



Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap

Är vikten viktigast?

En kvalitativ innehållsanalys av Sveriges landstings vårdprogram för behandling
av vuxna personer med fetma

Författare

Gabriella Backman

Susanna Backman

Handledare

Annika Åhs

Examinator

Maria Grandahl

Examensarbete i omvårdnad 15 hp

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp

2018

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Fetma är idag ett stort, växande samhällsproblem. Det finns inga nationella riktlinjer för behandling av personer med fetma men vissa av landstingen och regionerna har upprättat egna vårdprogram. Enligt en rapport från den svenska Myndigheten för vård- och omsorgsanalys finns brister i svensk hälso- och sjukvård avseende att upprätthålla en personcentrerad vård.

Syftet: Syftet med denna studie var att beskriva hur innehållet i Sveriges landsting och regioners vårdprogram för fetma förhåller sig till en personcentrerad vård, avseende patientens psykiska, sociala, andliga/existentiella och fysiska behov, samt till delaktighet och information.

Metod: I studien gjordes en systematisk genomgång av de vårdprogram för fetma som finns att tillgå i Sveriges landsting. Data analyserades med hjälp av en riktad innehållsanalys. Studien hade en kvalitativ design med deduktiv ansats.

Resultat: Tillgodoseende av psykiska behov beskrevs som att främja psykiskt välbefinnande, stödja beteendeförändringar, samt ge ett bra bemötande. Tillgodoseende av sociala behov beskrevs som att anpassa behandlingen efter social livssituation och nätverk och involvera anhöriga. Att anpassa matvanor efter patientens etiska och religiösa synsätt var det enda andliga/existentiella behov som beskrevs. Fysiska behov beskrevs som att minska BMI/midjeomfång och riskfaktorer genom att uppmuntra till hälsosamma, viktreducerande kost- och motionsvanor och rökstopp. Delaktighet togs upp som gemensamt beslutsfattande och att få göra egna val. Enligt vårdprogrammen bör muntlig och skriftlig information ges i form av enkla standardiserade eller individualiserade råd.

Slutsats: I vårdprogrammen togs hänsyn till individens psykiska och sociala förutsättningar i behandlingen, liksom fysiska behov, relaterat till viktnedgång. Individens egna val och beslut samt individanpassad information diskuterades i vårdprogrammen. I vårdprogrammen fanns brister i att upprätthålla en personcentrerad helhetssyn då tillgodoseende av andliga/existentiella behov inte beskrevs lika utförligt som psykiska, sociala och fysiska behov.

Nyckelord: fetma, vårdprogram, riktlinjer, personcentrerad vård

ABSTRACT

Background: Obesity is a major, growing issue in our society. There are no national guidelines for treating people with obesity in Sweden, but some of the Swedish regions have established their own health care programs. According to a report from the Swedish Agency of Health Research, the Swedish health care department is failing to maintain a person-centered care.

Aim: The aim of this study was to describe how the content of the Swedish regions health care programs for treating people with obesity relate to person-centered care according to the patients psychological, social, spiritual/existential and physical needs, and to participation and information.

Method: In the study, a systematic review of the obesity health care programs available in Swedish regions was made. Data was analyzed with a directed content analysis. The study had a qualitative design with a deductible approach.

Results: Catering of psychological needs was described as promoting psychological well-being, support behavioral changes and a non-bias environment. Catering of social needs was described as adapting the treatment to social life situation and network and including relatives. Adapting eating habits to the patients ethic and religious views was the only spiritual/existential need that was described. Catering of physical needs was described as reducing BMI/waist and risk factors by encouraging healthy, weight reducing food- and exercise habits and to quit smoking. Participation was mentioned as being involved in decision making and being able to make your own choices. According to the health care programs oral and written information should be given as simple, standardized or individualized advice.

Conclusion: The health care programs took into account the individuals psychological and social prerequisites in the treatment, as well as physical needs, related to weight reduction. The individuals own choices and decisions as well as individually adapted information were discussed in the health care programs. The health care programs was lacking in maintaining a person-centered care as catering to spiritual/existential needs were not as thoroughly described as psychological, social and physical needs.

Key words: obesity, health care programs, guidelines, person-centered care

Innehållsförteckning

BAKGRUND	1
Fetma som folkhälsoproblem	1
Fetmans konsekvenser för individen	1
Definition av fetma	2
Behandling av fetma	2
Styrdokument inom hälso- och sjukvård	3
Personcentrerad vård: en teoretisk referensram	3
Problemformulering	5
Syfte	5
Frågeställning	5
Forskningsdesign	6
Urval	6
Datainsamlingsmetod	6
Tillvägagångssätt	6
Forskningsetiska överväganden	8
Bearbetning och analys	8
RESULTAT	9
Vårdprogrammets förhållningssätt till människans behov	9
<i>Psykiska behov</i>	10
<i>Sociala behov</i>	11
<i>Andliga/existentiella behov</i>	12
<i>Fysiska behov</i>	12
Vårdprogrammets förhållningssätt till delaktighet	14
Vårdprogrammets förhållningssätt till information	16
DISKUSSION	17
Resultatdiskussion	17

<i>Psykiska och sociala behov</i>	17
<i>Andliga/existentiella behov</i>	18
<i>Fysiska behov</i>	19
<i>Delaktighet</i>	19
<i>Information</i>	20
Vårdprogrammen i förhållande till samhälle, vård och individ	20
Metoddiskussion	21
Kliniska implikationer	22
Slutsats	22
REFERENSER	23
BILAGOR	27
Bilaga 1. Lista över vårdprogram som inkluderades i studien	27

BAKGRUND

Fetma som folkhälsoproblem

Fetma har de senaste decennierna blivit en vanlig företeelse bland hela jordens befolkning (World Health Organization [WHO], 2017). Före 1970-talet gjordes inga globala systematiska prevalensmätningar av fetma då det inte ansågs vara utav medicinskt värde. Det är därför svårt att uttala sig om utbredningen av fetma historiskt, men man vet att det före 1900-talet var en relativt ovanlig företeelse (Lindroos & Rössner, 2007). Förekomsten av fetma har sedan 1975 tredubblats globalt och dubblerats i Sverige (Folkhälsomyndigheten, 2017). I nutid är fetma en global epidemi som 650 miljoner människor är drabbade av (WHO, 2017).

Enligt Folkhälsomyndigheten (2017) är fetma en folkhälsosjukdom som finns hos 15 % av Sveriges befolkning. Förekomsten av fetma skiljer sig regionalt i landet, störst antal människor med fetma finns i glesbygdskommuner och lägst i storstadskommuner. Fetma är vanligast i åldern 45-84 år, samt i grupper där individerna har förgymnasial eller gymnasial utbildning som högsta utbildningsnivå och är vanligare bland människor med låg socioekonomisk status (Folkhälsomyndigheten, 2017). Att minska förekomsten av fetma har blivit en nationell angelägenhet dels för att förbättra folkhälsan och dels av ekonomiska skäl. Fetma innebär en sjukvårdskostnad på cirka 3 miljarder svenska kronor varav tre fjärdedelar beror på fetmarelaterade sjukdomar. Fetma innebär också en stor samhällskostnad som till stor del beror på större antal sjukskrivningar och förtidspensionering relaterat till annan sjuklighet (Narbo & Neovius, 2007).

Fetmans konsekvenser för individen

En ökad vikt skapar direkta fysiska svårigheter där vanliga rapporterade symptom är nedsatt gångfunktion, rörlighet och olika former av smärtproblematik (Larsson & Rössner, 2015; Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2002). Fetma ökar också risken för att insjukna i andra typer av sjukdomar. Personer med fetma, särskilt bukfetma, har i större utsträckning än normalbefolkningen diagnoserna diabetes typ 2, hjärt- och kärlsjukdomar och ledsjukdomar (SBU, 2002). Det finns ett samband mellan fetma och vissa cancersjukdomar (SBU, 2002) samt en för tidig död, ofta orsakad av cancer (Sjöström, 2013). Fertiliteten kan också minska vid fetma till följd av hormonella förändringar (SBU, 2002). Förutom symptom på övervikt och en ökad risk för viss samsjuklighet kan fetma ha en negativ inverkan på personens livskvalitet i stort (Sullivan, Karlsson & Rydén, 2007).

Personer med fetma har sämre livskvalitet än befolkningen i stort men också jämfört med personer som har andra allvarliga kroniska sjukdomar (SBU, 2002).

Definition av fetma

Det finns flera metoder för att definiera fetma hos vuxna. Det mest använda är Body Mass Index (BMI). BMI räknas ut genom att dividera antal kg med längden i meter i kvadrat (kg/m^2). Enligt WHO (2017) definieras fetma som ett BMI över 30 men nationella referensvärden kan skilja sig från dessa, såsom BMI 25 eller 28 i Japan respektive Kina (Larsson & Rössner, 2015). Det förekommer att BMI används som instrument för att gradera fetman - där klass I är BMI >30 , klass II är BMI >35 och klass III/extrem fetma är BMI > 40 (WHO, 2017). BMI är ett grovt mått som inte tar hänsyn till hur kroppssammansättningen ser ut, det vill säga vad som är fett och vad som är muskelmassa (Lönnqvist, 2007). Indelningen tar heller ingen hänsyn till kön eller ålder (Livsmedelsverket, 2017). Lönnqvist (2007) menar att fördelningen av kroppsvikten spelar roll för om kroppsvikten utgör en risk för hälsan, varför BMI i vissa fall kan vara missvisande. Bukfetma innebär en ökad risk för ohälsa och därför är midjemått en metod som används för att definiera övervikt. Hos kvinnor bör midjemåttet inte överskrida 88 cm och hos män inte 102 cm (Larsson & Rössner, 2015).

Behandling av fetma

År 2002 publicerades en SBU-rapport, efter en systematisk litteraturöversikt av forskningsområdet, som utvärderade evidensstyrkan av behandlingsmetoder för personer med fetma (SBU, 2002). De behandlingsmetoder som inkluderades berörde kost/diet, motion, beteendeterapi, läkemedel, kirurgi och alternativmedicinska behandlingsmetoder. I Sverige 2017 är SBU-rapporten (2002) den senaste övergripande vetenskapliga genomgång som gjorts inom ämnet. I den senaste svenska läroboken för vårdpersonal presenterades liknande metoder som i SBU-rapporten men där betonas vikten av ett större psykosocialt fokus (Lindroos & Rössner, 2007). Lindroos och Rössner (2007) beskrev en algoritm för behandlingsmetoder som bygger på grundstenarna kost, motion och beteendeförändringar. Behandlingarna är långsiktiga och för att nå ett gott resultat krävs att vårdtagaren är motiverad. Samtliga behandlingsmetoder syftar till en viktreduktion eftersom detta visats öka livskvaliteten genom att minska symptom och funktionsbegränsningar av fetman, samtidigt som risken för att insjukna i fetmarelaterade sjukdomar såsom diabetes, hypertoni och infertilitet minskar (Lindroos & Rössner, 2007; SBU 2002). Olika typer av kirurgi är den

behandlingsmetod som är mest effektiv för både viktreduktion och viktstabilitet (Lindroos & Rössner, 2007; SBU, 2002; Sjöström, 2013; Svensk förening för abdominell kirurgi, 2009).

Styrdokument inom hälso- och sjukvård

Socialstyrelsen ansvarar för att framställa nationella riktlinjer och vårdprogram. Om riktlinjer skriver Socialstyrelsen (i.d.): "Nationella riktlinjer är ett stöd vid prioriteringar och ger vägledning om vilka behandlingar och metoder som olika verksamheter i vård- och omsorg bör satsa resurser på". Det saknas nationella riktlinjer för behandling av fetma som enskild diagnos. Nationella riktlinjer för fetma i kombination med annan sjuklighet, till exempel diabetes typ 2, finns dock publicerade på socialstyrelsens hemsida (Socialstyrelsen, i.d.). Det finns nationella vårdprogram för vissa diagnoser och sjukdomstillstånd och dessa gäller då för hela landet. Det finns också vårdprogram som gäller för en region eller för ett landsting (Socialstyrelsen, i.d.).

Ett vårdprogram är tänkt att fungera som ett stöd för vårdpersonal, som ska kunna få en överblick över hur en person med en viss diagnos ska handläggas i det praktiska arbetet och vilken behandling som är aktuell och tillgänglig. Det ska också fungera som ett kunskapsunderlag för personalen så att vården ska kunna följas upp avseende innehåll och kvalitet. Vårdprogrammen syftar även till att patienterna ska få en jämlik och god vård (Nationella Funktionen Sällsynta diagnoser [NFSD], 2017; Socialstyrelsen, i.d.). Enligt andra paragrafen i hälso- och sjukvårdslagen är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (HSL, SFS 1982:763). Innehållet i ett vårdprogram ska bygga på beprövad erfarenhet och vetenskap och varje utgivare ansvarar själv för kvaliteten och aktualiteten i vårdprogrammet (NFSD, 2017). För behandling av personer med fetma finns idag inget nationellt vårdprogram (Socialstyrelsen, 2017). Lokala vårdprogram har upprättats av några av Sveriges 21 landsting och regioner.

Personcentrerad vård: en teoretisk referensram

Personcentrerad vård är ett begrepp som uppkom i den medicinska litteraturen på 1950-talet som en motreaktion till det rent medicinska perspektivet som inte inkluderade någon delaktighet från patientens sida. Från att ha varit ett passivt mål blir patienten en aktiv aktör i planeringen och i vårdprocessen (Ekman & Norberg, 2013). Idén med personcentrerad vård bygger på att alla delar av människans behov ska ses och synliggöras (Svensk

Sjuksköterskeförening [SSF], 2016). Den personcentrerade vården tar reda på vad hälsa betyder för den enskilda människan och har detta som utgångspunkt i behandlingen (Bergbom, 2015). Svensk sjuksköterskeförening formulerar det på följande sätt:

“Personcentrerad vård kan beskrivas som en vård som strävar efter att synliggöra hela personen och prioriterar tillgodoseende av andliga, existentiella, sociala och psykiska behov i lika hög utsträckning som fysiska behov. Personcentrerad vård innebär att respektera och bekräfta personens upplevelse och tolkning av ohälsa och sjukdom, samt att arbeta utifrån denna tolkning för att främja hälsa med utgångspunkt i vad hälsa betyder för just denna enskilda person. En personcentrerad vård innebär också att personens unika perspektiv ges likvärdig giltighet som det professionella perspektivet.” (SSF, 2016)

Upplevelsen av sjukdom hos en människa kan variera vilket betyder att trots en medicinsk diagnos så behöver inte patienten uppleva sig sjuk. Det är därför viktigt att utgå från personens egen upplevelse för en god personcentrerad vård (Ekman & Norberg, 2013). Två begrepp som är betydande inom personcentrering är patientberättelse och partnerskap. Patientberättelsen är patientens redogörelse för hur en sjukdom visar sig och vilken inverkan den har på personens liv (Ekman & Norberg, 2013; Bergbom, 2015). Partnerskap innebär att patienten är delaktig i vården på samma villkor som vårdaren. Detta innebär att bägge parter har värdefull kunskap där vårdaren besitter en professionell medicinsk kunskap samtidigt som patienten är expert på sin egen upplevelse av sjukdomen (Ekman & Norberg, 2013). För en personcentrerad vård bör därför ett informationsutbyte ske där samtliga parter delar erfarenheter och kunskap. Kristensson Ugglå (2014) uttrycker det på följande sätt:

"Partnerskapet betyder att man delar information, delar samtalet och delar beslutsfattandet inom ramen för en delaktighet som också kan inkludera närstående och familj."

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2012) publicerade en rapport som undersökte hur svensk hälso- och sjukvård förhåller sig till personcentrerad vård. Slutsatsen blev att Sverige har större brister än andra europeiska länder, i synnerhet avseende att hålla patienter välinformerade, att låta patienten delta aktivt i vården och att ha en helhetssyn på patientens behov (Myndigheten för vårdanalys, 2012). För att vårdpersonal ska kunna arbeta ur ett personcentrerat perspektiv behövs en gemensam värdegrund som tillsammans med

organisatoriska förutsättningar utgör ett stöd för personcentrerad omvårdnad genom hela omvårdnadsprocessen (SSF, 2016).

Problemformulering

Fetma är ett växande folkhälsoproblem, såväl globalt som nationellt, som medför en hälsoekonomisk belastning för svensk hälso- och sjukvård (Narbo & Neovius, 2007). Trots detta finns inget nationellt vårdprogram som styrande dokument för planering och genomförande vård för personer med fetma. En del av Sveriges landsting och regioner har valt att upprätta egna vårdprogram som till viss del grundas på rekommendationer från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU, 2002). Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2012) menar att personcentrerad vård leder till större hälsovinster, nöjda patienter, bättre medicinska resultat och ett mindre vårdbehov för patienter som upprepade gånger söker vård (Myndigheten för vårdanalys, 2012). En extern utvärdering av personcentrerad vård inom svensk hälso- och sjukvård visade brister i att låta patienten vara delaktig i vården, i att hålla patienter välinformerade samt i att ha en helhetssyn på människan (Myndigheten för vårdanalys, 2012). När det gäller personer med fetma identifierade Rand et al. (2017) brister i vården och fann att patienter saknade interventioner som rörde psykiskt välbefinnande och upplevde behov av mentalt stöd. Med detta som bakgrund finns det orsak att närmare studera innehållet i vårdprogram för behandling av personer med fetma för att se hur de förhåller sig till en personcentrerad vård utifrån delaktighet, information och en helhetssyn av människans behov.

Syfte

Syftet med denna studie var att beskriva och jämföra hur innehållet i Sveriges landsting och regioners vårdprogram för behandling av personer med fetma förhåller sig till en personcentrerad vård utifrån helhetssyn, delaktighet och information.

Frågeställning

1. Hur förhåller sig innehållet i vårdprogrammen för behandling av personer med fetma till personcentrerad vård avseende att upprätthålla en helhetssyn på patienten genom att tillgodose psykiska, sociala, andliga/existentiella och fysiska behov?
2. Hur förhåller sig innehållet i vårdprogrammen för behandling av personer med fetma till personcentrerad vård avseende att låta patienten få vara delaktig i sin vård?

3. Hur förhåller sig innehållet i vårdprogrammen fört behandling av personer med fetma till personcentrerad vård avseende att hålla patienten informerade?

METOD

Forskningsdesign

I studien gjordes en systematisk genomgång av de vårdprogram för fetma som finns att tillgå i Sveriges landsting. Studien hade en kvalitativ design med en deduktiv ansats.

Urval

Inklusionskriterier i denna studie var styrande dokument som används av personal i sjukvården som riktlinjer när det gäller behandling av fetma. Dessa dokument kunde ha olika namn; till exempel vårdprogram, riktlinjer eller vårdprocessprogram. För enkelhetens skull omnämns dessa styrdokument fortsättningsvis som vårdprogram i denna studie. Dokumenten skulle gälla för en eller flera regioner eller landsting. Vårdprogrammen som valdes ut gällde behandling av fetma hos vuxna, det vill säga > 16 år. De skulle vara aktuella styrdokument som för närvarande rekommenderas som stöd vid behandling av personer med fetma.

Exklusionskriterier för denna studie var vårdprogram för fetma som rörde privat verksamhet, vårdprogram för fetma inriktade på barn och unga < 16 år och vårdprogram som var inriktade på fetma i kombination med andra sjukdomar.

Datainsamlingsmetod

Data som samlats in var aktuella vårdprogram för behandling av personer med fetma som regioner och landsting i Sverige har upprättat.

Tillvägagångssätt

Totalt finns 21 regioner och landsting i Sverige (SKL, 2017), och efter en genomgång av dessa blev antalet vårdprogram som inkluderades i studien åtta till antalet (Tabell 1).

Webbadresser till varje region/landsting söktes på Sveriges kommuner och landstings hemsida och från respektive landstings egen hemsida identifierades sedan de vårdprogram som rörde övervikt och fetma hos vuxna, totalt sju till antalet. Om vårdprogrammen inte återfanns på landstingens hemsidor har författarna till denna studie att ringt och/eller mailat

vårddirektörer/folkhälsoutvecklare för respektive landsting för att få bekräftat att de inte har aktuella vårdprogram alternativt fått det skickat per mail. Ett vårdprogram skickades per mail.

Tabell 1. Översikt över de giltiga vårdprogram som finns att tillgå och hur information om dessa erhållits

Region/ Landsting	Vårdprogram	Giltighetstid	Via hemsida	Via mail
Uppsala	Övervikt och fetma hos vuxna. Vårdriktlinjer.	Giltigt från: 2016-04-13.	X	
Stockholm	Övervikt och fetma - regionalt vårdprogram. Vårdprogram.	Giltigt från: 2016-08-25 - 2020-08.	X	
Södermanland	Riktlinjer för handläggning av fetma. Vårdprogram.	Giltigt från: vintern 2017.	X	
Östergötland	Vårdprocessprogram Fetma (vuxna). Vårdprocessprogram.	Giltigt: 2014-05-07 - 2017-09-30.*	X	
Jönköping	Fetma bland vuxna. Vårdriktlinjer.	Giltigt från: 2015-10-29.	X	
Kronoberg	Fetma bland vuxna. Vårdriktlinjer.	Giltigt från: 2015-10-29.	X	
Kalmar län	Fetma bland vuxna. Vårdriktlinjer.	Giltigt från: 2015-10-29.	X	
Skåne	Vårdprogram för övervikt och fetma hos vuxna. Vårdprogram.	Giltigt från: 2015-05-01 2018-04-30	X	
Västra Götaland	Beslutsstöd övervikt och fetma. Vårdprogram.	Giltigt från: 2017 - 2019-02.	X	
Örebro	Vård vid övervikt och fetma - vuxna. Vårdriktlinjer.	Giltigt från: 2017-02.		X

Not: För följande regioner fanns inga vårdprogram att tillgå: Gotland, Blekinge, Värmland, Halland, Västmanland, Dalarna, Gävleborg, Västernorrland, Jämtland/Härjedalen, Västerbotten och Norrbottens län.

*Gäller fortfarande enligt mailkonversation med Martin Magnusson, Vårddirektör Region Östergötland 2017-11-09.

Forskningsetiska överväganden

Denna studie har inte utförts på människor, enbart informationsmaterial har studerats. Därför var ingen etikprövning nödvändig (Centrum för forsknings- och bioetik, Uppsala universitet, i.d.). Författarna till studien har försökt att vara objektiva och inte låtit förutfattade meningar eller åsikter stå i vägen för tolkningen av texterna och inget material eller resultat har exkluderats ur studien.

Bearbetning och analys

En kvalitativ innehållsanalys är lämplig att använda när innehållet i olika typer av texter avses att undersökas och beskrivas (Hsieh & Shannon, 2005). I den här studien har en kvalitativ riktad innehållsanalys använts, vilket innebär att kategorier är förutbestämda innan analysen påbörjas. Under analysprocessen framträder subkategorier tillhörande de redan bestämda kategorierna (Hsieh & Shannon, 2005). Informationen/texten i vårdprogrammen har lästs upprepade gånger för att få en överblick över innehållet och en systematisk genomgång av programmen har gjorts. Innehållet i meningsbärande enheter har sedan identifierats utifrån de redan bestämda kategorierna: psykiska, sociala, andliga/existentiella och fysiska behov samt delaktighet och information. Exempel på den analytiska processen presenteras i Tabell 2.

Tabell 2. Exempel på den analytiska processen.

<i>Meningsbärande enhet</i>	<i>Kategori</i>	<i>Subkategori</i>
<i>Det är viktigt att inte utsätta patienten för ett behandlingsprogram som hon eller han inte har kapacitet att fullfölja av sociala skäl</i>	<i>Sociala behov</i>	<i>Kartlägga socialt nätverk</i>
<i>För att fördelarna med rökstopp skall jämnas ut av merrisken med ökad vikt fordras en viktökning av 70-80 kg, vilket i praktiken sällan eller aldrig förekommer</i>	<i>Fysiska behov</i>	<i>Uppmana till rökstopp</i>
<i>Låt patienten själv komma fram till hur man med små vardagliga knep kan stå emot tidigare beteendemönster.</i>	<i>Delaktighet</i>	<i>Egna beslut</i>
<i>Fysisk aktivitet ökar patientens välmående, påverkar självbild och motivation för fortsatt viktarbete</i>	<i>Psykiska behov</i>	<i>Stärka självbild och motivation</i>

RESULTAT

Vårdprogrammets förhållningssätt till människans behov

I kommande avsnitt beskrivs hur innehållet i vårdprogrammen förhåller sig till personcentrerad vård avseende fysiska, psykiska, sociala och andliga/existentiella behov.

Kategorierna och subkategorierna redovisas i Tabell 3. Information om vårdprogrammen och numrering av dessa presenteras i Bilaga 1.

Tabell 3. Indelning av innehållet i vårdprogrammen i kategorier och subkategorier avseende människans behov.

Kategori:	Subkategorier:	
Psykiska behov	Främja psykisk hälsa	Stöd för att nå och förändra tankar och känslor kring beteendeförändringar
	Anpassning efter psykiska förutsättningar	Psykologiskt stöd, KBT
	Stärka självbild och motivation	Livslång uppföljning av psykisk hälsa
	Minska känsla av skam och skuld	Bemötande
Sociala behov	Anpassning av behandling efter socialt liv/relationer, social situation	Behandling i socialt sammanhang
	Kartlägga socialt nätverk	Undanröja praktiska sociala, ekonomiska hinder för behandling
	Kartlägg kulturell kontext	Anhörigstöd
	Anpassning av matvanor efter ekonomiska förutsättningar	
Andliga/ existentiella behov	Anpassning efter patientens etiska och religiösa synsätt	Viktutveckling
Fysiska behov	Minska BMI och midjemått	Viktreduktionsförsök
	Ärftlighet	Identifiera faktorer som bidragit till viktutveckling
	Kostvanor	Läkemedel
	Motionsvanor	Uppföljning av fysiska parametrar
	Standardiserade rekommendationer om kost och motion	Kartlägg rök-, alkohol- och drogvänor

	Individualiserade rekommendationer om kost och motion	Uppmana till rökstopp
	Fysisk aktivitet på recept (FaR)	Krav på förändrade levnadsvanor före och efter obesitaskirurgi
	Uppmuntra till fysisk aktivitet & minskat stillasittande	Samsjuklighet

Psykiska behov

Psykisk ohälsa var en del av anamnesen/utredningen i vårdprogrammen (vårdprogram 1-4 & 6-8). Exempel på psykisk ohälsa var stress, ätproblematik och psykiska besvär kopplat till synen på sin egen kropp och övervikt (vårdprogram 1-4 & 6-8). Vårdprogrammen menade att en psykisk ohälsa hos individen kan ha en negativ inverkan på behandlingsresultatet och behandling måste anpassas efter patientens psykiska förutsättningar (vårdprogram 3). Av den anledningen skulle psykisk ohälsa utredas och åtgärdas innan behandling påbörjas:

“Vårdgivaren behöver också undersöka patientens förutsättningar att påbörja viktreduktionsbehandling och stötta i att undanröja hinder före viktbehandling (psykiska, bristande motivation, stress).” (vårdprogram 3).

Syftet med vissa interventioner sades vara att förbättra psykisk hälsa genom att stärka patientens självbild och motivation, exempelvis - *“Fysisk aktivitet ökar patientens välmående, påverkar självbild och motivation för fortsatt viktarbete”* (vårdprogram 3). Hos vissa individer kan känslor av skam och skuld vara förknippade med sjukdomen enligt ett vårdprogram (3). Vårdpersonalen uppmanas att samtala om ärtflighetens betydelse med patienten med syfte att motverka eventuella känslor av skuld och skam för att själv ha orsakat sin fetma (vårdprogram 3). Ett av vårdprogrammen betonade dock att man inte bör ha förutfattade meningar om den feta personens känslor: *“Som vårdgivare bör vi vara medvetna om att många patienter bär på starka skamkänslor men inte förutsätta att det är så. Många personer med övervikt eller fetma mår bra, är vältränade och äter hälsosamt.”* (vårdprogram 3).

Vårdprogrammen beskrev också att patienter kan behöva stöd för att övervinna känslomässiga svårigheter i sin viktreduktionsbehandling (vårdprogram 2 & 3). Vårdprogrammen menade att tankar och känslor kan ha samband med patientens ätbeteende och att detta är något patienten

behöver stöd att förändra. Ett vårdprogram (3) beskriver detta enligt följande: *“... emotionellt drivet ätande kan också vara svårhanterligt. [...] Det kan handla om inlärd beteenden, strategi för hantering av emotionella faktorer och en del individer upplever närmast ett missbruksliknande förhållande till mat och ätande.”* (vårdprogram 3). Av den anledningen samt för att förändra levnadsvanor kan professionellt stöd erbjudas i form av kognitiv beteendeterapi (KBT) vid behandling av fetma (vårdprogram 1-3). *“Ibland kan det handla om emotionella hinder. Skuld och skam eller andra negativa tankemönster kan påverkas med hjälp av kognitiv beteendeterapi.”* (vårdprogram 3). Psykosocialt stöd nämndes också i samband med fetmarelaterad kirurgi. Vårdprogrammen angav att för att uppnå ett gott långsiktigt resultat av fetmarelaterad kirurgi bör patienten erbjudas postoperativt psykosocialt stöd samt årlig uppföljning av psykisk hälsa livet ut (vårdprogram 3, 6 & 7).

Betydelsen av att patienten ska få ett gott bemötande som inte är dömande eller värderande var något som betonades i vårdprogrammen (vårdprogram 3 & 7). *“Det är sannolikt hjälpsamt för patienten om vi i sjukvården så avdramatiserat som möjligt noterar patientens vikt i journalen, och genom vårt bemötande förmedlar att siffran visar vikten, inte personens värde”* (vårdprogram 3).

Ett annat vårdprogram beskriver det på liknande sätt: *“Personer med fetma blir ofta illa bemötta i samhället och i kontakter med hälso- och sjukvården. Detta behöver motverkas. Det är avgörande för behandlingen att personal samtalar respektfullt och ickedömande och ger information i linje med aktuellt forskningsläge”* (vårdprogram 7).

Sociala behov

Patientens sociala situation kan påverka personens förutsättningar för en framgångsrik behandling menade vårdprogrammen som påtalade att: *“Det är viktigt att inte utsätta patienten för ett behandlingsprogram som hon eller han inte har kapacitet att fullfölja av sociala skäl”* (vårdprogram 3). De menade att behandlingen bör anpassas efter patientens sociala livssituation genom att kartlägga socialt nätverk, ekonomiska förutsättningar och livssituation för att identifiera och åtgärda sociala/ekonomiska hinder för viktreduktionsbehandling (vårdprogram 1, 3, & 7). Detta beskrivs på följande sätt i ett av vårdprogrammen: *“De psykosociala interventionerna kan handla om att lösa praktiska hinder. Exempelvis kuratorskontakt för patient med bristfällig boendesituation och/eller ekonomiska svårigheter som i sin tur utgör ett konkret hinder i att tillaga och inta väl*

sammansatta måltider” (vårdprogram 3). Samma vårdprogram (3) tog upp att kostbehandling ska ta hänsyn till kulturella aspekter när det gäller måltidsordning eftersom tider och hur man äter kan se väldigt olika ut i olika länder. Dessutom bör rekommendationer gällande mat anpassas efter patientens ekonomiska förutsättningar (vårdprogram 3).

Att behandlingen i vissa fall kan få bättre resultat om den utförs i ett socialt sammanhang beskrevs också i vårdprogrammen: *“Gruppbehandling i kombination med LCD-behandling har [...] visat sig ge god bestående effekt även vid extrem fetma”* (vårdprogram 2). Att diskutera kostvanor i grupp beskrevs också som värdefullt därför att patienten ges möjlighet att reflektera över vilken mat som är hälsosam: *“Matlagning över kulturgränser kan vara en bra aktivitet i en gruppverksamhet för nyanlända och även bjuda in till diskussion om hälsoaspekter på mat”* (vårdprogram 3). Behandling i grupp kan också ge större motivation till fysisk aktivitet: *“För att nå framgång avseende fysisk aktivitet är det värt att påminna om att den måste vara rolig, och att träning i grupp ofta är just detta”* (vårdprogram 6). Anhöriga som en viktig del i behandlingen beskrevs också i ett vårdprogram: *“Det är viktigt att se de anhörigas behov av stöd och hjälpa dem att se sin roll i patientens viktarbete”* (vårdprogram 3).

Andliga/existentiella behov

Vårdprogrammen tog inte upp andliga eller existentiella behov i någon större utsträckning. Ett vårdprogram skrev att när det handlade om kostbehandling bör matvanor anpassas efter patientens etiska och religiösa synsätt:

“Matvanorna ska också vara förenliga med individens sociala situation, ekonomiska förutsättningar, kulturella, etiska och religiösa aspekter [...] Den stora utmaningen ligger i att för varje individ identifiera ett matmönster som uppfyller alla krav och samtidigt är acceptabelt på lång sikt.” (vårdprogram 3)

Fysiska behov

Vårdprogrammen beskrev ett flertal fysiska behov som feta patienter kan ha. Det handlade om att minska BMI och/eller midjemått för att förbättra hälsa, men också för att bedöma hälsa och hälsorisker (vårdprogram 1-8). Ett vårdprogram nämnde dock att BMI inte alltid är ett lämpligt verktyg: *“BMI ger dock endast ett grovt mått på den enskilda individens riskprofil och värdering av hälsa”* (vårdprogram 3). Ärftlighet togs också upp som bidragande anledning till fetma (vårdprogram 2-4, 7 & 8). För att minska midjemått och stoppa en ökad

viktutveckling fokuserade behandlingen på fysiska behov som kost och motion, där kosten ska anpassas efter standardiserade råd avseende mängd, energi- och näringsammansättning och frekvens:

“Hälsosamma matvanor innebär att mycket frukt, bär och grönsaker, fullkornsrika livsmedel, nötter samt fisk ingår i kosten. Det är ofta fördelaktigt att fördela maten över dagen och äta tre huvudmål och 1-3 mellanmål. Matvanorna påverkar ofta patientens hälsotillstånd och behandlingsresultat vid etablerad sjukdom.”

(vårdprogram 5)

Kostråden var i vissa fall individanpassade efter personens fysiska behov, exempelvis vilket kaloriintag som är lämpligt utifrån dennes vikt eller midjemått: *“Mängden födointag måste anpassas kalorimässigt efter målvikten/midjemåttet”* (vårdprogram 8).

Vårdprogrammen rekommenderade uppmuntra till minskat stillasittande genom bland annat att fysisk aktivitet ska skrivas ut på recept (FaR) och att behandlaren ska *“...uppmuntra till individualiserad och lämplig form av fysisk aktivitet”* (vårdprogram 6). Rekommendationer om intensitet och duration bör också ges (vårdprogram 1-4 & 6-8). I vårdprogrammen nämndes att fysisk aktivitet inte nödvändigtvis har någon effekt på viktreduktion, däremot kan fysisk aktivitet underlätta andra livsstilsförändringar varför en kombination med annan behandling är att föredra. *“Att komma igång med fysisk aktivitet stärker ofta motivationen till andra beteendeförändringar och har en lång rad positiva effekter på blodsocker, blodfetter, blodtryck och kardiovaskulär prestationsförmåga men förväntas inte leda till betydande viktreduktion”* (vårdprogram 2).

För att utreda vilken behandling som är aktuell beskrev vårdprogrammen att viktutveckling och tidigare viktreduktionsförsök är betydelsefullt att ta upp i anamnesen (vårdprogram 1-8). Ett vårdprogram beskrev också betydelsen av att ta reda på vad det är som orsakat viktuppgången: *“Utredning av patient med fetma inför behandling syftar till att kartlägga sjukdomens förlopp och identifiera faktorer som bidragit till viktutveckling för att ge så riktad och individuellt anpassad behandling som möjligt”*(vårdprogram 3). Om inte kost och motion hjälper menade de att förhindrande av viktökning kan vara ett mål med behandlingen (vårdprogram 3, 5 & 8). Ett vårdprogram beskrev på på följande sätt: *“Syftet är att åstadkomma bestående viktminskning och därmed minska risken att utveckla följsjukdomar.*

Om viktminskning inte går att uppnå, är målet att motverka ytterligare viktökning“ (vårdprogram 5). Under behandlingen ska uppföljning göras inom vikt, fysisk funktion och fysiska parametrar enligt vårdprogrammen (vårdprogram 1-3, 6-8).

Exempel på bidragande faktorer som också tas upp i vårdprogrammen är läkemedel som kan ha påverkan på aptiten med viktuppgång som biverkan (vårdprogram 1-4 & 6-8). En bedömning av hälsorisken utifrån fetmans allvarlighetsgrad togs upp i vårdprogrammen (vårdprogram 3, 5 & 8). Vårdprogrammen angav att patientens tobaks-, alkohol- och rökvanor ska kartläggas (vårdprogram 1-4 & 6-8). Rökstopp ska alltid rekommenderas i samband med fetmabehandling: *“Trots viktuppgången är det självklart att rökstopp alltid är hälsosamt. För att fördelarna med rökstopp skall jämnas ut av merrisken med ökad vikt fordras en viktökning av 70-80 kg, vilket i praktiken sällan eller aldrig förekommer”* (vårdprogram 8). Inför fetmakirurgi fanns krav på rökstopp på minst 4 veckor (vårdprogram 3). Inför och efter kirurgi ställde också vårdprogrammen krav på förändrade levnadsvanor avseende kost och motion (vårdprogram 2, 3 & 7). Vårdprogrammen beskrev också att behandling ska ta hänsyn till om det finns samsjuklighet (diabetes, hypertoni, hyperlipidemi, sömnapne, hjärt- och kärlsjukdomar) (vårdprogram 1-8). Samsjuklighet beskrivs som en stark indikation för överviktskirurgi: *“Patienter med minst en riskfaktor (diabetes, hypertoni, hyperlipidemi) prioriteras”* (vårdprogram 8).

Vårdprogrammets förhållningssätt till delaktighet

I kommande avsnitt beskrivs hur innehållet i vårdprogrammen för behandling av personer med fetma förhåller sig till personcentrerad vård avseende delaktighet. Subkategorierna för delaktighet presenteras i Tabell 4.

Tabell 4. Indelning av innehållet i vårdprogrammen i kategorier och subkategorier avseende delaktighet.

Kategori:	Subkategori:	
Delaktighet	Eget ansvar/egna beslut	Självregistrering/självskattning
	Åtgärder utifrån egna önskemål	Diskussion om hälsa och livskvalitet
	Egna skäl till behandling	Motivation och vilja styr behandling
	Hänsyn till förväntningar	Autonomi

Att patienten ska få vara delaktig i att bestämma mål med behandling beskrevs på följande sätt: *“En viktig del i behandlingsarbetet är att enas med patienten om syftet med behandlingsinsatserna och på tidigt stadium diskutera vad som är en realistisk målsättning”* (vårdprogram 3). Även om patienten är delaktig i att sätta mål för behandling var det dock målet att förändra vikten: *“Mål behöver utgå från vad patienten själv vill uppnå genom att påverka vikten”* (vårdprogram 7). Patientens egna skäl till önskad behandling efterfrågades i samma vårdprogram (7). När det handlar om att sätta mål beskrevs betydelsen av att ta reda på patientens förväntningar. Är förväntningarna realistiska finns risk att patienten inte upplever behandlingen som meningsfull och blir besviken (vårdprogram 3). I utvärdering av behandlingen var alltid frågan om patientens förväntningar en viktig del att ta upp (vårdprogram 3).

Ett sätt att ta reda på hur patienten mår och vilka önskemål och förväntningar som finns är att använda sig av självskattningsformulär som beskrevs i vårdprogrammen (1 & 3). Det handlade framför allt om kost och psykisk hälsa: *“Använd olika formulär för att registrera de beteenden som patienten vill försöka ändra”* (vårdprogram 1). Ett annat vårdprogram beskrev det på följande sätt: *“Anamnesupptagning kan underlättas om patienten får en enkät med frågor inom ovanstående områden och självskattningsformulär för kartläggning av psykisk hälsa att besvara hemma i lugn och ro”* (vårdprogram 3).

Delaktighet i vårdprogrammen handlar också om att utröna patientens motivationsgrad och de beskriver att motivationsgraden är en viktig del för en lyckad behandling: *“Aktuell för viktreduktion - om patienten är motiverad till att göra bestående förändring av levnadsvanor och känner ett eget ansvar att göra förändringar med stöd från sjukvården”* (vårdprogram 4). Betydelsen av patientens autonomi och en fungerande allians mellan behandlare och vårdtagare betonades: *“Själva mötet mellan patient och vårdgivare är inte bara ett ‘besök’. Samtalet mellan dem som i motiverande samtal kallas två experter, patienten gällande sin situation och vårdgivaren gällande medicinska aspekter, utgör ett av de viktigaste redskapen i ett förändringsarbete”* (vårdprogram 3).

Vårdprogrammets förhållningssätt till information

I kommande avsnitt beskrivs hur innehållet i vårdprogrammen för behandling av personer med fetma förhåller sig till personcentrerad vård avseende information. Subkategorierna för delaktighet presenteras i Tabell 5.

Tabell 5. Indelning av innehållet i vårdprogrammen i kategorier och subkategorier avseende information.

Kategori:	Subkategori:	
Information	Skriftlig information	Individualiserade råd
	Muntlig information	När information ska ges
	Information i linje med aktuell forskning	Anpassa efter kunskapsnivå/hälsolitteracitet
	Enkla standardiserade råd	Information på alternativa språk
	Kvalificerade samtal	

Vårdprogrammen skrev att informationen som ges, både skriftligt och muntligt, ska vara adekvat (vårdprogram 2) samt även evidensbaserad (vårdprogram 7). Ett vårdprogram betonade att: *“Det är avgörande för behandlingen att personal [...] ger information i linje med aktuellt forskningsläge”* (vårdprogram 7). Vårdprogrammen menade att alla vårdgivare bör ge information i form av enkla, korta, standardiserade råd om viktminskning och en hälsosammare livsstil till patienter som har fetma (vårdprogram 1 & 4-8). I vårdprogrammen rekommenderades i vissa fall mer kvalificerad information i form av olika typer av rådgivande samtal och individualiserade råd (vårdprogram 2 & 3). De råd som beskrevs i vårdprogrammen handlade om rekommenderade kostvanor, livsmedel och motion/fysisk aktivitet och att uppmana till viktminskning och eventuellt rökstopp (vårdprogram 1 - 8). I samband med kirurgi beskrev ett vårdprogram hur och när patientinformation ska ges i vårdförloppet: *“Efter remiss kallas patienten på ett informationsmöte i grupp. [...] Därefter kallas de som är intresserade till individuellt samtal [...] Två år efter operation remitteras patienter till primärvården för fortsatt uppföljning.”* (vårdprogram 7)

Ett vårdprogram (3) skrev om information med hänvisning till patientlagen (SFS 2014:821) som säger: *“Information ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga*

bakgrund och andra individuella förutsättningar". Vidare berättade de om hur information ska vara i linje med patientens hälsolitteracitet, det vill säga personens förmåga att förstå och använda information för att befrämja hälsan:

"Hälsolitteracitet är ett ord som används för att beskriva individers förmåga att förvärva, förstå och använda information i syfte att bibehålla, främja eller förbättra hälsa. Patienter har olika grad av hälsolitteracitet och hälso- och sjukvårdens insatser behöver anpassas därefter." (vårdprogram 3)

Vårdprogrammen skrev också att det är viktigt att anpassa informationen så att den finns på alternativa språk för den som inte är svensktalande (vårdprogram 1 & 3).

DISKUSSION

Tillgodoseende av psykiska behov beskrevs som att främja psykiskt välbefinnande, stödja beteendeförändringar, samt ge ett bra bemötande (vårdprogram 1-4 & 6-8). Tillgodoseende av sociala behov beskrevs som att anpassa behandlingen efter social livssituation och nätverk (vårdprogram 1, 3 & 7), involvera anhöriga (vårdprogram 3) och att behandla i grupp (vårdprogram 2, 3 & 6). Att anpassa matvanor efter patientens etiska och religiösa synsätt var det enda andliga/existentiella behov som beskrevs (vårdprogram 3). Tillgodoseende av fysiska behov beskrevs som att minska BMI/midjeomfång och riskfaktorer genom att uppmuntra till hälsosamma, viktreducerande kost- och motionsvanor och rökstopp (vårdprogram 1-4 & 6-8). Delaktighet togs upp som gemensamt beslutsfattande och att få göra egna val (vårdprogram 1-4 & 6-8). Enligt vårdprogrammen bör muntlig och skriftlig information ges i form av enkla standardiserade eller individualiserade råd (vårdprogram 1-8).

Resultatdiskussion

Psykiska och sociala behov

Psykiska behov gavs stort utrymme i vårdprogrammen och handlade om att utreda och behandla psykisk ohälsa för att förbättra förutsättningarna för en framgångsrik fetmabehandling (vårdprogram 1-4 & 6-8). Även att känslor av skuld och skam kan förknippas med sjukdomen nämndes i vårdprogrammen och att vårdgivare och patient tillsammans behöver arbeta för att öka motivation och självbild hos patienten (vårdprogram 3). En annan viktig sak som togs upp berörde bemötande och att det är viktigt att som vårdgivare inte vara dömande eller värderande när det handlar om att tala om vikt

(vårdprogram 3 & 7). Detta hade även kunnat utvecklas i de sociala behoven, eftersom detta förhållningssätt även kan påverka patienten i andra sociala sammanhang.

De sociala behov som togs upp i vårdprogrammen handlade om att motivera patienten genom behandling grupp (vårdprogram 3, 3 & 6), att involvera anhöriga (vårdprogram 3) och att kartlägga det sociala nätverket (vårdprogram 1, 3 & 7). De berörde också behovet att anpassa behandlingen efter patientens sociala livssituation (vårdprogram 1, 3 & 7). Ingen närmare beskrivning finns dock om vilken typ av social problematik personer med fetma kan uppleva. Enligt SBU (2002) bemöts feta människor med negativa attityder från omgivningen och diskrimineras såväl i samhället som inom vården. En brittisk studie som undersökte attityder hos människor som studerar till vårddyrken visar att de har mycket fördomar om feta människor, som till exempel att de är lata, ovilliga till rådgivning och att de har sig själva att skylla (Swift, Hanlon, El-Redy, Puhl & Glazebrook, 2012). Aimeé Ekman (2012) menar, i sin avhandling om feta människors upplevelser i samhället, att människor definieras och värderas utifrån sin kroppsstorlek. Detta sociala fenomen benämner hon som "viktordningen": där smala är i ordning och feta i oordning. Ekman (2012) menar att feta människor förminskas till sin övervikt och ställs utanför sociala sammanhang. Med tanke på dessa sociala svårigheter som Ekman (2012) beskriver anser uppsatsförfattarna att detta borde tas upp mer explicit i vårdprogrammen.

Andliga/existentiella behov

De andliga/existentiella behoven ges väldigt lite utrymme i vårdprogrammen. De nämns bara vid ett tillfälle och då handlar det om anpassning av mat till etiskt och religiöst synsätt (vårdprogram 3). Att andliga/existentiella behov är ett reellt behov som behöver tas i beaktande framkommer i Ekmans avhandling (2012), då hon undersökte vilket förhållande personer med fetma har till mat. Där handlar det dock inte om etik eller religion. Författaren upptäckte att ett flertal uttryckte att ätande var ett sätt att fylla ett existentiellt tomrum, som exempelvis brist på kärlek och närhet i barndomen, brist på spänning eller som en avsaknad av mening i tillvaron. I en vårdsituation kommer så småningom den objektiva distansen till den egna kroppen att förloras, som människa är man också sin kropp. En sjukdomsbild är därför inte ett objektivt betraktande av kroppen utan är samtidigt förknippad med det som är det egna jaget och har därför en existentiell dimension som kan väcka rädsla och ängslan hos patienten (Kristensson Ugglå, 2014). Patientens upplevelse av sjukdom behöver inte stämma överens med det medicinska tillståndet (Kristensson Ugglå, 2014). När innehållet i

vårdprogrammen i så låg utsträckning beskriver de andliga/existentiella behov en patient med fetma kan ha försvårar det möjligheten för patienten att uttrycka tankar och känslor rörande existentiella/andliga behov.

Fysiska behov

De fysiska behoven lämnades störst utrymme (vårdprogram 1-8). Eftersom fetmabehandling till stor del berör fysiska behov och förutsättningar som kost, motion och påverkan av vikt och BMI var detta förväntat. Inom de fysiska behoven finns dock andra behov som att t.ex. öka motivation till att äta mer hälsosamt eller röra mer på sig (vårdprogram 3), som då hamnar inom de psykiska behoven, därför är det viktigt att även andra behov tas upp i vårdprogrammen. Att skilja dessa behov åt är inte heller alltid enkelt eftersom det hela tiden finns olika dimensioner inom ett och samma område. Så även om mat är ett fysiskt behov så kan det finnas både andliga/existentiella, sociala och psykiska behov som påverkar en människas förhållningssätt till maten.

Delaktighet

Vårdprogrammen beskriver att patienten bör få vara delaktig i målsättning (vårdprogram 1-4 & 6-8), ändå beskrivs inte något annat mål med behandlingen än viktnedgång (vårdprogram 1-8). För att upprätthålla en personcentrerad vård behöver behandlingen stödja patienten i att komma fram till egna beslut och ge utrymme för egna prioriteringar (Fors, 2014). Vikt behöver inte vara det största problemet för individen när det handlar om fetma. Det kan istället till exempel handla om sociala problem, låg självkänsla eller annan problematik som hör samman med ätande (Ekman, 2012), som till viss del nämns i vårdprogrammen (2 & 3). Huvudmålet med en behandling behöver därför inte nödvändigtvis vara viktnedgång. Samtliga vårdprogram syftar till viktreduktion eller viktstabilitet vilket försvårar möjligheten att ha en icke-viktrelaterad målsättning. Innehållet i vårdprogrammen styr patienten mot en hälsosam viktreducerande livsstilsförändring, så fast behandlingen sker utifrån individens förutsättningar är interventionen redan förutbestämd. När vårdprogrammen inte beskriver att hälso- och sjukvården ska vara lyhörd för att patientens kan ha andra förväntningar på behandlingen än viktnedgång kan det att innebära ett hot mot en personcentrerad vård. När fokus ligger på viktreduktion handlar det istället om hälsopromotion (Fors, 2014). Med begreppet hälsopromotion menas att främja hälsan både hos enskilda personer och hos samhället i stort, vilket innebär att människan får hjälp att kontrollera de faktorer som kan påverka hälsan och motivera människor att göra mer hälsosamma val (Fors, 2014). Att ha ett

personcentrerat perspektiv ser uppsatsförfattarna som en förutsättning för att vården ska kunna ge den hjälp som patienten faktiskt efterfrågar.

Information

I patientlagen kap 3, paragraf 6 (SFS 2014:821) finns inskrivet att information ska anpassas efter mottagaren utifrån ålder, mognad, erfarenhet, språklig bakgrund och andra individuella förutsättningar. Hälften av vårdprogrammen (1-3 & 7) skriver om denna anpassning, medan övriga inte nämner detta över huvud taget. Med tanke på att det är något vården enligt lag ska ta hänsyn när det gäller information till anser uppsatsförfattarna att fler vårdprogram bör lägga fokus på detta.

Vårdprogrammen i förhållande till samhälle, vård och individ

Fetma är idag ett stort växande problem i samhället. Det är också ett problem som vården har svårt att komma tillrätta med och som kostar vården mycket pengar och resurser (SBU, 2002). Studier har visat att en personcentrerad vård leder till färre besök i vården och därför är kostnadseffektiv (Bertakis & Azari, 2011). Förekomsten av fetma skiljer sig regionalt i landet. Storstadskommuner ligger lägst i antal människor med övervikt och fetma och glesbygdskommuner ligger högst i antal (Folkhälsomyndigheten, 2017). Enligt resultatet från denna studie saknades vårdprogram i ett flertal glesbygdsområden samtidigt som de mest omfattande vårdprogrammen fanns i tätbefolkade områden, såsom Stockholm och Skåne. Avsaknaden av ett regionalt vårdprogram kan resultera i sämre förutsättningar för god behandling av personer med fetma. Att de regioner som har störst behov av god vård för personer med fetma har sämre förutsättningar bidrar till en ojämlik vård i Sverige. Enligt lag (SFS:1982:763) ska alla människor i Sverige få vård på lika villkor. Vårdprogrammen bör syfta till att patienterna ska få en jämlik och god vård (NFSD, 2017). När vårdprogrammen skiljer sig i innehåll avseende personcentrerad vård finns det också en risk att vården inte blir jämlik beroende på var någonstans i Sverige den utförs.

Eldh, Ekman och Enfors (2008) menar att när vården brister i att uppmärksamma och lyssna till patienten leder det till osäkerhet och missnöje. De fann att patienter som har erfarenheter av att vården är organisationsinriktad snarare än personcentrerad var mindre benägna att söka vård. Detta styrker betydelsen av personcentrerad vård för individen och varför det är av värde att ha ett personcentrerat förhållningssätt i vårdprogrammen. Vårdprogrammen kan ses som en guide för vårdgivaren och ett stöd i hur en patient ska tas om hand på bästa sätt

(NFSD, 2017). Det är svårt för uppsatsförfattarna att uttala sig om vårdprogrammen följs till punkt och pricka i svensk hälso- och sjukvård. Ett vårdprogram säger heller inget om hur relationen mellan den enskilde vårdgivaren och vårdtagaren ser ut. Denna studie speglar således inte den omvårdnad som utförs i praktiken.

Metoddiskussion

För att besvara studiens syfte och frågeställning användes en riktad innehållsanalys som metod (Hsieh & Shannon, 2005). Som datainsamlingsmetod valdes att göra en insamling av Sveriges landsting och regioners vårdprogram för behandling av vuxna personer med fetma. Metoden svarade väl mot frågeställningen och fungerade bra för att sortera upp vårdprogrammets textmassa till hanterbara enheter utifrån de olika kategorierna. Svagheter med en innehållsanalys i denna studie var att texterna i vårdprogrammen redan var väldigt komprimerade. Det var svårt att sortera ut innehållet eftersom meningarna hängde ihop med både föregående och efterföljande text och dessutom med rubriken. Textstyckena som valdes ut blev därför ofta långa för att undgå risken att de skulle förlora sin betydelse.

Analysmetoden var också tidskrävande då vissa vårdprogram var upp till drygt 100 sidor långa. Författarnas brist på erfarenhet av textanalys var också en svaghet.

De vårdprogram som fanns på landstingens och regionernas hemsidor var lätta att hitta. Det fanns dock svårigheter med att ta reda på vilka övriga som fanns och vilka regioner/landsting som saknade. Det var oklart vem som ansvarar för vårdprogrammen och ordet vårdprogram används heller inte överallt, på en del ställen kallas dokumenten riktlinjer och ytterligare på andra ställen vårdprocessprogram. Författarna har fått svar från personer i varje landsting som på något sätt arbetar med fetma, folkhälsa eller publicering av vårdprogram med bekräftelse om att vårdprogram saknas i förekommande fall respektive att de existerar och är aktuella i förekommande fall. Detta gör att sannolikheten att alla Sveriges vårdprogram finns med i studien är hög, vilket stärker studiens tillförlitlighet. När resultatet presenteras har författarna har använt sig av citat i texten för att styrka textens innehåll och öka studiens trovärdighet. För vetenskapliga studier är det ett krav att redovisa att godkännande från en etisk kommitté finns (Forsberg & Wengström, 2008). Vårdprogrammen inkluderade i denna studie har inte redovisat några etiska överväganden. Författarna kan därför inte säkerställa att de analyserade innehållet i denna studie bygger på etisk beprövad kunskap.

Kliniska implikationer

Resultaten av denna studie kan användas som stöd för de regioner och landsting som vill revidera sina redan befintliga vårdprogram eller för de regioner och landsting som väljer att skriva nya vårdprogram. Eftersom vården i Sverige har visat sig ha brister i personcentrerad vård är det motiverat att de vårdprogram som skrivs idag lägger större fokus på att vara lyhörd för att patienten kan vilja ha andra mål med behandling än viktreduktion och att se till människans alla behov. Denna studie kan komma att utgöra ett stöd för förbättringsarbete i Sveriges landsting och regioner, samt belysa kunskapsluckor och behov av vidare forskning.

Slutsats

I vårdprogrammen togs hänsyn till individens psykiska och sociala förutsättningar i behandlingen, liksom fysiska behov, relaterat till viktnedgång. Individens egna val och beslut samt individanpassad information diskuterades i vårdprogrammen. I vårdprogrammen fanns brister i att upprätthålla en personcentrerad helhetssyn då tillgodoseende av andliga/existentiella behov inte beskrevs lika utförligt som psykiska, sociala och fysiska behov.

REFERENSER

- Bergbom, I. (2015). Vårdande kompetens, personcentrerad vård och organisationer. I J. Leksell & M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (s. 111-134). Stockholm: Liber.
- Bertakis, K. D. & Azari, R. (2011). Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. *The Journal of the American Board and Family Medicine*, 24(3), 229-39. doi: 10.3122/jabfm.2011.03.100170
- Centrum för forsknings- & bioetik, Uppsala universitet. (i.d.). *CODEX: Regler och riktlinjer för forskning*. Vetenskapsrådet. Hämtad 9 februari, 2018, från <http://www.codex.vr.se/index.shtml>
- Edberg, A. (2013). *Omvårdnad på avancerad nivå - kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. (1. uppl). Lund: Studentlitteratur.
- Ekman, A. (2012). *Ett fett liv: En artikulering av viktordningen på bas av överviktiga människors erfarenheter*. Doktorsavhandling, Linköpings universitet, Institutionen för medicin och hälsa. Hämtad 19 december, 2017, från <http://liu.diva-portal.org/smash/get/diva2:548637/FULLTEXT01.pdf>
- Ekman, I. & Norberg, A. (2013). Personcentrerad vård - teori och tillämpning. A. K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå - kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (s. 29-61). Lund: Studentlitteratur.
- Eldh, A. C., Ekman, I. & Ehnfors, M. (2008). Considering patient non-participation in health care. *Health Expect.*, 11(3), 263-71. doi: 10.1111/j.1369-7625.2008.00488.x
- Elfhag, K. (2007). Sociala och psykologiska aspekter. I A. K. Lindroos & S. Rössner (Red.), *Fetma: från gen- till samhällspåverkan* (s. 213-223). Lund: Studentlitteratur.
- Folkhälsomyndigheten. (2017). *Förslag till åtgärder för ett stärkt, långsiktigt arbete för att främja hälsa relaterad till matvanor och fysisk aktivitet*. Folkhälsomyndigheten. Hämtad 21

november, 2017, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/f/forslag-till-atgarder-for-ett-starkt-langsiktigt-arbete-for-att-framja-halsa-relaterad-till-matvanor-och-fysisk-aktivitet/>

Fors, A. (2014). Personcentrerade samtal inom hälsopromotivt arbete. I I. Ekman (Red), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik* (s. 226-244). Stockholm: Liber.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). Att göra systematiska litteraturstudier – Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. Stockholm: Natur och kultur.

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001

Hsieh, H. F. & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-88. doi: 10.1177/1049732305276687

Kristensson Ugglå, B. (2014). Personfilosofi - filosofiska utgångspunkter för personcentrering inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik* (s. 21-68). Stockholm: Liber.

Larsson, I. & Rössner, S. (2015). *Fetma i primärvården*. Lund: Studentlitteratur.

Lindroos, A.K. & Rössner, S. (2007). *Fetma från gen- till samhällspåverkan*. Lund: Studentlitteratur.

Lindroos, A. K. & Rössner, S. (2007). Algoritm för behandlingsprinciper. I A. K. Lindroos & S. Rössner (Red.), *Fetma: från gen- till samhällspåverkan* (s. 365-370). Lund: Studentlitteratur.

Livsmedelsverket. (2017). *Övervikt och fetma*. Livsmedelsverket. Hämtad 19 maj, 2017, från <https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/sjukdomar-allergier-och-halsa/overvikt-och-fetma>

Lönnqvist, F. (2007). Fettceller, fettväv och kroppssammansättning. I A. K. Lindroos & S. Rössner (Red.), *Fetma: från gen- till samhällspåverkan* (s. 21-43). Lund: Studentlitteratur.

Myndigheten för vårdanalys. (2012). *Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård*. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.

Narbo, K. & Neovius, M. (2007). Hälsoekonomi. I A. K. Lindroos & S. Rössner (Red.), *Fetma: från gen- till samhällspåverkan* (s. 341-352). Lund: Studentlitteratur.

Nationella Funktionen Sällsynta Diagnoser. (2017). *Vårdprogram och riktlinjer*. NFSD. Hämtad 28 maj, 2017, från <http://www.nfsd.se/om-sallsynta-diagnoser/Vardprogram-och-riktlinjer/>

Rand, K., Vallis, M., Aston, M., Price, S., Piccinini-Vallis, H., Rehman, L. & Kirk, S. F. L. (2017). "It is not the diet; it is the mental part we need help with." A multilevel analysis of psychological, emotional, and social well-being in obesity. *International Journal of Quality Studies on Health and Well-being*, 12(1). doi: 10.1080/17482631.2017.1306421

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763

SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Sveriges Riksdag. Hämtad från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

Sjöström, L. (2013). Review of the key results from the Swedish Obese Subjects (SOS) trial: a prospective controlled intervention study of bariatric surgery. *Internal Medicine Journal*, 273(3), 219-34. doi: 10.1111/joim.12012

Socialstyrelsen. (i.d.). *Nationella Riktlinjer*. Hämtad 30 november, 2017, från <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer>

Socialstyrelsen. (2011). *Så kan vården bli mer jämlik*. Socialstyrelsen. Hämtad 25 maj, 2017, från <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2011december/sakanvardenblimerjamlik>

Sullivan, M., Karlsson, J. & Ryden, A. (2007). Livskvalitetsmätningar. I A. K. Lindroos & S. Rössner (Red.), *Fetma: från gen- till samhällspåverkan* (s. 203-211). Lund: Studentlitteratur.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2002). *Fetma - problem och åtgärder*. (SBU-rapport 160). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Svensk förening för övre abdominell kirurgi. (2009). *Nationella indikationer för obesitaskirurgi*. SFOK Hämtad 16 november, 2017, från http://www.sfoak.se/wp-content/niok_2009.pdf

Svensk Sjuksköterskeförening. (2016). *Personcentrerad vård*. SSF. Hämtad 19 november, 2017, från https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Svensk_sjukskoterskeforening_om/Personcentrerad-vard/

Sveriges Kommuner och Landsting. (2017). *Fakta om kommuner, landsting och regioner*. SKL. Hämtad 21 november, från <https://skl.se/tjanster/kommunerlandsting/faktakommunerochlandsting.432.html>

Swift, J. A., Hanlon, S., El-Redy, L., Puhl, R. M. & Glazebrook, C. (2013). Weight bias among UK trainee dietitians, doctors, nurses and nutritionists. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 26(4), 395-402. doi: 10. 1111/jhn. 12019

World Health Organization. (2017). *Obesity and overweight*. WHO. Hämtad 11 november, 2017, från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

BILAGOR

Bilaga 1. Lista över vårdprogram som inkluderades i studien

1. Jönköping, Kalmar & Kronoberg

Sydöstra sjukvårdsregionen. (2015). *Fetma bland vuxna*. Vårdriktlinjer. Giltigt för Region Jönköpings län, Landstinget Kalmar län & Region Kronoberg.

2. Skåne

Region Skåne. (2015). *Vårdprogram för övervikt och fetma hos vuxna*. Vårdprogram.

3. Stockholm

Stockholms läns landsting. (2016). *Övervikt och fetma - regionalt vårdprogram*. Vårdprogram.

4. Södermanland

Landstinget Sörmland. (2017). *Riktlinjer för handläggning av fetma*. Vårdriktlinjer.

5. Uppsala

Landstinget i Uppsala län. (2016). *Övervikt och fetma hos vuxna*. Vårdriktlinjer.

6. Västra Götaland

Västra Götalandsregionen. (2017). *Beslutsstöd övervikt och fetma*. Vårdprogram.

7. Örebro

Region Örebro län. (2017). *Vård vid övervikt och fetma - vuxna*. Vårdriktlinjer.

8. Östergötland

Region Östergötland. (2014). *Vårdprocessprogram Fetma (vuxna)*. Vårdprocessprogram.