

Fetma – Bariatrisk kirurgi

Egenvårdsstöd till vuxna patienter som genomgått bariatrisk kirurgi

Damberg, Anne

Heiniö, Mia

Vetenskaplig teori och metod
Huvudområde: Omvårdnad GR (C)
Högskolepoäng: 15 hp
Termin/år: Termin 6/2016
Handledare: Kerstin Brodin
Examinator: Lars Lilja
Kurskod/registreringsnummer: OM019G
Utbildningsprogram: Sjuksköterskeprogrammet 180 hp

Innehåll

Abstrakt

Introduktion..... 1

Bakgrund 1

Fetma..... 1

Behandling 2

Patienten och Egenvården 4

Teoretisk referensram 5

Problemformulering 5

Syfte 6

Metod..... 6

Litteratursökning, Urval och kvalitetsgranskning 6

Inklusions- och exklusionskriterier..... 7

Etiskt övervägande 7

Analys 8

Resultat..... 8

Strategier..... 9

Individanpassa 10

Metoddiskussion..... 12

Resultatdiskussion..... 13

Slutsats 15

Referenser..... 16

Bilagor

Abstrakt

Bakgrund: Fetman ökar kraftigt i världen och med det ökar även risken för att drabbas av kroniska följsjukdomar. I dagsläget avlider fler människor på grund av fetma än av svält. Bariatrisk kirurgi ses som en effektiv behandling med god långsiktig effekt. Kirurgin innebär en stor livsstilsförändring.

Syfte: Denna litteraturstudie belyser egenvårdsstöd till patienter efter bariatrisk kirurgi.

Metod: Litteraturöversikten består av 14 artiklar som sökts i databaser och kritiskt granskats. Artiklarna ska ha fört ett etiskt resonemang.

Resultat: Två teman *Strategier*, *Individanpassa* och fyra subteman *ätbeteende*, *negativa känslor*, *fysisk aktivitet* och *vården* identifierades:

Resultatet visade att patienterna behöver hjälp med att finna strategier samt motiveras till träning. Utan fungerande eller dåliga strategier blir viktminskningsresultatet mindre lyckat och av samma anledning bör vården vara individanpassad.

Diskussion: Resultatet visade att patienter som genomgått bariatrisk kirurgi kan ha ett ökat behov av regelbundet egenvårdsstöd när det gäller både psykiska och fysiska välbefinnandet. Patienter har behov av individanpassade insatser för att hantera livsstilsförändringen som ingreppet innebär.

Slutsats: Mer forskning kring dom psykosociala aspekterna behövs. Forskningen bör inte generaliseras utan se till individen. Sjuksköterskan och teamet bör ha ett lyhört förhållningssätt till patientens behov av egenvårdsstöd. Slutresultatet bör grundas på patientens förväntningar.

Nyckelord: Bariatrisk kirurgi, Egenvårdsstöd, Fetma, Individanpassa, Litteraturstudie och Strategier

Introduktion

Då fetma ses som ett globalt växande hälsoproblem kan det antas att även de bariatriska kirurgierna kan komma att öka i antal. Efter att ha kommit i kontakt med personer som genomgått bariatrisk kirurgi och sett variationer av lyckad viktminskning. Ville vi fördjupa oss i ämnet och se olika behov, brister, skillnader som bidrar till att fler får en lyckad livsstilsförändring. Vilket stöd patienterna erbjuds från sjuksköterskan och övrig vårdpersonal för att kunna bibehålla livsstilsförändringen som det innebär med ett sådant ingrepp.

Man har sett att bariatrisk kirurgi ökar i antal och har en stor framgång för viktminskning (Lee et al., 2016). Patientundervisning och det multidisciplinära vårdteamet har en nyckelroll när det gäller egenvårdsstöd till patienterna som väljer fetmakirurgi som ett verktyg till viktminskning och förändrade levnadsvanor.

Bakgrund

Fetma

Fetman ökar kraftigt och i världen lider 300 miljoner kvinnor och 200 miljoner män av fetma. I dagsläget avlider fler människor på grund av fetma och fetmarelaterade sjukdomar än av svält. Det är ett stort problem i USA där 62 % av befolkningen är överviktiga och hälften av dem lider av fetma. Hela 50 % av befolkningen i små länder kring stillahavsområdet är hårt drabbade av fetma. I Sverige beräknas 800 000 svenskar lida av fetma, vilket innebär att 14 % av alla svenskar mellan 18-84år beräknas lida av fetma (World health organization, 2016). Andelen svenska män med övervikt uppmättes 2015 till 42 %. Den motsvarande siffran för kvinnor var 29 %. Det finns även ett samband mellan låg utbildningsnivå och graden av fetma, men där såg man ingen större skillnad mellan könen (Folkhälsomyndigheten, 2016). Ett sätt som används för att mäta graden av fetma är att räkna ut body mass index (BMI). Detta görs genom att dividera vikten i kilogram med kroppslängden i kvadratmeter. Grad av övervikt definieras som BMI över 25 och fetma när BMI överstiger 30 (figur 1). Med ökad grad av fetma ökar även risken för att drabbas av kroniska följsjukdomar så som diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar och cancer (World health organization, 2016). Det finns ett samband mellan högt BMI och förlorade levnadsår, med ett BMI över 35 räknas det som fetma grad 2 som är den grad då man ökar riskerna för att utveckla följsjukdomar

(Folkhälsomyndigheten, 2016). Enligt Rausa, Bonavina, Asti, Gaeta & Ricci, (2016) kan övervikt leda till ledskador orsakade av den belastning som extravikten innebär

BMI	Klassificering
< 18.5	underviktig
18.5–24.9	normalvikt
25.0–29.9	övervikt
30.0–34.9	fetma grad 1
35.0–39.9	fetma grad 2
≥ 40.0	fetma grad 3

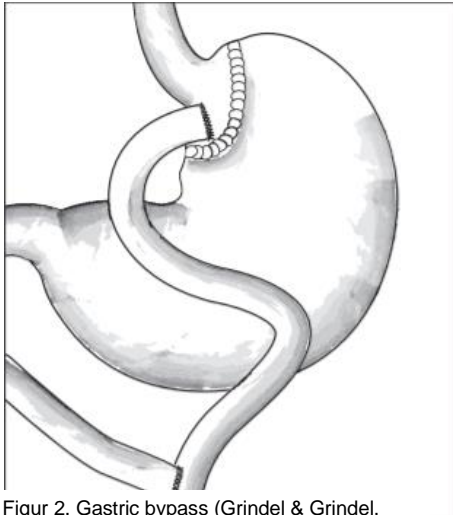
Figur 1. WHO's BMI klassificering (WHO, 2016).

Fetma är ett stort hälsoproblem men också ett ekonomiskt problem både för individen, samhället och sjukvården. För individen på grund av längre sjukskrivningar och en förlorad inkomst. För samhället i form av förlorade skatteintäkter. För sjukvården medför fetma ökade vårdbehov som innebär högre kostnader. Trots att den bariatriska kirurgin i sig är förenad med höga kostnader anses det ändå vara en vinst ur flera aspekter då resultatet är att individen ofta kan återgå till arbete (Firment & Morrison, 2006).

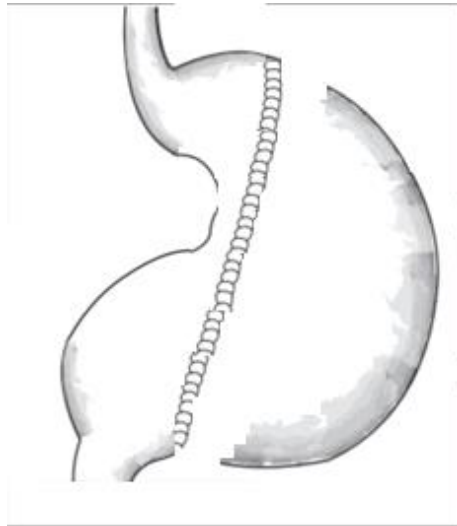
Behandling

Bariatrisk kirurgi är ett samlingsnamn för kirurgiska ingrepp vars syfte är att påverka ämnesomsättningen och producera större viktminskning hos patienter med fetma grad 2 (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2002, s. 282-285). Denna typ av ingrepp är ett gynnsamt alternativ för behandling av svår fetma eftersom den resulterar i långsiktig viktminskning och förbättrad livskvalité sett över en 10-års period (Sjöström et al., 2004). Bariatrisk kirurgi ses därför som en effektiv behandling mot fetma med god långsiktig effekt avseende viktnedgång och minskning av fetmarelaterade sjukdomar (Werling, Näslund & Eliasson, 2015). Det finns flera olika kirurgiska metoder som utförs med syfte att minska i vikt. Den första kirurgiska metoden var en så kallad Gastric Bypass (GBP) (figur 2) som utfördes 1967 i Iowa, USA. Sedan dess har det utvecklats flera kirurgiska variationer, bland annat Gastric Sleeve (figur 3), Vertical Banded Gastroplasty (figur 4) och Gastric Banding (figur 5). I slutet av 70-talet och början av 80-talet prövades en förenklad variant av GBP, den

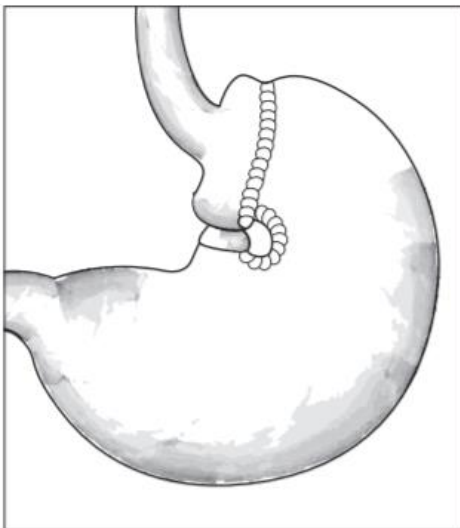
var betydelsefull för den kirurgiska utvecklingen av bariatrisk kirurgi men används inte alls i dag. Trots utveckling av olika typer av kirurgiska metoder för viktminskning användes GBP vid tre av fyra fall år 2000, vilket för att det var den vanligaste kirurgiska metoden för de kirurger som var anslutna till *Amerikanska Sällskapet för Överviktsskirurgi* (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2002, s. 282-285).



Figur 2. Gastric bypass (Grindel & Grindel, 2006)



Figur 3. Gastric Sleeve (Grindel & Grindel, 2006)



Figur 4. Vertical Banded Gastroplasty (Grindel & Grindel, 2006)



Figur 5. Gastric Banding (Grindel & Grindel, 2006)

Patienten och Egenvården

Bariatrisk kirurgi resulterar enligt Grindel & Grindel (2006) i en, för patienten, stor livsstilsförändring som med tiden utvecklas successivt i förhållande till viktnedskningen. Därför är det viktigt med patientundervisning och god omvårdnad som bidrar till att patienten uppnår goda resultat. Dels handlar det om att hjälpa patienten genom hela processen, från att välja kirurgisk metod till vikten av uppföljning.

För att få genomgå bariatrisk kirurgi görs en grundlig anamnes. I anamnesen är det viktigt att det framgår om det finns sjukdomar och/eller annan ohälsa. Patienten ska tidigare försökt gå ner i vikt på egen hand. Patienterna får också en genomgång av eftervården och får även tydliga kostråd. Med tiden anpassar sig patienten till de nya riktlinjerna rörande ändrade kostvanor och kroppsuppfattning. Det är viktigt att patienterna vet vart de kan vända sig för att få stöd efter hemgång då den akuta vårdtiden vanligtvis är kort. Att förse patienten med skriftlig information och visa praktiskt, är två sätt att förmedla kunskap till patienten så att de kan sköta till exempel sin hud och sårvård, kostråd, tecken på symtom som kan innebära återbesök på grund av komplikationer. Att identifiera strategier vid uppföljningssamtal är viktigt när det gäller patientens anpassning till det nya levnadssättet (Grindel et. al., 2006).

Övervikt och framför allt fetma innebär en ökad belastning och ansträngning på kroppen. Enligt gällande riktlinjer kan patienter som inte lyckats gå ner i vikt på egen hand eller med hjälp av medicinsk behandling, som tillhör medicinskt komplicerad fetma grad 2 eller fetma grad 3, vara berättigade till bariatrisk kirurgi (Rausa et. al., 2016). Ålder har även den en avgörande betydelse. Individer under 18 år och över 60 år särbehandlas då dessa var för sig innebär ökade risker (Werling et. al., 2015). Utöver detta krävs i USA att patienter som ska genomgå bariatrisk kirurgi, fullföljer ett prekirurgiskt program rörande nutrition och livsstilsförändring. Det rekommenderas även att patienterna genomgår en tvärvetenskaplig psykosocial utvärdering före det kirurgiska ingreppet, så att humör, ångest och/eller ätstörningsfaktorer kan kartläggas och behandling, så som exempelvis kognitiv behandling kan inledas. Den optimala tidpunkten att initiera tilläggsbehandlingen är efter kirurgin men före viktuppgång (Kalarchian & Marcus, 2015). Det finns ett samband mellan fetma, minskat psykiskt välbefinnande och försämrad livskvalité. De psykiska utmaningar som dessa

patienter står inför bör åtgärdas och integreras med skräddarsydda insatser i den tvärvetenskapliga vården. Då detta visat sig försämra patienternas upplevelse av livskvaliteté (Jagielski, Brown, Hosseini-Araghi, Thomas & Taheri, 2014).

Enligt Firment et. al., (2006) behövs särskilda verktyg för att mäta attityder och vad som triggat matbegär då det kan ge viktig information och insikt om ätbeteenden. Det kan även bidra till möjliga strategier för att förhindra att patienter faller tillbaka i gamla mönster. De som deltar i stödgrupper har visat sig gå ner mer i vikt över tid (Wykowski & Krouse, 2013). Genom att helt och fullt förstå de hälsoproblem som fetma orsakar så kan sjuksköterskan effektivt förmedla vikten av träning och kost (Firment et al., 2006).

Teoretisk referensram

Denna litteraturöversikt är inspirerad av Orem's omvårdnads teori som bygger på ett samspel mellan den egna oförmågan att utföra en handling och behovet som behövs för att kunna utföra handlingen. Teorin är indelad i tre delar: en om egenvård, en om egenvårdsbrist och en om omvårdnadssystemet. Enligt teorin ses människan som en medveten, rationell och handlingsinriktad person med olika dimensioner så som psykiska, fysiska och sociala resurser. Alla dessa har en betydelse när det kommer till människans förmåga att lära sig och ta till sig kunskap och information. Detta i sin tur har påverkan på människans beslutsfattning. Utifrån det kan patienter som har den kunskap som krävs och de färdigheter som behövs, genomföra den aktuella egenvården de är i behov av (Orem, 1991. sid: 117-144).

Problemformulering

Fetma är ett ökande problem i såväl Sverige som många andra länder. I och med detta kommer personer som genomgått bariatrisk kirurgi troligen att bli fler. Sjuksköterskan har en ledande position i teamet när det gäller att bemöta dessa patienter och hjälpa dem och stötta dem i deras återhämtning och anpassning till livet efter bariatrisk kirurgi. Tidigare forskning har identifierat problemområden som exempelvis ångest, depression och alkoholmissbruk. För att i ett tidigt stadie kunna hjälpa patienterna är det viktigt att sjuksköterskan tar del av forskning och känner till vilken typ av egenvårdsstöd patienten kan vara i behov av.

Syfte

Syftet med denna litteraturstudie är att belysa egenvårdsstöd till patienter som genomgått bariatrisk kirurgi.

Metod

Denna studie är en beskrivande litteraturöversikt. En litteraturöversikt är en kritisk sammanställning av forskning inom ett intresseområde, ofta med syfte att belysa forskningsproblem (Polit & Beck, 2012, s. 48-71). Utifrån Willman, Bahtsevani, Nilsson & Sandström (2016. S. 76-90) analyserades och bearbetades materialet.

Efter att ha läst och granskat artiklar i databas sökningarna återfanns några intressanta artiklar som inte motsvarade inklusionskriterierna, men som finns med i bakgrunden. I dessa artiklars referenslista återfanns artiklar som var av intresse. Efter att sökt fram dessa artiklar med hjälp av deras titlar granskades dessa och totalt 8 inkluderades i resultatet. Detta är en så kallad manuell sökning som gjordes för att hitta fler artiklar till resultatet. Genom att systematiskt söka och kritiskt granska vetenskapliga artiklar hittades totalt 14 artiklar var av 6 är kvalitativa, 7 kvantitativa och 1 mixad design till resultatet. Därefter tolkades och värderades materialet. Analys och granskning redovisas i tabell (bilaga 1).

Litteratursökning, Urval och kvalitetsgranskning

De databaser som användes vid datainsamlingen var Pubmed med MeSH-termer och Cinahl med Cinahls headings. Detta gjordes vid olika tillfällen. Sökorden var bland annat Obesity, Bariatric surgery, Bariatrics, self care, intervention och after surgery. Dessa användes i olika kombinationer (tabell 2). Booleska söktermer som användes var AND, NOT och OR.

Eftersom det var svårt att hitta tillräckligt med artiklar kompletterades det med manuella sökningar inspirerade av referenslistor. Ordet Bariatrics är relativt nytt och har bara funnit som en MeSH term sedan 2005. De artiklar vars titel matchade syftet lästes abstrakten.

Utifrån abstrakten valdes de artiklar som var relevanta för syftet till granskning.

Granskningen skedde utifrån SBU's granskningsmallar för kvalitativ och kvantitativ forskningsmetoder (bilaga 2). Den artikel som har mixad design granskades de två delarna

var för sig. De artiklar som valdes ut till resultatet bedömdes vara av medel eller hög kvalitets grad (bilaga 1).

Inklusions- och exklusionskriterier

Endast artiklar som var peer reviewed och originalartiklar har använts i resultatet.

Inklusionskriterierna var att de ska ha varit skrivna på svenska eller engelska och vara publicerade tidigast 2006. Artiklarna skulle handla om patienter som genomgått bariatrisk kirurgi och vara godkända av en etisk kommitté eller föra ett etiskt resonemang genom hela studien. Deltagarna ska vara vuxna i arbetsför ålder 18-64. Både kvalitativa och kvantitativa artiklar har använts i resultatet. Artiklarna skulle uppnå minst medel hög kvalitet enligt SBU's kvalitetsgranskningsmall. Exklusionskriterier var artiklar som handlade om barn och/eller äldre, nutrition och multisjuka eller annat som rör postkirurgiska komplikationer då vi anser att det är ett specialområde.

Tabell 1.

Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal valda efter läst titel	Antal valda efter läst abstract	Antal vald efter läst artikel	Antal valda efter relevans och granskning
Cinahl	<u>Bariatric Surgery</u> AND Bariatric Patients AND Self care	Full text, peer reviewed, 2010-2016, Adult 19-44, middle aged 45-64, <u>Svenska</u> , <u>Engelska</u>	54	54	20	5	3
Pubmed	<u>Obesity</u> AND <u>Bariatric Surgery</u> AND <u>Quick fix</u> *	Adult, middle aged	4	4	4	2	2
Pubmed	<u>Obesity</u> AND <u>Bariatric surgery</u> AND <u>After Surgery</u> AND <u>Intervention</u> *	Clinical trial, Abstract, Free full text, 5 years	23	23	23	10	1

Etiskt övervägande

Det etiska ställningstagandet som har gjorts under det här arbetet är endast artiklar med ett godkännande från en etisk kommitté. De ska föra ett etiskt resonemang och artiklarna ska följa dessa genom hela processen. Men det menas att de tar hänsyn till deltagarnas integritet, anonymitet, autonomi samt behandlas rättvist. Deltagarna ska ha fått skriftlig information om vad studien innebär och att man får hoppa av när man vill under studiens gång (Polit & Beck, 2012 s. 150-173). Forskning som innefattar människor ska alltid se till att omsorgen för dessa deltagare och deras rättigheter kommer i första hand. De är också skyldiga att se till att

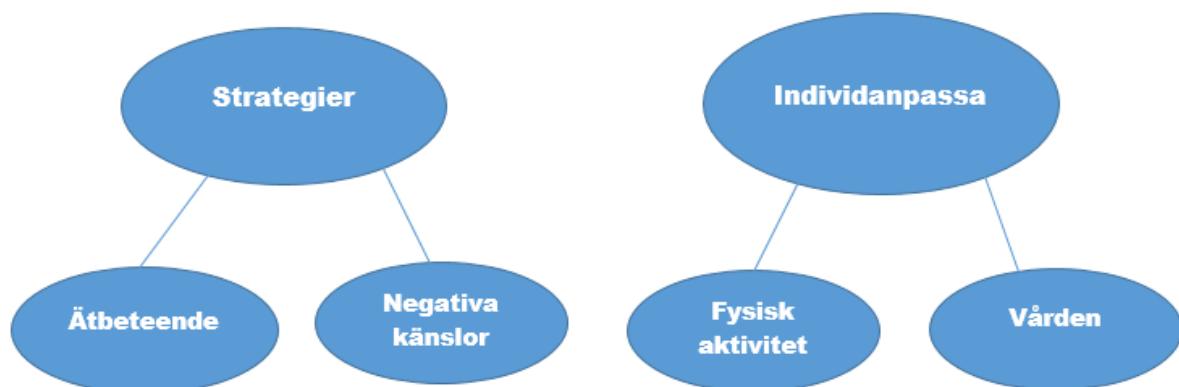
personernas integritet tas i beaktning (Helsingforsdeklarationen, 2016). Utifrån detta har författarna genom hela arbetet endast använt sig av artiklar där det framgått tydligt att de varit godkända av en etisk kommitté och/eller där det tydligt framgår att de haft ett etiskt tillvägagångssätt som stämmer överens med författarnas krav.

Analys

Materialet analyserades genom att först läsa igenom artiklarna i sin helhet flera gånger. Därefter skrevs sammanfattningar som svarade på syftet ner för att få en överblick över informationen. Detta gjordes först av författarna var för sig och sedan jämfördes och diskuterades materialet för att få en helhetsbild. Då framkom mönster och likheter, materialet sorterades därefter in i fyra subteman och två teman (Polit & Beck, 2012, s. 94-125). När materialet sedan var färdigarbetat framkom två teman *Strategier* och *Individanpassa* och fyra subteman: *ätbeteende*, *negativa känslor*, *fysisk aktivitet* och *vården* (figur 6).

Resultat

Under analysprocessen identifierades två teman, *strategier* och *individanpassa*. Analysen visade att patienter som genomgått bariatrisk kirurgi behöver hjälp med att finna strategier för att hantera ätbeteende, hantera negativa känslor som skuld och skam. Att individanpassa vården för att motivera till fysisk aktivitet. Insatserna bör så långt som det är möjligt vara individanpassade vilket kan innebära personlig rådgivning och motivering men även i form av stöd grupper då socialt stöd kan variera demografiskt. Utan fungerande eller dåliga strategier blir viktminskningsresultatet mindre lyckat och av samma anledning bör vården vara individanpassad.



Figur 6. Teman och Subteman som framkom under analysen

Strategier

Ätbeteende

En studie av David, Sockalingam & Cassin (2016) visar att med motiverande samtal förbättras både ätstörnings symtom och vidhållande av kostförändringen. De såg också en förbättring i deltagarnas själveffektivitet för att kunna motstå ätande i frestande situationer. När det gällde de postkirurgiska riktlinjerna visade de på en bättre följsamhet.

Stewart, Olbrisch & Bean (2010) såg att genom att arbeta med andra patienter fick de hjälp med inlärningsstrategier för att bättre kunna hantera känslomässigt ätande. De såg också att de inte var ensamma i sin kamp och hittade andra kvinnor med liknande problem som de kunde identifiera sig med. White, Kalarchian, Masheb, Marcus & Grilo (2010) såg att förlust av ätbeteende efter det kirurgiska ingreppet hade ett samband med psykosociala utfall som depressiva symtom, ytterligare ätstörningar och försämring av livskvalitén. Såväl depressiva symtom, ytterligare ätstörningar och försämring av livskvalitén kunde ses som en indikation på försämrad vikt nedgång efter kirurgi.

De som deltog i prekirurgisk kognitiv beteende terapi (KBT) visade sig få en snabbare förbättring av ätbeteenden och affektiva symtom. Men på lång sikt var det ingen signifikant skillnad jämfört med den traditionella vården efter bariatrisk kirurgi (Gade, Friberg, Rosenvinge, Småstuen & Hjelmæsæth, 2015). Postkirurgiska patienter kan vara mer mottagliga för behandling av förändrade ätbeteenden och villiga att delta i beteende behandlingsprogram, än prekirurgiska patienter (Leahey, Bond, Irwin, Crowther & Wing, 2009).

Negativa känslor

Två studier visar på att personerna ofta kunde få negativa självvärderande tankar, skuld-känslor och skamkänslor trots att de gick ner i vikt (Alegría & Larsen, 2013; Forsberg, Engström & Söderström (2013). Som deltagare i en mixad träningsgrupp fick de som valt att genomgå bariatrisk kirurgi motstå påtryckningar om att de tagit en genväg, en så kallad "Quick-fix", från de deltagarna som inte genomgått kirurgi. Detta fick de deltagare som genomgått kirurgi att anstränga sig mer, då de upplevde ett behov av att motbevisa dessa fördomar. Genom att tona ner det faktum att de genomgått en bariatrisk kirurgi och

inte se sig själv som postkirurgiska patienter med biverkningar (Groven, 2014; Groven, Råheim, Braithwaite & Engelsrud, 2013). Även Forsberg et al. (2013) lyfter fram att deltagarna som valt att genomgå bariatrisk kirurgi fick höra att de fuskat sig fram jämfört med andra som försökte gå ner i vikt med icke kirurgisk metod. Deltagarna upplevde därför skuld känslor och kunde känna skam över sitt beslut och kände sig som en bluff. Genom att informera patienterna om att kirurgin i sig inte är någon genväg och inget att skämmas för så kände deltagarna en stor lättnad.

David et al., (2016) kom fram till att personifierande motiverande samtal förbättrat självförtroendet och den egna beredskapen att kunna genomföra förändringarna som krävs efter bariatrisk kirurgi. Vidare ger Alegría et al. (2013) en inblick i de möjliga psykologiska effekterna av bariatrisk kirurgi associerad med viktninskning. Genom att föra fram dessa psykologiska effekter i en öppen diskussion kan både vård och vårdresultat optimeras.

Patienterna har ofta svårt att komma tillrätta med att det förekommer viktvariationer och kan då drabbas av känslor som ilska, skam och skuld. Därför bör individer som genomgått bariatrisk kirurgi omge sig med personer som har en positiv inställning och är villiga att ge kamrattstöd för att de ska kunna prioritera det personliga hälsobehovet. Hur länge och vad detta stöd egentligen innebär är mycket individuellt. De patienterna som kan identifiera och ändra negativa attityder, miljöer och beteenden så att dessa kan elimineras. Kan komma att avgöra hur bra genomförandet av de långsiktiga beteendeförändringarna blir som krävs för att bibehålla viktninskning efter bariatrisk kirurgi (Liebl, Barnason & Brage Hudson, 2016).

Stewart et al. (2010) såg att om man kan erbjuda patienter att delta i olika typer av gruppterapier gynnas patienterna både fysiologiskt och psykologiskt. Det kan leda till att gruppterapi i olika former kan bli ett viktigt bidrag till långsiktig framgång för patienter som genomgått bariatrisk kirurgi.

Individanpassa

Fysisk aktivitet

Gruppträning kan motivera till mer regelbunden motion trots att patienterna tidigare varit mycket stillasittande. Genom att utföra uppgifterna på lika villkor som dem deltagarna som inte genomgått kirurgi ville de slutligen motbevisa begreppet viktninskning kirurgi som en

Quick-fix. Behovet av att vidkännas patienternas egna erfarenheter och tidigare livssituation krävs för att kunna avgöra hur pass framgångsrika de är efter kirurgi. Genom att sträva mot att arbeta individanpassat ökar chanserna för patienterna att även på långsikt bibehålla den fysiska aktiviteten. (Groven, 2014).

Enligt Kalarchian, Marcus, Courcoulas, Cheng & Levine (2016) finns det inte någon effekt av prekirurgisk intervention. Därför anser dom att det är motiverat med postkirurgiska ingripanden, särskilt under de första två åren som ses som den kritiska perioden. Detta inkluderar beteende förändringar, medicin och det kirurgiska ingreppet. En studie av Boeka, Prentice-Dunn & Lokken (2010) såg inte heller några signifikanta skillnader på prekirurgiska utbildningar för att motivera individen till följsamhet av ätbeteendet postkirurgisk. De upplevda hoten och själveffektiviteten är viktiga prediktorer för följsamheten av de postkirurgiska riktlinjerna.

Hur väl kostråden och fysiska aktiviteter följs vid ett års uppföljning varierar stort. Inte heller kunde man se några fördelar med att patienterna fått psykologisk rådgivning prekirurgiskt sett till livsstilsförändringar i kost och fysisk aktivitet ett år efter kirurgin. Därför är det inte rimligt att erbjuda en prekirurgisk rådgivning för alla patienter som genomgår bariatrisk kirurgi. Det kan dock finnas subgrupper som skulle gynnas av denna typ av interventioner (Lier, Biringer, Stubhaug & Tangen, (2011).

Groven (2014) menar att det kan vara svårt att avgöra vilka som är de mest framgångsrika. Om det var de deltagarna som ändrade sina tränings vanor helt enligt de riktlinjer och rekommendationer de fick från personalen som höll i programmet, eller om det var de som sökte aktiviteter efter deras egna behov och önsknings, som trots biverkningar och komplikationer lyckades hålla sig aktiva.

Vården

Vikten av att vård personalen ska informera och hjälpa patienterna att förstå att en viss viktvariation är vanlig och kommer att förekomma tills de hittar sin personliga, bekväma underhållsvikten (Liebl et al., 2016). En studie visar att patienter som väljer att genomgå kirurgi upplever att de inte erbjudits tillräckligt med information om vad som väntar efteråt. Detta inkluderar de långsiktiga svårigheter som livsstilsförändringar innebär (Groven et. al.,

2013). Forsberg et al., 2013) säger att det är även viktigt att stärka motiveringen till ett hälsosammare liv så snabbt som möjligt postkirurgiskt.

En studie av Oliveira, Merighi, Kortchmar, Braga, Silva & Jesus (2016) framhäver vikten av primärvårdens närhet till deltagarna och deras möjligheter att skapa en länk mellan vården och patienterna. En gemensam och långsgående vård av ett multidisciplinärt team kan bidra till att upprätthålla sunda matvanor och förhindra viktuppgång. De framhåller också vikten av att vårdpersonal, inklusive sjuksköterskor, får tillgång till forskning som belyser dessa människors unika upplevelser som dagligen efterfrågar och mottar hjälp i hälso- och sjukvården. Det finns ett behov av att skapa fler typer av stödgrupper. Olika typer för att ha fokus på olika kirurgiska faser. Eller en grupp som bygger på sponsorer, ett tillvägagångssätt som används av exempelvis anonyma alkoholister och narkomaner. Genom det senare alternativet kan nära relationer bildas vilket kan hjälpa individerna på längre sikt (Liebl et al., 2016).

Metoddiskussion

Vid sökningarna i databaserna hittades inte tillräckligt många vetenskapliga artiklar trots att Booleska söktermer användes. Bibliotekarier på universitetets bibliotek rådfrågades för att hitta bättre sökord, men detta gav ändå inga användbara träffar.Handledning har utnyttjats fullt ut både grupptillfällena och de personliga för att få idéer, tips, råd och vägledning. På grund av de få sökträffarna användes till slut manuella sökningar utifrån andra studiers referenslista. Detta för att få mer material och en tydligare bild av behovet av egenvård. Under analysprocessen när materialet bearbetades identifierades egenvårdsstöd utifrån de behov deltagarna uttryckte i artiklarna.

En styrka med arbetet är att det bygger på både kvalitativa och kvantitativa artiklar vilket gör att den vetenskapliga trovärdigheten av resultatet ökar än om det bara byggt på kvalitativa artiklar.

De manuella sökningarna kan ses både som en styrka och svaghet på grund av att de artiklarna medvetet valts ut som ansetts ha koppling till syfte. I och med att andra författares tolkning av artiklarna lästs så kan deras tolkning ha påverkat och därmed kanske bidragit till att en objektiv bedömning av innehållet inte genomförts.

Samtliga artiklar har varit skrivna på engelska och trots författarnas språkliga kunskaper och hjälpmedel för korrekta översättningar kan resultatet ha påverkats på grund av språkliga misstolkningar.

Resultatet kan troligtvis inte generaliseras eftersom övervägande deltagare i resultat är kvinnor. Några studier är baserade enbart på kvinnliga deltagare. Därför kan inget sägas om samma typ av egenvårdsstöd gäller för manliga deltagare.

Artiklar vars titlar innehållit ord som finns under exklusionskriterierna, men som ändå funnits med i träffar på databaserna har genast uteslutits. Det kan ha varit en svaghet då dessa kan ha innehållit användbart material till resultatet i form av egenvårdsstöd.

Resultatdiskussion

Syftet med den här litteraturöversikten var att belysa egenvårdsstöd till patienter som genomgått bariatrisk kirurgi. Resultat visar att denna patientgrupp kan ha ett ökat behov av regelbundet egenvårdsstöd när det gäller både det psykiska och fysiska välbefinnandet. En del patienter kan ha den psykiska styrkan men ha briser i den fysiska förmågan eller sociala stödet. Genom att identifiera vart bristen ligger kan sjuksköterskan hjälpa patienten vidare. Ätbeteendet och negativa känslor kan vara en psykisk svaghet om patienterna inte kan bemästra dem. Brister i den fysiska förmågan och det sociala stödet kan avhjälpas genom så kallad stödgrupper av olika slag. Till exempel träningsgrupper och/eller terapigrupper. Utifrån Orem's egenvårsteori kan man förstå att egenvårdskapaciteten hos denna patientgrupp kan variera. Klyftan mellan egenvårdskravet och egenvårdsförmågan kan vara olika stor och insatserna som behövs blir därmed högst individuella. Det är viktigt att sjuksköterskan hjälper patienten att återfå känslan av kontroll och förmågan att tro på sig själv. För att bidra till att patienten i fortsättningen ska kunna återfå förmågan att tillgodose sina egna egenvårdsbehov bör sjuksköterskan finnas till hands för rådfrågning och guidning, men bör framhäva patientens egen förmåga att utföra egenvården (Orem, 1991. sid: 117-144).

Patienter har behov av individanpassade insatser för att hantera livsstilsförändringen som ingreppet innebär. Det innefattar bland annat kostråd, tips om lämplig fysisk aktivitet. Det är också viktigt att inte glömma bort den psykiska delen av förändringarna. Vissa patienter lider av låg självkänsla och får en negativ självbild. De upplever skam, skuld, ilska eller

känner sig som en bluff vilket i några fall kan leda till depression. Som i sin tur även kan vara ett tecken på ensamhet eller brist i förståelsen från omgivningen. Möjligen skulle då stödgrupper kunna vara en hjälp för att bryta ett eventuellt negativt beteende och knyta kontakter med likasinnade. Både Aguilera, (2014) och Kim, Madan och Fenton-Lee, (2014) visar att stödgrupper efter kirurgi får patienter större viktminskning på längre sikt och hjälp med postkirurgiska problem.

I resultatet framkom att på grund av ändrat ätbeteenden påverkades viktminskandet och det fanns även ett samband mellan förlust av ätbeteende och psykosociala utfall som exempelvis depressiva symtom och sämre livskvalité. Möjligen kan det ligga till grund för vikten av att snabbt identifiera patientgrupperna som ligger i riskzonen att utveckla förändrat ätbeteende. Detta stryks av Meany, Conceição & Mitchell (2014) som säger att det är viktigt att identifiera riskerna för att tidigt kunna sätta in stödåtgärder i form av exempelvis KBT.

Utifrån resultatet upptäcktes det att många patienter upplever att de inte får tillräckligt med information som förbereder dem på de långsiktiga svårigheterna som livsstilsförändringen innebär. Det är viktigt att den givna informationen är individanpassad eftersom en del kan vara mer mottaglig för informationen innan kirurgin medan andra tar till sig den bättre efter. Det framkom även att kirurgin inte är någon genväg utan ett livslångt åtagande. Möjligen kan det vara fördelaktigt med närhet till vården då det kan skapa relationer mellan patient och sjuksköterskan. Detta kan i sin tur leda till att patienten känner ett förtroende och därmed blir mer mottaglig för information som motiverar till ett hälsosammare liv i ett tidigt skede. Ett patientcentrerat arbetssätt i teamet förbättrar det psykosociala och viktminskningsresultatet. Det påverkar även det emotionella välbefinnandet genom god kommunikation (Funnell, Anderson & Ahroni, 2005). Ett tvärvetenskapligt angreppssätt kan visa sig påverka det kirurgiska resultatet positivt. Patientutbildningen kan vara avgörande särskilt när det gäller livsstilsförändringar som kirurgin faktiskt innebär (McGraw & Wool, 2015).

Patientundervisning och uppföljning kan ses som en nyckel till ett framgångsrikt resultat då ett misslyckat ingrepp blir kostsam både för samhället, vården och patienten (Hollywood, Ogden & Pring, 2012). En pågående studie kan komma att spela en viktig roll när det gäller tillgängligheten för vårdens närhet till patienten och ett sätt att minska klyftan mellan dessa. Med hjälp av dagens högteknologiska lösningar har APOLO-bari framtagits som ett

internetbaserat program för att stödja patienter. Det kan komma att sänka kostnaden för patienterna. Följsamheten kan bli bättre och leda till ett lyckat slutresultat (Conceição et al. 2016).

Slutsats

Mer forskning behövs eftersom fetma ses som ett folkhälsoproblem och bariatrisk kirurgi ses som ett verktyg. Det bör genomföras mer forskning kring dom psykosociala aspekterna eftersom det visat sig ha en stor betydelse för resultatet. Forskning bör inte generaliseras utan se till individen och de kvalitativa forskningsresultaten bidrar till en förståelse för upplevelser och erfarenheter ur ett patientperspektiv. Den kvalitativa forskningen ger sjuksköterskan möjlighet att ta del av patientens visdom. Främst sjuksköterskan i teamet bör ha ett lyhört förhållningssätt till patientens behov av egenvårdsstöd. Om patienten varit en inaktiv person tidigare kan en promenad på trettio minuter, tre gånger i veckan vara mycket träning. Slutresultatet bör handla om hur många timmars motion som görs sett till tidigare grad av fysisk aktivitet.

Eftersom slutresultatet bör grundas på vilka förväntningar patienten har med ingreppet och eftervården.

Referenser

Artiklar markerade med * är de som används i resultatet.

- Aguilera, M. (2014). Post-surgery support and long-term success of bariatric surgery. *Practice Nursing*, 25(9), 455-459.
- * Alegría, C. A. & Larsen, B. (2013). That's who I am: a fat person in a thin body: weight loss, negative self-evaluation, and mitigating strategies following weight loss surgery. *Journal of the american association of nurse practitioners*, 27, 137-144. Doi: 10.1002/2327-6924.12158
- * Boeka, A. G., Prentice-Dunn, S. & Lokken, K. L. (2010) Psychosocial predictors of intentions to comply with bariatric surgery Guidelines. *Psychology, Health & Medicine*, 15(2), 188-197. Doi: 10.1080/13548501003615282
- Conceição, E. M., Machado, P. P. P., Vaz, A. R., Pinto-Bastos, A., Ramalho, S., Silva, C. & Arrojado, F. (2016). APOLO-bari, an internet-based program for longitudinal support of bariatric surgery patients: study protocol for a randomized controlled trial. *Bio med central*, 17(114), 1-14. Doi 10.1186/s13063-016-1246-z
- * David, L. A., Sockalingam, S., Wnuk, S. & Cassin, S. E. (2016). A pilot randomized controlled trial examining the feasibility, acceptability, and efficiency of adapted motivational interviewing for post-operative bariatric surgery patients. *Eating behaviors*, 22, 87-92. Doi: 10.1016/j.eatbeh.2016.03.030
- Firment, L. & Morrison, S. (2006). The Skinny on Weight-Loss Surgery: What Occupational Health Nurses Need to Know. *AAOHN journal*, 54(9), 405-410. PMID: 17001839
- Folkhälsomyndigheten, (2016) *Folkhälsan i Sverige 2016 – årlig rapportering* s. 60-61. Halmstad: ISY Information System AB
- * Forsberg, A., Engström, Å. & Söderström, S. (2013). From reaching the end of the road to a new lighter life – People's experiences of undergoing gastric bypass surgery. *Intensive & Critical Care Nursing*, 30(2), 93-100. Doi: 10.1016/j.iccn.2013.08.006.
- Funnell, M. M., Anderson, R. M. & Ahroni, J. H. (2005). Empowerment and self-management after weight loss surgery. *Obesity surgery*, 15, 417-422.
- * Gade, H., Friberg, O., Rosenvinge, J. H., Småstuen, M. C. & Hjelmæsæth, J. (2015). The Impact of a Preoperative Cognitive Behavioural Therapy (CBT) on Dysfunctional Eating Behaviours, Affective Symptoms and Body Weight 1 Year after Bariatric Surgery: A Randomised Controlled Trial. *Obesity surgery*, 25, 2112-2119. Doi 10.1007/s11695-015-1673-z
- Grindel, M. E. & Grindel, C. G. (2006). Nursing Care of the Person Having Bariatric Surgery. *MedSurg Nursing*, 15(3), 129-145. PMID: 16817295
- * Groven, K. S. (2014). They think surgery is just a quick fix. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 9 Doi: 10.3402/qhw.v9.24378. eCollection 2014
- * Groven, K. S., Råheim, M., Braithwaite, J. & Engelsrud, G. (2013). Weight loss surgery as a tool for changing lifestyle. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 16(4), 699-708. Doi: 10.1007/s11019-013-9471-7
- Hollywood, A., Ogden, J. & Pring, C. (2012). The impact of bariatric rehabilitation service on weight loss and psychological adjustment – study protocol. *BMC Public health*, 12 (275), 1-5. Doi: 10.1186/1471-2454-12-275
- Jagielski, A. C., Brown, A., Hosseini-Araghi, M., Thomas, G. N. & Taheri, S. (2014). The Association between Adiposity, Mental Well-Being, And Quality of Life in Extreme Obesity. *Plosone*, 9(3), e92859-e92859. Doi: 10.1371/journal.pone.0092859

- Kalarchian, M. A. & Marcus, M. D. (2015). Psychosocial Interventions Pre and Post Bariatric Surgery. *European Eating Disorders Review*, 23(6), 457-462. Doi: 10.1002/erv.2392
- * Kalarchian, M. A., Marcus, M. D., Courcoulas, A. P., Cheng, Y. & Levine, M. D. (2016). Preoperative lifestyle intervention in bariatric surgery: a randomized clinical trial. *Surgery for obesity and related diseases*, 12, 180-187. Doi: 10.1016/j.soard.2015.05.004
- Kim, H. J., Madan, A. & Fenton-Lee, D. (2014). Does Patient Compliance with Follow-up Influence Weight Loss After Gastric Bypass Surgery? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obesity Surgery*, 24(4), 647-651. Doi: 10.1007/s11695-014-1178-1
- * Leahey, T. M., Bond, D. S., Irwin, S. R., Crowther, J. H. & Wing, R. R. (2009). When is the best time to deliver behavioral intervention to bariatric surgery patients: before or after surgery? *Surgery for obesity and related diseases*, 5, 99-103. Doi 10.1016/j.soard.2008.10.001
- Lee, S.K., Heo, Y., Park, J-M., Kim, Y-J., Kim, S-M., Park, D-J., ... Kwon, J-W. (2016). Roux-en-Y Gastric Bypass vs. Sleeve Gastrectomy vs. Gastric Banding: The First Multicenter Retrospective Comparative Cohort Study in Obese Korean Patients. *Yonsei Medical Journal*, 57(4), 956-962. Doi: 10.3349/ymj.2016.57.4.956
- * Liebl, L., Barnason, S. & Brage Hudson, D. (2016). Awakening: a qualitative study on maintaining weight loss after bariatric surgery. *Journal of clinical nursing*, 25, 951-961. Doi: 10.1111/jocn.13129
- * Lier, H. Ø., Biringer, E., Stubhaug, B. & Tangen, T. (2011). The impact of preoperative counseling on postoperative treatment adherence in bariatric surgery patients: A randomized controlled trial. *Elsevier*, 87, 336-342. Doi: 10.1016/j.pec.2011.09.014
- McGraw, C. A. & Wool, D. B. (2015). Bariatric surgery: three surgical techniques, patient care, risks and outcomes. *Aorn journal*, 102, 142-149. Doi: 10.1016/j.aorn.2014.11.020
- Meany, G., Conceição, E. & Mitchell, J. E. (2014). Binge Eating, Binge Eating Disorder and Loss of Control Eating: Effects on Weight Outcomes after Bariatric Surgery. *Eur eat Disord rev*, 22(2), 87-91. Doi: 10.1002/erv.2273
- * Oliveira, D. M., Merighi, M. A. B., Kortchmar, E., Braga, V. A., Silva, M. H. & Jesus, M. C. P. (2016). Experience of women in the postoperative period of bariatric surgery: a phenomenological study. *Online brazilian journal of nursing*, 15(1), 1-10.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of practice*. St. Louis: Mosby.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Rausal, E., Bonavina, L., Asti, E., Gaeta, M. & Ricci, C. (2016). Rate of death and complications in laparoscopic and open roux-en-Y gastric bypass. A meta-analysis and meta-regression analysis on 69,494 patients. *Obesity Surgery*. Doi: 10.1007/s11695-016-2231-z
- Sjöström, L., Lindroos, A-K., Peltonen, M., Torgerson, J., Bouchard, C., Carlsson, B., ... Wedel, H. (2004). Lifestyle, diabetes, and cardiovascular riskfaktors 10 years after bariatric surgery. *The new england journal of medicine*, 351(26), 2683-2693.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2002). Fetma-problem åtgärder. (SBUrapport, nr 160). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- * Stewart, K. E., Olbrisch, M. E. & Bean, M. K. (2010). Back on Track: Confronting Post-Surgical Weight Gain. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care*, 5(2), 179-185. Doi: 10.1089=bar.2010.9920
- Werling, M., Näslund, I. & Eliasson, B. (2015). Uppföljning efter obesitaskirurgi – en livslång allmänmedicinsk angelägenhet. *Allmänmedicin*, 36(1), 34-36. UI-nummer: 15063861

- * White, M. A., Kalarchian, M. A., Masheb, R. M., Marcus, M. D. & Grilo, C. M. (2010). Loss of Control over Eating Predicts Outcomes in Bariatric Surgery: A Prospective 24-Month Follow-up Study. *J Clin Psychiatry*, 71(2), 175-184. Doi: 10.4088/JCP.08m04328blu
- William, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R. & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad- en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur AB
- Wykowski, K. & Krouse, H. J. (2013). Self-Care Predictors for Success Post-Bariatric Surgery. *Gastroenterology Nursing*, 36(2), 129-135. Doi: 10.1097/SGA.0b013e3182891295
- World Health Organization. (2016). *BMI classification*. Hämtad den 2016-11-03, från http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html
- World Health Organization. (2016). *Obesity*. Hämtad den 2016-10-05, från <http://www.who.int/topics/obesity/en/>
- World Medicin association. (2016). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 2016-05-23, från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

Bilagor

Bilaga 1

Författare År Land	Syfte	Design	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Kommentarer
Alegria & Larsen 2015 USA	Utforska negativ självvärdering efter viktminskande kirurgi	Kvalitativ Djup intervjuer	N = 11 kvinnor	Resultatet var en avvikande självbild en inkongruens mellan den upplevda själv och den objektiva verkligheten av en mindre själv.	Hög
Boeka, Prentice & Looken 2010 USA	Använda en teori baserad systematiskt presenterade meddelande till patienter som genomgår bariatrisk operation för att fastställa vilka faktorer som ökar avsikterna att följa ätbeteende rekommendationer efter operation	Kvantitativ Pilot studie RCT	N = 82	Tvärt emot förväntningarna var PMT ingripande inte visat sig ha en betydande inverkan på deltagarnas hot och klara bedömningsprocesser	Hög
David, Sockalingam, Wnuk & Cassin 2016 Kanada	Undersöka möjligheten, acceptans och effekten av anpassade motiverande samtal för postoperativa patienter	Kvantitativ Pilot studie RCT	N = 51 (7)	Antyder att anpassade motiverande samtal är ett acceptabelt och genomförbart ingrepp med potential att förbättra förtroendet för förändring och äta beteenden	Hög
Forsberg, Engström & Söderberg 2014 Sverige	Beskriva personers upplevelse av att genomgå gastric bypass kirurgi	Kvalitativ Retrospektiv	N = 10	Deltagarna kände underlägsenhet och skam i samband med sin övervikt	Hög

Författare År Land	Syfte	Design	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Kommentarer
Gade, Friborg, Rosenvinge, Småstuen & Hjelmesaeth 2015 Norge	För att undersöka om en preoperativ kognitiv beteende terapi (KBT) ingripande överstiger vanlig vård i förbättringarna av dysfunktionell ät uppföranden, humör, affektiva symptom och kroppsvikt 1 år efter bariatric kirurgi.	Kvantitativ RCT Hypotes	N = 80	Hypotes att KBT skulle förbättra dysfunktionella äta mönster, humör och ångestsymtom ett år efter operationen var stöds inte. Bortsett från en jämförbar vikt förlust, de två grupper visade olika mönster av förändringar i alla äta uppföranden och affektiva symtom under tiden uppföljning.	Medel/Hög
Groven 2014 Norge	Undersöker kvinnors erfarenheter av ändrade tränings vanor	Kvalitativ Fenomenologisk Intervjuer Observationer	11 kvinnor	Lyfter vikten av att erkänna patienternas egna erfarenheter att avgöra hur framgångsrika de är efter operationen.	Hög
Groven, Råheim, Braithwaite & Engelsrud 2013 Norge	Denna artikel undersöker kritiskt spänningen mellan uppfattningar om viktminskning kirurgi som en sista utväg och som ett verktyg.	Kvalitativ Teoretisk referensram	11 kvinnor Samma grupp som ovan	Att marknadsföra WLS som ett verktyg är mer realistiskt och lämpligt än att marknadsföra den som en "quick fix", tenderar detta tillvägagångssätt att avdramatisera den drastiska karaktär ingreppet har.	Hög

Författare År Land	Syfte	Design	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Kommentarer
Kalarchian, Marcus, Courcoulas, Cheng & Levine 2016 USA	Utvärdera om en preoperativ livsstils intervention förbättrar viktnedgången 24 mån postoperativt	Kvantitativ RCT	N = 143	Preoperativ livsstils intervention förbättrade inte viktminskningen 24 mån efter operationen	Hög
Leahey, Bond, Irwin, Crowther & Wing 2009 USA	Avgöra när bariatriska patienter är mest mottagliga till beteende interventioner, före eller efter operation	Kvantitativ Interventionsstudie	N = 32	Jämfört med de preoperativa patienter, var mer benägna att följa upp med sin remiss och påbörja behandling av postoperativa patienter. Av de postoperativa patienter, 100% deltog i den första ingripande sessionen jämfört med endast 43% av preoperativa patienter. De postoperativa patienter deltog också flera av de insatstillfällen och var mer benägna att slutföra insatsen. Endast 14% av den preoperativa remiss patienter fullföljde programmet jämfört med 91% av postoperativa patienter.	Hög

Författare År Land	Syfte	Design	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Kommentarer
Liebl, Barnason & Brage Hudson 2016 USA	Beskriva erfarenheten av vuxna som lyckats behålla viktnedgången efter bariatrisk kirurgi	Kvalitativ deskriptiv Intervjuer	N = 14	Deltagarna upplevde ett uppvaknande och fick ett nytt perspektiv på deras liv. De identifierade negativa attityder, påverkan och beteenden och ändras deras miljö för att stödja sin önskade hälsosamma beteende. För att behålla viktminskning, måste en individuell söka och vara omgiven av positiva familj och kamratstöd influenser. Positivt stöd kan ge möjligheten för en individ att placera personliga hälsobehov som en prioritet.	Hög
Lier, Biringer, Staubhaug & Tangen 2012 Norge	Bedöma om deltagande i ett preoperativ rådgivnings program ger förbättrad viktminskning eller följsamhet till behandlingsriktlinjer hos patienter som genomgick kirurgi för viktminskning.	Kvantitativ RCT Jämförande	N = 141	Det fanns inga skillnader i viktminskning, matvanor eller motion mellan behandlingsgruppen, den Kontrollgruppen och referensgruppen ett år efter operationen.	Hög

Författare År Land	Syfte	Design	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Kommentarer
Oliveira, Merighi, Kortchmar, Braga, Silva & Jesus 2016 Brasilien	Förstå kvinnors erfarenhet i den postoperativa perioden	Kvalitativ Fenomenologisk Intervjuer Öppna frågor	N = 8 kvinnor	Styrker en vinst i livskvalitet hos kvinnorna, understryks behovet av gemensam och långsgående vård av ett tvärvetenskapligt team, på grund av fetmans kroniska karaktär.	Medel/Hög
Stewart, Olbrisch & Bean 2010 USA	Beskriva deltagar återkoppling från pilot grupper med inriktningen viktuppgång hos bariatriska patienter	Mixad Pilot studie	14 kvinnor (1)	Grupp interventioner hjälper patienter att komma tillbaka på rätt spår när de konfronteras med viktökning efter kirurgi för viktminskning.	Hög
White, Kalarchian, Masheb, Marcus & Grilo 2010 USA	Att undersöka kliniska betydelse av förlust av kontroll över äta (LOC) i obesitaskirurgi än 24 månader prospektiva multi våg uppföljningar.	Kvantitativ Prospektiv Hypoteser (5st)	N = 361	Resultaten tyder på att preoperativ LOC inte verkar vara en negativ prognostisk indikator för gastric bypass operation. Emellertid verkar postoperativ LOC hämma graden av postoperativ vård.	Hög

Bilaga 2

Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser



version 2012:1.4

SBU:s granskningsmall bygger på tidigare publicerat material [1,2], men har bearbetats och kompletterats för att passa SBU:s arbete.

Författare: _____ År: _____ Artikelnummer: _____

Total bedömning av studiekvalitet:		
Hög	Medelhög	Låg

Anvisningar:

- Alternativet "oklart" används när uppgiften inte går att få fram från texten.
- Alternativet "ej tillämpligt" väljs när frågan inte är relevant.

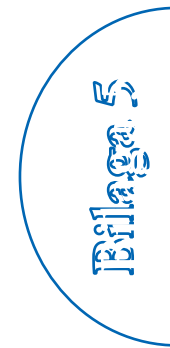
	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
1. Syfte				
a) Utgår studien från en väldefinierad problemformulering/frågeställning?				
Kommentarer (syfte, problemformulering, frågeställning et c):				
2. Urval				
a) Är urvalet relevant?				
b) Är urvalsförfarandet tydligt beskrivet?				
c) Är kontexten tydligt beskriven?				
d) Finns relevant etiskt resonemang?				
e) Är relationen forskare/urval tydligt beskriven?				
Kommentarer (urval, patientkaraktäristika, kontext etc):				

	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
3. Datainsamling				
a) Är datainsamlingen tydligt beskriven?				
b) Är datainsamlingen relevant?				
c) Råder datamättnad?				
d) Har forskaren hanterat sin egen förståelse i relation till datainsamlingen?				
Kommentarer (datainsamling, datamättnad etc):				
4. Analys				
a) Är analysen tydligt beskriven?				
b) Är analysförfarandet relevant i relation till datainsamlingsmetoden?				
c) Råder analysmättnad?				
d) Har forskaren hanterat sin egen förståelse i relation till analysen?				
Kommentarer (analys, analysmättnad etc):				
5. Resultat				
a) Är resultatet logiskt?				
b) Är resultatet begripligt?				
c) Är resultatet tydligt beskrivet?				
d) Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?				
e) Genereras hypotes/teori/modell?				
f) Är resultatet överförbart till ett liknande sammanhang (kontext)?				

Kommentarer till mallen för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser

1. SyfteFundera över:

- vad målsättningen med studien var
- varför det är viktigt
- relevansen
- om kvalitativ metodik är lämplig för att utforska problemområdet/svara på



frågeställningen.

2. UrvalFundera över:

- om forskaren redovisat bakgrund till vald urvalsmetod
- om forskaren redovisat hur deltagarna valdes ut
- om forskaren redovisat varför de valda deltagarna valdes ut
- om forskaren redovisat hur många deltagare som valdes ut
- om forskaren redogjort för om någon inte valde att delta och i så fall varför
- om forskaren lyfter fram etiska resonemang som sträcker sig längre än "informed consent" och "ethical approval"
- om forskaren beskrivit relationen mellan forskare och informant och hur denna skulle kunna påverka datainsamlingen, exempelvis tacksamhetsskuld, beroende förhållanden etc.

3. DatainsamlingFundera över:

- om "settingen" för datainsamlingen var berättigad
- om det framgår på vilket sätt datainsamlingen utfördes (t ex djupintervju, semistrukturerad intervju, fokusgrupp, observationer etc)

- om forskaren har motiverat vald datainsamlingsmetod
- om det explicit framgår hur vald datainsamlingsmetod utfördes (t ex vem intervjuade, hur länge, användes intervjuguide, var utfördes intervjun, hur många observationer etc) • om metoden modifierades under studiens gång
(om så är fallet, framgår det hur och varför detta skedde)
- om insamlat datamaterial är tydliga
(t ex video- eller ljudinspelningar, anteckningar etc)

utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården – en handbok



Bilaga 5:3

- om forskaren resonerar kring om man nått mättnad, dvs när mer datainsamling inte ger mer ny data (inte alltid tillämbart)
- om det är tillämbart att föra ett mättnadsresonemang, fundera på om det är rimligt, dvs faktiskt validerat på goda grunder.

4. **Analys**Fundera över:

- om analysprocessen är beskriven i detalj
- om analysförfarandet är i linje med den teoretiska ansats som eventuellt låg till grund för datainsamlingen
- om analysen är tematisk, framgår det hur man kommit fram till dessa teman?
- om tabeller har använts för att tydliggöra analysprocessen
- om forskaren kritiskt har resonerat kring sin egen roll, potentiell bias eller inflytande under analysprocessen
- om analysmättnad råder (kan man hitta fler teman baserat på redovisade citat?).

5. ResultatFundera över:

- om resultaten/fynden diskuteras i relation till syftet eller frågeställningen
- om ett adekvat resonemang förs kring resultaten eller om resultaten bara är citat/dataredovisning
- om resultaten redovisas på ett tydligt sätt (t ex är det lätt att se vad som är citat/data och vad som är forskarens eget inlägg)
- om resultatredovisningen återkopplas till den teoretiska ansats som eventuellt låg till grund för datainsamling och analys
- om tillräckligt med data redovisas för att underbygga resultaten
- i vilken utsträckning motstridiga data har beaktats och framhålls
- om forskaren kritiskt har resonerat kring dess egen roll, potentiell bias eller inflytande under analysprocessen
- om forskaren för ett resonemang kring resultatens överförbarhet eller andra användningsområden för resultaten.

Referenser

1. Bahtsevani C. In search of evidence-based practices: exploring factors influencing evidence-based practice and implementation of clinical practice guidelines. Malmö: Malmö högskola; 2008.
2. Willman A, Stoltz P, Bahtsevani C. Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning och klinisk verksamhet. Studentlitteratur; 2006.