan patient och vårdgivare, där vårdgivaren tar upp viktproblematiken.<br>- Patienterna har tydliga förväntningar på personcentrering, kunskap, icke-dömande bemötande.<br>- Komplexiteten behöver tas på allvar. Kunskap krävs.<br>- Individanpassad vård viktigt | **Hög**<br><br>Tydligt tillvägag ångssätt och tolkning av resultat |
| **Rodriguez -Cristobal m.fl. 2017 Spanien** | Effectiveness of a motivational intervention on overweight/obese patient in the primary healthcare: a cluster randomised trial | Att undersöka om MI, i kombination med nuvarande klinisk praktik, var mer effektivt för att behandla patienter med övervikt och fetma, samt påverkan på hjärt-kärlsjukdomar. | **Kvantitativ**<br><br>Interventionsstudie med uppföljning efter 12 resp 24 månader.<br><br>MI levererades till interventions-gruppen. | MI grupp n=400<br><br>Kontroll-grupp, n=446<br><br>Samtliga patienter var överviktiga eller obesa. | - 26.9% av MI interventionsgruppen som fick MI gick ner mer än 5%<br>- 18.1 % av kontrollgrupp gick ned mer än 5%<br>- Man såg även bättre resultat på triglycerider samt kolesterol för MI gruppen. | **Hög**<br><br>Random-isering av urval bra. Adekvata slutsatser och analys. |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Cox, m.fl. 2011 USA** | Effects on counseling techniques on patients' weight-related attitudes and behaviors in a primary care clinic | Undersöka primärvårdgivares användning av motiverande samtal vid vård av överviktiga och obesa patienter. Syftade även till att studera association av faktorerna beteendeförändring, förändring av kostvanor, fysisk aktivitet och viktnedgångs-försök. | **Kvantitativ** studie<br><br>Analys av ljudinspelningar från vårdtillfällen.<br><br>Motivational Interviewing Treatment Integrity (MITI) skala användes för att mäta hur mycket MI som användes i samtalen. | 40 vårdare och 461 patienter med BMI > 25 kg/m$^2$.<br><br>Slumpvis utvalda ur register som uppfyllde vissa urvals-kriterier. | - Patienter vars vårdgivare hade ett empatisk förhållningssätt fick bättre påverkan på kostvanor<br>- Ökad användning av MI har en positiv effekt på patienternas självförtroende avseende kostomläggning.<br>- MI har bra effekt på flertalet vikt-relaterade attityder och beteende hos patienterna. | **Hög**<br><br>Bra analys och tydligt resone-mang. |
| **Barnes m.fl. 2018 USA** | Examining motivational interviewing plus nutrition psycho-education for weight loss in primary care | Att undersöka om en kombination av MI och *Nutrition Psychoeducation* kan ge bättre effekt för viktnedgång för patienter med övervikt och obesitas. | **Kvantitativ** studie. Mixed-model analys<br><br>Tre mätningar:<br>- Inskrivning<br>- Efter 3 mån (efter behandling)<br>- Efter 6 mån | 31 vuxna patienter med BMI mellan 25 och 55, med eller utan hetsätningsstörning | - MI + NP ger goda resultat för viktreducering, både vid 3 och 6 mån<br>- Detta gällde både för personer med och utan hetsätningsstörning (BED)<br>- Personerna med BED fick positiva resultat för tecken på depression. | **Hög**<br><br>Välpres-enterad metod och analys |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Barnes m.fl. 2021 USA** | 12-months later: Motivational interviewing plus nutrition psycho-education for weight loss in primary care | Att undersöka om en kombination av MI och *Nutrition Psychoeducation* kan ge bättre effekt för viktnedgång för patienter med övervikt och obesitas. Uppföljning från Barnes m.fl. (2018) ovan. | **Kvantitativ** studie Mixed-model analysis<br><br>Mätning efter behandling och efter 1 års uppföljning. 15 månader totalt. | 31 vuxna patienter med BMI mellan 25 och 55, med eller utan hetsätningsstörning | - BMI var i snitt lägre efter uppföljning<br>- 34.8% bibehöll en 5% viktminskning efter 12 mån<br>- De hade lägre diastoliskt BT, vilopuls, samt minskade tecken på depression.<br>- Systolisk BT och midjeomfång var oförändrade<br>- Oklart om MI bidrog till resultaten eller om det var endast pga NP | **Hög**<br><br>Solid analys och metod. Väl presenterade resultat. |
| **Rutten m.fl. 2014 Holland** | The contribution of lifestyle coaching of overweight patients in primary care to more autonomous motivation for physical activity and healthy dietary behaviour: results of a longitudinal study | Att undersöka hur typen av motivation kan skifta till mer autonom/inre motivation genom *"combined lifestyle interventions CLI"*, samt hur livsstilscoaching kan påverka kvaliteten av motivation. | **Kvantitativ** longitudinell studie.<br><br>Två mätningar: vid inskrivning (n=409) samt efter 4 månader (n=298). | 298 patienter från 29 allmän praktiker med ett snitt BMI på 32.9 kg/m$^2$. 73% var obesa.<br><br>Spridning i ålder, kön och utbildnings-nivå. | - Deltagarna visade större inre motivation med avseende på fysisk aktivitet.<br>- Gällande motivation till mer hälsosam kosthållning såg man dock inte samma tydliga förbättring.<br>- Mer kontrollerad livsstilscoaching resulterade i att minska deltagarnas inre motivation. | **Medel**<br><br>Då resultat består av självskat-tningar kan dess tillför-litlighet ifråga-sättas. |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Bloom m.fl. 2018 USA** | Examining Patient Perspectives on Weight Management Support in the Primary Care Setting | Att kartlägga patienternas syn och erfarenheter kring obesitasvård inom primär-vården. Man ämnade även att undersöka patienternas önskningar på hur vården ska bedrivas. | **Kvalitativ** intervjustudie med tematisk analys.<br><br>Intervjuer varade 90 min och spelades in för kodning av budskap. | 30 patienter över 18 år intervjuades.<br><br>BMI ≥ 30 kg/m$^2$. Mix avseende etnicitet, rökstatus, kön. | - Fyra teman kom fram:<br>- Motivation och beteende för långsiktig viktnedgång<br>- Relation mellan patient och vårdgivare och vikthållning<br>- Behov av konkreta råd för viktnedgång<br>- Begränsningar för primärvården | **Hög**<br><br>Intervjuer väl beskrivna och adekvat metodik användes. |
| **Hardcastle m.fl. 2013 England** | Effectiveness of a motivational interviewing intervention on weight loss, physical activity and cardiovascular disease risk factors: a RCT with a 12-month post-intervention follow-up | Att undersöka långsiktig effekt av MI på hälsomarkörer (vikt, BMI, fysisk aktivitet, och CVD risk) för personer med övervikt och obesitas i primärvården. | **Kvantitativ** studie.<br><br>Indelning i en interventions-grupp som fick MI sessioner, samt en kontrollgrupp som fick minimal intervention.<br><br>Tre mätningar: Initialt, efter 6 mån (efter behandling), samt efter 18 mån. | 334 patienter Mellan 18 och 65 år. BMI ≥ 28 kg/m$^2$. | - MI gav goda resultat för patienternas fysiska aktivitet (promenader) samt kolesterol<br>- Dessa effekter bibehålls efter 12 mån uppföljning<br>- Effekter för blodtryck, vikt och BMI var inte kvar efter 12 mån.<br>- Effekterna var dock ihållande för de patienter som från början hade störst risk för CVD. | **Medel**<br><br>Inte säkert att urvalet är generaliserbart, då det var ett stort bortfall av deltagare. De som deltog kan ha varit mer motivera de från början. |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Rosas m.fl. 2020 USA** | Effect of an intervention for obesity and depression on patient-centered outcomes: An RCT | Att undersöka huruvida ett viktreducerings-program kan förbättra mental hälsa, livskvalitet, sömn, samt minska depression. | **Kvantitativ** studie. RCT.<br><br>Interventionsgruppen får I-CARE, medan kontrollgruppen får vanlig vård.<br><br>Tre mätningar:<br>- Initialt<br>- Efter 6 mån<br>- Efter 12 mån | 409 patienter med BMI ≥ 30 kg/m2. För asiater var gränsen BMI ≥ 27 kg/m2. Pat. med allvarliga medicinska eller psykiska sjukdomar exkluderades | - Interventionsgruppen uppvisade förbättringar i obesitas-relaterade problem, mental-hälsa, livskvalitet, sömnstörningar, funktionsnedsättningar efter 6 mån<br>- Förbättringarna var inte ihållande efter 12 månader | **Hög**<br><br>Studiens metodik och analys är väl beskriven. |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Luig m.fl. 2020 Kanada** | Transforming health experience and actions through shifting the narrative on obesity in primary care encounters | Att identifiera faktorer som är viktiga för att patienter ska få goda resultat av vården. | **Kvalitativ** induktiv studie.<br><br>Möten varade 45 min och videofilmades. Möten följdes av 1 tim intervjuer om pat upplevelser av mötet.<br><br>Uppföljning efter 3 och 6 till 8 veckor med ytterligare en intervju.<br><br>Varje patient skrev dagbok under 2 mån. | 4 patienter, 16 olika samtal.<br><br>Tre olika fall valdes ut att inkluderas i studien. | - Studien visade ett skift i hur personer med obesitas uppfattar sin övervikt, sitt liv och sig själva över tid. Går från mindre optimistik syn till att känna hoppfullhet och sammanhang.<br>- Visar hur vårdgivaren och dennes synsätt spelar en viktig roll för hur patienten upplever sin övervikt.<br>- Skift i fokus och motivation vid uppföljningen. | **Hög**<br><br>Trovärdig, då studien reflekterar några få intervjuer. Adekvat analys. |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Luig m.fl. 2018 Kanada** | Personalizing obesity assessment and care planning in primary care: patient experience and outcomes in everyday life and health | Att undersöka patient-vårdgivare kommunikations-processer för att utforma en personcentrerad vård med bästa resultat för patienternas hälsa. | **Kvalitativ** induktiv studie.<br><br>Intervjuer vid tre tillfällen. | 20 patienter med obesitas. 59 intervjuer.<br><br>Valda med maximal variation. | - 8 nyckelprocesser för bättre hälsa identifierades:<br>- Medkänsla och lyssnande<br>- Förklaringar genom bakomliggande orsaker och faktorer av pat. berättelse.<br>- Identifiera patientens styrkor<br>- Korrigera missuppfattningar om obesitas<br>- Fokusera på helheten av patientens hälsa<br>- Planering av åtgärder<br>- Uppmuntra reflektion och experimentering. | **Medel**<br><br>En del slutsatser subjektiva, vilket kan vara föremål för egna tolkningar och risk för bias. |
| **Walker m.fl. 2021 England** | Weight loss, hypertension and mental well-being improvements during COVID-19 with a multicomponent health promotion programme on Zoom: a service evaluation in primary care | Att utvärdera om digitala möten kan hjälpa fysiska och mentala utfallsmått för personer med obesitas under Covid-19 restriktionerna. | **Kvantitativ** studie.<br><br>6 x 90 min grupp-sessioner över 10 veckor, via Zoom.<br><br>Två mätningar. Före och efter interventionen. | 20 patienter över 18 år med typ-2 diabetes eller pre-diabetes. Även närstående välkomnades att delta i studien. | - Förbättringar av fysiska hälsomarkörer: BMI, vikt, midjeomfång, systoliskt och diastoliskt BT<br>- Medelviktnedgång på 6.5%<br>- Förbättrad mental hälsa mätt med Warwick Edinburgh Mental Wellbeing Scale | **Hög**<br><br>Väl valda metoder och systematisk och tydlig analys. |