



**MALMÖ HÖGSKOLA**  
**Hälsa och samhälle**

# **OBESITAS**

Sjuksköterskans preventiva arbete i samband  
med obesitas

Petra Augustinsson  
Anette Johansson

Examensarbete  
Kurs HK 01  
Sjuksköterskeprogrammet  
Januari 2004

Malmö Högskola  
Hälsa och samhälle  
20506 Malmö  
e-post: [postmasterhs.mah.se](mailto:postmasterhs.mah.se)

# Obesitas

## Sjuksköterskans preventiva arbete i samband med obesitas

Petra Augustinsson

Anette Johansson

Augustinsson, P och Johansson, A (2004) Obesitas. Sjuksköterskans preventiva arbete i samband med obesitas. Sjuksköterskeprogrammet, 120 poäng. *Examensarbete i omvårdnad, 10 poäng*. Malmö högskola, Hälsa och Samhälle, enheten för omvårdnadsvetenskap, 2004.

Andelen personer som drabbas av obesitas stiger årligen med ½-1 %. Trots dessa siffror, som visar att obesitas är en vanlig kronisk och försummad sjukdom, så är den tabubelagd. Syftet med denna litteraturstudie är att beskriva aspekter på hur obesitas hos vuxna människor påverkar risken att utveckla följsjukdomar och vidare att belysa vikten av prevention och de faktorer sjuksköterskan bör känna till som påverkar patienter med obesitas. Frågeställningarna är: Hur ser riskfaktorerna ut mellan obesitas och risken att drabbas av dess följsjukdomar? Vilka yttre och inre faktorer påverkar patienternas viktneđgång? Materialet till litteraturstudien återfanns i tre olika databaser över medicinsk forskning samt manuell sökning. Resultatet är baserat på 10 vetenskapliga artiklar som är kritiskt granskade. Resultatet visar sambandet mellan obesitas och följsjukdomar samt vilka preventiva åtgärder man som sjuksköterska kan använda i olika omvårdnadssituationer.

*Nyckelord:* följsjukdomar, obesitas, omvårdnad, prevention, sjuksköterska, övervikt

# Obesity

Nursing and prevention of obesity

Petra Augustinsson  
Anette Johansson

Augustinsson, P and Johansson, A (2004) Nursing and prevention of obesity. Programme in nursing, 120 credits. Exam paper on nursing, 10 credits. Malmö University, School of health and society, Department of Nursing, 2004.

The number of people who get obesity increase with ½-1 % every year. Despite this number it is shown that obesity is a chronic and neglected disease. The purposes of this literature study were to describe how obesity affects adults and the risk of complications and the factors the nurse needs to know which affects patients with obesity. Our questions were: Is there a connection between obesity and complications? What factors affect patients weight loss? The articles were found in three different databases and through Manual search. The result is based on 10 articles. The results shows the connection between obesity and complications and also what methods the nurse can use in the preventive work.

Keywords: complications, obesity, nursing, prevention, nurse, overweight.

# FÖRORD

Det har varit spännande och lärorikt att ha fördjupat sig i ämnet obesitas. Den personliga förvärvade kunskap som vi erhållit genom detta arbete hoppas vi även kunna ha betydelse för andra personer inom vården.

Ett stort tack till vår handledare Elisabeth Carlsson för ett visat intresse och ett stort stöd i vårt arbete. Vi vill även tacka Monika Jakobsson som utomstående kritiskt granskat vårt arbete.

December 2003

Petra Augustinsson och Anette Johansson

# INNEHÅLL

FÖRORD	4
INLEDNING	6
BAKGRUND	6
Obesitas ur ett historiskt perspektiv	6
Etiologi	7
Prevalens	8
Hälsorisker	8
Samhällskostnader	8
Prevention	8
TEORETISK REFERENSRAM	9
Inre resurser	10
Yttre resurser	10
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING	11
METOD	11
Litteratur- och artikelsökning	11
Metod för artikelgranskning	12
Databearbetning	12
RESULTAT	14
Följdsjukdomar	15
Påverkningsfaktorer	15
Psykologiska faktorer	15
Miljö	16
Livskvalité	17
Rehabiliteringsprogram	17
DISKUSSION	17
Metoddiskussion	18
Artikelsökning	18
Val av databaser	18
Urval	18
Metod för artikelgranskning	19
Val av teoretisk referensram	19
Resultatdiskussion	19
Slutord	22
REFERENSLISTA	23
BILAGOR	25

# INLEDNING

Obesitas är ett folkhälsoproblem som växer explosionsartat både nationellt och internationellt. I Sverige är ca 35 % av kvinnorna och 47 % av männen överviktiga eller feta. Under det senaste 20 åren har obesitas nästan fördubblats. Obesitas är en bidragande faktor till många allvarliga sjukdomar därför är det viktigt att motivera till prevention. Tidigare har obesitas uppfattats som något självförvållat, och sjukvården och samhället har inte tagit problemet på allvar, utan snarare bagatelliserat problemet. Inställningen är tyvärr att man som överviktig och fet har sig själv att skylla. Det är dyrt för svenska samhället att förbise detta växande problem idag ligger kostnaderna runt 3 miljarder kronor per år i Sverige (Kalling 2002).

Vi vill gärna lyfta fram detta hälsoproblem med förhoppning om att få befolkningen att ändra attityd, detta skulle medföra att obesitas inte anses så tabubelagt. Viktigast är att man tar tag i grundproblemet obesitas, för som det ser ut idag så behandlas följsjukdomarna men grundproblemet kvarstår. Det är viktigt för sjuksköterskorna att våga ta upp ämnet med patienten för att lösa detta stora problem i samhället.

## BAKGRUND

### Obesitas ur ett historiskt perspektiv

Människan har kvar samma genupsättning som på stenåldern då förmågan att lägga upp en fettreserv var en livsavgörande egenskap när föda fanns att tillgå. Tillgången till föda varierade och kosten bestod av mycket frukt och grönt som inte innehöll så mycket energi. Att kunna välja ut den mat som var energirik gav en överlevnads fördel. Studier på olika djurarter visar att de väljer ut den föda som har högst energiinnehåll, både vad gäller fett- och sockernehåll. På stäppen använde våra förfäder energilager i fettvävnaden när det blev brist på föda i stressituationer, såsom svält och sjukdom. Kvinnorna var beroende av sin fettreserv vid graviditet och amning. Än i dag lägger kvinnor upp extra energi i form av fett på höfter och lår. En hel del av detta förbrukas under amningsperioden. Våra gener är idag fortfarande anpassade till ett liv som jägarfolk med varierad mängd av föda och med mycket fysisk aktivitet (Kalling 2002).

### Etiologi

Vi har två olika typer av fettvävnad; den bruna och den vita. Den bruna fettvävnaden har vi som spädbarn och den är temperaturreglerande och försvinner under uppväxten. Fettvävnaden är med i ämnesomsättningen och dess uppgift är att frisätta och lagra lipider. Dessa regleras efter energibehovet i kroppen. Fettvävnaden arbetar som en körtel, där hormoner och äggviteämnen utsöndras. Liptin är ett hormon som produceras i fettvävnaden och den binder sig till receptorer i hypotalamus där den hämmar aptiten och stimulerar energiförbrukningen. Det som uppstår när man är överviktig är att det blir en störning i ämnesomsättningen i fettvävnaden. Det medför att det frisätts flera fria fettsyror. Forskarna har inte kommit fram till den exakta orsaken till att man blir drabbad av övervikt, men det forskas kring endokrina funktioner där man tror att genomblödningen i fettvävnaden är minskad. En annan trolig förklaring kan vara att hormonpåverkan av insulin och katekolaminer är förändrad. Ett förhöjt värde

av fria fettsyror i blodbanan kan också vara en trolig förklaring (Anderson, Rissanen, Rössner 1998).

Om fettet sitter över buken är detta farligare än all annan typ av obesitas (Andersson, Rissanen, Rössner 1998). Därför bör man mäta bukomfånget. Män med buk omfång över 100 cm och kvinnor över 80 cm bör gå ner i vikt. Insulinresistens kan uppstå och man får metabola rubbningar. Nedsatt insulinproduktion och insulinresistens resulterar i ökad risk för diabetes, men även hjärt- och kärlsjukdomar och stroke (Falkenberg 2003).

### Prevalens

År 1998 var 2,5 miljoner människor mellan 16-74 år i Sverige överviktiga och en halv miljon av dessa var mycket överviktiga. Obesitas är lika vanligt hos män som hos kvinnor. Lätt obesitas är däremot vanligare hos män (Socialstyrelsen 2001). Under tidsperioden 1980/81 var 5 % av Sveriges befolkning överviktiga, 36 % var män och 28 % var kvinnor. Denna siffra har ökat till 7 % 1996/97 då 46 % var män och 34 % var kvinnor (Statistiska centralbyrån 2002).

I Sverige har 10 % av männen och 12 % av kvinnorna obesitas, det vill säga ett Body Mass Index<sup>1</sup> (BMI) >30. Andelen nya personer som drabbas av obesitas stiger årligen med ½-1 %. Trots dessa siffror, som visar att obesitas är en vanlig kronisk och försummad sjukdom, så är den tabubelagd (Falkenberg 2003).

Obesitas räknas som en global epidemi som främst drabbar industriländerna i västvärlden. Detta har fått WHO till att arbeta fram en klassifikation av obesitas och risken för en sämre hälsa (aa).

**Tabell 1.** Klassifikation av övervikt och fetma (enligt WHO 1997).

BMI (kg/m <sup>2</sup> )		HÄLSORISKER
UNDERVIKT	<18,5	LÅGA (men andra hälsoproblem uppstår)
NORMALOMRÅDE	18,5-24,9	NORMALRISK
ÖVERVIKT	25-29,9	LÄTT ÖKANDE
OBESITAS KLASS I	30-34,9	MÄTTLIGT ÖKANDE
OBESITAS KLASS II	35-39,9	HÖGA
OBESITAS KLASS III	>40	MYCKET HÖGA

Modell av Augustinsson & Johansson, 2003

Denna klassificering gäller vuxna av båda könen och är oberoende av ålder (Falkenberg 2003).

Enligt Lejonvall (2000) bör man att äta mindre fett, och röra sig mer, men det är endast ett fåtal som följer dessa råd. Resultatet blir att vi blir allt fetare. Eftersom det inte rör sig om ett par kilon för mycket, utan en massiv övervikt då BMI är

<sup>1</sup> BMI = vikt (kg)/ längd<sup>2</sup> (m).

över 30, så använder man medvetet ordet fet. Det är viktigt att tänka på att BMI inte tar hänsyn till fördelningen mellan fett och muskler. Så en fysiskt mycket vältränad person med mycket muskler och lite fett får ett högt BMI värde utan att vara fet. Detta gäller i princip alla som tränar regelbundet. Därför måste man titta på personen i helhet och inte bara till BMI-resultatet (Lejonvall 2000).

Det finns flera sätt än BMI att mäta obesitas på. En av dem kallas för calipometer och är en klämman som mäter tjockleken på fettlagret på olika ställen på kroppen. Värdet räknas sedan ut med en speciell formel som anger andelen kroppsfett i procent (aa).

Många människor drabbas av obesitas för att de har en stillasittande tillvaro och för högt energiintag i förhållande till den kroppsliga aktiviteten. 1980 var förekomsten av obesitas och övervikt fortfarande ovanlig i Sverige i jämförelse med många andra västländer, men andelen personer med obesitas och övervikt har stigit kraftigt mellan 1980-1997. I studier har det även framkommit att socioekonomisk status har betydelse för den ökande andelen överviktiga personer. Ökningen av andelen överviktiga var störst bland de högutbildade i åldrarna 16-44 år (Statistiska centralbyrån 2003).

### **Hälsorisker**

Obesitas är en stor bidragande orsak till många kroniska sjukdomar. Överviktiga personer riskerar att få sämre hälsotillstånd. Obesitas hälsorisker är många, men de tre största är diabetes mellitus, hypertoni och artros i knälederna. Man kan även drabbas av nedsatt rörlighet och en förtidig död (Andersson, Rissanen, Rössner 1998). Även vid måttlig övervikt ökar risken att dö i förtid på grund av sina följsjukdomar, vid BMI över 30. Högt blodtryck ökar riskerna för stroke. Många med obesitas behandlas illa i samhället och lider därför psykiskt av sin vikt. Hos män med obesitas är det en ökad risk för cancer i tarm och prostata medan det hos kvinnorna finns en ökad risk av tumörer i bröst och underliv. Obesitas kan även ge problem i luftvägarna och sömnapné (Lejonvall 2000).

### **Samhällskostnader**

Sjukvårdskostnaderna för obesitas och dess följsjukdomar uppskattas till 2 % av den totala sjukvårds- och hälsoutgifterna, detta är ca 3 miljarder kronor per år i Sverige. Då är inte de indirekta kostnaderna för sjukfrånvaro och förtidspension inräknade. Dessa kostnader är i sin tur lika höga som för sjukvårds och hälsoutgifterna. Det motsvarar 10 % av den totala produktionsbortfallet (Kalling 2002).

### **Prevention**

Enligt Andersson, Rissanen och Rössner (1998) är obesitas ett stort folkhälsoproblem som ökar kraftigt. Under de senaste tjugo åren har obesitas nästan fördubblats i vårt samhälle. Därför är det viktigt att arbeta preventivt för att bromsa upp denna process. Man måste börja se på befolkningen som helhet och inte bara arbeta preventivt med högriskgrupperna. Dock måste vissa grupper prioriteras för att förebygga uppkomsten av obesitas i framtiden:

- ☞ Barn i familjer med övervikt.
- ☞ Rökare som vill sluta röka.
- ☞ Personer med ärftlig typ II diabetes.
- ☞ Personer som nyligen bantat.



- ☞ Gravida kvinnor som har ett BMI över 25.
- ☞ Personer som söker vård, exempelvis för högt blodtryck.  
(Andersson, Rissanen, Rössner 1998).

Det är viktigt att man försöker bryta beteende eller förhindra uppkomsten av övervikt, inte bara behandla med hjälp av läkemedel. Det man främst ska lägga resurser på är förbättrade matvanor och en ökad fysisk aktivitet. Vid användning av läkemedel mot obesitas följsjukdomar kringgår man det utlösande problemet; obesitas (Kalling 2002).

En god preventiv åtgärd är fysisk aktivitet, till exempel rörelse som ökar förbränningen i kroppen. Detta innefattas av motion och träning, fritidsaktiviteter och allt vad man rör sig på sitt arbete och i hemmet. Det är viktigt att förstå att inte fysisk aktivitet endast innefattar motion och träning, utan allt vad man kan bidra med själv utan att behöva gå på ett träningspass. Det är viktigt att röra på sig i sin vardag, gå i trappor, cykla till jobbet, leka med barnen. Aktiviteten i hemmet är den största energi förbrukaren. I Sverige är 25-30 % av männen och 10-15 % av kvinnorna helt inaktiva, beräknat på hela befolkningen. I åldersgruppen från tonåren upp till medelåldern är 10-15 % totalt inaktiva dvs. de motionerar inte, har ingen belastning i yrkeslivet och promenerar inte till jobbet (aa).

En annan preventiv åtgärd som måste lyftas fram är en god sammansatt kost. Vikten att äta varierat, sänka socker och fettintaget och ha ett stort intag av frukt och grönsaker. Men det allra viktigaste är att äta rätt mängd mat i förhållande till hur mycket vi rör oss (Kalling 2002).

Sjuksköterskans mest relevanta uppgift för att förebygga obesitas är att ha en bred kunskap om de medicinska effekterna av ökad rörlighet. Att ge förslag till motionsaktiviteter med hänsyn tagen till ålder, kön och hälsotillstånd är av stor vikt. Att gå ner i vikt innebär en livslång livsstilsförändring (aa). Enligt SOSFS 1993:17 är sjuksköterskans syfte med omvårdnad att stärka hälsa och förebygga sjukdom, utifrån patientens individuella möjligheter att bevara hälsa. Vid lämplighet ges patienten rådgivning om de åtgärder som kan vidtagas för att prioritera hälsa och förhindra försämring av hälsotillståndet.

## **TEORETISK REFERENSRAM**

Utifrån Carnevalis (1999) perspektiv är det händelser i det dagliga livet som påverkar eller påverkas av individens hälsotillstånd. Förhållandet mellan Dagligt Liv och Funktionellt Hälsotillstånd är beroende av varandra och beskrivs som en balansväg. För att individen ska kunna upprätthålla en tillfredsställande balans mellan det dagliga livets krav och de inre och yttre resurserna, är livskvaliteten avgörande. Den balans som eftersträvas kan finnas på olika nivåer. Carnevali (1999) talar även om dagligt liv i ett omvårdnadsperspektiv. Inom det specifika omvårdnadsområdet faller de aktiviteter och upplevelser som påverkar hälsotillståndet, alternativt påverkas av hälsotillstånd eller hälsoförhållanden. Aktiviteterna kan vara vanliga eller ovanliga, de kan vara vanliga innan ett hälsoproblem uppstår och därefter övergå till att bli ovanliga. Exempelvis kan en normalviktig person röra sig obehindrat, men om personen drabbas av obesitas förändras livssituationen vilket gör att man kan bli mer stillasittande och hämmad i sina aktiviteter. Även händelser och upplevelser ingår i det dagliga livet i ett

omvårdnadsperspektiv. Händelser är det som påverkar eller påverkas av hälsotillståndet. En händelse kan vara av personlig karaktär till exempel förändringar inom arbetet eller hälsorelaterande som en ny diagnos eller prognos. Upplevelsena har en tidsram, en mening och en betydelse. I Carnevalis omvårdnadsmodell i förhållandet mellan Dagligt liv och Funktionellt hälsotillstånd finns både yttre och inre resurser. För att klara det dagliga livet ska det finnas en balans mellan krav och resurser. Då kraven väger över bidrar detta till problem för människan (Carnevali1999).

### *Inre resurser*

En individs inre resurser är dennes funktionella förmåga. Denna förmåga används för att tillgodose de krav som ställs i det dagliga livet.

Kategorierna är:

**Styrka** – Förmåga att genomföra en fysisk eller en psykisk uppgift.  
**Uthållighet** - Hur länge en person orkar fortsätta sitt känslomässiga, psykiska eller fysiska arbete.  
**Sinnesförmågelser** - Förmåga att ta in och tolka information via sinnesorganen.  
**Sinnesstämning** – Omfattar både det normala och aktuella tillståndet i en grupp eller individ.  
**Kunskap** – Vad personen vet och kan i frågor som berör sjukdom hälsa, hälsobeteende och behandling.  
**Motivation** – Önskan att delta i aktiviteter och hälsorelaterand beteende.  
**Mod** – Förmåga att vilja ta risker i det hälsorelaterade dagliga livet.  
**Färdigheter** – En persons förmåga att behärska olika färdigheter tex. Av psykomotorisk art eller av interpersonlig art.  
**Kommunikation** – Förmåga att göra sig förstådd och förstå andra.

### *Yttre resurser*

Carnevali benämner de yttre resurserna som de resurser som finns utanför individen. Enligt Carnevali är människor de viktigaste yttre resurserna för individen. Denna resurs bör finnas tillgängliga på något sätt för personen oavsett dennes behov. Det finns inte bara ett behov av resursen då det uppstått problem, utan även då allt känns tillfredsställande.

Kategorierna är:

**Bostad** – Boende där det dagliga livet äger rum.

**Grannskap** – Grannskap och närområde där det dagliga livet äger rum.

**Kommunikationsmöjligheter** – Utrustning som gör det möjligt för familjen eller individen att ta kontakt med vården. Även hjälputrusning som tex. Glasögon och hörapparat

**Människor** – Kan vara vänner, släkt, grannar eller personer som hjälper patient eller familj

**Tekniska hjälpmedel** – Rullstol, stomi och sprutor m.fl.

**Teknologi** – Det är en metod, kunskap och procedurer som används för att behandla, hjälpa eller underlätta vård av patient.

**Transport** – Vissa hälsoproblem kräver speciella transportmöjligheter.

**Pengar** - Viktigt att vara medveten om vilka problem det kan innebära för patienten vid bristande ekonomiska resurser.

**Husdjur** – Möjlighet till gemenskap och acceptans för ensamma människor.

## **SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING**

Syftet med detta arbete är att undersöka hur obesitas hos vuxna människor påverkar risken att utveckla följsjukdomar och de faktorer sjuksköterskan bör känna till som påverkar patienter med obesitas.

Utifrån syftet vill vi med denna litteraturstudie besvara följande frågeställningar:

1. Hur ser riskfaktorerna ut mellan obesitas och risken att drabbas av dess följsjukdomar?
2. Vilka yttre och inre faktorer kan påverka patienternas viktning?

## **METOD**

Enligt Polit och Hungler (1997) är en litteraturstudie en skriven sammanfattning och tolkning av den senaste litteraturen inom en domän. I detta fall litteratur om hur förekomsten och sambandet mellan riskfaktorer och följsjukdomar är vid obesitas och samt vilka faktorer som sjuksköterskan bör känna till som påverkar patienter med obesitas.

### **Litteratur- och artikelsökning**

Artikelsökningen har utförts via Hälsa och samhälles biblioteks hemsida. Sökningarna gjordes företrädesvis på Pub-med, Springerlink, Elsevier, Medline, Elin och Science @ Direkt (se tabell 2). Anledningen till att Byrne S blev till ett direkt sökord var att hon medverkade med en intressant artikel i Aftonbladet som väckte vårt intresse för hennes forskning. Sökorden som vi använde oss av är följande: obesity and risk, obesity and prevention and nursing, obesity and cardiovascular risk, obesity and treatment, obesity and prevention, obesity and risk and adult, obesity and prevention and adult, overweight and risk and adult. Begränsningarna för samtliga sökningar i databasen var att artikeln skulle vara från år 1993-2003 och vara skriven på engelska och endast vuxna dvs. Personer över 20 år. Abstracten lästes igenom och artiklarna utsorterades sedan efter hur abstracten stämde överens med vårt syfte. Trots att vi exkluderade barn så fann vi

artiklar där barn var i samverkan med familjen. En av artiklarna tog vi med för att den också till stor del tog med föräldrarnas övervikt och livsstilsförändring. Detta svarade på frågan om följsjukdomar till obesitas och vilka faktorer som sjuksköterskan kan använda i sitt preventiva arbete med obesitas patienter. Manuell sökning gjordes på det Medicinska centralbiblioteket på universitetssjukhuset MAS. Artikelsökningarna genomfördes vecka 46-48. Tidskrifter som manuellt genomsöktes var International Journal of Obesity. Vi har läst igenom 183 abstract och utifrån dessa abstracts resultat så valdes 29 stycken artiklar ut i fulltext. Vi nådde en mättnad i slutet av vecka 48, då samma artiklar kom fram oavsett sökord och sökmotor. Då vi funnit 10 artiklar som uppnådde vårt syfte avslutade vi vårt sökande (se tabell 2).

### **Metod för artikelgranskning**

Först genomlästes abstracten på de artiklar vi tyckte passade vår frågeställning, stämde detta överens hämtade vi ut artikeln i fulltext för att läsas igenom och bedömas hur väl de stämmer överens med vårt syfte. Detta blev till 29 artiklar, dessa var både kvalitativa och kvantitativa artiklar. Efter denna genomläsning blev 10 artiklar kvar som granskades utifrån de krav Polit & Hungler (1999) ställer på en vetenskaplig artikel (Se bilaga 1). För granskning och analys (se bilaga 2).

### **Data bearbetning**

Totalt har 29 artiklar granskats i fulltext av dessa valde vi ut 10 artiklar som var och en, helt eller delvis, ansågs svara på vår frågeställning; hur ser riskfaktorerna ut mellan obesitas och risken att drabbas av dess följsjukdomar och vilka yttre och inre faktorer kan påverka patienternas viktneđgång. Detta blev 5 stycken per grupp. Vi granskade artiklarna var för sig och därefter granskade och analyserade vi dem tillsammans. Tre kategorier framkom som beskriver yttre och inre faktorer som kan påverka viktneđgång. Dessa kategorier är psykiska faktorer, miljö och livskvalité. För att besvara vår frågeställning om sambandet mellan obesitas och dess följsjukdomar väljer vi att redovisa detta under rubriken följsjukdomar. Anledningen till denna rubrik indelning var att få ett strukturerat resultat som är lätt för läsarna att tillgodogöra sig. Dessutom fann vi ett rehabiliteringsprogram i en av våra artiklar och den har vi redovisat under en egen rubrik. Detta är ej kopplat till vårt syfte men är en viktig del för att få en kunskap i vårt bemötande med patienter som drabbats av obesitas, för att kunna förhindra dess följsjukdomar.

Tabell 2. Artikelsökning

<b>Databas</b>	<b>Sökord</b>	<b>Träffar</b>	<b>Lästa abstract</b>	<b>Använda</b>
<b>Pubmed</b>	Byrne S Overweight and risk* and adult	126 793	2 10	1 1
	Obesity and prevention and nursing	27	10	1
<b>Springer Link</b>	Obesity and risk*	182	9	0
	Overweight and prevention	38	4	0
<b>Elsevier/ Science Direct</b>	Obesity and cardiovascular risk*	225	15	1
<b>Elin</b>	Obesity and treatment	201	21	2
	Obesity and prevention	79	9	1
	Obesity and coronary risk*	16	4	1
<b>Chinal</b>	Obesity and risk* and adult	1436	17	0
	Obesity and prevention and adult	978	20	0
<b>Medline</b>	Obesity and risk and adult	381	7	0
	Obesity and risk*	837	31	0
<b>Manuell sökning</b>			25	2
<b>Summa</b>			183	10

# RESULTAT

## Följdsjukdomar

Under denna rubrik finns resultat sambandet mellan obesitas och olika sjukdomstillstånd.

Personer med obesitas riskerar att drabbas av många olika sjukdomar till följd av sin övervikt. Sharma (2003) gjorde en litteraturstudie som bygger på sambanden mellan obesitas och olika sjukdomar. Det påvisades att respiratoriska sjukdomar såsom sömnapné, astma och hyperventilation är följder av obesitas.

Konsekvenserna av obesitas påverkar alla vitala organ i kroppen. Även de metabola och endokrina systemen rubbas, vilket kan leda till bland annat diabetes och sterilitet (aa). Vissa personer som har obesitas har en signifikant större risk att drabbas av hypertoni, förhöjda blodfetter och insulinresistens (Cleator et al 2002, Kannel et al 2002, Montaye et al 2000, Sharma, 2003).

Riskerna mellan coronara sjukdomar och obesitas bekräftas av många forskare. Kannel et al (2002) skriver i sin kvantitativa kohort studie att personer med ett BMI över 30 löper stora risker att drabbas av coronara sjukdomar. Endast rökningen var en större riskfaktor. De personer som var med i studien utvecklade även typ 2 diabetes och hade hypertoni. Däremot visades ingen signifikant risk för de personer med ett BMI på 25-29,9 att drabbas av coronara hjärtsjukdomar jämfört med normalviktiga personer. I denna studie ingick totalt 375 män och 356 kvinnor i ålder mellan 47-52 år som hade ett BMI >30 samt en grupp personer som bestod av 1 309 män och 739 kvinnor i ålder mellan 48-53 år som hade ett BMI mellan 25-29,9. Syftet var att se om obesitas är en coronar riskfaktor. (Kannel et al 2002).

Amerikan Heart Association (AHA) har länge känt till obesitas som en startfaktor till hjärtsjukdomar pga. dess samband med hypertension, diabetes typ2 och dyslipidemi. År1998 klassade AHA obesitas som en riskfaktor för coronara hjärt sjukdomar. Det har även visat sig att obesitas är en riskfaktor för stroke, renala dysfunktioner, gallblåssjukdomar, sömnapné, osteoarthritis och till en viss form av cancer. I Sharmas litteraturstudie (2003) gjordes en sammanställning av en studie som kallas Framingham där man fann att risken för att drabbas av hjärtsvikt ökade i takt med den grad av övervikt som studiepersonerna hade. Risken var 34 % högre vid övervikt vid ett BMI på 25-30, medan risken låg på 104 % vid ett BMI som ligger över 30, i jämförelse med normal viktiga.

Sharma (2003) nämner även andra studier som påvisar en signifikant större risk att insjukna i en coronar sjukdom när man går upp i vikt. Det visade sig även att den var dramatiskt högre hos kvinnor än hos män. Efter 21 års ålder med en viktuppgång på 15 kg var risken för coronar sjukdom 83 % högre hos kvinnor samt 46 % högre hos män (aa).

Personer med ett BMI över 35 har 20 gånger större risk att drabbas av diabetes typ 2 än personer med ett BMI som är lägre än 24,9. En liten viktnedgång reducerar risken med att få diabetes typ 2 med 55 % (Sharma, 2003).

Det har visat sig att obesitas är en riskfaktor som påverkar minst 3 av 4 coronara sjukdomar i nio länder i Europa. Viktminskning hos obesitaspatienter hade en direkt effekt på coronara sjukdomar och minskar risken för att drabbas av dessa.

Vidare minskar riskerna för hypertoni och insulinresistens. Först genomfördes en retrospektiv studie av sjukhusens medicinjournaler därefter genomfördes intervjuer av utbildade forskare. Dessa data understryker inverkan på övervikt och obesitas vid morbiditet och mortalitet av hjärtattacker. Länderna som medverkade i studien var Tyskland, Tjeckien, Finland, Frankrike, Ungern, Italien, Holland, Slovenien och Spanien (Montaye et al, 2000).

I en studie av Gregg et al (2003) studerade man 6391 personer som var drabbade av obesitas eller övervikt. Man ville få fram om det fanns ett samband mellan obesitas och risk för ökad dödlighet. Resultatet visade att personer med avsiktlig viktminskning minskade sin dödlighet med 24 % jämfört med personer som inte försökte gå ner i vikt. Dödligheten var 30 % lägre i en grupp där viktminskningen låg mellan 1-9 kg jämfört med personer som inte försökte gå ner i vikt. Det verkar som sambandet mellan viktminskningen och dödlighetsrisken inte bara beror på viktminskningen i sig. Även för de som inte gått ner i vikt men som försökt ändra sin livsstil, minskas dödligheten. Det är endast den sunda, medvetna viktminskningen som minskar dödligheten. Om man går ner i vikt oavsiktligt t.ex. vid sjukdom, är detta förenat med en högre dödlighet.

På ett universitetssjukhus i Liverpool genomfördes på tre avdelningar en retrospektiv analys på patienters hälsojournaler. Reumatolog, cardiolog och ortoped avdelning ingick i studien. Cardiologen och ortopederna blev utvalda därför att en stor andel patienter som drabbats av följsjukdomar till obesitas, kardiovaskulära sjukdomar samt skador på skelettet, finns på dessa avdelningar. Deras forskningsresultat visar att obesitas är en underdiagnostiserad sjukdom och även underbehandlad. De skriver att det är en viktig prioritet att identifiera och behandla obesitas, eftersom en viktminskning på 15-20 % kan minska risken för obesitasrelaterade sjukdomar såsom hypertoni, diabetes och förhöjda blodfetter. Deras forskning visar att den bakomliggande faktorn obesitas oftast ignoreras och lämnas obehandlad, medan man behandlar den följsjukdom som patienten har (Cleator et al, 2002).

## **Påverkningsfaktorer**

Detta avsnitt handlar om hur olika faktorer påverkar viktnedgången.

### *Psykologiska faktorer*

I en studie av Byrne, Cooper och Fairburne (2003), som bygger på intervjuer med 76 kvinnor, beskrivs vissa psykologiska faktorer ha betydelse hos de personer som går upp i vikt. Författarna fick fram i sin kvalitativa studie att det var stora skillnader mellan överviktiga som klarat att bibehålla sin lägre vikt och de personer som gått upp igen efter sin viktning. Beteendefaktorer, såsom kroppsuppfattning, kost- och motionsvanor, är mycket betydelsefulla för att de överviktiga ska ta kontroll över sin vikt. De som gått ner i vikt och kunnat behålla vikten rapporterade att kontinuerlig viktkontroll, relativt lågt fettintag och motion var de viktigaste faktorerna. De som gått upp i vikt igen hade inte prioriterat någon av ovanstående punkter.

Byrne (2002) utformade en litteraturstudie som genomfördes med hjälp av andra artiklar. Det framkommer i studien att det är viktigt att kunna påverka sin situation och ha motivation för att kunna gå ner i vikt och sedan behålla sin nya vikt. För att uppnå detta måste man må psykiskt bra och ha ett bra självförtroende både före

och efter behandlingen, medan Larsson (2002) menar att BMI och mental hälsa inte har något samband.

Förmågan att hantera en stressig livssituation är viktigare för att behålla sin normalvikt, än att försöka undvika stressen. En del forskare tror inte att det inte är själva stressen utan hur man hanterar den som påverkar vikten. Samma resultat kom fram i studien med Byrne, Cooper och Fairburne (2003) då personerna i studien sa att de åt mer när de var stressade.

*...I was so emotionally involved with trying to lose weight and trying to be something I couldn't be, I let go of everything else. The weight thing takes over your life... I see parallels with anorexia . They live around their bodies, as we do , but on the other side of the scale.*  
(Byrne et al 2003, sid.5)

De som klarat att hålla sin vikt var nöjda och glada över sin nya vikt, trots att de inte uppnått målvikt. De ansåg att det allra viktigaste var att man var påtagligt involverad hela tiden. De som gått upp igen var missnöjda över att den ansträngning som man hade lagt ner inte gett önskat resultat (Byrne Cooper och Fairburne 2003).

För att kunna genomföra en god viktnedgång måste man sätta upp psykologiskt goda och konkreta mål och de ska inte vara så orimliga att man ger upp. Det är också viktigt att ha kontroll på vad man äter (Byrne 2002). Studien påvisar att en måttlig viktnedgång på 5-10 % är till fördel både fysiskt och mentalt för de människor som är drabbade av obesitas, men endast om man kan behålla den.

*It's so distressing to realize that you've got to continue to watch what you eat for rest of your life. It's like having to spend the rest of your life driving. You have to be conscious of it all the time. Plus I didn't think I had lost enough weight, and it's such hard work that I didn't think it was worth following through... I wasn't really getting any payoff.*  
(Byrne et al 2003, sid. 5)

### **Miljö**

I en randomiserad 1-årig studie av Golan et al (1999) delade man upp 60 barn i åldrarna 6-11 år i två grupper. I den ena gruppen var föräldrarna ansvariga för barnens livsstilsförändring medan i den andra gruppen behandlades endast barnen. De var själva ansvariga för sin livsstilsförändring. Det visade sig i studien, att vid behandling av obesitas hos barn där föräldrarna med övervikt tog ansvar för barnens livsstilsförändring, var mer framgångsrikt än när man enbart behandlar barnen. Detta resulterar i att även föräldrarna ändrade på sin mat och aktivitetsvanor. Därmed minskade riskerna även för cardiovasculara sjukdomar. Barnen har en kortare historia med dåliga vanor som leder till obesitas än sina



föräldrar och har därmed lättare att förändra sin livsstil. Långsiktigt gynnar det hela familjen att barnens övervikt minskar och risken att drabbas av obesitas vid vuxen ålder är inte lika stor. Därmed minskar också risken för följsjukdomar.

### *Livskvalité*

I en svensk studie gjord på 5633 personer i åldern 16-64 år fick man i sitt resultat fram att överviktiga och obesitas drabbade personer hade en lägre hälsorelaterad livskvalitet då det gäller samtliga fysiska hälsoskalor. Generellt välbefinnande, god fysisk funktion och en frisk kropp är sämre hos män och kvinnor i åldern 16-34 år. Bland männen mellan 35-64 år var den fysiska och mentala kvalitén sämre på nästan alla fysiska och psykiska faktorer. Övervikt och obesitas hos unga 16-34 år visar att både kvinnor och män har en sämre fysisk än mental hälsa. Kvinnorna i medelåldern 35-64 år mådde både fysiskt och mentalt dåligt, medan männen klarade av detta bättre (Larsson et al 2002).

### **Rehabiliteringsprogram**

I en studie gjord av Melin och Rössner (2003) var syftet att göra en modell som kan användas i klinisk behandling av patienter. Denna modell fick namnet Melin. Under de senaste åren har sjuksköterskor, dietister och annan sjukvårdspersonal blivit utbildade. Kursen innefattar nio dagars utbildning under ett år. Den inkluderar teoretisk och praktiskt kändedom om obesitas, psykologi, medicinska aspekter, metabolism, medicin och beteendeförändringar.

I introduktionen för gruppen inkluderades undervisning av nutrition, fysiska aktiviteter och pedagogik. De patienter som skulle behandlas var överviktiga, obesitas drabbade och personer med metabola syndrom. Behandlingsmodellen var dokumenterad i handbok för övervakning och självkontroll för patienterna. Boken är en viktig guide och följer patienten under hela behandlingen. Syftet med behandlingen är att få patienten uppmärksam på sitt beteende. Sjukvårdspersonalen behöver denna utbildning för att kunna ge det stöd som patienten behöver i sin livsstilsförändring. Detta för att patienten långsiktigt ska få kontroll över sitt liv.

Behandlingen fokuserades på individuella beteenden, men antog även kunna användas i grupper. Behandlingsprogrammet är hårt strukturerat och består av 17 lektioner med 15 övningar av självkontroll. Behandlingen pågår i ett år och inkluderar 20 vanliga möten på 1,5 timme vardera. Därefter följer 2 års uppföljning då självkontroll och lektioner repeteras många gånger (Se bilaga 3).

## **DISKUSSION**

Vi har valt att dela upp vårt diskussionsavsnitt i tre delar. Vi börjar med en granskning av metoden där vi för ett resonemang kring metoden och tillvägagångssätt i vår studie. I resultatdiskussionen innefattas av en diskussion kring resultatet knutet till resultatet och teoretisk ram. Avslutningsvis följer en slutsats och förslag till framtida forskning.

## **Metoddiskussion**

### *Artikelsökning*

Innan artikelsökningarna påbörjades förväntade vi oss att det skulle vara lätt att hitta relevant material. Vi gjorde vår artikelsökning främst i olika databaser men även manuellt i vetenskapliga tidskrifter. På grund av tidsbrist valde vi att i första hand söka i databaser med fulltext, vi är medvetna om att detta eventuellt begränsar vårt urval av material då vi kan ha missat bra artiklar som kunde beställas.

Det finns mycket studier gjorda inom området obesitas men mycket var koncentrerat på genetisk och medicinsk forskning. Det var även en stor brist på kvalitativa studier detta har gjort att vi var tvungna att ta kvantitativa artiklar för att få svar på våra frågor. Ett annat problem vi stötte på var att vissa artiklar vi fick fram inte uppfyllde kraven på vetenskaplighet, andra gick inte att finna inom Norden och föll då bort på grund av ekonomiska skäl.

Det är en konst att hitta rätt sökord. Vi är nöjda med de artiklar vi har valt att använda men det är högst troligt att vi genom förfinande sökvägar och sökord hade funnit artiklar som hade varit av stort intresse för detta arbete.

Efter första sökomgången hade vi ca 15 artiklar som vi tyckte motsvarade vårt syfte, men av dessa kunde vi endast använda ett fåtal för vid djupare granskning stämde de inte överens med vårt syfte. Trots att vi började i god tid med sökning på databaser så tog det avsevärt längre tid än vi hade förväntat oss. De sista artikelsökningarna gjorde vi i vecka 48 då vi ej ansåg att vi kunde avsätta mer tid och vi fann en mättnad då samma artiklar dök upp igen på olika databaser. Vårt material kom slutligen att omfatta tio artiklar. Eventuellt skulle ytterligare någon av de granskade studierna kunde ha använts men med ett medvetet val att prioritera kvalitet före kvantitet gjordes.

I resultatet har vi fått med artiklar från flera olika länder vilket har gett resultatet en god geografisk spridning. Nio Europeiska länder var med i en av studierna och därutöver har vi använt artiklar från Sverige, England och USA. Forskningen inom området är relativt ny. Den äldsta artikeln som vi har med är från 1999. Forskarna betonar vikten av att det saknas långtidsstudier inom detta ämne och att det måste forskas mer. I vår artikelsökning fick vi fram ett rehabiliteringsprogram. Detta program finns närmare presenterad i bilaga 3.

### *Val av databaser*

Sökningen var begränsades till databaserna Pubmed, Elsevier/Science Direkt, Elin, Chinal, Medline, och Springer Link efter en tids sökning insåg vi att samma artiklar kommer fram i de olika databaser men fick nya träffar när vi använde funktionen related article. Vi kompletterade det även med manuell sökning på Medicinska biblioteket UMAS.

### *Urval*

Vi begränsade oss att studera vuxna människor med obeitas och övervikt. Trots att vi uteslöt barn och ungdomar fick vi fram denna kategori på grund av att forskningen har med barn och ungdomar i sina studier.

### *Metod för artikelgranskning*

I den kritiska granskningen av artiklarna har vi följt Polit & Hungler (2001). Detta för att lättare bedöma trovärdigheten i våra artiklar. Vi anser att alla våra 10 artiklar uppfyller kriterierna för en vetenskaplig artikel. Vi har använt oss av både kvalitativa och kvantitativa artiklar.

### *Val av teoretisk referensram*

Vi har valt att koppla vårt valda omvårdnadsproblem till Carnevalis (1999) omvårdnadsdiagnostiska modell. Det var denna omvårdnadsmodell som vi kom att tänka på i samband med obesitas. Vid vård av obesitas patienter måste man ha ett holistiskt synsätt. Detta synsätt använder sig Carnevali i sin omvårdnadsmodell. De inre och yttre faktorerna måste vara i balans för att lyckas gå ner i vikt. Carnevalis modell är mycket passande därför att de som forskar inom området obesitas fokuserar sin forskning på både inre och yttre resurser. Det är omöjligt att utesluta någon av dessa resurser för att behandla patienten.

### **Resultatdiskussion**

Obesitas är ett folkhälsoproblem som ökar lavinartat och tenderar att gå ner i åldrarna. Syftet med denna litteraturstudie är att redovisa vad som finns skrivet i den vetenskapliga litteraturen, beskriva dess aspekter på hur obesitas hos vuxna människor påverkar risken att utveckla följsjukdomar och de faktorer sjuksköterskan bör känna till som påverkar patienter med obesitas. Litteraturstudien innehåller två frågeställningar: Hur ser riskfaktorerna ut mellan obesitas och risken att drabbas av dess följsjukdomar? Och vilka yttre och inre faktorer kan påverka patienternas viktnedgång? Dessa frågor diskuteras nedan var för sig.

Enligt Melin och Rössner (2003) är obesitas en kronisk sjukdom och man behöver livslång behandling. Vi menar att det är ett tillstånd som man alltid måste ha kontroll över, men patienten befinner sig under tillståndets gång i olika balansnivåer, beroende på om det finns övervikt i kraven eller resurserna. Carnevali (1999) anser att det är viktigt att sjuksköterskan kan jobba utifrån kraven och resurserna för att stärka individen i det dagliga livet och därigenom kunna öka livskvalitén.

Resultatet som artiklarna presenterar bekräftar att obesitas har många följsjukdomar. I våra granskade artiklar nämns många likartade följsjukdomar, bland annat metabola rubbningar, minskad glukostolerans, insulinresistens, lipidrubbningar och högt blodtryck. Detta är ett metabolt syndrom. Detta syndrom drabbar främst patienter med bukfetma. Denna patientkategori är viktig för en sjuksköterska att känna till för de finns överallt inom sjukvården.

I Kannel et al, (2002) kom det fram att obesitas ligger på andra plats bland riskfaktorer för att drabbas av coronara sjukdomar, om man hade ett BMI över 30. Däremot visar det ingen signifikant risk att drabbas av coronara sjukdomar vid ett BMI på 25-29,9 jämfört med normalviktiga personer (aa). Det är inte de små extrakilona som utgör någon riskfaktor utan övervikt med BMI över 30. En mycket omdiskuterad riskfaktor som rökning utgör en större riskfaktor än obesitas. Rökning är mycket debatterad i både media och vården. De som röker får mycket hjälp av både läkare och sjuksköterskor att bli av med sitt beroende. Det stöd och den hjälp som obesitaspatienter behöver uteblir för att ämnet är både tabubelagt och anses mycket känsligt att ta upp med patienterna. Man behandlar

därför endast följsjukdomarna till obesitas, men tar inte tag i den primära orsaken till insjuknandet, oavsett om det är coronara sjukdomar, diabetes typ 2 eller det metabola syndromet. Detta tar en studie från England upp vilket stödjer vårt påstående att obesitas är både underdiagnostiserad och underbehandlad. De skriver att det är en viktig prioritet att både identifiera och behandla obesitas, eftersom en viktninskning på 15-20 % kan minska risken för obesitasrelaterade sjukdomar. De skriver att obesitas oftast ignoreras och lämnas obehandlad, medan man behandlar den följsjukdom som patienten har (Cleator et al 2002).

Obesitas som en riskfaktor talas det väldigt tyst om, men 1998 så klassade Amerikan Heart Association (AHA) obesitas som en riskfaktor för coronara sjukdomar. Även WHO har reagerat på den stigande prevalensen för att drabbas av obesitas och dess följsjukdomar. De klassar obesitas som en epidemi. Därför tog de fram en definition av hur man skall med hjälp av BMI räkna ut om en patient är överviktig, normalviktig eller underviktig. Denna definition används av alla som forskar inom ämnet obesitas.

I vår tolkning av studien med Gregg et al (2003) visas att det inte enbart är vikten det hänger på utan även viljan. Deras forskning visar på ett samband mellan obesitas och risken av att dö i förtid. Detta är ett viktigt ämne att ta upp, inte bara att man får följsjukdomar, utan att ha obesitas kan leda till en för tidig död. Därför måste detta stora folkhälsoproblem belysas och det är skrämmande att det inte tas på större allvar, trots att forskningen visar tydliga samband mellan obesitas, dess följsjukdomar och en för tidig död.

Enligt Carnevali (1999) behövs styrka för att kunna utföra en viss uppgift, i detta fall kontroll över sin vikt. Det som speglas i alla artiklar är att det krävs motivation, kunskap, uthållighet. Få människor tänker på att behandlingen av obesitas är livslång. Det går inte att gå ner i vikt genom att lägga om sin livsstil endast för en kort tid. Det är en fälla som många går i. Glada över sin reducerade vikt så återgår många till tidigare vanor, varvid de går upp i vikt igen. Byrne et al (2003) tar upp dessa faktorer i sin studie, där de lägger stor tyngd på att beteendefaktorer har stor betydelse. Detta innebär att man måste ha kontroll över sin vikt, man måste hela tiden tänka på vad man äter och hur man motionerar. När man inte har tillräcklig styrka och motivation att stå emot frestelsen, är det lätt att falla tillbaka till sin gamla livsstil. Det är här sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder bör komma in. Enligt SOSFS 1993:17 är sjuksköterskans syfte att stärka hälsa och förebygga sjukdom. Därför måste vi som sjuksköterskor finnas som en yttre resurs, som ger uppmuntran och stöd för patienter som måste lägga om hela sin livsstil. Carnevali (1999) uttrycker i sin teori att man som sjuksköterska ska genomföra en datainsamling för att få olika hälsorelaterade aspekter i dagligt liv. Man måste ta reda på patientens förmåga att hantera detta samt vilka yttre resurser som kan tillhandahållas. Utifrån data kan sjuksköterskan göra bedömningar och målsättningar med den berörda personen.

Det är viktigt att sjuksköterskan känner till patientens normala sinnesstämning för att eventuellt upptäcka förändringar som kan försämra resultatet i behandlingen (Carnevali 1999). För att kunna gå ner i vikt måste man vara i psykisk balans, annars finns det risk att man inte är tillräckligt stark att stå emot olika typer av frestelser. Patienten tar inte till sig sjuksköterskans eller annan vårdpersonals råd och har svårare att hantera stressade situationer. I studien av Byrne (2002) togs det upp att man måste må psykiskt bra för att klara av en viktninskning. Vi anser att

man som sjuksköterska inte kan börja arbeta preventivt, förrän patienten själv är väl motiverad. Enligt Carnevali (1999) är det en viktig uppgift att sjuksköterskan har klart för sig i vilken grad patienten ska delta, för att bristande motivation måste diagnostiseras och orsakerna till detta ska anges. Det är viktigt att veta om patienten har bristande motivation då detta inte kan bemötas på samma sätt som vid bristande kunskap eller mod. Det är viktigt att ha skillnaden klart för sig. Ett gott socialt nätverk i form av familj, vänner eller en god sjuksköterskekontakt är också mycket värdefullt. Sjukvården borde kunna erbjuda ett vårdalternativ där den överviktige kan få bra feedback, stöd och hjälp, helst av samma sjukvårdsteam. Som vården ser ut idag med alla ekonomiska åtstramningar och personalindragningar finns risk att denna patientgrupp åsidosätts igen. Detta trots att vår studie visar att många vårddygn skulle sparas om de överviktiga behandlades preventivt för sina problem.

I dagens samhälle är stress ett mycket omdiskuterat problem. Man arbetar långa dagar vilket kan leda till att man slarvar med maten. Byrne et al (2003) tog upp i sin artikel att det finns ett samband mellan stress och obesitas. Detta stämmer väl överens med vår tolkning. För att få varje minut att räcka till är det lättare att hämta mat på olika restauranger. Dessa faktorer tillsammans med ett inaktivt liv som till exempel ett kontorsjobb som man kör bil till. När måltiderna är överstökade och barnen är lagda sätter sig föräldrar framför teven eller framför sina datorer. Enligt Kalling (2002) är i Sverige 25-30 % av männen och 10-15 % av kvinnorna helt inaktiva, beräknat på hela befolkningen. I åldersgruppen från tonåren upp till medelåldern är 10-15 % totalt inaktiva dvs. de motionerar inte, har ingen belastning i yrkeslivet och promenerar inte till jobbet. Därför är det viktigt att arbeta preventivt. Enligt Carnevali (1999) berör specifik omvårdnad den omgivning där patienten, gruppen eller familjen lever sitt dagliga liv. Sjuksköterskan gör en samordning, en sådan omvårdnadsplanering skall vara ett resultat av balansen eller obalansen mellan specifika aktiviteter och patientens förmåga att delta i dem.

Trots att vi begränsade oss till att endast ha med vuxna i vår litteraturstudie, fick vi fram många artiklar som innefattade barn och ungdomar. Detta för att forskarna har kommit fram till att det är bättre att sätta in preventiva åtgärder i unga år. Barn och ungdomar har lättare för att förändra sin livsstil, resultaten blir bättre eftersom de har en kortare historia med dåliga vanor (Golan et al 1999). Även Carnevali (1999) påpekar att en av de viktigaste yttre resurser är människor och som sjuksköterska visa ett genuint intresse för familjen eller individen. Det är människor som på något sätt ska finnas tillgängliga inte bara när problem uppstår utan även när allt är bra. Att hjälpa familjer med obesitas som inte har släkt och bekanta behöver då ett större stöd från hälso- sjukvårdspersonal för att nå sina mål.

Enligt Carnevali (1999) så är det av stor vikt att sjuksköterskan hjälper sina patienter att bygga upp sitt självförtroende samt att utbilda för att ge en ökad förståelse, kunskap och styrka att utföra en viss uppgift vid en given tidpunkt. I det här fallet rör det sig om att gå ner i vikt och att långsiktigt behålla den för att slippa att drabbas av följsjukdomar till obesitas. Det krävs även stöd från sjuksköterskan att kunna hålla patienten vid gott mod för att patienten skall kunna ha förmåga att fortsätta det fysiska, psykiska och känslomässiga arbete. Vi anser att detta är ett mycket stort hälsoproblem som måste lyftas fram. Det har Rössner et al (2003) gjort genom att arbeta fram en modell som ska hjälpa sjukvårds

personal att kunna identifiera och behandla patienter med obesitas. I denna modell tas det fram hur viktigt det är att ge patienten utbildning och stöd både som individ och i grupp. Den bygger på långsiktig behandling och stödet för patienterna skall fortgå även efter uppnådd viktreducering.

Vi är medvetna om att vi inte hittat några direkta handlingspaket för sjuksköterskor att använda i det preventiva arbetet. Vi har däremot fått fram olika faktorer som är viktiga för en sjuksköterska att känna till för att preventivt kunna arbeta med obesitas patienter.

## **Slutord**

Att enbart ändra på sina matvanor för att gå ned i vikt är inte den enda lösningen. Motion är en ännu viktigare del i kampen mot obesitas då det finns studier som visar att det är farligare att vara inaktiv och underviktig än att vara överviktig och aktiv. God fysik är en viktig komponent när det gäller att undvika att drabbas av följsjukdomar till obesitas. Obesitas kryper även längre och längre ner i åldrarna vilket visar på att det är viktigt att ta tag i det så tidigt som möjligt. Unga patienter träffar man på över allt inom vården därför tycker vi att det är viktigt att ha obesitas och dess risker i åtanke och att de är lättare att hjälpa de yngre med kortare historik med dåliga matvanor. Oftast är det hela familjen som behöver lägga om sin livsstil.

Resultatet av denna litteraturstudie visar att obesitas är en global epidemi som måste åtgärdas. Att endast behandla följsjukdomarna är inte tillräckligt. Man måste få bort den tabustämpel som finns för att komma åt den primära orsaken till följsjukdomarna. Vår ambition är att öka kunskapen om obesitas för att vi som sjuksköterskor skall våga ta tag i problemet. Eftersom hälso- och sjukvårds personal skall utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ( SFS 1982: 763), är det viktigt att implementera vetenskapen i den kliniska verksamheten. För att kunna utföra en god vård för obesitas patienter måste problemet komma upp till ytan. Vi efterlyser därför debatt och diskussion, inom såväl vårdutbildningar som ute i verksamheten, för att aktualisera denna problematik. Obesitas kommer inte att försvinna, tvärtom kommer behovet av strategier att öka och därför är det nödvändigt att följa med i den forskning som bedrivs för att kunna upprätthålla en god omvårdnad.

## REFERENSLISTA

- Andersen T, Rissanen A & Rössner S (1998). *Fetma/fedme*. Lund: Studentlitteratur.
- Byrne, S (2002) Psychological aspects of weight maintenance and relapse in obesity. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 1029-1036.
- Byrne, S, Cooper, Z & Fairburn, C (2003). Weight maintenance and relapse in obesity: a qualitative study. *International journal of obesity*, 27, 955-967.
- Carnevali, D (1999) *Handbok i omvårdnadsdiagnostik*. Stockholm: Liber.
- Cleator, J, Richman, E, Leong, KS, Mawdsley, L, White, S & Wildin, J (2002) Obesity: under-diagnosed and under-treated in hospital outpatient department. *International journal of obesity*, 26, 581-584.
- Falkenberg, M, (2003) *Obesitas, Utredning och behandling i primärvården*. <[http://www.internetmedicin.se/dyn\\_main.asp?iten=7&sub=143&page=425](http://www.internetmedicin.se/dyn_main.asp?iten=7&sub=143&page=425)>.
- Golan, M, Weizman, A, Safinaru, M (1999) Impact of Treatment for Childhood Obesity on parental Risk Factors for Cardiovascular Diseases. *Preventive Medecin*, 29, 519-526 (1999).
- Gregg, E, Gerzoff, R, Thomson, T & Williamson, D (2003) International weight loss and death in overweight and obese U.S adults 35 years of age and older. *Ann Intern Med*, 138, 383-389.
- Kalling, L (2002) *Åtgärder mot fetma*. Sandvikens tryckeri.
- Kannel, W, Willson, P, Nam, B, & D'Agostino, R (2002) Risk stratification of obesity as a coronary risk factor. *The American Journal of Cardiology*, 90, 697-701.
- Larsson, U, Karlsson, J & Sullivan, M (2002) Impact of overweight and obesity on health-related quality of life-a Swedish population study. *International Journal of Obesity*, 26, 417-424.
- Leijonwall, D (2000) Varför man blir fet. <<http://www.medicalink.se/news/showNews.cfm?newsID=393>> 2003-11-13
- Melin, I, & Rössner, S (2003) Practical clinical behavioral treatment of obesity. *Patient Education and counseling*, 49, 75-83
- Montaye, M, De Bacquer, D, De Backer, G, & Amouyel, P (2000) Overweight and obesity: a major challenge for coronary heart disease secondary prevention in clinical practice in Europe. *European Heart Journal*, 21, 808-813.
- Polit, D F, Beck, C T & Hungler B P (2001) *Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization*. Philadelphia: Lippincott.

Rössner, S (2000) Han har ingen mager uppgift.  
[http://www.noso.sll.se/kryheten/16/Han\\_har\\_ingen\\_mager\\_uppgift.asp?menuitm=51](http://www.noso.sll.se/kryheten/16/Han_har_ingen_mager_uppgift.asp?menuitm=51)> 2003-11-13

Sharma A.M (2003) Obesity and cardiovascular risk. *Growth Hormone & IGF Research*, 13, 10-17.

SCB Statistiska centralbyrån (2002). Ökning av fetma och fetma.  
<[http://www.scb.se/templates/tableOrChart\\_\\_\\_47938.asp](http://www.scb.se/templates/tableOrChart___47938.asp)> 2003-11 -13

SFS (1982:763) Hälso- och sjukvårdslagen.

SOS Socialstyrelsen (2001). Levnadsvanor-övervikt. <[http://www.sos.se/cgi-bin/MsmGo.exe?grab\\_id=17914044&CFGNAME=MssFindS...](http://www.sos.se/cgi-bin/MsmGo.exe?grab_id=17914044&CFGNAME=MssFindS...)> 2003-11-13

SOSFS (1993:17) Författningshandboken 2000. Stockholm: Liber.



## **BILAGOR**

Bilaga 1: Mall för artikelgranskning

Bilaga 2: Artikelgranskning

Bilaga 3: Rehabiliteringsprogram

## **MALL FÖR ARTIKELGRANSKNING**

De kriterier som Polit, Beck & Hungler (2001) anser att en vetenskaplig artikel bör innehålla är följande:

### **Titel**

Titeln bör vara kortfattad, 15 ord eller färre och ska beskriva det som är centralt i studien det vill säga spegla innehållet. I titeln ska nyckelbegrepp, gruppen eller populationen som studerats framgå.

### **Abstract**

Ett abstract ska vara en kort sammanfattning av studien på ca 100-200 ord. Den ska innehålla följande: syfte, frågeställning, metod och resultat. Syftet med ett abstract är att läsaren skall kunna bilda sig en uppfattning om artikeln är av intresse att läsa.

### **Introduktion**

Syftet med introduktion är att sätta in läsaren i forskningsproblemet men också att ge uppfattning om i vilken kontext som uppgiften löstes. En introduktion skall innefatta:

- ?? Det centrala fenomen som studeras.
- ?? Syftet med studien, forskningsfrågor och eventuella hypoteser.
- ?? Aktuell forskning så att läsaren kan placera studien i ett sammanhang.
- ?? Teoretisk referensram.
- ?? Betydelsen och behovet av studien.

### **Metod**

Metodbeskrivningen ska ge en tydlig bild av studiepopulationen, studiedesign, datainsamling, använda mätinstrument, tillvägagångssätt, eventuella etiska aspekter samt hur forskaren har kvalitetssäkrat sitt material.

### **Resultat**

I resultat delen presenteras fynden i studien. Tabeller och diagram kan användas för att åskådliggöra resultaten. Resultaten kan också redovisas i olika teman och underrubriker som framkommit under studiens gång. En kvantitativ undersökning skall redovisa resultatens signifikans.

### **Diskussion**

En diskussion bör innefatta följande:

- ?? Forskarens tolkningar av resultatet: Vad betyder resultatet och varför blev det som det blev

- ?? Implikationer: Hur kan resultatet från studien bäst användas, hur kan ny forskning bidra till resultatet av studien.
- ?? Begränsningar: Hur generaliserbart är resultatet, fanns några svagheter eller brister i studien?

### **Referenser**

Referenslistan skall innehålla böcker, rapporter, artiklar samt annat material som det refereras till i artikeln.

## ARTIKELGRANSKNING

### Artikel 1.

*Titel:* Psychological aspects of weight maintenance and relapse in obesity.

*Författare:* Byrne S.

*Publicerad i:* Journal of psychosomatic Research.

*Ursprungsland:* England.

*Syfte:* Att identifiera de karakteristiska av de psykologiska som blir associerat med bibehållande vikt och återfall av fetma.

*Metod:* Litteraturstudie byggd på vetenskapliga artiklar.

*Resultat:* Psykologiska faktorer, orimliga vikt mål, bristande stöd eller och låg själv medvetenhet kan ha en viktig betydelse i samband med att kunna behålla sin vikt och att man går upp i vikt igen.

*Kritisk granskning:* Titeln är bra och beskriver det som är centralt i studien.

Abstract beskriver kortfattat hur studien gjorts. Det framkommer att metoden man valt är att göra en litteraturstudie baserad på tidigare forskning som beskriver psykologiska aspekter på att bibehålla sin vikt och få återfall i fetma. Abstractet avslutas med resultatet och att det behövs vidare forskning inom detta område. Introduktionen innehåller det centrala fenomenet och variabler som studerats. Syftet framkommer tydligt och det finns en översikt av tidigare forskning. Teoretisk referensram finns inte. Metoden finns inte beskriven under en egen rubrik. Resultat och diskussion är inte beskrivna under egna rubriker utan blandas in under rubriker av de olika variabler forskaren valt att studera. Referenser finns sist i studien och är aktuella.

### Artikel 2.

*Titel:* Weight maintenance and relapse in obesity: a Qualitativ study.

*Författare:* Byrne S, Cooper Z, och Fairburne C.

*Publicerad i:* International journal of obesity.

*Ursprungsland:* England.

*Syfte:* Att undersöka kvinnor med fetma som har gått ner i vikt, de psykologiska faktorer som är associerade med god viktbehållning av den nya vikten och jämföra med viktuppgång.

*Metod:* En kvalitativ studie framtagen på fakta från 76 kvinnor mellan 20-60 år. Dessa kvinnor delades upp i 3 olika grupper.

*Resultat:* Det finns en skillnad på överviktiga som gått ner i vikt och sedan kunnat behålla den nya vikten i jämförelse med personer som gått upp igen efter sin viktninskning. Det kan ses olika beteende faktorer och huruvida man sköter sin kostsammansättning, motion och kontroll på sin vikt.

*Kritisk granskning:* Titeln speglar artikelns innehåll. Abstract är uppdelat under rubriker mycket lättläst och lätt att hitta det man söker. Introduktion tar upp syftet med artikeln och tidigare forskning. Forskarna motiverar varför de använt sig av en kvalitativ forsknings metod. Metod är välskriven och lättläst. Resultatet är

indelad i teman. Redovisas i löpande text och citat, detta gör att man får en bättre inlevelse vad personerna som blivit intervjuade menar. Diskussionen är kort men här redovisas tolkningar av resultat delen och studiens begränsningar. Referenser finns sist i studien.

### **Artikel 3.**

*Titel:* Obesity: under-diagnosed and under-treated in hospital outpatient department.

*Författare:* J Cleator, E Richman, KS Leong, L Mawdsley, S White and J Wilding.

*Ursprungsland:* England.

*Publicerad i:* International Journal of Obesity (2002) 26.

*Syfte:* Att påvisa att kliniker inte uppmärksammar obesitas vilket oftast är den primära faktorn bakom sjukdomen. Detta för att kunna utbilda personal till att få lärdom om obesitas och kunna assistera patienterna att få lärdom om fetma för att minska sjukdomsantalet.

*Metod:* En retrospektiv analys på patienter från reumatologen = n 108 cardiologen = n 257 och en ortopedklinik= n 250 samt en separat cohort prospektiv för att få fram den sanna prevalensen reumatologen= n188 cardiologen= n203 och ortopeden= n179. Patienter med cancer var ej med och två stycken nekade till medverkan.

*Kritisk granskning:* Titeln är relevant och speglar innehållet. Abstractet innehåller klart och tydligt om syfte, problemområde och har klara samband med referenslitteraturen. Metoden har med urval, datainsamling och analys.

Resultatet beskriver fynden väl med hjälp av tabeller.

I diskussionen tolkas resultatet med anknytning till litteraturen. De nämner även sina svagheter och poängterar att det behöver forskas med inom området.

### **Artikel 4.**

*Titel:* Impact of Treatment for Childhood Obesity on Parental Risk Factors for Cardiovascular Disease.

*Författare:* Moira Golan. Ph. D, Abraham Weizman , M.D och Menahem Fainaru. M. D.

*Ursprungsland:* Israel.

*Publicerad:* Preventiv Medicine 29 (1999).

*Syfte:* Hur man skall lyckas med att få överviktiga barn att gå ner i vikt och även minska riskerna för att deras föräldrar skall drabbas av cardiovasculara sjukdomar.

*Metod:* Randomiserad 1- årig klinisk interventions studie. 60 barn med obsitas i åldrarna 6- 11 år var med i experimentet. De delades upp i två grupper i en grupp hade föräldrarna ansvaret för barnens livsstilsförändring och i den andra gruppen var det barnen som hade huvudansvaret.

*Kritisk granskning:* Abstractet uppfyller Polit & Hunglers krav. Titeln är relevant och återspeglar innehållet i texten. Diskussionen knyter an till den litteratur som författarna använt. Kritik finns med i diskussionsdelen exempelvis att studien som gjordes är liten och därför kan man inte generalisera resultatet. De säger även att mer forskning behövs inom detta område.

*Kommentar:* Artikeln uppfyller vårt syfte både när det gäller prevention och risk faktorer.

## **Artikel 5.**

*Titel:* Intentional weight loss and death in overweight and obese U.S adult 35 years of age and older.

*Författare:* Gregg E, Gerzoff R, Thomson T och Williamson D.

*Publicerad i:* Annals of international medicine.

*Ursprungsland:* Atlanta, Georgia.

*Syfte:* Att undersöka relationen mellan syftet att gå ner i vikt, viktninskning och orsaken till dödlighet.

*Metod:* Cohort studie. 6391 överviktiga och feta personer med BMI över 25 och minst 35 år gamla medverkade i studien.

*Resultat:* Försök till viktninskning medför lägre risk för dödlighet oavsett hur mycket man gått ner i vikt. Om man inte försöker att gå ner i vikt medvetet har man en ökad risk för dödlighet.

*Kritisk granskning:* Titeln speglar innehållet men innehåller mer än 15 ord.

Abstract är uppdelat i rubriker. Alla nödvändiga uppgifter finns med.

Introduktionen är mycket kortfattad, tar upp tidigare forskning och syftet med denna studie. Metoden är mycket tydligt beskriven med information om urvalet och inklusionskriterier för deltagarna, samt hur intervjuerna genomfördes.

Författarna redovisar vad de gjort för att säkerställa validiteten i arbetet. Resultatet redovisas sammanhängande, även med tabeller för att göra det mer överskådligt. I diskussionen finns ett resonemang om författarnas tolkning av resultatet. Finns även här en tabell. Begränsningar i resultatet lyfts fram. Referenser är relevanta.

## **Artikel 6.**

*Titel:* Risk Stratification of obesity as coronar risk Factor.

*Författare:* William B. Kannel, Peter W.F. Wilson, Byung-Ho Nam och Ralph B. D'Agostino.

*Ursprungsland:* USA.

*Publicerad i:* Am J cardiol (2002).

*Syfte:* Att undersöka om obesitas är en coronar riskfaktor.

*Metod:* Cohort studie som ursprungligen utgår från the Framingham Study.

Urvalet var 375 män och 356 kvinnor mellan 47 och 52 år med obesitas. BMI >30 ingen av de utvalda till studien hade cardiovasculara sjukdomar.

*Kritiskgranskning:* Titeln är relevant och speglar innehållet. I abstractet finns definitioner, syfte, metod och resultat. Resultatet beskrivs bra i texten och med hjälp av tabeller. I diskussionen tolkas resultaten med klar anknytning till litteraturen. De poängterar att det saknas mycket inom långtidsforskning inom detta område.

*Kommentar:* En bra artikel som motsvarar det vi letade efter i vårt syfte d vs riskfaktorer till de som lider av obesitas.

## **Artikel 7.**

*Titel:* Impact of overweight and obesity on health-related quality of life – a Swedish population study.

*Författare:* Larsson U, Karlsson J och Sullivan M.

*Publicerad i:* International journal of obesity.

*Ursprungsland:* Sverige.

*Syfte:* Att undersöka påverkandet av övervikt och fetma på health-related quality-of-life (HRQL) i den generella populationen i västra Sverige.

*Metod:* cross-sectional survey. 5633 män och kvinnor, ålder mellan 16-64 år och boende i Sverige.

*Resultat:* Det är inte bara graden av fetma som ger effekt på personers HRQL, följden av övervikt och fetma är också skillnaden mellan ålder och kön. Betydelsen av både fysisk och mental hälsa skall kännas igen.

*Kritisk granskning:* Titeln är relevant och speglar innehållet. Abstract innehåller klart definierat syfte, metod och resultat. Introduktionen redogör studiens syfte och problemområde, men liten anknytning till övrig litteratur och studier. Frågeställningarna står under introduktions delen. Metoden beskriver urval, datainsamling och analysmetod samt metodens validitet och reliabilitet. Resultatet beskrivs väl, är uppdelat under rubriker och tabeller. Diskussionen tolkar resultatet med god anknytning till litteratur och vad de kommit fram till i sitt resultat. Referenser är relevanta.

## **Artikel 8.**

*Titel:* Practical clinical behavioural treatment of obesity.

*Författare:* Melin I, Rössner S.

*Publicerad i :* Patient education and counselling.

*Ursprungsland:* Sverige.

*Syfte:* Att utveckla en arbetsmodell som fungerar i den kliniska behandlingen för vårdpersonal och patienter.

*Metod:* Författarna forskar fram en behandlings metod. Till hjälp har de använt sig av 850 sjuksköterskor, dietister och annan vårdpersonal som har blivit utbildade. Dessa representerades av 400 primära hälsovårdscentra och sjukhus i Sverige.

*Resultat:* Författarna får fram ett långtidsprogram för behandling av fetma.

*Kritisk granskning:* Titeln speglar innehållet. Abstractet tar upp syfte, metoden och resultat i artikeln. I introduktionen lyfts det fram tidigare forskning och litteratur. I metoden beskrivs till väga gång sättet i artikeln. I resultatet tar författarna upp sin modell som de forskat fram. Diskussionen tolkar resultatet.

## **Artikel 9.**

*Titel:* Overweight and obesity: a major challenge for coronary heart disease secondary prevention in clinical practice in Europe.

*Författare:* M. Montaye, D De Bacquer, G De Backer och P. Amouyel.

*Ursprungsland:* 9 Europeiska länder.

*Publicerad i:* European Heart Journal (2002).

*Syfte:* Att få fram om obesitas är en coronar riskfaktor.

*Metod:* Nio Europeiska länder valde ut 525 kvinnor eller män med följande diagnoser och behandling bakom sig: CABG, PTCA eller akut myocardi infarkt som varit inskrivna på sjukhusen 6 månader eller senast 48 månader tidigare för behandling. De genomförde först en retrospektiv återblick i de medicinska filerna och sedan genomfördes en intervju 6 månader efter sjukhusvistelsen.

*Kritisk granskning:* abstractet innehåller syfte, metod, resultat och sammanfattning. Titeln är relevant och speglar innehållet. Diskussionen tolkar resultatet med anknytning till litteraturen. Har ej med någon kritik eller bias.

*Kommentar:* Artikeln motsvarar vårt syfte till vår litteraturstudie. I diskussionen tar de med förslag till åtgärder som kan sättas in för att minska antalet patienter med obesitas och vilken effekt det medför på hjärt- kärl sjukdomar.

**Artikel 10.**

*Titel:* Obesity and cardiovascular risk.

*Författare:* A. M. Sharma.

*Ursprungsland:* Kanada.

*Publicerad :* Growth Hormone & IGF Research (2003).

*Syfte:* Artikeln visar sammanhanget mellan obesitas och kardiovaskulära sjukdomar men även sammanhanget med metaboliska rubbningar som t ex diabetes. Hon har även med prevention i artikeln.

*Metod:* Detta är en litteraturstudie som granskar andras studier och resultat.

*Kritisk granskning:* Det finns ett abstract, introduktion, definition och utbredning. Men artikeln bygger på andras forsknings resultat om sambandet mellan obesitas och följsjukdomar som dessa personer drabbas av. I slutet finns det förslag till olika preventiva metoder och hur dessa kan genomföras. Referenser finns klart och tydligt i hela artikeln.

*Kommentar:* Det är en bra artikel som motsvarar vårt syfte till vår litteraturstudie. Om man vill vara säker på att resultaten är pålitliga så måste man läsa all referenslitteratur som artikeln hänvisar till. Men pålitligheten stärks när man läser vilka studier som de har med vissa av studierna finns med i våra andra artiklar. Det saknas dock en diskussion i artikeln.



## Rehabiliteringsprogram

Lektionerna inleds med viktkontroll och deltagarna frågas om de förberett sina uppgifter för ökad självkontroll. Sedan får patienten 5 minuters tystnad för att förbereda sin presentation av sin självkontrollsuppgift. Man sitter vid ett runt bord där var och en får berätta om hans eller hennes upplevelse. Inga diskussioner är tillåtna under denna tid. Uppmärksamheten är fokuserad på patientens individuella erfarenhet som ska delges till gruppen. Ledaren summerar och kommenterar diskussionen med att tillägga viktig data och ge feedback. Ledaren informerar om teman inför nästa möte och ger introduktion till nästa hemuppgift. Frågor som tas upp under behandlingsprogrammet är hur patienterna har agerat i olika situationer och vilka situationer de blivit utsatta för. Detta för att de skall kunna fokusera sig på hur de bäst skall kunna agera vid liknande tillfällen framöver.

För optimal behandling skall gruppen bestå av 8-10 personer. Om det är fler i gruppen tar detta för mycket tid och ledaren får svårt att lyssna aktivt till alla. Gruppen skall vara så enhetlig som möjligt gällande kön, ålder, vikt, yrke och sjukdomar.

Det är viktigt att informera om hur behandlingen är upplagd. För att deltagarna ska få en så stor förståelse som möjligt om behandlingens innebörd skickas ett brev hem innan behandlingen börjar. Resultatet av behandlingen är beroende på hur patientens motivation och samarbetsvilja är och även på behovet och patientens önskan att uppnå sina mål. Man skriver på ett kontrakt som är bindande. Detta är av stor vikt för att behålla gruppen intakt och utan bortfall.

Eftersom obesitas är en kronisk sjukdom så är det av största vikt att upprätthålla kontakten i flera år efter behandlingen. Antalet tillfällen är inte bestämt på grund av personalbrist och ekonomiska resurser, men en rekommendation är att träffas en gång i månaden det första året och därefter var tredje månad under det andra året.