

Perioperativa utmaningar med anestesi för överviktiga patienter

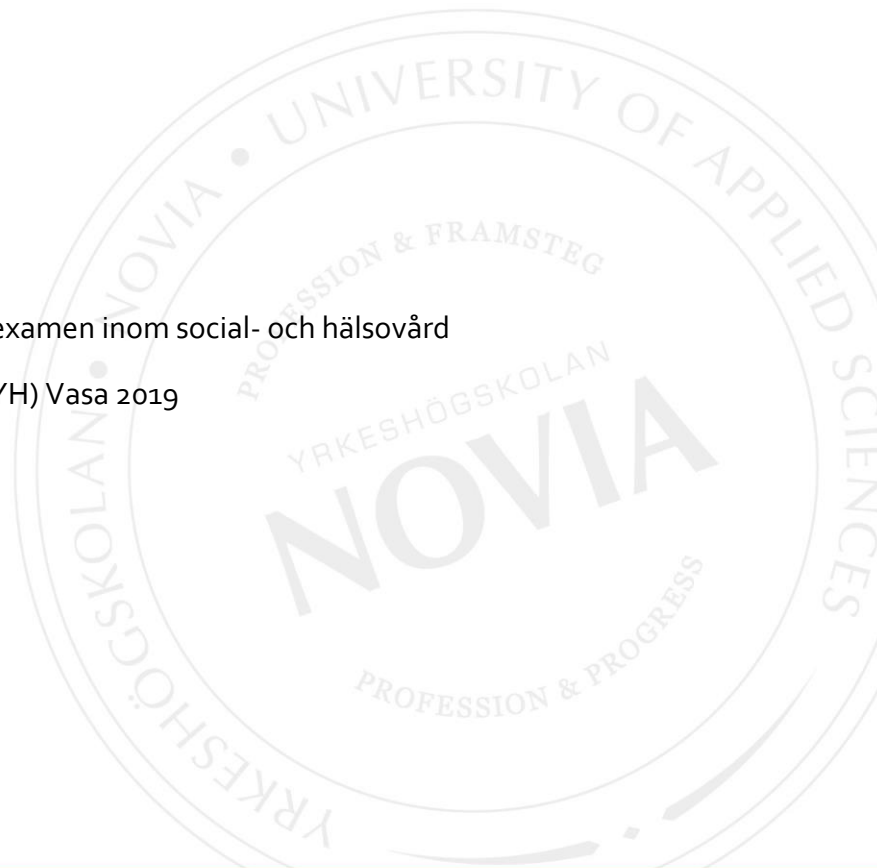
- En systematisk litteraturöversikt

2019

Mikael Pellas

Examensarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Sjukskötare (YH) Vasa 2019



EXAMENSARBETE

Författare: Mikael Pellas

Utbildning och ort: Sjukskötare, Vasa

Handledare: Irén Vikström

Titel: Perioperativa utmaningar med anestesi för överviktiga patienter – En systematisk litteraturöversikt.

Datum 18.4.2019

Sidantal 44

Bilagor 7

Abstrakt

Antalet människor med övervikt och fetma ökar globalt och men också behov av kirurgisk behandling. Övervikten och fetman tillsammans med dess följsjukdomar leder till utmaningar i det perioperativa arbetet. Där behövs mera kunskap allt från bemötandet till de fysiologiska förändringar som fetman påverkar.

Syftet med studien är att belysa vilka perioperativa utmaningar som finns hos överviktiga patienter. Frågeställningarna lyder "Hur upplever sjukskötaren att vårda överviktiga patienter? Hur upplever människor med övervikt och fetma bemötandet av sjukvårdspersonal i vården?"

Metoden är en systematisk litteraturöversikt med tio vetenskapliga artiklar där innehållsanalys användes som analysmetod.

Resultatet visar att attityder och fördomar mot människor med övervikt och fetma fortfarande existerar i sjukvården. Marginaliseringen syns hos sjukskötare och skapar mera lidande hos patientgruppen. Sjukskötare önskar träning i kommunikation kring känsliga ämnen och mera praktisk kunskap i hantering av patientgruppen. Brist på passande hjälpmedel, utrustning och ökat behov av antal sjukskötare per patient skapar utmaningar i det perioperativa arbetet.

Språk: Svenska

Nyckelord: Perioperativ, Utmaningar, Övervikt, Fetma, Anestesi, Sjukskötare

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Mikael Pellas

Koulutus ja paikkakunta: Sairaanhoidaja, Vaasa

Ohjaaja(t): Irén Vikström

Nimike: Hoitotyön perioperatiiviset haasteet anestesiolla ylipainoisille potilaille.

Päivämäärä 18.4

Sivumäärä 44

Liitteet 7

Tiivistelmä

Lihavien ja ylipainosten ihmisten määrää kasvaa maailmanlaajuisesti, niin kuin operatiivisten hoidon tarve. Obesiteetin ja ylipainon liitännäissairaudet aiheuttavat haasteita perioperatiivisessa työssä. Tarvitaan enemmän tietoa ja taitoa kyseisten potilaiden kohteluissa sekä lihavuuden aiheuttamien fysiologisten muutosten ymmärtämisessä.

Tutkimuksen tarkoituksena on perioperatiivisten haasteiden selvittäminen. Lisäksi saada vastaukset seuraaviin kysymyksiin: miten sairaanhoidaja kokee ylipainosten potilaiden hoitoa? Miten lihavuudesta ja ylipainosta kärsivät potilaat kokevat terveydenhuollon ammattilaistentapaamista hoitoa?

Käytetty menetelmä on laadullinen kirjallisuustutkimus jossa analyysimenetelmä sisältyy analyysiin.

Lopputulos viittaa siihen että terveydenhuollon henkilökunnan keskellä on edelleen olemassa marginalisoituminen sekä ennakkoluulo lihavia potilaita kohtaan. Samanaikaisesti sairaanhoitajat toivovat käytännöllistä tietoa arkaluonteisessa aiheessa joten ylipainosten potilaiden tapaaminen sekä hoito onnistuisi mahdollisimman hyvin.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: Perioperatiivinen, Haasteet, Ylipaino, Lihavuus, Anestesia, Sairaanhoidaja

BACHELOR'S THESIS

Author: Mikael Pellas

Degree Programme: Nurse, Vaasa

Supervisor(s): Irén Vikström

Title: Perioperative nursing challenges with anesthesia for overweight patients.

Date 18.4

Number of pages 44

Appendices 7

Abstract

The number of people with overweight and obesity is still increasing globally but also in need of surgical treatment. Overweight and obesity along with its sequelae leads to challenges in the perioperative work. There's a gap of knowledge of how the nurses receive these patients and the physiological changes that are caused by the obesity.

The aim of the study is to illumine perioperative challenges that nurses face with overweight and obese patients. The questions are: "How does the nurse experience caring for overweight patients? How do people with overweight and obesity experience the treatment of healthcare professionals?"

The metod used is a systematic literature review with ten scientific articles where content analysis was used as an analytical method.

The result shows that attitudes and prejudices against people with overweight and obesity still exist in health care. The marginalization is seen in nurses and creates more suffering in the patient group. Nurses want training in communication about sensitive subjects and more practical knowledge in managing the patient group. Lack of suitable tools, equipment and increased need for nurses per patient creates challenges in the perioperative work.

Language: Swedish

Key words: Perioperative, Challenges, Overweight, Obesity, Anesthesia, Nursing

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Syfte.....	2
3	Begrepp förklaring	2
4	Bakgrund	3
	4.1 Övervikt och fetma	3
	4.2 Body Mass Index	3
	4.3 ASA-klassificering.....	4
	4.4 Respiratoriska systemet och sjukdomar	5
	4.5 Kardiovaskulära systemet och sjukdomar.....	6
5	Preoperativ bedömning.....	6
6	Intraoperativa utmaningar.....	8
	6.1 Monitorering.....	9
	6.2 Positionering.....	9
	6.3 Intubation	10
	6.4 Farmakokinetik och läkemedel	11
	6.5 Extubation.....	12
7	Postoperativa utmaningar.....	12
8	Tidigare forskning	14
9	Teoretisk referensram	15
10	Metod	16
	10.1 Datainsamling.....	17
	10.2 Sökningsdagbok.....	19
	10.3 Dataanalys.....	21
11	Resultat.....	23
	11.1 Kontext.....	23
	11.1.1 Bemötande	23
	11.1.2 Kommunikation	24
	11.1.3 Marginalisering.....	24
	11.2 Kompetens.....	25
	11.2.1 Sjukskötarens kunskap	25
	11.2.1 Fördjupning.....	25
	11.2.2 Personal- och patientsäkerhet	26
	11.3 Själsliv.....	26
	11.3.1 Fördomar.....	26
	11.3.2 Attityder.....	26
	11.3.3 Barriär	27

11.4	Medel	27
11.4.1	Tillgång.....	27
11.4.2	Resurser	28
12	Tillförlitlighet och kritisk granskning.....	28
13	Diskussion	29
13.1	Resultatdiskussion	29
13.2	Metoddiskussion	32
13.3	Slutledning.....	33
Källor	39
Bilagor	44

1 Inledning

Lindwall (2012, s.62-64) berättar att patienter med fetma har flera gånger varit med om negativt bemötande från hälso- och sjukvårdspersonal eller omgivningen.

Idag ökar förekomsten av fetma hos människan snabbare än någonsin. Enligt WHO år 2016 var 39% av den vuxna befolkningen i världen överviktiga. Totalt 13% var feta. Övervikten och fetman riskerar bidra till flera kroniska sjukdomar såsom diabetes, cancer, muskuloskeletal- och kardiovaskulära sjukdomar men också lungsjukdomarna astma och obstruktiv sömnapné. (Kunnari, 2013; WHO, 2018) Runt om i världen dominerar fetman och mera människor dör på grund av övervikt än av undervikt. (WHO, 2018)

Hovind (2013) skriver "Många överviktiga har nedsatt hälsorelaterad livskvalitet jämfört med normalviktiga, både när det gäller utförandet av dagliga göromål och arbete." Eftersom ökningen av fetma blir allt vanligare, kommer naturligtvis förekomsten av dessa patienter i operationssalen också att öka. (Hovind, 2013; WHO, 2018) Det medför extra förberedelse och hänsyn perioperativt. Fetman är en grundläggande riskfaktor som beskrivs i skilda kapitel i anesthesiologins litteratur och därför finns orsak att skapa ett arbete som fokuserar och upplyser om vilka utmaningar samt rubbningar fetman står för. (Hovind, 2013; Kunnari 2013; Nightingale, 2015)

Attitydförändring och annorlunda respekt gentemot personer med fetma medför endast mera skuld, svårare lidande och skamkänslor. (Lindwall, 2012, 68) Mera kunskap om bemötandet, förberedandet och hur man förutser risker för denna patientgrupp har betydelse för personen som blir opererad samt för alla medverkande yrkespersoner i operationssalen och även för kostnaderna som hänför sig till operationen.

Det finns redan undersökningar av patienter som blir opererade på grund av fetman, så kallade bariatrisk patienter, som t.ex. Heinrich (2014). Men människor med övervikt och fetma söker inte endast vård och blir inte endast opererade med fokus på fetman. I detta arbete presenteras först allmänt om övervikt, dess fysiologiska förändringar hos människan och vad sjukskötaren bör observera mera noggrant hos patientgruppen under hela operationsfasen. Därefter letar arbetet kunskap om upplevelser från sjukskötare- och patientperspektiv som presenteras till sist i resultatet och diskuteras.

2 Syfte

Syftet med studien är att belysa vilka perioperativa utmaningar som finns vid anestesi för överviktiga patienter. Frågeställningarna lyder “Hur upplever sjukskötaren att vårda överviktiga patienter? Hur upplever människor med övervikt och fetma bemötandet av sjukvårdspersonal i vården?”

3 Begrepp förklaring

Anestesi = Bedövningsmedel som skapar bortfall av känsel, värme, kyla och beröring.

Anesthesiologi = Läran om bedövningsmedel och bedövning.

Bariatrik = Överviktskirurgi.

CC = “Closing Capacity”, mått på volymen i de minsta luftvägarna då de börjar kollapsa.

Compliance = Hur lätt lungan kan expanderas, ”eftergivligheten” i lungorna.

ERV = Den volym i lungorna som ytterligare kan andas ut efter en vanlig utandning, ”expiratoriska reservvolymen”.

ETCO₂ = Koncentrationen av koldioxid som andas ut.

FiO₂ = Koncentrationen av syre som andas in.

FRC = ”Funktionella residual kapaciteten”, den volym som lämnar kvar i lungorna efter vanlig utandning.

Kroppens energidynamik = Balansen mellan intag och förbrukning av energi.

Magens mikrobiom = Mikroorganismer i mag-tarmkanalen.

Obstetrik = Läran om förlossning och graviditet.

Patientgruppen = Människor (patienter) med övervikt eller fetma.

PEEP = Förhöjt motstånd i utandningen som hjälper till att lungornas minsta delar inte faller ihop.

RV = Vid maximal forcerad utandning lämnar det kvar en volym som kallas residualvolym.

TLC = Största möjliga volym lungan kan innehålla, ”total lungkapacitet”.

4 Bakgrund

4.1 Övervikt och fetma

Definitionen av fetma och övervikt enligt Världshälsoorganisationen (WHO) är då kroppen ansamlar och innehar överdriven mängd fett som har direkt negativ inverkan på hälsan. Övervikt och fetma föreligger då kroppen har mera kroppsfett än normalt på grund av obalans i intag och förbrukning av energi. (WHO, 2018) Senaste forskningen visar att kroppens energidynamik inte bara beror på obalans av mängden kalorier in och ut men grundar sig även på magens mikrobiom som fått forskarnas uppmärksamhet världen över till att börja studera på djupet. (Pearlmutter, 2018)

Enligt FinTervey:s rapport från 2018-04 handlar det om kring 2,5 miljoner vuxna finländare med övervikt eller fetma. Relativt vanliga förekomster av följsjukdomar hos finländarna med fetma är hypertoni, typ 2 diabetes och knäartros. (Mustajoki, 2013) Förutom att fetman kan bidra till olika sjukdomar, ökar den även risken att dö i förtid. (Karpakka, 2016) Nästan varannan vuxen är fet rund midjan och vart fjärde vuxen har fetma. Under de senaste sex åren har man också märkt en ökning av fetma i arbetsför ålder. Fetman är också en av de stora riskerna till begränsning av rörelseförmågan hos äldre. I Finland uppskattar THL:s forskning om årliga kostnader på 330 miljoner euro som orsakas av fetma. Det är högre kostnader än vad som orsakas direkt av rökning. (Institutet för hälsa och välfärd, 2013)

En studie på 545 patienter visade att fetma bidrar till mera sjukhusdödlighet, längre sjukhusvistelse, mera intensivvård, behov av mekanisk ventilation och högre kostnader i relation till stigande kroppsmasseindex. (Westerly & Dabbagh, 2010)

4.2 Body Mass Index

Kroppsmasseindex eller Body Mass Index, står för ett mått som går att kalkylera genom att ta kroppsvikten i kilogram delat med längden (meter) i kvadrat, $BMI = \text{kg} / \text{m}^2$. Man är intresserad av beräkningen för att kunna bestämma och gruppera vuxna människors övervikt och fetma. (Hovind, 2013; Mustajoki, 2018)

(Tabell 1. *Klassifikation av BMI.*)

BMI	Klassifikation
<18,5	Undervikt
18,5-24,9	Normalvikt
25,0-29,9	Övervikt (WHO: Förstadigt fetma)
30,0-34,9	Fetma (klass 1)
35,0-39,9	Svår fetma (klass 2)
>40,0	Sjuklig fetma (klass 3)

Vid grupperingen ovan går det att utläsa vilka risker som personen kan utsättas för. BMI går inte att använda som tillförlitligt mätinstrument till alla patienter eftersom två olika människor med samma BMI kan ha olika risker beroende på hur mycket och var fett på kroppen är distribuerat. (WHO, 2018) Människor med förhöjt BMI under lång tid har större risk att få kroniska sjukdomar. Däremot framkommer det att överviktiga som aktivt upprätthåller sin hälsa behöver inte alls få följsjukdomar eller ha större risk för mortalitet. (Hovind, 2013, 413) *Visceral fetma*, eller fetma som ansamlas runt buken, hör till den mer ohälsosamma varianten som i större grad påvisats utveckla följsjukdomar. (Hovind, 2013; Karpakka, 2016) En noggrannare bild av mängden fettvävnad fås genom viktindex och att mäta midjans omkrets. Omkrets på >100cm för män eller >90cm för kvinnor räknas till bukfetma. (Tarnanen, et.al. 2011; Karpakka, 2016) Enligt de relativt nya riktlinjerna i ämnet konstaterar Nightingale (2015) att central bukfetma bidrar till större risker perioperativt. (Tarnanen, et.al. 2011)

4.3 ASA-klassificering

En operation medför alltid belastning på kroppen och därför behöver allmänna hälsotillståndet värderas på förhand. ASA-klassificeringen grundar sig på allmänklinisk status, EKG och laboratorieresultat. (Metsämäki, 2013) ASA är indelat i fem riskgrupper. Varje grupp berättar vikten av försiktighet till anestesipersonalen och vad som måste beaktas samt förberedas för att minimera eventuella komplikationer. (Almå, 2011, 278)

(Tabell 2. ASA-klassifikation.)

1 ASA	Frisk >1årigt barn eller <65årig person
2 ASA	<1årigt barn eller >65årig person med stabil allmänsjukdom
3 ASA	Patient med allvarlig allmänsjukdom som begränsar åtgärder
4 ASA	Patient med allvarlig livshotande sjukdom
5 ASA	Dödligt sjuk patient

4.4 Respiratoriska systemet och sjukdomar

Anestesi ökar komplikationer främst hos andnings-, och cirkulationsorganen vilka är påverkade på grund av fetman. (Almås, 2011, 271-272; Metsämäki, 2013), men tack vare bättre möjligheter av monitorering och mer utvecklade anestetika, har riskerna minskat. Man känner till att stressresponsen av kirurgin bidrar till ökat energi- och syrebehov. (Almås, 2011, 270-271)

Luftvägarna och ventilationen hos överviktiga är förändrade jämfört med normalviktiga. Lungvolymen är reducerad på grund av lungans sänkta eftergivlighet (compliance), som orsakas av att inälvorna pressas mot diafragman. Överviktiga har mera syreförbrukning och koldioxidproduktion. Det leder till en kompensering funktion där andningsfrekvensen är förhöjd och tidalvolymen sänkt, (Hovind, 2013, 414-416) som därtill kan konstateras redan i viloläge. (Barash, 2010, 1277) Den expiratoriska reservvolymen (ERV), funktionella residualkapaciteten (FRC) och totala lungkapaciteten (TLC) sänks och har negativ inverkan på gasutbytet. Plant liggande ställning hos överviktiga bör undvikas då FRC kan understiga closing capacity (CC). Hos normalviktiga upprätthålls luftvägarna öppna genom att FRC förhåller sig ständigt på en högre nivå än CC. Adderas anesthesi till liggande ställningen ökar risken drastiskt för shunting, atelektasbildning och arteriell hypoxemi. (Hovind, 2013, 414-416)

Obstruktiv sömnapné är en sjukdom som förekommer hos 2/3 överviktiga eller feta människor. Under sömnen relaxeras musklerna som stöder övre luftvägarna och kan helt eller delvis blockera luftpassage. Sjukdomen påverkar ventilationen genom att dämpa

andningen eller med återkommande andningsuppehåll (minst 10 sekunder). Längre andningsuppehåll gör att man omedvetet eller medvetet vaknar för en kort stund. I längden förändras alltså sömnkvalitén. (Anttalainen, Pahkala., 2018). Överviktiga patienter kan visa täcken på obstruktiv sömnapné, men största delen av dem har inte fått tillståndet diagnostiserat. (Hovind, 2013; Nightingale, 2015) Det ökar risken ytterligare postoperativt för hypoxi. Obehandlad sömnapné belastar sympatiska nervsystemet vilket påverkar negativt på den kardiovaskulära hälsan och ökar risken för diabetes typ 2. (Hengitysliitto, 2019)

4.5 Kardiovaskulära systemet och sjukdomar

Stressresponsen av kirurgin höjer blodtrycket och pulsen. (Almås, 2011, 270) Över hälften av alla överviktiga personer har litet eller måttligt förhöjt blodtryck. (Hovind, 2013, 416-417) Hos dem förekommer också förhöjd blodvolym, förtjockad vänster kammare och ökad hjärtminutvolym. (Barash, 2010, 1277) Läkning av sår är sämre då fett har bristande kärlförsörjning vilket bidrar till längre läkningstid och större infektionsrisk. (Almås, 2011, 277)

En reduktion i det respiratoriska systemet förknippas med följsjukdomar hos det kardiovaskulära. (Hovind, 2013, 414-417) Via blodbild kan erytrocytos upptäckas som kan vara en indikator för hypo-ventilation. (Syrjälä, et.al. 2012) Det i sin tur ger förhöjd risk att utveckla djup ventrombos, ischemisk hjärtsjukdom och cerebrovaskulär sjukdom. (Hovind, 2013, 416) Till stressresponsen hör också ökad koagulationsförmåga. (Almås, 2011, 270) Har man fetma är det mer sannolikt för proppbildning som djup ventrombos, hjärtinfarkt och stroke. (Nightingale, 2015)

5 Preoperativ bedömning

I bedömningen går man igenom patientens förhandsuppgifter som journal, röntgenbilder, laboratorieresultat och aktuella läkemedel. (Almås, 2011, 273; Metsämäki, 2013) Lämpligheten för att bli opererad och återhämtningen kartläggs. Det görs olika undersökningar av riskfaktorers inverkan på t.ex. grundsjukdomar, sedan undersöks nuvarande tillståndet, premedicinering och fastetid bestäms och där efter förbereds patienten inför operationen. (Almås, 2011, 273) Det betyder att patienten helst skall undersökas av en läkare bra i god tid före operationstillfället. (Lundberg, 2011) Speciellt människor med fetma undersöks noggrant då incidensen med andra sjukdomar är större. (Koivusipilä & Tarnanen & Jalonen

& Mattila, 2015) Metabolt syndrom och visceral fetma är högrisk faktorer som kan bidra till komplikationer intraoperativt. (Nightingale, 2015)

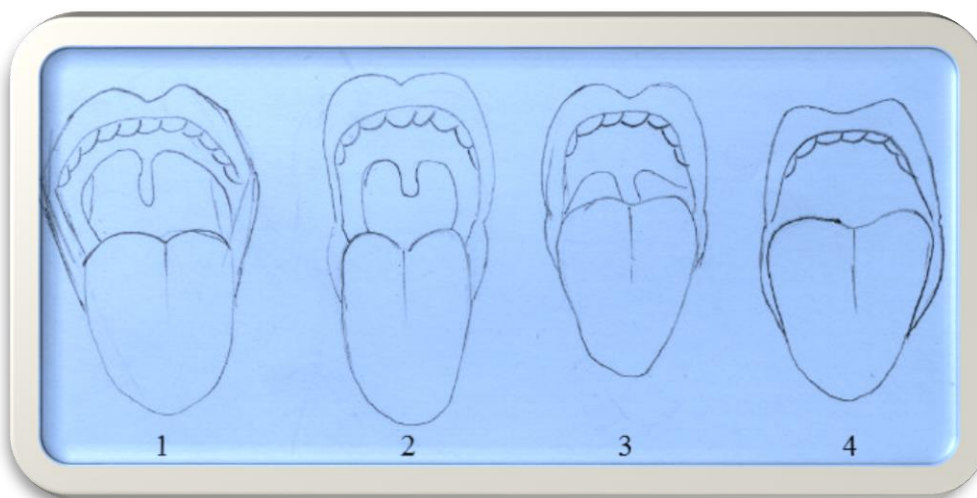
Sjukskötaren stöder sig på kirurgens information och skapar en dialog med öppna frågor till patienten. Kommunikationen skall vara tydlig med rätt språk så patienten blir förstådd. (Hovind, 2013) Det strävas till att patienten får så få kontaktpersoner som möjligt under tiden av förberedandet. (Almås, 2011, 279-280) God information om operationen och dess risker gör att patienten klarar sig bättre genom hela åtgärden. (Syrjälä, et.al. 2012; Hovind, 2013) I mån av möjlighet vore det optimalt med ett skilt rum där det går att sitta i lugn och ro för samtalet. Sjukskötaren identifierar individuella behov som patienter har, informerar vilken anesthesi som planeras, hur bedövningen eller sövningen går till, ger stöd och svarar på frågor. (Almås, 2011, 279-282) Vissa kan vara mer i behov av omsorg och närhet medan andra kan behöva prata om allt tankarna kretsar kring. Möjligheter kunde erbjudas att samtala med flera personer samtidigt som skall genomgå identisk anesthesi och operation, eftersom det kan vara till fördel att inte känna sig ensam. (Hovind, 2013, 333-335)

Syftet med det preoperativa samtalet är att patientens känslor, tankar och beteende beaktas och stöds, samt den aktuella statusen observeras inför operation. Det hör till som sjukskötare att respektera och ge trygghet. (Hovind, 2013, 333-335)

Man mäter vikt (kg) och längd (m) för att få grepp om den överviktigas BMI. Dessutom mäts ytterligare alltid bukomkretsen hos patienter med BMI>25. (Karpakka, 2016) Andning och cirkulation är stort fokus. Hemodynamiken måste grundligt kontrolleras eftersom den är direkt påverkad av fetman. Skötaren samlar in objektiv- och subjektivdata preoperativt för bedömning av aktuell klinisk status. Syremättnaden mäts i rumsluft utan tilläggssyre men ifall det handlar om operation i thorax- eller bukregionen beställs också arteriella blodgasvärden och lungröntgenbild. Andra relevanta blodprov för denna patientgrupp att undersöka preoperativt förutom de vanligaste rutinproven (blodbild, blodgrupp + antikroppar och förenlighetstest) är blodglukos. (Hovind, 2013; Metsämäki, 2013; Mäkinen, 2013) Under tiden syremättnaden mäts observeras andningen och så kan man fråga om tecken på sömnapné. (Hovind, 2013, 414-415) Det som påverkar luftpassage och assisterad tillförsel av syre är hur bra patienten öppnar munnen, hur bra insyn man får till struphuvudet och nackrörelser (huvudet bakåt), som också är relaterad till själva intuberingen. (Almås, 2011; Metsämäki, 2013) Resultat av blodtrycksmätningen kan vara otillförlitlig om manschettens inte är anpassad till den överviktigas storlek på överarmarna. Om tillförlitligt svar är svårt att få eller om mätningen inte alls lyckas måste invasiv-blodtrycksmätning

övervägas och rapporteras i god tid till ansvarige läkare. (Hovind, 2013, 417) Man behöver fråga hur länge har patienten varit fastande och är urinblåsan tömd? Har patienten täcken på feber och är huden ren? (Heikkinen, 2013) Observera huden noggrant och perifera pulser. (Syrjälä, et.al. 2012) Fråga också om fysisk prestanda då det berättar en del hur bra den överviktiga klarar av operationen. EKG beställs också. (Hoikka & Ilola, 2013, 11; Metsämäki, 2013)

Hur bra patienten öppnar munnen och utrymmet i svalget har betydelse för en lyckad intubation. Mallampati-klassificering är en bedömning på hur bra man ser ner till struphuvudet. Detta görs när patienten är i sittande ställning, gapar och sträcker ut tungan. Mallampati grad 3 eller 4 medför risk vid intubation. Också mätning av det *Tyreomentalavståndet* är en bedömning på hur bra insyn som fås med laryngoskopi. Det görs genom huvudet bakåtböjt maximalt. Mätningen kan göras med fingerbredder (>3 fingerbredder = >5-6cm) från tyreoidea till hakspetsen. (Hovind, 2013. s.227-229)



(Figur 1. *Mallampati-klassificering.*)

6 Intraoperativa utmaningar

Före patienten anländer till operationssalen skall all utrustning i passande storlek för överviktiga finnas. (Hovind, 2013, 417) Det är svårare att lyckas med kanylering och bedövning inför anestesi hos överviktiga på grund av överloppsfettvävnad. (Hoikka & Ilola, 2013, 281) Fibroskop kan plockas fram vid intuberingsrisker. (Kunnari, 2013) I en studie med n=16/grupp (BMI >30) konstaterades att I-gel kan användas för att snabbt säkra luftvägarna i generell anestesi hos fetma patienter. Dock räckte operationerna <2 timmar, varför effekteviteten av I-gel under längre ingrepp inte framkom. (Prabha, 2018)

Patienten får lägga sig i halvsittande ställning innan anestesi börjar. Kroppsställningen har förebyggande effekt på passiv regurgitation innan patienten intuberas. Sjukhus har fastställt egna rekommendationer angående profylax för överviktiga, som bland annat syraneutraliserande läkemedel eftersom överviktiga har ökad risk för gastroesofageal reflux och ökat maginnehåll, (Hovind, 2013, 417) med ökad aspirationsrisk. (Kunnari, 2013) Anestesiläkaren beslutar valet av anestesi metod, men epiduralanalgesi har visat sig vara skonsam för andningen och minskar behovet av opiat-baserad smärtlindring under och efter operationen. (Hovind, 2013; Kunnari, 2013) Problemet hos denna patientgrupp är det tekniska utförandet med att lyckas sätta rätt blockaderna. (Hovind, 2013, 424)

Fetma i sig är en riskfaktor för att utveckla ventrombos peroperativt. (Bodelsson, 2005) Från en finländsk studie år 2016 av bariatrisk patienter användes trombosprofylax genom pneumatiska kompressionsstrumpor till alla som genomgick operation. (Hahl & Peromaa-Haavisto, 2016) Rutinprofylax med antiembolistrumpor och antiembolipumpar används alltid vid operationer via laparoskopi. (Virtanen & Uski, 2013)

6.1 Monitorering

Utrustningen är testad med rätt storlek och att den ger relevanta värden. Basmonitorering är det som används inom allmänanestesi. (Kunnari, 2013) Ventilationen och syremättnaden hos överviktiga är mest känsliga att följa med och notera. (Barash, 2010, 1286; Kunnari, 2013) Hovind (2013, 424) poängterar vikten med användningen av nervstimulator och sömndjupmätare hos överviktiga.

6.2 Positionering

Operationsbordet bör klara av patientens vikt. Vikten i sig under längre tid skapar risk för trycksår med ökat tryck. Madrassen behöver vara anpassad för att minimera trycksåren. Det är lättare med intubering hos överviktiga om öronsnibbarna är i höjd med bröstbenet. Det går att placera kudde och vid behov täcke som stöder bakhuvudet och nacken. Tillräcklig flexion av nacken underlättar laryngoskopi. Överkroppen 20-30 grader anti-trendelenburg minskar tryck på diafragman, vilket gör att syresättningen och lungfunktionen skonas i den ställningen. (Hovind, 2013, 417-418)



(Figur 2. "Ramped-up" eller uppläggning med snedkudde.)

6.3 Intubation

Vid intubation hos överviktiga förekommer 30% ökad risk för svårigheter med intubation. Man minimerar komplikationer hos dessa patienter genom god förberedelse, t.ex. placera patienten i rätt kroppsposition och hos män raka ansiktshår, då ventilation med andningsballong är besvärligare att hålla tätt. (Nightingale, 2015) Intubering med videolaryngoskop hos fetma patienter har påvisat gott resultat med kortare intuberings tid och med färre försök vid en lyckad intubering. (Barash, 2010, 1285)

Som tidigare nämndes har patienter med fetma minskad lungvolym, FRC och högre andningsfrekvens. Det gör att SPO₂ sjunker snabbt då anestesi genomförs. Hos överviktiga sjunker syremättnaden snabbare än hos normalviktiga om det uppstår problem med maskventilation eller intubation. (Hovind, 2013; Kunnari, 2013) Den optimala intubationsställningen är då sternum är vågrätt med öronsnibbarna. Att få nacken bra bakåt böjd gör det lättare med insynen. "Ramped up"-positionen föredras med huvudändan höjd 25grader. Trycket från maskventilationen känns obehagligt och det är viktigt med uppmuntring och stöd för patienten så att masken sluter tätt och ventilationen inte läcker. Den överviktiga kan ha bättre upplevelse om hen får själv hålla i masken. Då induktionen skall påbörjas underlättas andningen i anti-trendelenburg och preoxygenering ges med inställning av PEEP på 10 cmH₂O. Det förhindrar atelektasbildning och syremättnaden upprätthålls. (Hoikka & Ilola, 2013; Hovind, 2013) Också apnétiden förlängs. Kritiskt tänkande krävs vid avläsning av expiratoriska koldioxidnivån (EtCO₂) eftersom det finns

skillnader av värden mellan halten i det arteriella och det alveolära. Det kan hända att man måste ställa in rätt hög koncentration oxygen för att nå mål riktade värden. Den justeras på FiO_2 (inspiratoriska koncentration av oxygen). Tillsammans med inställning av PEEP förbättras den arteriella syresättningen. (Hovind, 2013, 417-420)

6.4 Farmakokinetik och läkemedel

Farmakokinetiken är annorlunda hos överviktiga och läkemedelsdoseringen enligt total kroppsvikt (TBW, total body weight) kan inte alltid användas på grund av risk för överdosering. Läkemedel som används under induktionen och anestesi doseras enligt idealvikt (Ideal body weight). (Hoikka & Ilola, 2013; Kunnari, 2013) IBW's syfte är att räkna bort extra fett, för att cirkulationen till fettvävnaden knappt nås, som gör mottagningen av läkemedel låg. Idealvikten räknas enligt:

- Män: längd i cm – 100
- Kvinnor: längd i cm – 105

Där till finns ytterligare en variant som kallas Korrigerad IBW (korrigerad vikt), som ställs upp:

- Idealvikt + 40% av övervikten

Idén med korrigerad vikt är att IBW kan leda till för låg dosering medans TBW för hög dosering. Fettvävnaden kommer fånga upp aningen läkemedel som behöver beaktas och därför försöker den korrigerade vikten balansera doseringen. (Hovind, 2013; Nightingale, 2015)

Överviktiga är väldigt känsliga för respiratorisk depression orsakad av läkemedel. (Kunnari, 2013) Det behövs ett gott spel öga vid smärtlindring eftersom stora mängder opiater ger depressiv effekt på andningen. I likhet med annan smärtlindring rekommenderas Paracetamol, NSAID, steroider men också lokalanestesi som förhandsmedicinering. (Hovind, 2013, 420)

Under induktionen titreras mediciner varsamt, speciellt opiater, benzodiazepiner och propofol. (Barash, 2010, 1286) Propofol är väldigt vanligt förekommande barbiturat och används också hos patienter med fetma. Individuell titrering av propofol under mätning av sömndjupet (BIS), så att BIS hålls kring 40-60 har visat bäst balansering av fysiologiska

funktionen. Det finns mängder med olika rekommendationer hur läkemedel under anestesi doseras. De flesta av de vanligaste läkemedlen hänvisar dosering enligt idealvikt eller korrigerad vikt hos patienter med fetma. Utmaningar med fördröjningar och överdoseringar kan uppstå av läkemedel som ackumuleras i fett och har hög löslighet. Rätt förberedelse, rätt monitorering, rätt dosering och rätt kunskap har betydelse för hur operationen framskrider. Sedan finns det anestesi-gaser som Desfluran med låg löslighet vilket är lättare att styra. Muskelrelaxantium så som Suxametason kan nog löna sig dosera med total kroppsvikt då det hjälper till med intuberingen. (Hovind, 2013, 420-424)

6.5 Extubation

Då kirurgen är klar med arbetet och patienten reagerar på tilltal, kan extubationen påbörjas. Den överviktiga är i halvsittande ställning och behöver ha tillräckligt stabil syremättnad, ETCO₂ och muskelkraft. (Hovind, 2013, 420) Enligt vetenskapliga studier gynnas syremättnaden då patienten sitter i halvsittande ställning. (Hovind, 2013; Hoikka & Ilola, 2013; Kunnari, 2013) Bevarande av syremättnaden under transporten till uppvakningen upprätthålls med syretillförsel via näskateter eller mask och kontinuerlig övervakning av saturationen. (Hovind, 2013, 420)

7 Postoperativa utmaningar

Vid uppvakningen behövs en god och tydlig sammanfattning från pre- och peroperativa händelseförloppen. Kirurgi medför alltid risker. Mer än ¼ av överviktiga löper större risk för lungkomplikationer postoperativt än patienter med normalt vikt. (Hovind, 2013, 420)

God smärtlindring är viktigt postoperativt. (Lindwall, 2012; Lukkarinen & Virsiheimo & Savo & Hiivala & Salomäki, 2013; Hovind, 2013) Senaste forskning på sjukligt feta patienter (BMI >35) visar att Metadon istället för Fentanyl intraoperativt, reducerar smärta och sänker mängden behov av opiater postoperativt. Metadon har dock längre halveringstid, vilket påverkar andningen och studien behandlade bariatrisk patienter med endast n=16/grupp, dessutom krävs mera forskning innan tydlig praktisk evidens. (Machado, 2018) Problemet just hos dessa patienter är att de klagar ofta på värk i hela kroppen som orsakas av belastning på rygg, ben och leder. (Lindwall, 2012, 62) Sjukskötaren behöver beakta och ständigt utvärdera den depressiva effekten på andningen av opiater. (Hovind, 2013, 420)

Patientens ställning får fortsätta vara i halvsittande och vid behov CPAP för att förbättra syremättningen. (Hovind, 2013; Kunnari, 2013) Med jämna mellanrum kan man uppmana patienten ta tio andetag, t.ex. vart 20minut. (Lindwall, 2012, 64) Användningen av PEP-flaska minskar förekomsten av atelektaser. (Hoikka & Ilola, 2013; Kunnari, 2013) Saturationen följs med kontinuerligt ända tills påbörjad mobilisering. (Nightingale, 2015)

I den postoperativa fasen är tecken på och kunskap om komplikationer nödvändigt. Feber, hög puls och starka smärtor är symptom som kan vara relaterade till postoperativ komplikation. (Lindwall, 2012, 62-64) Endast hög puls kan vara tillräckligt tecken på komplikation. (Nightingale, 2015) Innan avfärd från uppvakningen till den postoperativa avdelningen måste förflyttningskriterierna uppfyllas, anestesiemedlens verkan avtagit och patientens allmäntillstånd likna det preoperativa. (Almås, 2011; Lukkarinen, et.al. 2013) Den opererade skall vara vaken, orienterad och kunna röra på huvud samt extremiteter. Bassitalerna behöver vara riktade mot stabila värden. (Almås, 2011, 303) Hemoglobinet och diuresen följs med tillsammans med EKG. (Lindwall, 2012, 64)

PONV, postoperativt illamående och kräkningar, nämns i litteraturen vara en ökad risk hos överviktiga och i allmänhet också vanligt förekommande. (Almås, 2011; Hovind, 2013) Orsaken till PONV hos människor med övervikt och fetma beskrivs härstamma från komplikationer med ventileringen som där till kan påverka tarmen. (Hovind, 2013, 119) Eftersom patientgruppen har flera faktorer som ökar risken för PONV behöver graden av illamåendet följas med och utvärderas som en av de förflyttningskriterierna innan förflyttning till den postoperativa avdelningen. (Almås, 2011; Hovind, 2013)

Sårförbandet från ingreppet observeras och dokumenteras noggrant då fetma patienter har förhöjd risk för sårinfektioner. (Kunnari, 2013)

I flera olika källor rekommenderas tidig mobilisering för att minska komplikationer. (Lukkarinen, et.al. 2013; Hovind, 2013; Nightingale, 2015) Även om fokus till uppsökande av vård inte primärt varit fetman, borde handledning för bantning ges innan hemförloving. (Metsämäki, 2013)

8 Tidigare forskningar

Forskningar i ämnet med liknande frågeställningar framförde dominerande negativa upplevelser. Vårdlidande, brister i bemötande, svag tillit till patientgruppens individuella förmågor, utebliven uppsökning av vård, negativa attityder och fördomar var resultat som presenterades av studierna. (Christensen, 2009; Carlsson & Gullikson, 2009; Borell & Tranberg, 2010; Nielsen & Svensson, 2011) Den positiva andan i upplevelser fanns också och är något som existerade även då. (Christensen, 2009; Carlsson & Gullikson, 2009; Nielsen & Svensson, 2011)

Christensen (2009) framför vikten att människor med övervikt och fetma behöver känna sig bekräftade av vårdpersonalen eftersom det skapar en god vårdrelation. Situationer där patienten inte känt sig sedd eller bekräftad, resulterade i negativ inverkan på viktreducering. (Christensen, 2009)

Carolsson & Gullikson (2009) skriver om sjukvårdspersonalens osäkerhet att framföra samtalsämne om övervikten till patienten vilket försvårade bemötandet. En stark barriär i vårdrelationen uppstod av vårdpersonalens tveksamhet till medicinsk behandling för övervikt och fetma. Carolsson & Gullikson (2009) skrev också i slutsatsen att de negativa fördomarna mot övervikt måste få ett slut eftersom det hör inte till att patientgruppen behandlas nedlåtande.

Vanliga objektiva mätningar som utförs regelbundet på flera patienter inom sjukvården är inte lika lätt ur patientperspektiv att gå med på. Borell & Tranberg (2010) presenterar patientens oro att ställa sig på vågen, bli dömd och känna sig inkräktad på den personliga integriteten.

En litteraturstudie av Nielsen & Svensson (2011), där fokus var patientperspektiv i bemötandet, kom fram till att människor med övervikt och fetma upplevde brist på respekt och kränkande bemötande från sjukvårdspersonalen. Det syntes bland annat via det verbala, där ordvalet i bemötande fick patienterna känna sig kränkta. Också symtom som patienterna rapporterade om till sjukvårdarna togs inte på allvar. Flera resultat i studien berättar hur människor med övervikt och fetma hamnar uppleva mera lidande inom hälso- och sjukvården. (Nielsen & Svensson, 2011)

9 Teoretisk referensram

Joyce Travelbee var en psykiatrisk sjukskötare som på 60-talet förde fram en speciell omvårdnadsteori. Det handlar om en interaktionsteori mellan sjukskötare och patient som skapar en mellanmänsklig relation, (Marriner-Tomey & Alligood, 2010) där patienten med sjukdom söker och tar emot vård av den sjukvårdare som ger omvårdnad och omsorg. (Meleis A. I, 2012)

De tre viktigaste koncepten inom teorin är lidande, människa och hopp. Travelbee beskriver sjukdom som lidande och smärta, där sjukskötarens roll är att hantera dessa. En persons attityd på lidande påverkar hur sjukdomen betar sig hos patienten. Enligt Travelbee kommer alla människor någon gång under sin livstid att genomgå lidande. Det är något oundvikligt som uppkommer ofta i samband med sjukdom. Sjukskötaren skapar erfarenhet, lär sig från den och hjälper till för patienten hitta mening i sitt lidande. En sjukskötare med personliga erfarenheter av smärta och lidande har mäktigare förståelse för patientens sjukdomstillstånd. Dock är lidande subjektivt och individuellt. Det beror på hur man accepterar lidandet, vilket kan basera sig på religion eller uppfattningen av mänskligheten. Hur man reagerar på smärta beror på dessa faktorer och skapar den respons som sjukskötare letar efter. Patientens ångest inverkar på hur mycket hen uttrycker sin smärta. Reaktionen som vårdaren får av hur patienten uttrycker sig reflekterar tillbaka till patienten och påverkar smärtupplevelsen. (Meleis A. I, 2012)

Frågor som teorin kan svara på är: "Hur skapas en relation mellan sjukskötare och patient?" "Vad är meningen bakom relationen?". (Meleis A. I, 2012)

Ord som återkommer i Travelbees teori är: uppfattning, kommunikation, lidande, hopp, smärta, empati, sympati och relation. Uttryck som beskriver teorin är: "Hitta mening i lidande och sjukdom", "Personlig erfarenhet", "Unika individer" och "Sjukskötare-vårdare". (Meleis A. I, 2012) Då orden och begreppen placeras på ett blankt papper ses de centrala betydelseerna av teorin. Travelbee uppfattar alla sjukskötare och patienter som unika individer. Sjukskötare lär sig skapa relationer med individen, lär sig uppfatta sjukdomen, smärtan och lidandet. Genom rätt kommunikation skapas förståelse och patienten hittar mening i sitt lidande. Sjukskötarens empati gör det möjligt för patienten att uppfatta sjukskötaren som en unik individ med hjälp. Sympatin byggs på empatin.

Travelbee ser interaktionen mellan sjukskötaren och patienten som stöd till lidandet. Hjälpen börjar och byggs upp redan från första träffen. Sjukskötaren skapar inte mening hos den

sjuka utan patienten själv hittar mening för sitt lidande tack vare den hjälp den får hos sig. (Meleis A. I, 2012) Sjukvårdspersonalens fördomar och egna attityder om människor med fetma syns snabbt från patientperspektiv och har betydelse för vårdrelationen och hur effektivt stödet lindrar lidandet. (Lindwall, 2012, 63)

Travelbees definition på människa är ” en unik, oersättlig människa som existerar en gång i denna värld, olik någon annan som någonsin funnits eller kommer att finnas”. (Jones, Fitzpatrick & Rogers, 2016.)

Teorin skapar en omsluten värld mellan sjukskötare och patient där fokus ligger på sjukdom och lidandet. Den relation som skapas ser Travelbee båda individerna som unika, där olika faser byggs upp och går igenom innan omvårdnaden når målet. (Meleis A. I, 2012)

För att lindra lidandet och smärtan måste sjukskötaren skapa en relation med patienten och uppfattning om bakgrunden som hör till första fasen. Sjukskötaren använder sina verktyg på bästa sätt för att få relevant information om tillståndet. Kommunikationen är ett av dem, där öppna frågor ger mest svar. Genom att skapa en förbindelse mellan sjukskötaren och patienten kan hopp grundas där en målmedveten relation bildar bästa omvårdnaden. (Meleis A. I, 2012) Efter andra fasen känner personerna varandras identitet. Förståelse och empati är centrala begrepp och egenskaper för sjukskötaren som Travelbee använder. Almkvist & Englund (2008) menar att dessa förmågor ger sjukskötaren en egenskap att tolka och känna patientens känslor samt upplevelse av lidande. Intresset för empati ger sjukskötaren sympati. (Almkvist & Englund, 2008) Alla dessa faser bygger tillsammans upp till den sista som gör det möjligt att ta emot, dela samt kommunicera känslor och erfarenheter. (Meleis A. I, 2012)

Ekwall & Westerlund (2017) tar till godo Travelbees teori i deras arbete med tyngdpunkten på kvalitén av smärtbedömning. Det kommer vara ett av de fördjupade redskapen som en sjukskötare behöver ha kunskap om i operationssalen och uppvakningen. Till exempel då en operation är färdig, vaknar patienten från narkosen, får en första kontakt med sjukskötaren där relationen skapas. Den byggs upp genom kommunikation där båda ser varandra som unika individer. Sjukdomen vårdas och smärtan lindras. Meleis (2012) säger att sjukskötarens stora uppgift är identifiering av smärta och lidande.

10 Metod

Arbetet genomfördes som en systematisk litteraturöversikt eftersom studien ville basera sig på och hitta evidensbaserad vård. Forskningen går framåt snabbare än någonsin och därför

är metoden ett förnuftigt val att få en översikt över nuläget. En systematisk litteratuöversikt är en överblick i evidensbaserad kunskap som sammanfattades och har en noggrann redovisning. Hit formulerades en klinisk frågeställning, bedömning av evidens och inklusions- och exklusionkriterier. I den systematiska litteraturöversikten sätts stor vikt på sammanställning av evidensbaserad vård som fås från rekommenderade databaser. I en systematiska litteraturöversikt strävas efter högsta evidensnivå, som fås från randomiserade studier. Meningen med en god systematisk litteraturöversikt är att minimera risken för att slumpen har en inverkan på resultatet. (Henricson, 2013, 429-443; Axelsson, 2017)

För att göra en litteraturöversikt behövdes arbetet göras systematiskt steg för steg. Frågeställningarna preciserades för att sökningen skall kunna ge avgränsade svar. Översikten kräver noggranna kriterier för artiklarna som inkluderas och exkluderas. En redovisning av artiklarna finns skrivet i en tabell. Resultatet sammanfattades genom syntes och presenterades. Resultatet samt metoden diskuterades och sedan eventuella framtida forskning och evidensbaserad nytta i praktiken reflekterades kring. (Henricson, 2013, 429-443)

Genom att titta på upplevelser ur patient- och personalperspektiv kan en förståelse för bemötandet undersökas. De vetenskapliga artiklar som behövdes i denna studie var sådana som undersökt hur den överviktiga patienten blivit bemött och hur sjukvårdspersonal upplever bemötandet av den överviktiga. Studierna fick behandla skilt för sig eller båda perspektiven samtidigt.

10.1 Datainsamling

PubMed, DivA-portalen och Google Scholar användes som databaser. CinAhl exkluderades eftersom resultaten inte följde inklusionskriterierna. I den systematiska litteraturöversikten skriver Henricson (2012) med betoning på högre krav och tillförlitlighet. Som fås genom kvaliteten i artiklarna filterades och granskades genom att de inkluderade "peer review" och vara helst <5 år men enstaka med hög kvalitet accepterades som max 10 år gamla.

Frågan eller problemet formulerades tydligt, en god redovisning av urvalskriterierna förklaras, sökningen presenteras och görs systematiskt, hittar likheter/olikheter med den data som hämtades från studierna. (Henricson, 2017)

Studien eftersträvade upplevelser hos den överviktiga patienten och hälso- och sjukvårdspersonal. Sökningen inledde som förhandsgranskning och begreppen som användes var "fetma", "upplevelse", "anestesi", "operation", "obesity / obese", "attitude", "anti-fat", "anesthesia", "surgery", "general surgery", "care", "nurse", "overweight", "patient-nurse", "relationship". Booleska operatorer som AND och OR användes och hjälpte till att få sökningen mera specifik. (Henricson, 2017) Efter sökningen så granskades resultatet genom att titta på titlarna. Specificerade ord som är kända i litteraturen behövdes för att sökningen skulle bli relevant. Artiklar med titel som eftersträvades sparades. Då artiklarna exkluderats genom endast titel, begrundades artiklarnas abstrakt. Därefter lästes de valda artiklarna helt igenom. (Henricson, 2017)

Inklusionskriterier:

- Överviktiga patienter (BMI >25)
- Kvalitativa studier (ett par kvantitativa som svarar på syftet)
- Vetenskapliga artiklar
- Hälso- och sjukvårdspersonalperspektiv
- Patientperspektiv
- Svenska, finska, engelska
- Vuxna (>18år)
- Olika orsaker till uppsökande av vård

Exklusionskriterier:

- Barn (<18år)
- Review artiklar
- Artiklar äldre >10år
- Vetenskapliga artiklar med endast obstetriska eller bariatriska patienter

10.2 Sökningsdagbok

DiVA portalen 3.12-18 med sökningstermer "fetma" & "upplevelser" gav 60 sökträffar, varav 2 artiklar kom igenom kriterierna för sökningstermerna enligt titel.

I PubMed databasen 6.2-19 användes sökorden "obese", "attitude", "perception", "attitude", "care", "general surgery". Dessa kombinerades på olika sätt för tydligare resultat av förväntade artiklar.

Google Scholar 13.2-19 gav 276 träffar med sökfrasen "overweight patient-nurse relationship". Flera undersökningar som hittades och noterades (rubrik, årtal och författare) var samma artiklar som i tidigare sökta databaser granskats och de valdes inte med från denna databas. Databasen har begränsat med filtreringsfunktioner som gjorde sökningen mindre specifik. 19.3-19 gav 3040 träffar med sökningen "obesity nurse-patient relation".

CINAHL 6.2-19 gav endast bariatrisk, obstetrisk och pediatrik studier med olika kombinationer av sökfraserna "obesity / obese", "attitude", "anti-fat", "anesthesia", "surgery", "general surgery", "care", "nurse", "overweight", "patient-nurse", "relationship". Därför exkluderades databasen i sökningen.

(Tabell 3. "Sökningsdagbok".)

Databas	Sökord	Träffar	Antal relevanta artiklar enligt titel	Valda efter genomläst abstrakt
DiVA (Uppsala universitetsbibliotek)	"fetma AND upplevelser"	n=60	n=8	n=3
PubMed	"obese AND attitude"	n=2412	n=7	n=2
	"obese AND perception AND care"	n=451	n=3	n=1
		n=47	n=1	n=1

	“obese AND general surgery AND attitude”			
Google Scholar	“overweight patient-nurse relationship”	n=276	n=3	n=1
	“obese nurse- patient relation”	n=3040	n=5	n=2
CINAHL	“obese AND attitude”	n=493	n=4	n=0
	“obese AND perception AND care”	n=949	n=13	n=0
	“obese AND general surgery AND attitude”	n=522	n=6	n=0
	“overweight AND patient- nurse AND relationship”	n=22811	n=0	n=0
	“obese AND nurse-patient AND relation”	n=22811	n=0	n=0

10.3 Dataanalys

En kvalitativ innehållsanalys övervägdes passa bäst för denna studie eftersom en litteraturoversikt i bakgrunden med innehållsanalys som metod kan ge ny fokus på forskningsfrågor. En kvalitativ innehållsanalys är en tolkning av analyser från de behandlade texterna som beskrivs. En kvalitativ innehållsanalys ger svar på frågeställning med upplevelser. Innehållsanalys av kvalitativa studier är alltså en sammanfogning av upplevelser som människor beskrivit med ord. Planeringen gjordes med fokus på sjukskötnas- och patientperspektiv. Först lästes artiklarna helt igenom ett par gånger. I varje artikel söktes det väsentliga (analysenhet) som märktes ut. Det kunde vara någon händelse eller erfarenhet. Här användes alltså induktiv analys som grund. Genom att innehållet i texten markerades, skrevs meningsenheter och koder. Dessa sattes ihop för att förstå sammanhang och grupperades till kategorier. (Henricsson, 2013; Axelsson, 2017)

Genom analys av kvalitativa studier fick skribenten en insikt i känslor, experimentella fenomen och det sociala. Särdrag i relationen patient-sjukskötare kunde belysas ur nya perspektiv för att få uppfattning om upplevelser. Meningen var att se erfarenheter, hitta likheter och skillnader i upplevelser. Kvalitativa studierna valdes främst för att lättare kunna överföra likhet mellan olika sammanhang. Men också ett fåtal kvantitativa för att eventuellt kunna stöda påståenden eller föra fram vikten ur vissa sammanhang. (Axelsson, 2017)

Eftersom studien ville undersöka hur övervikten hos patienter kan leda till annorlunda bemötande och upplevelser, behövde vetenskapliga artiklarna grunda sig på vuxna patienter med övervikt och fetma. Hälso- och sjukvårdspersonalens upplevelser att vårda överviktiga patienter behövde vara studerande eller färdigt utbildade närvårdare, sjukskötare, läkare eller andra specialister inom hälso- och sjukvården.

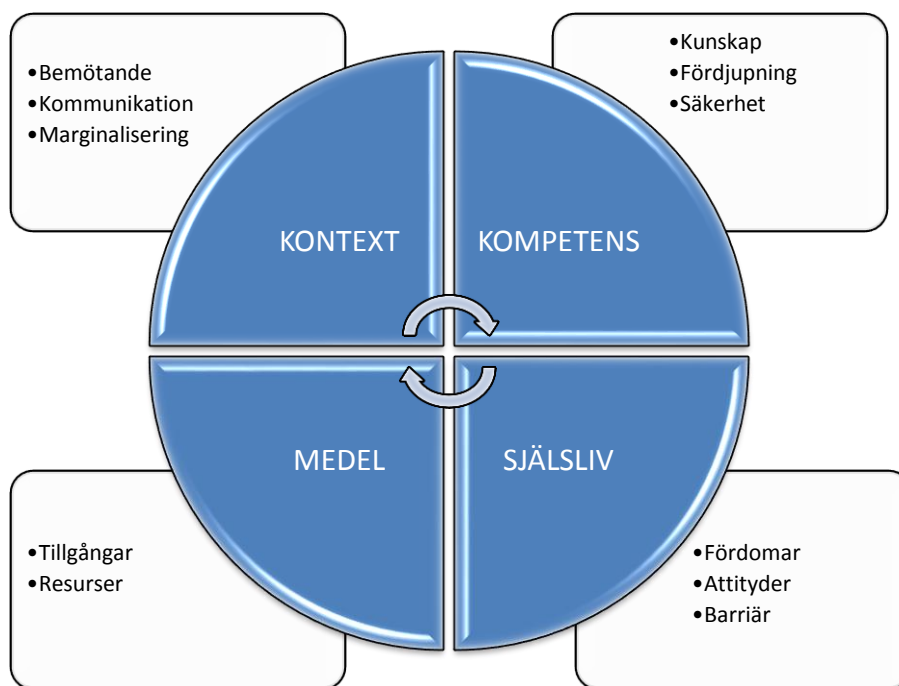
Sammanhang från båda perspektiven bestämde det mönster som markerades eller fenomen som presenteras med ord. Likheterna fokuserade på vad som var empiriskt känt. Urvalsstrategin hade stor vikt så att överföringen av sammanhangen inte särskiljdes för långt ifrån varandras miljö eller val av undersökta. (Axelsson, 2017)

(Tabell 4. ”Beskrivning av analysprocessen.”)

Kategori	Subkategori	Kondenserad meningsenhet	Meningsenhet
Kontext	Marginalisering	Fetma och socialt stigma	”Fetma är ett socialt stigma och därav förhåller sig en stor del vårdpersonalen [sic] nedlåtande mot personer som är feta.”
Kontext	Bemötande	Beroende på sammanhang	”Alltså som allt annat här i världen, så är detta mkt situations och personbundet.”
Kontext	Kommunikation	Förändring hos patienten	En sjuksköterska menade att kommunikation och motivation krävdes för att få patientens förtroende för att sedan kunna skapa en förändring i patientens vanor.

11 Resultat

Resultatet har identifierats och skapade fyra huvudkategorier utgående från de mest gemensamma subkategorierna som sammansatts från analysprocessen. Dessa problematiserades och tolkades utgående från deras bakgrund och resultat. (Axelsson, 2017) Data från artiklarna sattes inte ihop för att de liknar varandras resultat, utan eftersom de tillhör varandra i samma grupp. (Elo, 2008)



(Figur 3. ”Resultat av kategorier och subkategorier”.)

11.1 Kontext

Under denna rubrik förklarades upplevelser från sociala sammanhang med underkategorierna *bemötande*, *kommunikation* och *marginalisering*.

11.1.1 Bemötande

Mottagandet av patientgruppen från båda perspektiven visade sig vara både med positiva och negativa upplevelser. Känslorna och förväntningarna hos båda i bemötandet varierade och berodde på sammanhang. (Creel & Tillman, 2011; Nilsson & Tellmar, 2011; Jakobsson & Johansson, 2014; Lumley, et.al. 2015; Hales, Vries & Coombs; 2016; Dannberg, 2018)

”Jag tror det är viktigt att komma med en bra öppning så att man liksom kan bygga vidare på det så att patienten inte stänger igen och inte vill prata om det för man har gått på liksom, på ett fel sätt.” (Jakobsson & Johansson, 2014)

Både studerande och färdigt utbildade sjukskötare ansåg det hör till alla sjukskötares ansvar att hjälpa människor med hälsorelaterade problem. (Keyworth, Peters, Chisholm & Hart, 2013; Lumley, et.al. 2015, Dannberg 2018)

”..man kan bli på något sett berörd liksom när man möter dem och ja vårdar dem på op-salen.” (Dannberg, 2018)

11.1.2 Kommunikation

I flera artiklar framkom brister i bemötande och kommunikation vid vårdandet av övervikt och fetma. Sjukskötares brist på kommunikation härleds från osäkerheten vid diskussion om vikthantering, eftersom mera “skada än nytta” varit en rädsla hos vårdaren. De flesta ansåg risken för att patienten kunde känna sig kränkt vid samtal om vikten. Övervikt och fetma kan vara ett känsligt ämne även för vårdaren att föra fram vid diskussion med patienten. (Creel & Tillman, 2011; Nilsson & Tellmar, 2011; Keyworth, Peters, Chisholm & Hart, 2013; Jakobsson & Johansson, 2014; Lumley, Homer, Palfreyman, Shackley & Tod, 2015; Shea & Gagnon, 2015; Hales, Vries & Coombs, 2016)

“I don’t think I would really be comfortable talking to a patient about their weight... I would really struggle to have that conversation with a patient.” (Hales, Vries & Coombs, 2016)

Samarbete och koordinering med kommunikation hos vårdpersonal underlättade och gjorde arbetet smidigare. (Shea & Gagnon, 2015)

“Ja det är ju det, ett teamwork.” (Dannberg, 2018)

11.1.3 Marginalisering

Sjukskötare och människor med övervikt samt fetma betraktade patientgruppen som försatta skilt i utkanten av behov inom sjukvården. Sjuksköterna upplevde skillnaden i arbetet med överviktiga mera fysiskt krävande med utmaningar att utföra vården och därför uppstår marginalisering. (Creel & Tillman, 2011; Shea & Gagnon, 2015; Foroozesh, Sadati, Nosrati, Karami, Beyrami, et.al. 2017) Från patientperspektiv ges förslag till hur bekämpa marginaliseringen:

”We have to go get the big scale. Well, why say the ‘big scale?’ How about let’s just say we’re gonna go get a scale.” (Creel & Tillman, 2011)

I en annan studie satsade sjukskötarna på att bemöta marginaliseringen av patientgruppen professionellt:

”Generellt bemöts patienter professionellt trots oväntade situationer då större blodtrycksmanschett eller lyftskynke behövs.” (Nilsson & Tellmar, 2011)

11.2 Kompetens

Det som sjukvårdspersonalen lärt sig och inte hade kunskap i hade betydelse hur sjukskötarna samlade in subjektiv information och hur de praktiskt gick till väga i olika vårdssituationer. Underkategorierna blev *sjukskötarens kunskap, fördjupning och personal- och patientsäkerhet*.

11.2.1 Kunskap

Sjukvårdspersonalens bristande kunskap om övervikt och fetma har till och med lett till undvikande av vårdandet. Ifall en människa med övervikt uppsökt vård för annan sjukdom, har det framkommit att sjukskötare undvikit samtalsämnet om vikthantering dels på grund av osäkerhet och rädsla av att förolämpa eller kränka men också av otillräcklig kunskap och erfarenhet. (Nilsson & Tellmar, 2011; Keyworth, et.al. 2013; Johansson & Jakobsson, 2014; Lumley, et.al. 2015; Dannberg, 2018)

“We get a lot of communication skills, but we don’t get communication taught to us in how to deal with sensitive issues so much.” (Keyworth, et.al. 2013)

10.2.1 Fördjupning

Det önskades mera undervisning om sjukdomen fetma, vilka risker som finns och vad som händer då människor med fetma sövs ned. Mera kunskap i ergonomi nämns också eftersom vårdarbetet är utmanande att utföra på grund av extremiteterna hos patientgruppen är tunga och skapar lätt oergonomiska situationer. (Keyworth, et.al. 2013; Dannberg, 2018) Studerande sjukskötare söker specifik kunskap om vikthantering hos människor med fetma. Det undervisas allmänt om beteendeproblematik men saknas fokus hur praktiskt går till väga för att påverka beteendemönstret. (Keyworth, et.al. 2013)

11.2.2 Personal- och patientsäkerhet

Sjukskötarna var överens hur viktigt det är att prioritera säkerheten i vårdandet då det kommer både till sig själva och patientgruppen. (Lumley, et.al. 2015; Shea & Gagnon, 2015; Foroozesh, Sadati, Nosrati, Karami, Beyrami, et.al. 2017; Dannberg, 2018) Om det uppstår livshotande situationer är det mera utmanande att utföra effektivt arbete där säkerheten för både personalen och patientgruppen kan bli osäker. (Shea & Gagnon, 2015) Förflyttning mellan patientsäng och operationsbord upplevdes som största säkerhetsrisken:

”...operationssjuksköterskorna känner rädsla och oro för att patienterna ska falla i golvet när de lägger sig på operationsbordet...” (Dannberg, 2018)

Ur patientperspektiv berättades en händelse där hen inte fick hjälp med att duscha eftersom sjukvårdspersonalen var rädda för patientens- och sin egna säkerhet:

”We don’t want you to get in the shower because you might fall and we have to pick you up and we might hurt our backs.” (Creel & Tillman 2011)

11.3 Själsliv

Hur det inre jaget har formats från olika sammanhang spelade roll i sjukvårdspersonalens interaktion med patientgruppen. Underrubrikerna blev *fördomar*, *attityder* och *barriär*.

11.3.1 Fördomar

Både sjukvårdspersonalen och patienterna upplevde hinder i vårdandet på grund av fördomar, attityder och stigmatisering kring övervikt och fetma. (Nilsson & Tellmar, 2011; Crill & Tillman 2011; Keyworth, Peters, Chisholm & Hart, 2013; Lumley, et.al. 2015; Shea & Gagnon, 2015; Yilmaz & Ayhan, 2018)

Det intressanta om fördomar var att Jakobsson & Johansson (2014) menar att kvinnor mottar samtalsämnet kring fetma mycket känsligt och Yilmaz & Ayhan (2018) framför två artiklar (Harris MB, 1998; Swift, 2013) där studerande kvinnor hade starkare negativ attityd mot fetma oberoende om människan var patient eller sjukvårdspersonal.

11.3.2 Attityder

Hos sjukskötare förekom både positiv empatisk anda men också stark negativa attityder gentemot människor med fetma. (Creel & Tillman, 2011; Keyworth, Peters, Chisholm &

Hart, 2013; Hales, Vries & Coombs, 2016; Dannberg, 2018) Patienter med fetma upplevde sig sårade av verbal och non-verbal kommunikation från sjukskötare. Grimaser och mimik tolkades negativt. Till och med motvillig beröring förekom. Människor med fetma önskade att personalen utelämnar påhittade antaganden och fördomar baserat på deras storlek och vikt. (Creel & Tillman, 2011) Attityder mot överviktiga härleds från sjukvårdspersonalens klander eftersom de ansåg patientgruppens situation till ohälsan var självförvållad. (Nilsson & Tellmar, 2011; Keyworth, 2013; Yilaz & Ayhan, 2018)

Ett fall i operationssalen där en patient blev direkt verbalt diskriminerad av en sjukskötare som begärt lyfthjälp:

“...*We have a big one we need to roll over!*” (Creel & Tillman, 2011)

11.3.3 Barriär

Den egna hälsan med övervikt och fetma hos sjukskötare försvårade interaktionen i vårdandet vilket ledde till utebliven diskussion med patientgruppen angående vikthantering. (Keyworth, 2013; Hales, Vries & Coombs, 2016)

”*I’m actually bigger than them so what does that make me?*” (Hales, Vries & Coombs, 2016)

Människor med övervikt och fetma ville gärna svara hur de går till väga för att sträva till en mer hälsosam livsstil, istället för att låta antaganden döma. (Creel & Tillman, 2011) Sjukskötaren vägleder och ger information medans den överviktiga behöver vara mottaglig och ta initiativ till sin egen förändring. (Keyworth, 2013; Jakobsson & Johansson, 2014)

11.4 Medel

Fysiska behov upplevdes inte tillräckliga för att vårda patientgruppen i sjukvården. Hit skapades underrubrikerna *tillgång* och *resurser*.

11.4.1 Tillgång

Brist på hjälpmedel och rätt storlek upplevdes i majoriteten av de analyserade studierna vid vårdandet av människor med övervikt och fetma. (Nilsson & Tellmar, 2011; Lumley et.al. 2015; Shea & Gagnon, 2015; Foroozesh, Sadati, Nosrati, Karami, Beyrami, et.al. 2017; Dannberg, 2018)

“And also, not having enough gowns, like I . . . like that young guy, we, wanted to get him washed up. He wanted to move on, he wanted to do things and get out of bed and get . . . And there wasn’t even a . . . We had called for bariatric gowns. And they said they would send them up. In two days, we never had ones that were big enough to fit him. So he would wear, he was wearing a sheet.” (Shea & Gagnon, 2015)

Största behoven med patientgruppen i operationssalen upplevde sjukskötarna var utrymmesbrist och operationsbordets storlek som behöver kunna justeras individuellt samt att operationsinstrument är tillräckligt långa. Enligt de analyserande artiklarna saknades större storlekar av sittvåg, patientkläder, madrasser, blodtrycksmanschetter. (Lumley, et.al. 2015; Foroozesh, et.al. 2017; Dannberg, 2018) Sjukskötare fick varken tillkännedom tillgången av specialutrustning eller blivit inskolad i användning av dem och därför inte utnyttjat hjälpmedel som är tillgänglig. (Shea & Gagnon, 2015)

11.4.2 Resurser

Sjukskötarna upplevde stort behov av flera vårdare vid vårdandet av patientgruppen. (Lumley et.al. 2015; Shea & Gagnon, 2015; Foroozesh, Sadati, Nosrati, Karami, Beyrami, et.al. 2017) Brist på resurser har lett till uppskjutning och dröjning av vårdåtgärder. (Lumley et.al. 2015)

“...you need four to eight depending on the patient’s weight...” (Shea & Gagnon, 2015)

Människor med övervikt och fetma som uppsökte vård är medvetna om brist på resurser inom sjukvården:

”I remember the first time going in [to the hospital for surgery] and hearing them call for more help. And I remember, thinking, I’m sorry, that I’m big. That you have to do that.” (Creel & Tillman, 2011)

12 Tillförlitlighet och kritisk granskning

God validitet är något som eftersträvas och betyder hur bra instrumentet mäter på det som är tänkt att skall mätas. Förutom validitet behövdes också god reliabilitet som står för vilken grad av tillförlitlighet resultatet från mätinstrumentet gett. (Henricsson, 2013, 151-159)

I detta arbete har tillförlitligheten ständigt varit i tankarna. I bakgrunden användes mestadels källor från evidensbaserad vård och böcker från undervisningen. Det sattes mycket tid på att

balansera frågeställningarna så att de varken skulle ha negativ eller positiv tyngd. Detta eftersom skribenten sökte efter alla upplevelser från båda perspektiven och ville inte missa någon händelse i texterna som skulle vara delaktig i analysen. Datainsamlingen hade höga krav och var menat att sälla bort artiklar som slumpen skulle ha en inverkan på i resultatet.

Arbetet sökte helst kvalitativa artiklar, men noterades brist på undersökningar i det valda ämnet, speciellt från patienterspektiv. Det förekom också engelska artiklar som kunde ha inverkat på resultatet genom språkmissförstånd. Hur skribenten gått till väga genom hela arbetet har tydligt redovisats.

13 Diskussion

Syftet diskuterades, sattes ihop med resultatet och tolkades. Subkategorierna syntetiserades och resulterade i fyra huvudkategorier: *Kontext*, *Kompetens*, *Själsliv* och *Medel*. Huvudkategorierna reflekterades individuellt tillsammans mot bakgrunden och den teoretiska referensramen. (Henricson, 2013, 472-477)

13.1 Resultatdiskussion

Syftet var att undersöka perioperativa utmaningar med anestesi för människor med övervikt eller fetma genom att läsa och söka efter upplevelser eller erfarenheter från både sjukskötar- och patientperspektiv.

Kontext

Upplevelser i vårdrelationen framkom med olika sociala aspekter som tillsammans bildat en kontext. Resultatet beskrev vårdrelationens inverkan av bemötandet, språket och hur patientgruppen ramats in skilt för sig av sjukvårdpersonal. Joyce Travelbees omvårdnadsteori ser första mötet i vårdrelationen väldigt viktig och har betydelse hur sjukskötaren samt den överviktiga kommer uppleva vårdprocessen tillsammans. (Meleis A. I, 2012)

Det börjar med perioperativa samtalet där sjukskötaren skapar kontakt genom bemötande och kommunikation. Innan bemötandet skall vilja att hjälpa alla sorters människor med hälsorelaterade problem finnas hos sjukskötaren eftersom det hör till sjukskötarens ansvar. (Keyworth et.al, 2013; Lumley et.al, 2015; Dannberg, 2018) Kommunikationen skall vara tydlig och förstådd med en bra öppning. (Hovind, 2013; Jakobsson & Johansson, 2014) En

mellanmänsklig relation skapas. (Meleis A. I, 2012) Sjukskötaren kände sig osäker med hur gå till väga med kommunikationen om vikthantering och det skapade brister i vårdprocessen som delvis kan bero på sammanhanget. (Creel & Tillman, 2011; Nilsson & Tellmar, 2011; Jakobsson & Johansson, 2014; Lumley, et.al. 2015; Hales, Vries & Coombs, 2016; Dannberg, 2018) Dessa svårigheter framkom även i studien av Carlsson & Gulliksson (2009) och Bodil (2009).

Sjukvårdspersonalen behövde upprätthålla god kommunikation mellan varandra i arbetet som gjorde samarbetet mellan varandra lättare och smidigare. (Shea & Gagnon, 2015)

Marginaliseringen har uppstått som en konsekvens från sjukskötare eftersom kunskap saknas om övervikt och fetma, hantering av hjälpmedel i passande storlekar för patientgruppen och arbetet mera fysiskt krävande. (Creel & Tillman, 2011; Shea & Gagnon, 2015; Foroozesh, et.al 2017) Hjälpmedel med passande storlek för patientgruppen var bristvara. Vårdrelationen skulle bidra med mera positiv anda ifall hen förhöll sig diplomatisk i sin verbala kommunikation eftersom patientgruppen upplevde sig marginaliserad då sjukskötaren säger hen behövde hämta en större storlek av något. (Creel & Tillman, 2011)

Kompetens

Det framkom kunskapsbrist hos sjukskötare om övervikt och fetma. Patientgruppen blev inte vårdad för övervikten och fetman om hen uppsökte sig för vård primärt med annat hälsoproblem i fokus. (Nilsson & Tellmar, 2011; Keyworth, et.al. 2013; Johansson & Jakobsson, 2014; Lumley, et.al 2015; Dannberg, 2018)

Sjukskötarna ville ha mera undervisning i ämnet som behandlar övervikt och fetma. Mera kunskap om ergonomi och hur själva övervikten påverkar vårdåtgärder som då patientgruppen blir nedsövd önskades av sjukskötare. (Keyworth, et.al 2013; Dannberg, 2018) Också mera praktisk undervisning för sjukskötarna som kunde förmedla informationen till patientgruppen. (Keyworth, et.al 2013) Människor med övervikt och fetma som fick stöd och blev påmind om vikthantering av sjukskötare med kunskap i ämnet kunde ha god inverkan på upprätthållande av hälsan som gör att patientgruppen kan hantera övervikten och inte nödvändigtvis få de följsjukdomar som riskeras. (Hovind, 2013, 413)

Säkerheten för både sjukvårdspersonalen och patientgruppen betonades och var betydande kunskapsmässigt för ergonomin eftersom arbetet innehöll flera utmaningar med hantering av människor med högre vikt och större kroppstyp. (Shea & Gagnon, 2015; Lumley, et.al 2015; Foroozesh, et.al. 2017; Dannberg, 2018) Tyvärr framkom det fall där människan med

fetma begärde att få hjälp med att bli duschad men möjligtvis på grund av okunskap i förflyttning och ergonomi inte lyckats. (Crill & Tillman, 2011) Rädslan och oron uttrycktes av sjukskötares upplevelser vid förflyttning och placering av den överviktiga stadigt på operationsbordet. (Dannberg, 2018)

Att visa förståelse och empati nämns också Travelbees teori. Något som Carlsson & Gulliksson (2009) kom fram till i sitt resultat att saknas hos sjukskötare. Omvårdnadsteorin tolkades med att sjukskötaren hjälper patientgruppen att hitta mening till vårdåtgärder men också vikthanteringen genom att sjukskötaren ger handledning vid behov före hemförlovnings. (Meleis, A. I, 2012; Metsämäki, 2013)

Själsliv

Det psykiska, andliga och inre känsloliv påverkades starkt av de fördomar och attityder som riktades gentemot människor med övervikt och fetma i sjukvården. Sjukskötare uppträdde än idag med stark negativ attityd som upplevdes och registrerades av sjukvårdspersonal och patientgruppen i olika sammanhang. Sjukvårdspersonal ansåg övervikten och fetman som självförvållad. (Carlsson & Gulliksson, 2009; Tranberg & Borell, 2010; Nilsson & Tellmar, 2011; Crill & Tillman 2011; Keyworth, Peters, Chisholm & Hart, 2013; Lumley, et.al. 2015; Shea & Gagnon, 2015; Yilmaz & Ayhan, 2018) Detta bekräftades av Lindwall (2012), Carlsson & Gulliksson (2009), Bodil (2009) och orsakade bara mera lidande för människan som uppsöker sig till sjukvården redan med annat lidande i grunden. Enligt omvårdnadsteorin strävas stöd för lidande med interaktionen mellan sjukskötare och patientgruppen. (Meleis A. I, 2012) Dock visade Bodil (2009) i sin studie att det fanns mest positiva upplevelser från vård som inte var relaterat till övervikten.

Patientgruppen önskade att sjukskötare skapar djupare engagemang för sjukdom och lidande genom att fråga, ta reda på och visa intresse hur människor med övervikt och fetma går till väga för hälsosammare livsstil. (Creel & Tillman, 2011)

Den negativa attityden från sjukskötare återspeglades och upplevdes från patientperspektiv via non-verbal- och verbal kommunikation, grimaser och mimik. Därtill förekom också något som patientgruppen uppfattar som ”motvillig beröring” av sjukskötare vid vårdåtgärder. (Creel & Tillman, 2011)

I vårdprocessen skapades med andra ord hinder av olika slag i olika situationer beroende på sammanhang. Ifall sjukskötaren själv var överviktig uppstod det dubbelsidig barriär i

vårdprocessen med patientgruppen vilket ledde till brister i interaktionen. (Tranberg & Borell, 2010; Keyworth, 2013; Hales, Vries & Coombs, 2016)

Medel

Ordet Medel beskriver bra en del av resultatet eftersom det hör till brist på nödvändiga hjälpmedel och tillbehör med anpassade storlekar samt brist på sjukskötare i vårdprocessen med patientgruppen. (Nilsson & Tellmar, 2011; Lumley et.al. 2015; Shea & Gagnon, 2015; Foroozesh, Sadati, Nosrati, Karami, Beyrami, et.al. 2017; Dannberg, 2018)

Det handlar om hjälpmedel som används rutinmässigt och därför borde finnas lätt tillgängligt och med rätt storlekar. Fel storlek av madrass under och efter operationen kunde leda till trycksår. (Hovind, 2013, 417-418) Vilket resulterar i mer lidande för patientgruppen och högre belastning på sjukvårdskostnader eftersom sårhelningen hos människor med övervikt och fetma är sämre. (Westerly & Dabbagh, 2010; Almås, 2011; Institutet för hälsa och välfärd, 2013) Adekvat basmonitorering är viktigt eftersom fel mätvärden på grund av icke anpassad utrustning kunde leda till komplikationer. (Kunnari, 2013)

Känsloladdningar kunde uppstå i vårdrelationen både hos sjukskötaren och patientgruppen om hjälpmedel inte finns eller är krångligt att få. Då resultatet analyserades dokumenterades tankar kring skilt förråd/utrymme på avdelningen eller sjukhuset varifrån enkla nödvändigheter kunde hämtas och lätt lokaliseras. Det kunde hjälpmedel med anpassade storlekar för patientgruppen placeras men som inte används så ofta. Patientkläder, madrasser, sittvåg, blodtrycksmanschetter är exempel som nämns i resultatet. (Lumley et.al. 2015; Foroozesh, et.al. 2017; Dannberg, 2018)

13.2 Metoddiskussion

Syftet var att undersöka perioperativa utmaningar med anestesi för människor med övervikt eller fetma genom att läsa och söka efter upplevelser eller erfarenheter i sjukvården från både anestesisjukskötar- och patientperspektiv i vetenskapliga artiklar som är baserade på vissa inklusions- och exklusionskriterier. Då sökningsprocessen påbörjades i olika databaser hittades goda resultat baserade endast på titel och årtal. Då abstrakten lästes insågs dock i de flesta artiklar att inklusionskriterierna inte uppfylls på basis av att flera artiklar endast undersöker bariatrisk- eller obstetriska patienter och att personalperspektivet med anestesisjukskötare var få. (Henricson, 2013, 472-475)

En baktanke med denna studie var att se hur sjukskötare upplever utmaningarna med anestesi hos patientgruppen där övervikten och fetman föreligger sekundärt perioperativt eftersom människor vårdas inte endast med fokus på själva övervikten eller fetman utom också i stor utsträckning följsjukdomarna. (Almås, 2011; Hovind, 2013)

Anestesiologins utmaningar hos patientgruppen belystes inte på grund av alltför medicinska studier som inte svarade relevant på syftet. Artiklar som behandlar perioperativa utmaningar med anestesi för vuxna överviktiga som genomgår allmänna operationer har inte undersökts. Där finns ett kunskapsgap som vore till nytta forskarna om. (Henricson, 2013, 472-475)

Därför förändrades studiens syfte genom att expandera på frågeställningarna. Upplevelser från den perioperativa miljön med vuxna överviktiga patienter som genomgår allmänna operationer gav några fåtal resultat. Därför gjordes frågeställningarnas syfte bredare men inklusions- och exklusionskriterier fick stå oförändrade. (Henricson, 2013, 472-475)

Styrkorna i studien var att flera subkategorier hade gemensamma sammanhang med hälften eller mera av de analyserade vetenskapliga artiklarna. Resultatet svarar starkt på frågeställningen från sjukskötarens perspektiv (n=800) men trovärdigheten i denna studie försvagas från patientperspektiv (n=8). (Henricson, 2013, 472-475)

Frågeställningarna var utmanande att forma etiskt sätt, eftersom de lätt blev obalanserade och riktade med negativ eller positiv anda mot de utmaningar och upplevelser som efterfrågades. Patientperspektivet var viktigt att belysa eftersom utmaningarna som sjukvårdspersonalen stöter på ses, upplevs och kan återberättas av själva människan som blir vårdad.

Däremot blev det bekräftat hur etiskt utmanande vid formulering av frågor inom ämnet. Endast en vetenskaplig artikel (Creel & Tillman, 2011) i studien belyser patientperspektiv vilket är svagt. Mera intervjustudier som metod ur patientperspektiv kunde ge starkare evidens om utmaningarna. (Henricson, 2013, 472) Det resultat som belystes ur patientperspektiv beskriver mycket likt resultatet från studien av Bratland & Szamel (2015) som letade efter samma syfte men hade fler deltagare.

13.3 Slutledning

Utmaningar i det perioperativa arbetet med överviktiga förekommer fortfarande än idag. Det gäller för all sjukvårdspersonal att bemöta alla patientgrupper med respekt och se varje

individ som unik. Förståelsen att sätta sig in i patientens situation hjälper sjukskötaren förbereda vårdprocessen och förstå vilka utmaningar som kan förväntas. (Almås, 2011; Meleis, A. I, 2012; Hovind, 2013)

Studien lyfter fram viktig kunskap med förståelse för en människa med övervikt, hur sjukskötaren bemöter den unika individen, vem som skapar och sprider fördomar och attityder mot patientgruppen, men även hur gå till väga för att bryta marginaliseringen och skapa en vårdrelation som minskar på lidande och komplikationer med adekvat utrustning under hela den perioperativa fasen. (Almås, 2011; Meleis, A. I, 2012; Hovind, 2013)

Artikelnnummer, författare, år, land	Titel	Syfte	Metod, design	Material, deltagare	Resultat	Kommentarer
1. Lumley, E., Homer, C. V., Palfreyman, S., Shackley, P. and Tod, A. M. (2015). Storbritannien.	A qualitative study to explore the attitude of clinical staff to the challenges of caring for obese patients.	En undersökning ur personalperspektiv ifall patienter med fetma har mera grundvårdsbehov.	Kvalitativ.	Intervju, 18 sjukvårdspersonal, 12 som fokuserade på att vårda patienter med bensår.	Patienter med fetma skapade flera utmaningar för vårdandet, såsom integriteten, säkerheten och vårdkvaliteten.	Bristfällig adekvat grund för vårdandet med fetma patienter.
2.J. Marie Shea, M. Gagnon. (2015). Kanada.	Working with patients living with obesity in the intensive care unit.	Undersöka ur personalperspektiv hur sjuksköтары upplever att vårda överviktiga patienter i intensivvården.	Kvalitativ.	Intervju, 11 Sjuksköтары.	Fetma patienter ses och vårdas annorlunda.	+Brett resultat som svarar på syftet.
3.Hacı Ömer Yilmaz, Nurcan Yabancı Ayhan. (2018). Turkiet.	Attitudes and behaviors of nursing students towards obese individuals.	Studera sjuksköтарыs attityd och beteende mot fetma patienter.	Kvantitativ.	Frågeformulär, 437 studerandesjuksköтары.	Studerandesjuksköтары har negativ attityd och bemötande mot patienter med fetma.	- Frågeformuläret negativt riktat mot fetma.
4.N. Jakobsson, J. Johansson	Bemötande av patienter med	Syftet var att studera hur sjuksköтары	Kvalitativ.	Intervju, 5 sjuksköтары.	Bemöta med respekt, se patienten	+Etiskt balancerat.

. (2014) Sverige.	övervikt och fetma.	skor bemöter patienter som har övervikt och fetma.			som helhet, individans passad vård, delaktighe t och ha kunskap om patienter med fetma.	
5.A. Dannberg. (2018). Sverige.	Operation ssjuksköte rskors upplevelse r av att vårda patienter som lider av extrem svår fetma.	Att studera hur operations sjuusköter skor upplever att vårda patienter som lider av extrem svår fetma.	Kvalitativ.	Intervju, 6 sjuuskötar e.	Oro för patientsäk erhet, komplext vårdande, litet operations bord, önskar mera utbildning för förståelse av patientgru ppen.	+Svarar gott på syftet. -Få deltagare.
6.L.Nilsso n, K.Tellmar . (2011). Sverige.	Attityder och bemötand e av patienter med fetma.	Beskriva bemötand e och attityder av fetma patienter ur sjuuskötar ens perspektiv .	Kvalitativ.	Skriftliga svar, 52 studerand e sjuuskötar e.	Tabu, negativ inställning och vårdtyngd kring fetma patienter. Brist på resurser.	+Själslivet framkommer.
7. R. Foroozesh , L. Sadati, S. Nosrati, S.Karami, A.Beyram i,T. Fasihi.	Challenge s in nursing care of morbidly obese patients, nurses viewpoint s.	Problem relaterade att vårda fetma patienter i operations salen.	Kvantitati v.	Frågeform ulär, 200 sjuuskötar e.	Problem med att förflytta, lyfta och byta om klädsel på fetma patienter.	+Utmaningar med specifika hjälpmedel -Patienternas BMI?

(2017) Iran.						
8. Creel, E., & Tillman, K. (2011). Amerika.	Stigmatization of overweight patients by nurses.	Utforska fenomen av fetmapatienters stigmatisering orsakad av sjukskötar e.	Kvalitativ.	Intervju, 8 patienter.	Undersökningen presenterade tre teman i stigmatiseringen av fetma. Skam, Marginalisering och Ångest.	+Undersöktas BMI 45-60. +Patient perspektiv. -Endast kvinnor.
9. Keyworth, Chris & Peters, Sarah & Chisholm, Anna & Hart, Jo. (2013) Storbritannien.	Nursing students perception of obesity and behaviour change: Implications for undergraduate nurse education.	Få uppfattning om fetman, eventuella hinder för vikthantering och behov av skolning för studerande sjukskötar e.	Kvalitativ.	Intervju, 20 studerade sjukskötar e.	Utmanande att hantera fetman i sjukvården, påverkan av negativa attityder från sjukvårdspersonal på patient om vårdnad. Otillräcklig självsäkerhet och saknande av rätt kommunikation vid diskussion om vikthantering med patient.	
10. C. Hales, K. de	Managing social	Att undersöka	Kvalitativ.	Observation	Utmanande i	+Patientgruppens BMI >40

Vries, M. Coombs. (2016). Nya Zeland.	awkwardness when caring for morbidly obese patients in intensive care, a focused ethnography.	hur sjukskötar och läkare påverkas av att vårda sjukt överviktiga patienter i intensivvården.		(167 timmar) och intervju, 67 sjukskötar och 13 läkare, 7 patienter.	vårdrelationen på grund av socialt stigma.	Sjukvårdspersonal perspektiv
---------------------------------------	---	---	--	--	--	------------------------------

Källor

Almkvist, O. & Englund, A. (2008). Att leva med stomi -ur ett psykosocialt perspektiv. Sjuksköterskeprogrammet. Karolinska Institutet. Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle.

Almås, H., Stubberud, D., Grønseth, R., Bolinder-Palmér, I. & Toverud, K. C. (2011). Klinisk omvårdnad: 1 (2., [uppdaterade] uppl.). Stockholm: Liber.

Anttalainen, Pahkala, Saaresranta, & Tuunainen. (2018). *Lider du av sömnapné utan att veta om det? Obstruktiv sömnapné*. Duodecim. [Online] <https://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/khr/khr00076.pdf>. Hämtad [2018-10-18]

Axelsson, S. (2017) Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten - SBU:s handbok. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Stockholm.

Barash, P., Cullen, B. F., & Stoelting, R. K. (2010). *Clinical anesthesia, 7e : print + ebook with multimedia*. [Online] <https://ezproxy.novia.fi:2268> Hämtad [2018-10-17]

Bodelsson, M. (2005). Anestesiologi (2. [rev.] uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Borell, M., & Tranberg, S. (2010). Attityder från vårdpersonal i omvårdnaden av överviktiga patienter : En litteraturöversikt (Dissertation). Hämtad från <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:his:diva-3596>

Bratland, L., & Szamel, V. (2015). Hur upplever patienter med övervikt och fetma sjuksköterskors bemötande? : En litteraturöversikt (Dissertation). Hämtad från <http://urn.kb.se>

Carlsson, P., & Gulliksson, P. (2009). Attityder och bemötande vid övervikt : en litteraturstudie om vårdpersonals självskattning och patienters upplevelse (Dissertation No. SSKHk06/vt09nr4). Hämtad från <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:hig:diva-3857>

Christensen, B. (2009). Hur upplever patienter som lider av övervikt och fetma bemötandet i vården? En litteraturstudie (Dissertation). Hämtad från <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:vxu:diva-2501>

Creel, E.L., & Tillman, K. (2011). Stigmatization of Overweight Patients by Nurses.

Dannberg, A. (2018). Operationssjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter som lider av extrem svår fetma (Dissertation). Hämtad från <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:uu:diva-349256>

Ekvall, F., & Westerlund, J. (2017). Sjuksköterskans bedömning av den postoperativa smärtan : - En litteraturöversikt (Dissertation). Hämtad från <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:miun:diva-31772>

Elo, S. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), pp. 107-115.

Foroozesh R, Sadati L, Nosrati S, Karami S, Beyrami A, et al. (2017) Challenges in Nursing Care of Morbidly Obese Patients: Nurses' Viewpoints, *J Minim Invasive Surg Sci*. 6(2):e12040.

Hahl, T. Pipsa Peromaa-Haavisto, Pekka Tarkiainen, Otto Knutar ja Mikael Victorzon. (2016). *Lihavuuskirurgia nopean toipumisen ohjelmalla*. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2016;132(1):63-70.

Hales, C., de Vries, K., & Coombs, M. (2016). Managing social awkwardness when caring for morbidly obese patients in intensive care: A focused ethnography. *International Journal of Nursing Studies*, 58, 82-89.

Heikkinen, K. (2013) Välittömät leikkausta edeltävät valmistelut. Anestesiahoitotyön käsikirja. Duodecim. [Online] <https://ezproxy.novia.fi:2277/dtk/shk/koti>. Hämtad [2019-02-12]

Heinrich, S., Horbach, T., Stubner, B., Prottengeier, J., Irouschek, A., & Schmidt, J.D. (2014). Benefits of Heated and Humidified High Flow Nasal Oxygen for Preoxygenation in Morbidly Obese Patients Undergoing Bariatric Surgery : A Randomized Controlled Study.

Hengityслиitto. (2019). Uniapnea. Hengityssairaudet. [Online] <https://www.hengityслиitto.fi/fi/hengityssairaudet/uniapnea>. Hämtad [2019-01-20]

Henricson, M. (2012). Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad. Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M. (2013). Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad. Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M. (2017). Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad. Lund: Studentlitteratur.

Hoikka, A. t. & Ilola, T. (2013). *Anestesiahoitotyön käsikirja* (1. p.). Helsinki: Duodecim.

Hovind, I. L. (2013). *Anestesiologisk omvårdnad* (2., [rev.] uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Hämtad [2019-01-15]

Jakobsson, N., & Johansson, J. (2014). Bemötande av patienter med övervikt och fetma. (Dissertation). Hämtad från <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:lnu:diva-35612>

Jerry Ingrande, Jay B. Brodsky and Hendrikus J.M. Lemmens. (2009). *Regional anesthesia and obesity*. Department of Anesthesia, Stanford University School of Medicine, Stanford, California, USA. [Online] https://www.researchgate.net/profile/Jay_Brodsky/publication/26314744_Regional_anesthesia_and_obesity/links/5aa69034458515b3e5c13a2d/Regional-anesthesia-and-obesity.pdf

Hämtad [2018-10-11]

Jones, J. S. D. R. P., Fitzpatrick, J. J. P. M. R., & Rogers, V. L. D. R. (Eds.). (2016). Psychiatric-mental health nursing, second edition : an interpersonal approach. Retrieved from <https://ezproxy.novia.fi:2268>

Karpakka, P. (2016) Lihavan potilaan preoperatiivinen arvio. Sairaanhoidajan käsikirja, Duodecim. [Online] <http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>. Hämtad [2019-01-15]

Keyworth, C., Peters, S., Chisholm, A., & Hart, J. (2013). Nursing students' perceptions of obesity and behaviour change: Implications for undergraduate nurse education. *Nurse Education Today*, 33(5), 481-485.

Koivusipilä A, Kirsi Tarnanen, Jouko Jalonen, Ville Mattila och Finska Läkaresällskapet. (2015) Att förbereda sig för operation - tilläggsinformation för patienten. [Online] https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khr00098&p_teos=khr.

Hämtad [2019-01-20]

Koponen P., Katja Borodulin, Annamari Lundqvist, Katri Sääksjärvi ja Seppo Koskinen, toim. *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa – FinTerveys 2017 -tutkimus*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 4/2018. Helsinki 2018.

Kunnari, L. (2013). Anestesiahoitotyön käsikirja. Sairaanhoitajan tietokannat, Duodecim. [Online] http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=aop00391#T2

Lindwall, L. (2012). Omvårdnad vid kirurgiska sjukdomar. Lund: Studentlitteratur.

Lukkarinen, H., Tuula Virsiheimo, Mari Savo, Kaisa Hiivala ja Timo Salomäki. (2013). Potilaan turvallinen siirto heräämöstä vuodeosastolle. Anestesiahoitotyön käsikirja. Duodecim. [Online] https://ezproxy.novia.fi:2277/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=aop00243. Hämtad [2019-02-05]

Lumley, E., Homer, C.V., Palfreyman, S. et al. (2 more authors) (2015) A qualitative study to explore the attitude of clinical staff to the challenges of caring for obese patients. *Journal of Clinical Nursing*, 24 (23-24). pp. 3594-3604.

Lundberg, D., Roth, B., Werner, M. & Bodelsson, M. (2011). *Anestesiologi* (3., [rev.] uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Machado, F. C., Palmeira, C., Torres, J., Vieira, J. E., & Ashmawi, H. A. (2018). Intraoperative use of methadone improves control of postoperative pain in morbidly obese patients: a randomized controlled study. *Journal of pain research*, 11, 2123-2129. doi:10.2147/JPR.S172235

Marriner-Tomey, A. & Alligood, M. R. (2010). *Nursing theorists and their work* (7. ed.). Maryland Heights, MO: Mosby Elsevier.

Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: Development and progress*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Metsämäki, H. (2013) Lihavan potilaan preoperatiivinen arvio. Anestesiahoitotyön käsikirja, Duodecim. [Online] <http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>. Hämtad [2019-01-15]

Metsämäki, H. (2013). Potilaan preoperatiivinen arviointi. Anestesiahoitotyön käsikirja. Duodecim. [Online] <https://ezproxy.novia.fi:2277/dtk/shk/koti>. Hämtad [2019-02-12]

Mustajoki, M. (2013). Lihavuuden yhteys kansanterveysongelmiin. Sairaanhoitajan käsikirja -kuvat, Duodecim. [Online] <http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>. Hämtad [2019-01-15]

Mustajoki, P. (2018) Tietoa potilaalle: Painoindeksi (BMI). Lääkärikirja, Duodecim. [Online] <http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>. Hämtad [2019-01-15]

Männistö S, Laatikainen T, Vartiainen E. (2013) *Finländarnas fetma förr och nu*. Forskning i korthet 13, november 2013, Institutet för hälsa och välfärd, Helsingfors.

Nielsen, D., & Svensson, Å. (2011). Hur kan personer med övervikt eller fetma uppleva möten med hälso- och sjukvårdspersonal? : En litteraturstudie (Dissertation). Hämtad från <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:bth-2721>.

Nightingale, C. E., Margaron, M. P., Shearer, E., Redman, J. W., Lucas, D. N., ... Griffiths, R. (2015). Peri-operative management of the obese surgical patient 2015: Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland Society for Obesity and Bariatric Anaesthesia. *Anaesthesia*, 70(7), 859–876.

Nilsson, L., & Tellmar, K. (2011). Attityder och bemötande av patienter med fetma : en empirisk kvalitativ studie av sjuksköterskestudenters upplevelser (Dissertation). Hämtad från <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:rkh:diva-185>.

Pearlmutter, D. Loberg, K. (2018). Skydda din hjärna. Om tarmbakteriernas förmåga att läka och skydda din hjärna - hela livet. ScandBook UAB, Litauen 2018. Andra tryckningen. ISBN: 978-91-636-1672-3

Prabha, R., Raman, R., Khan, M. P., Kaushal, D., Siddiqui, A. K., & Abbas, H. (2018). Comparison of I-gel for general anesthesia in obese and nonobese patients. *Saudi journal of anaesthesia*, 12(4), 535-539.

Shea, J. M., & Gagnon, M. (2015). Working With Patients Living With Obesity in the Intensive Care Unit: A Study of Nurses' Experiences. *ANS. Advances in nursing science*, 38(3), E17-37.

Syrjälä, A., Kekkonen, E., Niemi-Murola, L., Jalonen, J., Junttila, E., Metsävainio, K. & Pöyhä, R. (2012). Anestesiologian ja tehohoidon perusteet (1. p.). Helsinki: Duodecim.

Tarnanen K, Kirsi Pietiläinen, Suoma Saari, Aila Rissanen, Paula Hakala, Vesa Koivukangas, Jukka Marttila, Katriina Kukkonen-Harjula, Carina Loman och Finska Läkaresällskapet. (2011). Fetma hos vuxna. Patientinformation. [Online] https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khr00019&p_teos=khr. Hämtad [2019-01-20]

Westerly, B. D., & Dabbagh, O. (2011). Morbidity and mortality characteristics of morbidly obese patients admitted to hospital and intensive care units. *Journal of critical care*, 26(2), 180-185.

WHO. (2016) World health Organization. Overweight and obesity. [Online] http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight/en/. Hämtad [2018-11-15]

WHO. (2018). Obesity and overweight. [Online] <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Hämtad [2019-02-21]

Virtanen, M & Uski, P. (2013) Vatsaontelon täyhystysleikkaus eli laparoscopia. Anestesiahoitotyön käsikirja. Duodecim. [Online] https://ezproxy.novia.fi:2277/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=aop00263&p_haku=Antiemboliasukat. Hämtad [2019-03-06]

Yilmaz, H. & Nurcan, Y. (2018). Attitudes and Behaviors of Nursing Students towards Obese Individuals. 2. 3-9.

Bilagor

Tabell 1. WHO. (u.å). [Online] <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>. Hämtad [2018-10-4]

Tabell 2. Metsämäki, H. (2013) Perussairauksista johtuvien leikkausriskien arviointi. Anestesiahoitotyön käsikirja, Duodecim. [Online] <http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>. Hämtad [2019-01-19]

Tabell 3. Sökningsdagbok.

Tabell 4. Beskrivning av analysprocessen.

Figur 1. Rex, J. (2019) Illustration av Mallampati-kvalificering.

Figur 2. Rex, J. (2019) Illustration av "Ramped up"-position.

Figur 3. "Resultat av kategorier och subkategorier.