



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Sjuksköterskans och distriktssköterskans inställningar till patienter med fetma inom primärvården

En enkätstudie

Sofie Strindberg & Marie Tibbling

2018

Examensarbete, Avancerad nivå (magisterexamen), 15 hp
Omvårdnadsvetenskap
Specialistsjuksköterskeprogrammet, inriktning distriktssköterska
Självständigt examensarbete inom distriktssköterskans kunskapsområde

Handledare: Mikaela Willmer
Examinator: Ingela Enmarker

Sammanfattning

Bakgrund

Förekomsten av fetma har ökat de senaste decennierna. Inom primärvården vårdas patienter med fetma, följsjukdomarna är många och kostar samhället mycket pengar.

Gävleborg har en högre andel personer med fetma än genomsnittet i riket.

Sjukvårdspersonalens inställningar gentemot patienter med fetma påverkar hur de bemöter patienterna. Stigmatisering och diskriminering kan göra att patienter med fetma undviker att söka vård och det är viktigt att undersöka sjuksköterskors och distriktssköterskors inställningar så att man vid behov kan sätta in utbildningsinsatser för att ge bättre bemötande och vård.

Syftet med studien var att beskriva och jämföra sjuksköterskor och distriktssköterskors inställningar till patienter med fetma som vårdas inom primärvården.

Metoden var en enkätstudie med deskriptiv och komparativ design med kvantitativ ansats. Urvalsgruppen var sjuksköterskor och distriktssköterskor inom primärvården i Gävleborg, både inom privata och offentliga sektorn. I studien deltog 15 regionstyrda och 9 privata hälsocentraler. Enkäten som delades ut var webbaserad och skickades ut till 191 sjuksköterskor och distriktssköterskor, totalt besvarade 81 enkäten.

Huvudresultatet visade inga signifikanta skillnader mellan sjuksköterskor och distriktssköterskor gällande inställningar till patienter med fetma. Signifikanta skillnader sågs mellan mindre yrkesvana och mer yrkesvana sjuksköterskor och distriktssköterskor, de mer yrkesvana har en mer positiv attityd till fetma.

Slutsatsen av detta examensarbete visade att de sjuksköterskor och distriktssjuksköterskor med mer erfarenhet hade en mer positiv inställning gällande patienter med fetma. För att ge vård av högre kvalitet till dessa patienter krävs utbildning och medvetenhet om det föreliggande problemet.

Nyckelord

Fetma, inställningar, primärvården, sjuksköterska,

Abstract

Background

In the last decades the prevalence of obesity has increased. Patients with obesity are taken care of within primary care, secondary diseases are many and it costs a lot of money to society. Gävleborg has a higher proportion of obesity than the average in the country. Healthcare staff's attitude towards patients with obesity affects how they respond to patients. Stigmatization and discrimination can make obese patients avoid seeking care and it is important to investigate nurses and district nurses attitudes so that appropriate education can be put in place to give better treatment and care.

The aim of this study was to describe and compare nurses and district nurses attitudes to patients with obesity in primary care.

The method was a questionnaire with descriptive and comparative design with quantitative approach. The selection group was nurses and district nurses in primary care in Gävleborg, both in the private and public sectors. In the study, 15 region controlled and 9 private healthcare centers participated. The survey distributed was based on the web and sent to 191 nurses and district nurses, in total, 81 questionnaire were answered.

The main results showed no significant differences between nurses and district nurses regarding attitudes towards patients with obesity. Significant differences were seen between less experienced and more experienced nurses and district nurses, the more experienced have a more positive attitude towards obesity.

The conclusion of this study showed that nurses and district nurses with more experience contributes to a more positive attitude towards patients with obesity. In order to provide more qualitative care for these patients, education and awareness about the current problem is required.

Keywords

Attitudes, nurse, obesity, primary care

Innehållsförteckning

1. Introduktion	1
1.1 Övervikt och fetma	1
1.2 Förekomst av övervikt och fetma i världen	1
1.3 Förekomst av övervikt och fetma i Gävleborgs län	2
1.4 Prevention av övervikt och fetma	2
1.5 Behandling av övervikt och fetma	2
1.6 Inställningar till patienter med övervikt och fetma inom vården	3
1.7 Patienten med fetma i primärvården	4
1.8 Sjuksköterskans och distriktssköterskans ansvarsområde	6
1.9 Problemformulering	7
1.10 Syfte	7
1.11 Frågeställningar	7
2. Metod	8
2.1 Design	8
2.2 Urvalsmetod	8
2.3 Undersökningsgrupp	8
2.4 Datainsamlingsmetod	8
2.5 Tillvägagångsätt	10
2.6 Dataanalys	10
2.7 Forskningsetiskt överväganden	11
3. Resultat	12
3.1 Bakgrundsdata	12
3.2 Attityder till fetma	14
3.3 Uppfattningar om personer med fetma	15
3.4 Personalens upplevelse av personer med fetma	17
4. Diskussion	18
4.1 Huvudresultat	18
4.2 Resultatdiskussion	19

4.3 Metoddiskussion	23
4.3.1 Design och urvalsmetod	23
4.3.2 Undersökningsgrupp	23
4.3.3 Datainsamlingsmetod	24
4.3.4 Tillvägagångssätt	25
4.3.5 Dataanalys	26
4.4 Kliniska implikationer för omvårdnad	26
4.5 Förslag till fortsatt forskning	26
4.6 Slutsats	27
5. Referenser	28

1. Introduktion

1.1 Övervikt och fetma

Definitionen av övervikt och fetma är en onormal eller överdriven mängd kroppsfett som innebär en hälsorisk (WHO, 2018). En långvarig obalans av ett för stort energiintag och minskad energiförbrukning leder till övervikt och fetma. Risken för att utveckla övervikt och fetma ökar om det finns ett genetiskt arv till övervikt och fetma i samspel med ohälsosam livsstil (Stahre, 2007 a).

Sekundära sjukdomar kan uppstå som följd till övervikt och fetma. De vanligaste följsjukdomarna är kardiovaskulära sjukdomar, diabetes typ 2, artros, vissa cancersjukdomar samt psykiska besvär. Dock vet man inte hur sambandet ser ut mellan övervikt och sjukdom, exempelvis vid artros vet man inte om det är sjukdomen i sig som orsakar övervikten på grund av minskad fysisk aktivitet eller om det är tvärtom (Stahre, 2007 b). Det vanligaste sättet att definiera övervikt och fetma är med hjälp av body mass index (BMI). När BMI ligger mellan 18,5-25 kg/m² anses det vara normalvikt. När BMI är mellan 25-30 kg/m² anses det vara övervikt och ett BMI över 30 kg/m² anses vara fetma (Larsson & Rössner, 2015). Det kan vara svårt att avgöra om en person har övervikt eller fetma endast baserat på BMI eftersom det är svårt att avgöra vad som är fett- eller muskelmassa. Att mäta midjeomfånget för att diagnostisera övervikt och fetma har blivit allt vanligare. Gränsvärdet i midjemått för män är 94 cm och 80 cm för kvinnor (Stahre, 2007 a).

1.2 Förekomst av övervikt och fetma i världen

En stor del av världens befolkning har övervikt och fetma. Antalet personer med övervikt var år 2016 1,9 miljarder och av dessa hade 650 miljoner fetma. Siffran har tredubblats sedan 1975 (WHO, 2017).

I Sverige har antalet personer med fetma ökat de senaste 10 åren. Detta medför en stor sjukdomsburda. 2015 hade 29 procent bland kvinnorna och 42 procent bland männen övervikt och 14 procent av både kvinnorna och männen hade fetma. Fetma och övervikt är vanligare hos lågutbildade personer och övervikt är vanligare hos personer med manligt kön, det finns även andra sociala, geografiska och miljöbetingade faktorer som bidrar till att förekomsten av övervikt och fetma skiljer sig åt (Folkhälsomyndigheten, 2016).

1.3 Förekomst av övervikt och fetma i Gävleborgs län

Enligt nationella folkhälsoenkäten har 16 procent av kvinnorna och 17 procent av männen fetma i Gävleborg. Statistiken visar att Gävleborg har den högsta andelen personer med övervikt och fetma i Sverige med en siffra på 58 procent jämfört med hela rikets 51 procent (Region Gävleborg, 2017).

1.4 Prevention av övervikt och fetma

Den stigande förekomsten av fetma över hela världen kräver förebyggande åtgärder eftersom fetma är ett svårbehandlat tillstånd som medför höga samhällskostnader såväl som stort individuellt lidande. I Sverige finns det rekommendationer från Folkhälsomyndigheten att vara fysiskt aktiv i sammanlagt minst 150 minuter i veckan. 75 minuter per vecka rekommenderas vid hög intensitet. Den fysiska aktiviteten ska fördelas jämnt under veckan med pass om minst 10 minuter. Fysisk aktivitet minskar risken för bland annat hjärt- och kärlsjukdom, viss cancer och diabetes typ 2 (Folkhälsomyndigheten, 2013). Enligt nordiska näringsrekommendationer ska friska, vuxna personer helst äta 500 gram frukt och grönt dagligen, välja nyckelhålmärkta varor, välja fullkornsprodukter i första hand, välja flytande margarin eller olja vid matlagning samt äta fisk ofta, gärna minst tre gånger i veckan (Folkhälsomyndigheten, 2016).

1.5 Behandling av övervikt och fetma

I en studie från USA granskades flera riktlinjer och där hade de sammanställt den metod som verkade fungera bäst på patienter med fetma. Grundläggande för att gå ner i vikt var livsstilsförändring med ändring på kost och ökad fysisk aktivitet. (Bray, Fruhbeck, Ryan & Wilding, 2016). Det fanns en omfattande sammanställning från SBU 2013 där de kom fram till att det inte fanns skillnader i effekt på viktnedgång på lång sikt när man använde sig av medelhavskost, lågkolhydratkost, lågfettkost, högproteinkost, kost med lågt glykemiskt index eller kost med hög andel enkelomättade fetter utan det viktigaste var att man valde en diet och höll sig till den (SBU, 2013).

Det finns läkemedel, bland annat Orlistat (Xenecal), som hjälper patienter att gå ner i vikt i samband med livsstilsförändring men dock med en blygsam effekt (Song, Ruan, Gu, Wang, Wang & Mueck, 2017) Kirurgi för fetma har också visat sig vara en effektiv metod för att patienten skulle gå ner i vikt och få en bättre hälsa och minskade på det

viset dödligheten för patienter med svår fetma (Bray, Fruhbeck, Ryan & Wilding, 2016).

Motiverande samtal (MI) är också en väl beprövad metod som innebär att aktivt lyssna och plocka fram individens egna resurser för att ta beslut i en beteendeförändring. Metoden är bra i livsstilsförändringar (Holm Ivarsson, 2016). Enligt Christie och Channon, (2014) och Barnes och Jvezai, (2015) har många studier visat att MI hade goda effekter på viktminskning och ökad fysisk aktivitet. I Sverige har användandet av MI ökat sedan 2004 och idag utbildas alla kategorier av vårdpersonal. Det har dock visat sig i en studie som undersökte hur primärvårdspersonalen utför MI och hur de bedömer sin egen prestation att ingen av sjuksköterskorna uppnådde kunskap i alla delar gällande MI när livsstilsförändring diskuterades med patienten (Östlund, Kristofferzon, Häggström & Wadensten, 2015).

1.6 Inställningar till patienter med övervikt och fetma inom vården

En persons inställning innefattar attityd, uppfattning och ståndpunkt (Malmström, Györki & Sjögren, 2002). Tidigare forskning visar att attityden bland sjukvårdspersonal skiljer sig åt gällande övervikt och fetma, vissa tyckte att det ska prioriteras medan andra ansåg att det inte är en sjukdom och därför inte borde prioriteras i primärvården (Hansson, Rasmussen & Ahlström, 2011). Negativa attityder gentemot överviktiga personer har visat sig finnas hos sjuksköterskor och andra inom hälso- och sjukvården som i sin tur påverkade vården av dessa personer (Poon & Tarrant, 2009). Enligt Zhu, Norman och While (2011) och Budd, Mariotti, Graff och Falkenstein (2011) kan vårdpersonalens egen vikt påverka hur de själva arbetar med prevention och behandling av personer med övervikt och fetma. Vårdpersonal som inte var överviktig själv jobbade i större utsträckning med prevention, information och behandling gällande övervikt och fetma i jämförelse med vårdpersonal som själva led av övervikt eller fetma. I en artikel från USA undersöktes det om hur ofta läkaren diskuterade vikt, kost och fysisk aktivitet med äldre patienter. Resultatet visade att det var hälften av patienterna som fått råd om vikt, kost och fysisk aktivitet. Det visade sig att det var de patienter med högt BMI och de patienter med flera följsjukdomar samt de som var välutbildade som fick information om vikt, kost och fysisk aktivitet i högre utsträckning (Ahn, Smith & Ory, 2012).

Vårdpersonalens arbetssätt och bemötande påverkades av deras attityd till personer med fetma, och flera studier visar att de såg annorlunda på personer med fetma än

normalviktiga personer. Vårdpersonalen bemötte och behandlade patienter med fetma annorlunda genom att de ordinerade och tog mer prover på dessa patienter men däremot ägnade de i övrigt mindre tid åt att hjälpa dem. Hos läkarstudenter fanns undersökningar gällande inställningar som påvisade att de tyckte att personer med fetma var oattraktiva, mindre intelligenta samt att de trodde att det var mindre troligt att personer med fetma skulle lyssna på dietistens råd i jämförelse med normalviktiga personer. Det framkom även att sjuksköterskor ansåg att fetma orsakas av faktorer som skulle kunna förebyggas samt att utebliven viktning berodde på brist på motivation och följsamhet. I en studie där sjuksköterskor genomgått en intervention där de fått utbildning gällande patienter med övervikt och fetma visade det sig att attityder och tro inte påverkades av dennes utbildning men däremot påverkades deras sätt och bemötande gällande behandling av personer med övervikt positivt genom förbättrad kvalitet och omhändertagande (Budd, Mariotti, Graff, & Falkenstein, 2011). Ytterligare en studie påvisar resultatet att sjuksköterskor ofta hade negativa associationer med överviktiga personer. I studien gjorde de en intervention där deltagarna fick genomgå en utbildning gällande övervikt och fetma. Utbildningen ledde till att sjuksköterskornas attityder vid omvårdnad påverkades positivt medan deras övertygelser gällande personer med övervikt och fetma inte förändrades nämnvärt (Gujral, Tea & Sheridan, 2011). Det har också visat sig att sjuksköterskor med mindre erfarenhet hade en mer negativ syn till personlighet och livsstil hos personer med fetma än mer yrkesvana sjuksköterskor (Budd, Mariotti, Graff, & Falkenstein, 2011). Vårdpersonalens sätt att uttrycka sig angående inställningar till övervikt och fetma var inte alltid tydligt negativt, men däremot uppger de att fetma orsakats av patientens livsstil och att det också var livsstilen och patientens inställning som kunde behandla fetma. Vårdpersonalen uttrycker också att primärvården inte var den självklara arenan att behandla fetma. Fetma är stigmatiserat i det svenska samhället och det varierar mellan personer beroende på socialt sammanhang och identitet (Hansson, 2010).

1.7 Patienten med fetma i primärvården

Enligt Heintze, Sonntag, Brinck, Huppertz, Niewöhner, Wiesner & Braun (2012), Nymberg och Drevenhorn (2016) och Forhan, Risdon och Solomon (2013) har flera studier visat att en del patienter med fetma inom primärvården upplevde att det var viktigt med neutralitet, respekt och empati i samtalet runt mat och fysisk aktivitet samt att en god relation mellan vårdpersonal och patient med fetma inom primärvården har

visat att patienten med fetma blir mer engagerad i sin vård. Personkemi var avgörande för hur besöket skulle bli. Det har även framkommit att primärvården kunde hjälpa patienten till att ändra sina levnadsvanor för att få en bättre hälsa samt att de kunde bekräfta de goda vanor patienten redan hade. Patienter som gavs insikt i sina vanor minskade sin rädsla för sjukdomen fetma. Två andra studier där man undersökt patienter med fetma framkom det att patienterna upplevde att de inte alltid blev tagna på allvar i sjukvårdssammanhang på grund av sin vikt och att sjukvårdspersonalens förhållningssätt till patienter med övervikt kunde leda till negativa skillnader i all behandling gällande vård. Patienter som upplevde att personalen i primärvården inte hade förutfattade meningar om patientens fetma frågade oftare om sina funderingar om fetma. Det framkom även att kontinuitet med personalen i primärvården gjorde att patienten med fetma blev mer engagerad i sin vård (Forhan, Risdon och Solomon, 2013 och Mold och Forbes, 2011). Flera studier har visat att en del patienter upplevde att de inte fick tillräckligt med hjälp med sin vikt inom primärvården. Patienterna fick höra om hälsorisker som fanns med fetma men fick inte den hjälp och vägledning de behövde. De upplevde att informationen från nätet om råd och levnadsvanor vid fetma var bättre än den de fick inom primärvården. Patienterna förväntade sig mera stöd och uppföljning från primärvården än information om levnadsvanor som de redan visste om (Ahern, Boyland, Jebb och Cohn, 2013 och Hardcastle och Hagger, 2011). En studie har visat att patienterna ville ha en individanpassad rådgivning och uppföljning där det skulle framkomma vad de kunde äta och inte äta samt en plan för fysisk aktivitet. Några av patienterna var nöjda med informationen de fått medan andra patienter tyckte att det inte var någon ny information som gavs angående kost och fysisk aktivitet. Några av patienterna tyckte att deras vikt var deras ensak och ville inte diskutera den med läkaren (Heintze, Sonntag, Brinck, Huppertz, Niewöhner, Wiesner, Braun, 2012). I en amerikansk studie kom det fram att de flesta av deltagarna var nöjda med personalen inom primärvården när det gällde information om kost och fysisk aktivitet. Kunskap hos vårdpersonalen var viktig när det gällde information om kost och fysisk aktivitet. I denna studie var det endast få deltagare som tyckte att deras levnadsvanor samt viktproblem var deras ensak och att personalen inte skulle lägga sig i (Buxton, Snethen, 2013).

1.8 Sjuksköterskans och distriktssköterskans ansvarsområde

En distriktssköterskas kompetensområde innefattar ett hälsofrämjande arbetssätt gällande stöd, råd och behandling av en person och dess närstående i livets alla skeden (Distriktssköterskeförbundet, 2008). Sjuksköterskans uppgift är enligt Dorothea Orem's egenvårdsteori även att aktivera individen som på egen hand utför åtgärder för att bevara hälsa och välmående och därmed höjer sin livskvalitet. Fokus ligger på patientens förmåga att utföra egenvård och målet med sjuksköterskans omvårdnad bör vara att främja patientens förmåga till egenvård (Bidstrup-Jørgensen & Østergaard-Steenfeldt, 2012). Varje sjuksköterska bör, enligt Orem, utveckla ett arbetssätt som hjälper dem att snabbt fånga den enskilde patientens syn på sin hälsosituation och identifiera det som är viktigt för patienten. Sjuksköterskan och patienten har troligen olika syn på världen så strävan är att de ska nå en gemensam grund att stå på, så att de utifrån den kan komma fram till vilka behov patienten har och hur sjuksköterskan kan hjälpa. Om sjuksköterskan ska kunna vårda en patient måste hon ingå i en relation med denne. Relationen är inte ett mål i sig men en förutsättning för att kunna vårda. Beröring, anknytning och kommunikation är viktiga beståndsdelar i relationen mellan sjuksköterskan och patienten (Pearson, Vaughan & FitzGerald, 2005). I en studie från södra Wales ansåg de flesta distriktssköterskor att en nära relation till patienten gav en ärlig och öppen kommunikation men det riktades även kritik mot en för nära relation. De uppmärksammade att om distriktssköterskorna lyssnade på och bekräftade patienten i varje möte i vården stärktes patientens resurser till att lyckas med viktnedgång. Distriktssköterskorna upplevde att de patienter som inte hade förkunskaper gällande kost och motion tog längre tid att vårda och det var ett hinder för primärvården som inte hade så lång tid på varje patient (Phillips, Wood & Kinnersley, 2014). I en annan studie fanns det goda bevis att personer med fetma som ville gå ner i vikt hade ett bra stöd från sjuksköterskor. Patienter som ville gå ner i vikt på egen hand lyckades sämre med att genomföra livsstilsförändringar, gå ner i vikt samt att bibehålla den nya vikten i jämförelse med personer som fick hjälp av en sjuksköterska (Sargent, Forrest & Parker, 2012). Det har dock visat sig att en del sjuksköterskor hade en för undermålig kunskap gällande övervikt och fetma för att kunna hjälpa dessa personer. Sjuksköterskor med mindre erfarenhet och utbildning hade mindre kunskap om hur de ska förmedla kost och nutritionsråd (Park, Cho, Song, Lee, Sung & Choi-Kwon, 2011). Specialistsjuksköterskor med längre arbetslivserfarenhet utförde råd om fysisk aktivitet och allmän livsstilsrådgivning i större utsträckning än allmänsjuksköterskor (Engström,

Skytt, Ernesäter, Fläckman & Mamhidir, 2013). En stor del av distriktssköterskorna fann också ett intresse i att jobba med preventiv vård gällande fetma men många av dessa önskade att de kunde få mer specifik utbildning inom området (Denney-Wilson, Harris, Laws & Robinson, 2013).

1.9 Problemformulering

Förekomsten av fetma har ökat under de senaste decennierna och 51 procent av befolkningen i Sverige har övervikt eller fetma. Inom primärvården vårdas många patienter med övervikt och fetma och följsjukdomarna är många och de kostar samhället mycket pengar. Gävleborg har en högre andel personer med fetma än genomsnittet i riket och därför finns det ett behov av att undersöka primärvårdens sjukvårdspersonals inställningar till detta problem. Detta är av intresse eftersom det enligt tidigare studier har visat sig att sjukvårdspersonalens inställningar gentemot patienter med övervikt och fetma kan påverka hur de jobbar med prevention och behandling av dessa patienter. Det har även visat sig att utbildning och erfarenhet kan påverka sjukvårdspersonalens inställningar gentemot patienter med fetma, därför är det även av intresse att jämföra om det finns skillnader mellan sjuksköterskor och distriktssköterskor samt de med mer eller mindre erfarenhet. Erfarenheter av stigmatisering och diskriminering kan göra att patienter med fetma drar sig för att söka vård, både för själva fetman och för orelaterade sjukdomar, och det är därför viktigt att undersöka sjuksköterskors och distriktssköterskors inställningar så att man vid behov kan sätta in lämpliga utbildningsinsatser för att få till ett bättre bemötande och en bättre vård.

1.10 Syfte

Syftet med studien var att beskriva och jämföra sjuksköterskor och distriktssköterskors inställningar till patienter med fetma som vårdas inom primärvården.

1.11 Frågeställningar

1. Vilka inställningar har sjuksköterskor och distriktssköterskor till patienter med fetma?
2. Vilka skillnader finns det gällande inställningar till patienter med fetma mellan sjuksköterskor och distriktssköterskor?

3. Vilka skillnader finns det gällande inställningar till patienter med fetma mellan mindre yrkesvana och mer yrkesvana sjuksköterskor och distriktssköterskor?

1. Metod

2.1 Design

En enkätstudie med deskriptiv och komparativ design med kvantitativ ansats (Polit & Beck, 2014).

2.2 Urvalsmetod

Urvalsgruppen valdes genom ändamålsenligt urval för att svara på studiens syfte och frågeställning (Polit & Beck, 2014). Urvalsgruppen var samtliga sjuksköterskor och distriktssköterskor inom primärvården i Gävleborg. Anledningen till att alla hälsocentraler i Gävleborg valdes ut är att det enligt Polit & Beck (2014) ger ett mer tillförlitligt resultat med många deltagare vid en kvantitativ studie.

2.3 Undersökningsgrupp

Urvalsgruppen var sjuksköterskor och distriktssköterskor inom primärvården i Gävleborg, både inom privata och offentliga sektorn. Studien riktade in sig på upptagningsområdet Gävleborg som omfattar 44 stycken hälsocentraler, varav 27 stycken regionstyrda och 17 stycken privata hälsocentraler. Inklusionskriterierna var att arbeta som sjuksköterska eller distriktssköterska på en regionsstyrd eller privat hälsocentral i Gävleborgs län.

2.4 Datainsamlingsmetod

Datainsamlingen genomfördes med hjälp av tidigare utarbetade enkäter. En validerad enkät gällande attityder till fetma, Fat Phobia Scale, användes och den är utformad av Bacon, Scheltema & Robinson (2001). Enkäten innehöll 14 frågor som berör attityder till fetma där deltagarna får värdera adjektiv och beskrivningsord som kan användas i beskrivningen av patienter med fetma. Adjektivparen bestod av ord som är varandras motsats. Adjektiven skattas på en skala mellan 1 till 5, där 1 innebar ett negativt beskrivningsord och 5 innebar ett positivt beskrivningsord, till exempel 1 står för lat och 5 för flitig. Lägsta totala poäng man kunde få på denna enkät är 14 och högsta totala poäng är 70, vid låga poäng visade det negativa inställningar mot personer med fetma

och vid höga poäng visade det positiva inställningar. Även en annan validerad enkät gällande uppfattningar om personer med fetma, Beliefs About Obese Persons (BAOP), användes och den innehöll 8 stycken frågor med påståenden angående fetma där respondenterna fick värdera på en 6-gradig skala i vilken grad de tyckte att påståendena stämde med sin egen uppfattning (Allison, Basile & Yunker, 1991). Ett exempel på ett påstående var "Fetma är vanligtvis orsakat av överätande" där 1 innebar att påståendet inte stämmer och 6 innebar att påståendet stämde helt och hållet. I denna enkät innebar 1 en positiv inställning till personer med fetma och 6 innebar en negativ inställning. Minsta totala poäng var 8 och högsta poäng var 48. Slutligen användes även delar av en validerad enkät gällande vårdpersonalens inställning till att vårda patienter med fetma, Attitudes to Obese Persons (ATOAP), som innehöll 10 stycken frågor med påståenden angående personalens upplevelse av patienter med fetma där deltagarna fick värdera på en 5-gradig skala i vilken grad de tyckte att påståendena stämde med sin egen upplevelse (Bagley, Conklin, Isherwood, Pechiulis & Watson, 1989). Av dessa frågor valdes 8 stycken ut till enkäten som användes till denna studie. De frågor som valdes bort handlade inte om primärvård och svarade därmed inte på syftet till detta examensarbete. Det finns andra studier som också har använt endast delar av denna enkät, bland annat en studie från Hongkong där författarna ansåg att alla frågor inte var relevanta för kinesisk kultur (Poon & Tarrant, 2008). Ett exempel på ett påstående var "Att vårda en vuxen patient med fetma är stressigt" där 1 innebar att man inte instämde alls och 5 innebar att man instämde helt. I denna enkät innebar 1 en positiv inställning till personer med fetma och 5 innebar en negativ inställning. Minsta totala poäng var 8 och högsta poäng var 40. Enkäten Fat Phobia Scale fanns redan översatt till svenska och BAOP samt ATOAP översattes till svenska med hjälp av en professionell översättare. En tvåspråkig person, född i Sverige men numera bosatt i England, fick sedan översätta den svenska texten tillbaka till engelska för att kontrollera att översättningen överensstämde. Skaparna av enkäterna ATOAP och BAOP har tillfrågats och godkänt att enkäterna får översättas till svenska och användas till detta examensarbete. Skaparen av enkäten Fat Phobia Scale har inte tillfrågats eftersom enkäten redan fanns validerad och översatt till svenska. En enkät skapades, baserad på Fat Phobia Scale, BAOP och ATOAP som innehöll 34 stycken frågor som utformades och lades in i ett webbaserat enkätprogram, Sunet Survey, tillhörande Högskolan i Gävle, se bilaga 1.

2.5 Tillvägagångssätt

Initial kontakt togs med verksamhetscheferna på de 44 hälsocentralerna inom primärvården i Gävleborg för att skriftligt informera om studien samt få ett skriftligt godkännande för deltagande i studien, se bilaga 2. På de privata hälsocentralerna var det 9 av 18 hälsocentraler som valde att delta i studien. Verksamhetscheferna skickade mailadresserna tillhörande sjuksköterskorna och distriktssköterskorna som arbetade på de hälsocentraler som skulle delta i studien. Av de privata hälsocentralerna tackade 2 nej, 5 återkopplade inte trots 2 påminnelser och till 3 stycken hittades inga kontaktuppgifter. På de regionsstyrda hälsocentralerna var det 15 stycken som tackade ja och 11 stycken som inte återkopplade trots 2 påminnelser. Påminnelserna skedde genom mail och telefonkontakt. När respektive verksamhetschef godkänt deltagandet togs kontakt via mail med enhetscheferna på respektive hälsocentral för att få tillgång till sjuksköterskornas och distriktssköterskornas mailadresser. Enkäterna skickades ut till 191 sjuksköterskor och distriktssköterskor, totalt svarade 81 vilket motsvarade 42 procent av de tillfrågade, varav 22 sjuksköterskor och 59 distriktssköterskor. Enkäten lämnades ut elektroniskt den 11 april 2018 via ett webbaserat enkätprogram, Sunet Survey, tillhörande Högskolan i Gävle och samlades sedan in via enkätprogrammet för sammanställning av resultatet. Missivbrev och tydlig information om studiens syfte, tillvägagångssätt och frivilligt deltagande gällande studien gavs skriftligt i samband med att enkäten lämnades ut. För missivbrevet användes det en befintlig mall som fanns på Högskolan i Gävles hemsida, se bilaga 3. Två påminnelser skickades ut till alla deltagande som ännu inte svarat på enkäten, den första påminnelsen skickades ut efter 7 dagar och den andra påminnelsen skickades ut efter 14 dagar. Enkätens svarsperiod avslutades 2 maj 2018.

2.6 Dataanalys

Data bearbetades med statistikprogrammet IBM SPSS statistics, version 24. Deskriptiv statistik (frekvens, procent, medelvärde, standardavvikelse och medianvärde) användes för att beskriva urvalet och fördelningen av svaren på enkäterna. Enkäten delades in i tre delar vid bearbetning av resultatet, Fat Phobia Scale ("attityder till fetma"), BAOP ("uppfattningar om personer med fetma") och ATOAP ("vårdpersonalens inställning till att vårda patienter med fetma"). Cronbachs alpha test utfördes för att kontrollera den interna samstämmigheten hos enkätens tre delar.

Eftersom svaren inte var normalfördelade användes sedan Mann Whitney U-test för att mäta skillnader i attityder mellan olika grupper av deltagare. Signifikansnivån sattes till $<0,05$ som är en allmänt godtagen signifikansnivå (Polit & Beck, 2014).

2.7 Forskningsetiska överväganden

Eftersom detta är ett examensarbete som involverade människor så har den etiska kommittén på Högskolan i Gävle granskat arbetets metod och tillvägagångssätt och gett ett godkännande för genomförande. Kommittén ska vara oberoende i förhållande till forskaren samt vara behörigt kvalificerad och göra en transparent bedömning, ge vägledning, kommentarer och godkännande enligt regler och lagar i det land som forskningen bedrivs (Sveriges läkarförbund, 2014). Deltagare blev informerade skriftligt om studiens syfte och vad data kommer att användas till samt fick information om att deltagandet i studien var frivilligt och kunde avbrytas när som helst utan att uppge något särskilt skäl. Svaren har förvarats och bearbetas konfidentiellt genom ett lösenordskyddat enkätprogram som endast författarna till denna studie hade tillgång till. Ingen kan i det färdiga examensarbetet identifiera deltagarna eftersom individuell personlig data inte finns redovisat i studien. Även om det främsta intresset med forskning är att få fram ny kunskap, så får detta aldrig påverka deltagarnas rättigheter såsom integritet, självbestämmanderätt, personuppgifter och privatliv (Sveriges läkarförbund, 2014). Resultatet har redovisats i löpande text och tabeller på så sätt att det är omöjligt att identifiera enskilda deltagare eller deras svar på individnivå.

3. Resultat

Resultatet i detta examensarbete redovisas i fyra olika underrubriker utifrån bakgrundsdata samt de tre olika enkäterna Fat Phobia Scale ("attityder till fetma"), BAOP ("uppfattningar om personer med fetma") och ATOAP ("vårdpersonalens inställning till att vårda patienter med fetma"). För att åskådliggöra resultatet redovisas det i text och 4 tabeller utifrån examensarbetets syfte och frågeställningar. Tabellerna redovisar bakgrundsdata och resultat gällande medelvärde, medianvärde, standardavvikelse (SD), Mann-Whitney U test samt p-värde utifrån erfarenhet och titel kopplat till enkäten indelad i "attityder till fetma", "uppfattningar om personer med fetma" och "vårdpersonalens inställning till att vårda patienter med fetma". Sjuksköterskornas och distriktssköterskornas erfarenhet har delats upp på två olika sätt, dels där ena gruppen har en liten erfarenhet av att arbeta i primärvården, 0-2 år, och den andra gruppen har längre erfarenhet, 3-40+ år, och dels där erfarenheten delas in i två grupper beroende av medianvärdet vilket innebar en grupp med erfarenhet på 0-10 år och en grupp med erfarenhet på 11-40+ år. Vi har valt att definiera gruppen 0-2 år som "oerfarna", 3-40+år som "erfarna", 0-10 år som "mindre yrkesvana" och 11-40+ år som "mer yrkesvana". Denna dubbla indelning gjordes eftersom det bedömdes intressant att se om det var antal års erfarenhet som låg bakom eventuella skillnader i attityder, eller om det snarare var just att inte ha någon direkt erfarenhet som var avgörande. Cronbachs alpha test utfördes och beräknades till 0,891 för enkätdelen Fat Phobia Scale, 0,651 för BAOP och 0,725 för ATOAP.

3.1 Bakgrundsdata

Tabell 1 visar bakgrundsdata på respondenterna som deltog i studien. Det var 81 respondenter som deltog i studien av 191 tillfrågade, det innebar en svarsfrekvens på 42 procent. Det var 79 kvinnor och 2 män som deltog. I kategorin ålder var det 13 mellan 20-35 år, 28 mellan 36-50 år och 40 mellan 51-65+ år som deltog. Av de som deltog var 22 sjuksköterskor och 59 distriktssköterskor. I kategorin erfarenhet, som visar hur lång erfarenhet respondenterna hade med sin nuvarande titel i primärvården, visar resultatet att 8 hade 0-6 månader, 11 hade 7 månader-2 år, 10 hade 3-5 år, 15 hade 6-10 år, 21 hade 11-20 år, 9 hade 21-30 år, 7 hade 31-40 år och ingen hade mer än 40 års erfarenhet med sin nuvarande titel i primärvården.

Tabell 1 Bakgrundsdata för deltagande sjuksköterskor och distriktssköterskor

Bakgrundsdata		
	n (n=81)	
Kön	Antal	Procent
Kvinna	79	97,5
Man	2	2,5
Total	81	100,0
Ålder	Antal	Procent
20-35 år	13	16
36-50 år	28	34,5
51-65+ år	40	49,5
Total	81	100,0
Titel	Antal	Procent
Sjuksköterska	22	27,2
Distriktssköterska	59	72,8
Totalt	81	100,0
Erfarenhet	Antal	Procent
0-6 månader	8	9,9
7 månader-2 år	11	13,6
3-5 år	10	12,3
6-10 år	15	18,5
11-20 år	21	25,9
21-30 år	9	11,1
31-40 år	7	8,6
40 + år	0	0
Totalt	81	100,0

n=antal.

3.2 Attityder till fetma

Enkätdelen Fat Phobia Scale gällande attityder till fetma innehöll 14 frågor där samtliga svar har sammanställts till ett gemensamt värde. Lägsta möjliga poäng som man kan få på denna sammanställda enkät del var 14 och högsta möjliga poäng var 70. Låga poäng innebar negativ inställning och höga poäng innebar positiv inställning. Medelvärdet för alla respondenterna tillsammans var 37,0 vilket innebär att resultatet angående inställningar till patienter med fetma förhöll sig åt det negativa hållet.

Medelvärdet för sjuksköterskor visade 35,5 och medelvärdet för distriktssköterskor visade 37,6. Sjuksköterskor visade alltså något mer negativa attityder än distriktssköterskor. Dock visade Mann-Whitney U-testet inte någon signifikant skillnad (se tabell 2).

Signifikanta skillnader sågs mellan oerfarna (0-2 år) och erfarna (3-40 år) sjuksköterskor och distriktssköterskor ($p=0,014$). Medelvärdet för oerfarna var 34,0 och för erfarna var värdet 37,9, vilket innebär att erfarna har en mer positiv attityd till fetma.

Signifikanta skillnader sågs även i den andra gruppen där erfarenhet delats upp beroende av medianvärdet ($p=0,044$). Mindre yrkesvana (0-10 år) hade ett medelvärde på 35,9 och mer yrkesvana (11-40 år) hade ett medelvärde på 38,2, vilket även i denna enkät innebär att de mer yrkesvana hade en mer positiv attityd till fetma än de mindre yrkesvana. Resultatet redovisas i tabell 2.

Tabell 2. Resultat från kategorin ”attityder till fetma”

Fat Phobia Scale				
	Medelvärde (SD)	Medianvärde	Mann- Whitney	P-värde
Alla respondenter n (n=81)	37,0 (6,6)	38,0	-	-
Sjuksköterskor n (n=22)	35,5 (6,8)	36,0	566,5	0,378
Distriktssköterskor n (n=59)	37,6 (6,5)	38,0		
Oerfarna 0-2år n (n=19)	34,0 (5,9)	34,0	370,5	0,014*
Erfarna 3-40år n (n=62)	37,9 (6,6)	38,0		
Mindre yrkesvana 0-10år n (n=44)	35,9 (7,1)	37,0	603,0	0,044*
Mer yrkesvana 11-40år n (n=37)	38,2 (5,7)	39,0		

*Signifikant skillnad om p-värde mindre än 0,05, n=antal, SD=Standardavvikelse

Enkätens minpoäng: 14, maxpoäng:70.

Signifikanta skillnader mellan yrkesgrupperna sågs även i specifika enkätfrågor där distriktssköterskor generellt uppvisade mer positiva attityder än sjuksköterskor (se bilaga 4).

3.3 Uppfattningar om personer med fetma

Enkätdelen BAOP gällande uppfattningar om personer med fetma innehöll 8 frågor där samtliga svar sammanställdes till ett gemensamt värde. Lägsta möjliga poäng som man kunde få på denna sammanställda enkätdel var 8 och högsta möjliga poäng var 48. Låga

poäng innebar positiv inställning och höga poäng innebar negativ inställning.

Medelvärdet för alla respondenterna tillsammans visade 27,7 vilket innebar att resultatet angående uppfattningar om personer med fetma förhöll sig åt det negativa hållet.

Medelvärdet för sjuksköterskor visade 28,2 och medelvärdet för distriktssköterskor visade 27,4. Inga signifikanta skillnader påvisades, angående uppfattningar om personer med fetma, mellan sjuksköterskor och distriktssköterskor (se tabell 3).

Inga signifikanta skillnader sågs mellan oerfarna (0-2 år) och erfarna (3-40 år) sjuksköterskor och distriktssköterskor ($p=0,176$). Medelvärdet för oerfarna var 28,6 och för erfarna var värdet 27,4.

Signifikanta skillnader sågs i den andra gruppen där erfarenhet delats upp beroende av medianvärdet ($p=0,008$). Mindre yrkesvana (0-10 år) hade ett medelvärde på 28,5 och mer yrkesvana (11-40 år) hade ett medelvärde på 26,7, vilket innebar att de mer yrkesvana hade en mer positiv uppfattning om fetma. Resultatet redovisas i tabell 3.

Tabell 3. Resultat från kategorin ”uppfattningar om personer med fetma”

BAOP	Medelvärde (SD)	Medianvärde	Mann-Whitney	P-värde
Alla respondenter n (n=81)	27,7 (4,6)	28,0	-	-
Sjuksköterskor n (n=22)	28,2 (5,5)	27,5	581,5	0,472
Distriktssköterskor n (n=59)	27,4 (4,3)	28,0		
Oerfarna 0-2år n (n=19)	28,6 (5,3)	29,0	468,0	0,176
Erfarna 3-40år n (n=62)	27,4 (4,4)	28,0		

Mindre yrkesvana 0-10år n (n=44)	28,5 (4,7)	29,0	535,0	0,008*
Mer yrkesvana 11-40år n (n=37)	26,7 (4,4)	27		

*Signifikant skillnad om p-värde mindre än 0,05, n=antal, SD=Standardavvikelse

Signifikanta skillnader mellan erfarenhetsgrupperna sågs även i denna enkät i specifika enkätfrågor (se bilaga 4).

3.4 Personalens upplevelse av personer med fetma

Enkätdelen ATOAP gällande personalens upplevelse av personer med fetma innehöll 8 frågor där samtliga svar har sammanställts till ett gemensamt värde. Lägsta möjliga poäng som man kan få på denna sammanställda enkät del var 8 och högsta möjliga poäng var 40. Låga poäng innebar positiv inställning och höga poäng innebar negativ inställning. Medelvärdet för alla respondenterna tillsammans visade 10,5 vilket innebar att resultatet angående personalens upplevelse av personer med fetma förhöll sig åt det positiva hållet.

Medelvärdet för sjuksköterskor visade 10,5 och medelvärdet för distriktssköterskor visade 10,5. Inga signifikanta skillnader påvisades, angående uppfattningar om personer med fetma, mellan sjuksköterskor och distriktssköterskor (se tabell 4).

Inga signifikanta skillnader sågs mellan oerfarna (0-2 år) och erfarna (3-40 år) sjuksköterskor och distriktssköterskor ($p=0,402$). Medelvärdet för oerfarna var 10,0 och för erfarna var värdet 10,7.

Inga signifikanta skillnader sågs i den andra gruppen där erfarenhet delats upp beroende av medianvärdet ($p=0,391$). Mindre yrkesvana (0-10 år) hade ett medelvärde på 10,3 och mer yrkesvana (11-40 år) hade ett medelvärde på 10,7. Resultatet redovisas i tabell 4.

Tabell 4. Resultat från kategorin ” vårdpersonalens inställning till att vårda patienter med fetma”

ATOAP	Medelvärde (SD)	Medianvärde	Mann-Whitney	P-värde
Alla respondenter n (n=81)	10,5 (2,7)	10,0	-	-
Sjuksköterskor n (n=22)	10,5 (2,5)	10,0	628,5	0,824
Distriktssköterskor n (n=59)	10,5 (2,7)	10,0		
Oerfarna 0-2år n (n=19)	10,0 (2,3)	9,0	515,5	0,402
Erfarna 3-40år n (n=62)	10,7 (2,8)	10,0		
Mindre yrkesvana 0-10år n (n=44)	10,3 (2,7)	9,5	725,5	0,391
Mer yrkesvana 11-40år n (n=37)	10,7 (2,6)	10,0		

n=antal, SD=Standardavvikelse

Även i detta instrument sågs vissa signifikanta skillnader mellan erfarenhetsgrupperna i specifika enkätfrågor (se bilaga 4).

4. Diskussion

4.1 Huvudresultat

Inga signifikanta skillnader hittades mellan sjuksköterskor och distriktssköterskor på någon av enkätdelarna Fat Phobia Scale, BAOP och ATOAP. Signifikanta skillnader sågs dock mellan oerfarna (0-2 år) och erfarna (3-40 år) samt mindre yrkesvana (0-10

år) och mer yrkesvana (11-40 år) sjuksköterskor och distriktssköterskor på enkätdelen Fat Phobia Scale, där de mer yrkesvana hade en mer positiv attityd till fetma. Inga signifikanta skillnader sågs mellan oerfarna (0-2 år) och erfarna (3-40 år) sjuksköterskor och distriktssköterskor på enkätdelen BAOP. Signifikanta skillnader sågs dock i den andra gruppen där erfarenhet delades upp beroende av medianvärdet med mindre yrkesvana (0-10 år) och mer yrkesvana (11-40 år) vilket innebar att de mer yrkesvana har en mer positiv uppfattning om fetma. Inga signifikanta skillnader sågs mellan oerfarna (0-2 år) och erfarna (3-40 år) eller mindre yrkesvana (0-10 år) och mer yrkesvana (11-40 år) sjuksköterskor och distriktssköterskor gällande enkätdelen ATOAP.

4.2 Resultatdiskussion

Syftet med examensarbetet var att beskriva och jämföra sjuksköterskor och distriktssköterskors inställningar till patienter med fetma som vårdas inom primärvården. Tidigare forskning har påvisat att vårdpersonalens inställning kan påverka bemötande och behandling av patienter med fetma (Hansson, Rasmussen & Ahlström, 2011).

Inga signifikanta skillnader hittades mellan sjuksköterskor och distriktssköterskor på någon av enkätdelarna Fat Phobia Scale ("attityder till fetma"), BAOP ("uppfattningar om personer med fetma") och ATOAP ("personalens upplevelse av personer med fetma"). I enkätdelen ATOAP hade sjuksköterskorna och distriktssköterskorna samma resultat. I enkätdelarna Fat Phobia Scale och BAOP framkom det att distriktssköterskornas svar förhåller sig något mer åt det positiva hållet jämfört med sjuksköterskorna. Specialistutbildning som distriktssköterska hade enligt detta examensarbete en mindre påverkan på inställningar gentemot patienter med fetma. Detta kan bero på att man i specialistsjuksköterskeprogrammet till distriktssköterska inte har en fördjupad utbildningsdel angående fetma och därför påverkas man inte så mycket av denna utbildning gällande detta område. Det har dock framkommit i en studie att vården förbättrades om det var fler specialistsjuksköterskor med hög kunskap som arbetade inom vården. Det gällde patienternas symtom, överlevnad och välbefinnande (McHugh, Kelly, Smith, Wu, Vanak & Aiken, 2013). Många sjuksköterskor och distriktssköterskor i den svenska primärvården ansåg att det var av stor vikt att arbeta med patientens levnadsvanor. De ansåg även att arbetet borde utvecklas. Två tredjedelar av sjuksköterskorna tyckte att de arbetade bra med patientens

levnadsvanor och det var hälften av distriktssköterskorna som tyckte att de arbetade tillräckligt med patienternas levnadsvanor samt att de kände att de hade tillräcklig kunskap gällande levnadsvanor. I studien kom de fram till att det var drygt hälften av primärvårdspersonalen i studien som hade riktlinjer gällande patienternas levnadsvanor (Kardakis, Weinehall, Jerdén, Nyström & Johansson, 2013). Detta kan påvisa att distriktssköterskorna är mer självkritiska och medvetna om hur de bör arbeta med frågor gällande levnadsvanor och därför inte tycker att de uppnår målen med att arbeta preventivt och det finns en studie som har visat att en del sjuksköterskor hade en för undermålig kunskap gällande fetma för att kunna hjälpa patienter med dessa problem (Park, Cho, Song, Lee, Sung & Choi-Kwon, 2011). Tidigare forskning har också visat att sjuksköterskans utbildning gällande fetma påverkade dennes bemötande och behandling av personer med fetma positivt genom förbättrad kvalitet och omhändertagande (Budd, Mariotti, Graff, & Falkenstein, 2011).

Enligt Dorothea Orems teori behöver sjuksköterskan ingå i en relation med patienten om hon ska kunna vårda denne. Relationen är inte ett mål i sig men en förutsättning för att kunna vårda. Beröring, anknytning och kommunikation är viktiga beståndsdelar i relationen mellan sjuksköterskan och patienten (Pearson, Vaughan & FitzGerald, 2005). I en artikel från Sverige visade det sig att personalens negativa attityder inom primärvården kunde påverka relationen mellan patient och personal samt att personalens behandlingsinsatser kunde bli påverkade. Ökad medvetenhet om personalens negativa attityder till fetma är därför viktiga att fånga upp (Hansson, Rasmussen & Ahlström, 2011). Primärvårdspersonal diskriminerar troligtvis inte sina patienter med fetma medvetet, men det sker ofta oavsiktligt och omedvetet. Patienterna, i en studie, kunde genom vårdpersonalens attityder känna sig otillräckliga samt ovälkomna och det kunde leda till att de upplevde mötet med vården negativt vilket i sin tur kunde leda till att de undvek att söka vård när de behövde. Enligt studien fanns strategier som förbättrade vårdens kvalitet och det var bland annat att skapa rutiner för att hantera stigmatiserande situationer och ge vårdpersonalen utbildning och belysa dennes attityder gentemot patienter med fetma för att minska risken att detta påverkade mötet med patienten (Phelan, Burgess, Yeazel, Hellerstedt, Griffin & Ryn, 2015).

Signifikanta skillnader sågs mellan oerfarna (0-2 år) och erfarna (3-40 år) samt mindre yrkesvana (0-10 år) och mer yrkesvana (11-40 år) sjuksköterskor och distriktssköterskor

på enkätdelen Fat Phobia Scale där de erfarna och mer yrkesvana hade en mer positiv attityd till fetma. Detta kan bero på att de genom sin livserfarenhet tagit till sig kunskap och ändrat sin inställning utifrån både teori och kliniskt arbete. Här ser man vikten av att en erfaren mentor skulle kunna vara gynnsam för de som är oerfarna inom primärvården. Specialistsjuksköterskor med längre arbetslivserfarenhet utförde råd om fysisk aktivitet och allmän livsstilsrådgivning i större utsträckning än allmänsjuksköterskor (Engström, Skytt, Ernesäter, Fläckman & Mamhidir, 2013). Studier har visat att sjuksköterskor med mindre erfarenhet och utbildning hade mindre kunskap om hur de skulle förmedla kost och nutritionsråd (Park, Cho, Song, Lee, Sung & Choi-Kwon, 2011). De två ovanstående studierna stärker betydelsen av utbildning och erfarenhet, där det framkom att de ger livsstilsråd i större utsträckning. Det har också visat sig att sjuksköterskor med mindre erfarenhet hade en mer negativ syn till personlighet och livsstil hos personer med fetma än mer yrkesvana sjuksköterskor (Budd, Mariotti, Graff, & Falkenstein, 2011), vilket resultatet av detta examensarbete ytterligare bekräftar.

Inga signifikanta skillnader sågs mellan oerfarna (0-2 år) och erfarna (3-40 år) sjuksköterskor och distriktssköterskor på enkätdelen BAOP. Signifikanta skillnader sågs däremot i den andra gruppen där erfarenhet delades upp beroende av medianvärdet med mindre yrkesvana (0-10 år) och mer yrkesvana (11-40 år) vilket innebar att de mer yrkesvana har en mer positiv uppfattning om fetma. Vad detta kan bero på är omöjligt att säga utan vidare studier, men en teori kan vara att de oerfarna kan vara nyutexaminerade och har färsk kunskap, är mer noggranna att utföra sina arbetsuppgifter korrekt samt agera på ett korrekt sätt.

Inga signifikanta skillnader sågs mellan oerfarna (0-2 år) och erfarna (3-40 år) eller mindre yrkesvana (0-10 år) och mer yrkesvana (11-40 år) sjuksköterskor och distriktssköterskor gällande enkätdelen ATOAP. I denna enkät del svarade respondenterna generellt sett lågt, alltså att de inte instämde med påståendet, oavsett om de hade mer eller mindre yrkesvana. Delen handlade om hur vårdpersonalen upplevde att det var att vårda en patient med fetma och alternativen kan upplevas som stötande (se bilaga 1).

Det finns studier som visar att vårdpersonalen uttryckte att primärvården inte var den självklara arenan att behandla fetma (Hansson, Rasmussen & Ahlström, 2011 och Hansson, 2010). Studier visar också att primärvårdspersonal kände att de inte hade tillräckligt med kunskap gällande behandling av fetma samt att de inte hade tilltro till sig själva att ge goda råd eller till att behandlingen fungerar. Patienter med fetma märkte av vårdpersonalens negativa attityder och okunskap gällande fetmabehandling. Många upplevde också att de får ta emot olämpliga kommentarer från vårdpersonalen och att vikten alltid var orsaken till deras medicinska tillstånd. Patienterna uppgav också att de kände att ingen i vårdpersonalen försökte hjälpa dem genom att ta reda på vad den egentliga orsaken till deras fetma var utan de sattes istället direkt på en diet som de inte kunde följa på grund av att det fanns andra problem som de behövde ta itu med innan de klarade av att följa en diet (Puhl & Heuer, 2009). Kärnan i specialistkompetensen för distriktssköterskan var helhetssynen som de beskrev var att se hela människan och inte bara det problem patienten sökte för utan att de även observerade annat som hur patienten fungerade i sitt vardagsliv och det socialmedicinska tänkandet (Karlsson, Morberg & Lagerström, 2006). Författarna till detta examensarbete har diskuterat fram ett förslag som skulle kunna vara gynnsamt för vårdpersonal och patienter. Förslaget är en egen mottagning för patienter med fetma som har personal med specialiserad utbildning gällande dessa patienter. På mottagningen ska det finnas ett team bestående av läkare, specialistsjuksköterska, fysioterapeut, dietist och kurator för att kunna tillgodose patienternas olika behov. I en studie kommer det fram att vårdpersonalen inom primärvården ville att hälsotillståndet gällande fetma skulle diskuteras vid möte med patienten. De menar att frågor angående vikt och kost kunde hjälpa så att patienten inte fick följsjukdomar. Många av deltagarna i studien upplevde att de inte hade tillräckligt med kunskap gällande vikt och näringsfrågor och trodde att de skulle ta upp ämnet oftare om de hade stöd av en dietist. Läkarna inom primärvården upplevde att de också skulle vilja ha en dietist på plats som de kunde remittera till när patienterna var motiverade. De trodde även att patienten kände att den får mer tid och uppföljningsbesök från dietisten. Vissa i personalen tyckte att det skulle vara lättare att ta upp om ämnet när det visste att de hade någon att lämna över till som satt med mera kunskap i ämnet (Aboueid, Bourgeault & Giroux, 2018).

Det finns många studier som tar upp problemen kring inställningar mot personer med fetma och detta examensarbete ligger i tiden då allt fler personer har fetma. Samhället

idag baseras på en alltmer stillasittande livsstil och dålig kosthållning blir allt vanligare. Vården inom primärvården i Sverige idag strävar efter att vara så tidseffektiv och ekonomisk som möjligt så att både personal och patienter blir lidande. En studie kom fram till att vården förbättrades om det var fler specialistsjuksköterskor med hög kunskap som arbetade inom vården vilket bidrog till ett ökat välbefinnande hos personalen samt att utbrändheten bland sjuksköterskorna minskade (McHugh, Kelly, Smith, Wu, Vanak & Aiken, 2013). En annan studie visar att många av distriktssköterskorna inom primärvården upplevde brister gällande överrensstämningen mellan sin specialistutbildning och det kliniska arbetet som skedde dagligen. Utbildningen har som grund att lära ut hälsofrämjande arbete, men i det dagliga arbetet som distriktssköterska fokuserades det på de sjukdomsorienterade arbetsuppgifterna. Det övergripande syftet en distriktssköterska har är att främja hälsa men distriktssköterskorna upplevde att mycket mer av deras tid gick till att diskutera medicinska problem än hälsofrämjande arbete på arbetsplatsen. De ansåg att hälsofrämjande och det preventiva arbetet gavs låg prioritering inom primärvården (Wilhelmsson & Lindberg, 2009). Vi tror att utbildning och medvetenhet är nyckeln till ett bättre mottagande av patienter med fetma och det finns många studier som påvisade resultatet att sjuksköterskor ofta hade negativa associationer till personer med fetma och att utbildning kunde leda till att sjuksköterskornas bemötande och behandling förändrades i positiv riktning (Gujral, Tea & Sheridan, 2011, Poon & Tarrant, 2009 och Budd, Mariotti, Graff & Falkenstein, 2011).

4.3 Metoddiskussion

4.3.1 Design och urvalsmetod

Examensarbetet genomfördes med en deskriptiv och komparativ design med kvantitativ ansats. Den valda designen är ändamålsenlig och hjälper författarna att besvara studiens syfte genom att vi undersökte och jämförde en grupp respondenter som hade erfarenhet av patienter med fetma. Det var fördelaktigt att studien omfattade hela primärvården i Gävleborg eftersom det gav möjlighet till att få många respondenter vilket gav ett mer tillförlitligt resultat.

4.3.2 Undersökningsgrupp

I respondenternas undersökningsgrupp ingick 79 kvinnor (97,5 %) och 2 män (2,5 %), detta är representativt för sjukvårdens andel gällande kvinnor och män som är

distriktssköterskor och sjuksköterskor (Vårdfokus, 2014). Undersökningsgruppens styrka har ett brett urval av respondenternas gällande erfarenhet vilket möjliggjorde jämförelse av olika grupper av erfarenhet. Vi fick tillgång till ett stort antal mailadresser till de som kunde delta i studien, svarsfrekvensen uppnådde 81 respondenter vilket innebar ett tillräckligt antal för att på ett bra sätt kunna bearbeta data så att vi fick ett tillförlitligt resultat.

Svagheter var att sjuksköterskor hade en liten respondentgrupp (n=22) vilket kan leda till att svaren från denna grupp inte blir lika tillförlitliga jämfört med svaren från distriktssköterskorna (Polit, Beck, 2014). Svarsandelen i detta arbete var 42 % och enligt Henricson (2012) sägs svarsfrekvensen på en enkätstudie, enligt tradition, vara god om den överstiger 70-75 procent. Det viktigaste är dock att få en så hög svarsfrekvens som möjligt så att det är tillräckligt för att få tillförlitliga resultat.

4.3.3 Datainsamlingsmetod

Tre stycken validerade enkäter användes i detta examensarbete och det styrkte arbetets trovärdighet. Styrkan med att använda en webbaserad enkät var att det var enkelt för respondenterna att besvara enkäten via en länk som skickades till deras mailadress. Enkäten bestod av 34 stycken frågor och det gick enbart att välja ett svarsalternativ per fråga. Enkäten gick inte heller att skicka in om den inte var fullständigt ifyllt. Cronbachs alfa test utfördes för att kontrollera den interna samstämmigheten hos enkätens tre delar och beräknades till 0,891 för enkät delen Fat Phobia Scale ("attityder till fetma") och 0,725 för enkät delen ATOAP ("vårdpersonalens inställning till att vårda patienter med fetma"), reliabiliteten i dessa enkäter anses därför vara tillförlitlig då de ligger över 0,7 (Polit & Beck, 2014). Mann Whitney U-test användes för att mäta skillnader mellan två oberoende grupper.

Svagheter med enkäten var att en enkät del, BAOP ("uppfattningar om personer med fetma") endast fick 0,651 på Cronbachs alpha testet. Detta medför att reliabiliteten för denna enkät är något under referensintervallet (0,7). Författarna till denna studie valde ändå att ta med denna del i resultatet eftersom resultatet på testet ändå förhöll sig nära referensramen.

Det var svårt att få tag i mailadresser till sjuksköterskorna och distriktssköterskorna eftersom många verksamhetschefer och vårdenhetschefer inte svarade på mailförfrågan

för godkännande att delta i studien trots påminnelser vi mail och telefon, men tillslut fick vi ändå ett relativt stort antal mailadresser (n=191). Under enkätens publiceringsperiod inföll det många röda dagar och klämdagar och det genomfördes även andra enkätundersökningar inom primärvården under samma tidsperiod och detta kan ha påverkat svarsfrekvensen negativt. Inom fyra av de privata hälsocentralerna genomfördes inom samma tidsperiod en omorganisation gällande programbyte av journal vilket kan ha lett till bortfall. Eftersom enkäten berör ett känsligt område där man av samhället förväntas svara etiskt korrekt och ha en god inställning kan detta ha påverkat hur respondenterna har svarat på grund av att de svarar som de tror att de förväntas att svara istället för att svara utefter deras egentliga eller implicita tankar och inställning, detta kallas social önskvärdhet. Det kan ändå vara bättre med enkät än intervju eftersom det är lättare att säga vad man verkligen tycker om det inte sitter någon framför och antecknar.

Vid publiceringstidens slutdatum var det 17 av de tillfrågade i studien som hade påbörjat enkäten men inte slutfört den. Eftersom dessa respondenter valt att inte slutföra och skicka in enkäten exkluderades dessa enkäter från examensarbetets resultat. I övrigt fanns inga exklusionskriterier vilket även detta kan ha påverkat svarsandelen i procent eftersom författarna inte vet vilkas mailadresser de fått, till exempel kan mailadresser till föräldralediga, sjukskrivna och tjänstlediga erhållits.

4.3.4 Tillvägagångssätt

Styrkan med tillvägagångssättet var att respondenterna inte behövde träffa oss ansikte mot ansikte och ingen kan i det färdiga examensarbetet identifiera deltagarna eftersom individuell personlig data inte finns redovisat i studien. Vi skickade ut information och dokument för godkännande via mail så verksamhetscheferna själva kunde bestämma hur de ville besvara, antingen scanna in och skicka via mail eller med brev. Metoden var tidssparande och miljösparande då vi inte behövde åka till respektive hälsocentral alternativt skicka brev för att komma i kontakt med verksamhetscheferna samt respondenterna. Det var också enkelt att besvara enkäterna elektroniskt via en länk som de fick via mail. Påminnelserna skickades endast ut automatiskt till de som inte hade svarat på enkäten.

Svagheter med tillvägagångssättet var att det var svårt och tidsödande att hitta uppdaterade mailadresser till vissa av verksamhetscheferna.

4.3.5 Dataanalys

Data analyserades via ett vedertaget statistikprogram, IBM SPSS statistics, version 24. Data analyserades med hjälp av Mann Whitney U-test för att mäta skillnader i attityder mellan olika grupper av deltagare. Mann-Whitney är ett icke-parametriskt test som används för att mäta skillnaden mellan två oberoende grupper (Polit & Beck, 2014). Mann-Whitney är ett mindre specifikt test än t-test men eftersom data inte var normal fördelat kunde inte t-test användas.

Den webbaserade enkätens respondentsvar gick inte att föra över elektroniskt till SPSS på grund av en felprogrammering vid enkätens utformande, vilket ledde till att respondentsvaren matades in manuellt. Detta kan teoretiskt sett ha lett till en ökad risk för inmatningsfel. Dock var båda författarna involverade i inmatningen av data som därmed dubbelkontrollerades vilket bör ha eliminerat denna risk.

4.4 Kliniska implikationer för omvårdnad

Resultatet av detta arbete kan användas som en grund för att påvisa att mer erfarenhet bidrog till en mer positiv inställning gällande patienter med fetma. För att underlätta för de sjuksköterskor och distriktssköterskor med mindre erfarenhet att ge ett bättre bemötande och behandling till dessa patienter kunde utbildning, medvetenhet och synliggörande av omedvetna inställningar lyftas fram. Verksamhets- och vårdenhetschefer skulle med fördel kunna skapa forum där de mer yrkesvana sjuksköterskorna och distriktssköterskorna kunde dela med sig av sin kunskap och det är även viktigt med utbildning som utförs på en nivå så att alla förstår.

4.5 Förslag till fortsatt forskning

Detta examensarbete kan finnas som ett underlag för fortsatta studier inom området. Vidare forskning kring sjuksköterskors och distriktssköterskors inställningar till patienter med fetma som vårdas inom primärvården är viktig för att kunna genomföra förbättringsarbeten kring bemötande och behandling av patienter med fetma. Genom att belysa att det fanns medvetna och omedvetna inställningar hos sjuksköterskor och distriktssköterskor kan man på så sätt skapa möjligheter till förbättringsarbeten. Fortsatt forskning kan även belysa patienten med fetmas perspektiv och upplevelse angående sjuksköterskors och distriktssköterskors inställningar och bemötande inom

primärvården genom att undersöka vad patienten har för upplevelse och förväntningar på vårdpersonalens inställningar och bemötande.

Eftersom det fanns problematik gällande social önskvärdhet vid känsliga frågor såsom fetma kan resultatet avvika från den egentliga sanningen. Det fanns andra sätt att studera attityder till fetma för att kunna se verkliga reaktioner hos deltagarna i studien, exempelvis implicita associationstest (IAT) som innebär forskning som gör det möjligt att genomskåda dolda tankar och implicita attityder som människor annars kan vara ovilliga att dela med sig av (Implicita associationstestet, 2011).

Även forskning om hur vårdpersonalens eget BMI påverkar deras inställning skulle ha varit intressant att undersöka, men vi valde att inte samla in denna data på grund av risken att få låg svarsfrekvens då deltagarna i detta fall skulle behöva uppge sitt eget BMI.

4.6 Slutsats

Resultatet av detta examensarbete visade att det inte fanns några signifikanta skillnader mellan sjuksköterskor och distriktssköterskor gällande inställningar till patienter med fetma inom primärvården. Signifikanta skillnader sågs däremot mellan mindre yrkesvana och mer yrkesvana sjuksköterskor och distriktssköterskor, där de mer yrkesvana hade en mer positiv inställning till fetma. Mer forskning behövs för att belysa detta problem eftersom det påverkar både patienterna och vårdpersonalen negativt genom försämrad vård. Det skulle också vara intressant med mer forskning som är specifikt inriktad på sjuksköterskor och distriktssköterskor inom primärvården då det inte fanns så mycket forskning kring denna grupp gällande inställningar till fetma. Det borde ligga i verksamhetschefernas intresse att utbilda och medvetenhetgöra vårdpersonalen angående föreliggande problem för att de ska kunna ge en mer kvalitativ vård till patienterna vilket i längden kan leda till lägre samhällskostnader. Även verksamhetscheferna kan behöva utbildning om de är omedvetna om de inställningar som finns gentemot patienter med fetma.

Referenser

Allison, D-B., Basile, V-C. & Yuker, H-E. (1991). The measurements of attitudes toward and beliefs about obese persons. *International Journal of Eating Disorders*. Vol 10, ss.599-607.

Aboueid, S., Bourgeault, I. & Giroux., I. (2018). Nutrition and obesity care in multidisciplinary primary care settings in Ontario, Canada: Short duration of visits and complex health problems perceived as barriers. *Preventive Medicine Reports*. Vol 10, ss 242-247.

Ahern, A. L., Boyland, E. J., Jebb, S. A. & Cohn, S. R. (2013). Participants' explanatory model of being overweight and their experiences of 2 weight loss interventions. *The Annals of Family Medicine*. Vol 11, ss 251-257.

Ahn, S., Smith, M. L. & Ory, M. G. (2012). Physicians' discussions about body weight, healthy diet, and physical activity with overweight or obese elderly patients. *Journal of aging and health*. Vol 24, ss 1179-1202.

Bacon, Scheltema, & Robinson (2001). Fat phobia scale revisited: the short form. *International journal of obesity*. Vol 25, ss 252-257.

Bagley, C-R., Conklin, D-N., Isherwood, R-T., Pechiulis, D-R., & Watson, LA. (1989). Attitudes of nurses toward obesity and obese patients. *Perceptual & Motor Skill*. Vol 68, ss 954.

Barnes, R.D. & Jvezai, V. (2015). A systematic review of motivational interviewing for weight loss among adults in primary care. *Obesity reviews*. Vol 16, ss 304–318.

Bildstrup Jörgensen, B. & Östergaard Steinfeldt, V. (2012). *Omvårdnadsteori som referensram i forskning och utveckling*. Liber AB

Bray, G. A., Fruhbeck, G., Ryan, D. H. & Wilding, J. P. (2016). Management of obesity. *Lancet*. Vol 387, ss 1947-1956.

Budd, G.M., Mariotti, M., Graff, D. & Falkenstein, K. (2011). Health care professionals' attitudes about obesity: An integrative review. *Applied nursing research*. Vol 24, ss 127-137.

Buxton, B. K., & Snethen, J. (2013). Obese women's perceptions and experiences of healthcare and primary care providers: A phenomenological study. *Nursing research*. Vol 62, ss 252-259.

Christie, D. & Channon, S. (2014). The potential for motivational interviewing to improve outcomes in the management of diabetes and obesity in paediatric and adult populations: a clinical review. *Diabetes, Obesity and Metabolism*. Vol 16, ss 381-387.

Denney-Wilson E., Harris M., Laws R., & Robinson A. (2013). Child obesity prevention in primary health care: Investigating practice nurse roles, attitudes and current practices. *Journal of paediatrics and child health*. Vol 49, ss 294-299.

Distriktssköterskeföreningen i Sverige. (2008). <http://distriktsskoterska.com/wp-content/uploads/2017/06/kompetensbeskrivning-1.pdf>. [Åtkomst 2017-12-14]

Engström, M., Skytt, B., Ernesäter, A., Fläckman, B. & Mamhidir A-G. (2013). District nurses' self-reported clinical activities, beliefs about and attitudes towards obesity management. *Nursing Research*. Vol 26, ss 198-203.

Folkhälsomyndigheten. (2016). *Folkhälsan i Sverige 2016*. Halmstad: Folkhälsomyndigheten.

Folkhälsomyndigheten. (2016). *Näringsrekommendationer*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/fysisk-aktivitet-och-matvanor/matvanor/naringsrekommendationer/> [Åtkomst 2018-04-26]

Folkhälsomyndigheten. (2013). *Rekommendationer*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/fysisk-aktivitet-och-matvanor/fysisk-aktivitet/rekommendationer/> [Åtkomst 2018-04-11]

Forhan, M., Risdon, C., & Solomon, P. (2013). Contributors to patient engagement in primary health care: perceptions of patients with obesity. *Primary health care research & development*. Vol 14, ss 367-372.

Gujral, H., Tea, C. & Sheridan, M. 2011. Evaluation of nurse's attitudes towards adult patients of size. *Surgery for Obesity and Related Diseases*. Vol. 7, ss 536-540

Hansson, L-M., Rasmussen, F. & Ahlström G-I. (2011). General practitioners' and district nurses' conceptions of the encounter with obese patients in primary care. *BMC Family Practice*. Vol 12, ss 1-10 .

Hansson, L-M. (2010). *Obesity and stigma : studies on children, adults and health care professionals*. Stockholm : Department of Public Health Sciences, Karolinska institutet

Hardcastle, S. & Hagger, M. S. (2011). "You Can't Do It on Your Own": Experiences of a motivational interviewing intervention on physical activity and dietary behaviour. *Psychology of sport and exercise*. Vol 12, ss 314-323.

Heintze, C., Sonntag, U., Brinck, A., Huppertz, M., Niewöhner, J., Wiesner, J. & Braun, V. (2012). A qualitative study on patients' and physicians' visions for the future management of overweight or obesity. *Family practice*. Vol 29, ss 103- 109

Henricson, M. (2012). *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. Upplaga 1:5. Pozkal: Studentlitteratur AB.

Holm Ivarsson, B. (2016). *Motiverande samtal i Hälso- och Sjukvården*. Stockholm: Gothia Fortbildning AB.

Implicita associationstestet. (2011).

<https://implicit.harvard.edu/implicit/sweden/background/index.jsp>. [Åtkomst 2018-05-08]

- Kardakis, T., Weinehall, L., Jerdén, L., Nyström, M.E. & Johansson, H (2013). Lifestyle interventions in primary health care: professionals and organizational challenges. *European Journal of Public Health*. Vol 24, ss 79-84.
- Karlsson, B., Morberg, S. & Lagerström, M. (2006). Starka som individer men svaga som grupp. En kvalitativ studie om hur distriktssköterskor upplever sin arbetssituation och hur de ser på sitt yrke. *Vård i Norden*. Vol 26, ss 36-41.
- Larsson, I., Rössner, S. (2015). *Fetma i primärvården*. 1:a upplagan. Lund: studentlitteratur.
- Malmström, S., Györki, I., & Sjögren, P-A. (2002). *Bonniers svenska ordbok*. 8:e upplagan. Stockholm: Albert Bonniers förlag AB.
- McHugh, M., Kelly, L., Smith, H., Wu, E., Vanak, J., Aiken, L. (2013). Lower Mortality in Magnet Hospitals. *Medical care*. Vol 5, ss 382-388.
- Mold, F., & Forbes, A. (2011). Patients and professionals experiences and perspectives of obesity in health-care settings: a synthesis of current research. *Health Expectations*. Vol 16, ss 119–142.
- Nymberg, P. & Drevenhorn, E. (2016). Patients' experience of a nurse-led lifestyle clinic at a Swedish health centre. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Volym 30, ss 349-355.
- Park, K.A., Cho, W.I., Song, K.J., Lee, Y.S., Sung, I.S. & Choi-Kwon, S.M. (2011). Assessment of nurses' nutritional knowledge regarding therapeutic diet regimens. *Nurse Education Today*. Vol 31, ss 192-197
- Pearson, A., Vaughan, B., & FitzGerald, M. (2005). *Nursing models for practice*. Edinburgh: Butterworth-Heinemann
- Phelan, S., Burgess, D, Yeazel, M., Hellerstedt, W., Griffin, J. & Ryn, M. (2015). Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obesity reviews*. Vol 16, ss 319-326.

Puhl, R. & Heuer, C. (2009). The Stigma of Obesity: A Review and Update, *Obesity*. Vol. 17, ss 941-964.

Phillips, K., Wood, F. & Kinnersley, P. (2014). Tackling obesity: the challenge of obesity management for practice nurses in primary care. *Family Practice*. Vol 31, ss 51-59.

Polit, D-F., & Beck, C-T. (2014). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice*. 8:e upplagan. Philadelphia: Wolters Kluwer.

Poon, M-Y., & Tarrant, M. (2009). Obesity: attitudes of undergraduate student nurses and registered nurses. *Journal of Clinical Nursing*. Vol 18, ss 2355-2365.

Region Gävleborg. (2017). *Nationell folkhälsoenkät Gävleborg*.
<http://www.regiongavleborg.se/regional-utveckling/fakta-gavleborg/nationell-folkhalsoenkät-gavleborg/>. [Åtkomst 2017-12-14]

Sargent G. M., Forrest, L.E. & Parker, R.M. (2012) Nurse delivered lifestyle interventions in primary health care to treat chronic disease risk factors associated with obesity: a systematic review. *Obesity reviews*. Vol 13, ss 1148–1171.

SBU (Statens Beredning för medicinsk och social Utvärdering). (2013). *Mat vid fetma*.
<http://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/mat-vid-fetma-/>. [Åtkomst 2018-05-09]

Song, J., Ruan, X., Gu, M., Wang, L., Wang, H. & Mueck, AO. (2017) Effect of orlistat or metformin in overweight and obese polycystic ovary syndrome patients with insuline resistance. *Gynecological endocrinology*. Vol 34, ss 413-417.

Stahre, L. (2007 a). *Kognitiv behandling vid övervikt och fetma*. 2:a upplagan. Polen: studentlitteratur.

Stahre, L. (2007 b). *Övervikt handlar om känslor*. 2:a upplagan. Polen: studentlitteratur.

Sveriges läkarförbund. (2014). *Helsingforsdeklarationen*. <https://www.slf.se/Lon--arbetsliv/Etikochansvar/Etik/WMA-dokument/Helsingforsdeklarationen/>. [Åtkomst 2018-04-09]

Vårdfokus. (2014). *Långsam ökning av manliga sjuksköterskor*. <https://www.vardfokus.se/webbnyheter/2014/februari/langsam-okning-av-manliga-sjukskoterskor/>. [Åtkomst 2018-05-08]

WHO (World health organization). (2018). *Obesity*. <http://www.who.int/topics/obesity/en/>. [Åtkomst 2018-05-09]

WHO (World health organization). (2017). *Obesity and overweight*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>. [Åtkomst 2017-12-14]

Wilhelmsson, S. & Lindberg, M. (2009). Health promotion: Facilitators and barriers perceived by district nurses. *International Journal of Nursing Practice*. Vol 15, s 156-163.

Zhu, D-Q., Norman, I-J. & While, A-E. (2011). The relationship between doctors` and nurses` own weight status and their weight management practices: a systematic review. *Obesity reviews*. Vol 12, ss 459-469.

Östlund, A. S., Kristofferzon, M. L., Häggström, E. & Wadensten, B. (2015). Primary care nurses' performance in motivational interviewing: a quantitative descriptive study. *BMC Family Practice*. Vol 16, ss 89.

