



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Distriktsköterskans arbete med och reflektioner kring behandling av vuxna patienter med övervikt och fetma

En kvalitativ intervjustudie med distriktsköterskor på landstingsdrivna
vårdcentraler i Uppsala län

Emelie Andersson Kraft

2014

Examensarbete, avancerad nivå, 15 hp
Omvårdnad
Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning distriktsköterska

Handledare: Maria Lindberg
Examinator: Bernice Skytt

Sammanfattning

Övervikt och fetma är ett växande problem i Sverige och delar av världen. Det är en riskfaktor för andra somatiska sjukdomar och har en negativ inverkan på livskvalitén. Syftet med denna studie var att beskriva distriktssköterskors arbete med och reflektioner kring behandlingen av vuxna patienter med övervikt och fetma. Studien var av kvalitativ ansats med deskriptiv design och genomfördes genom semistrukturerade intervjuer med åtta distriktssköterskor på landstingsdrivna vårdcentraler i Uppsala län. Resultatet av studien visade att mätvärden och samtal var viktiga verktyg för att distriktssköterskorna ska kunna identifiera patientens övervikt eller fetma. I behandlingen av övervikt och fetma var motiverande samtal, tvärprofessionellt arbete, fysisk aktivitet på recept och kostråd centrala delar. Liksom de stöd som distriktssköterskan utgjorde för patienten i beteendeförändringen. Patientens brist på motivation eller vilja kunde försvåra samarbetet mellan patient och distriktssköterska. Slutsatsen av studien visade att distriktssköterskorna hade en betydande roll i patientens beteendeförändring mot en hälsosammare livsstil och viktminskning. Distriktssköterskorna hade kunskap och kompetens att hjälpa patienten i arbetet med beteendeförändringen men mer kunskap behövdes för att kunna utveckla vården. Riktlinjer för hur övervikt och fetma ska tas om hand och behandlas inom vården var viktiga och hjälpte distriktssköterskorna att motivera sitt arbete hos verksamhetschefer. Distriktssköterskorna följde delvis vårdprogrammet för fetma hos vuxna i Uppsala län.

Nyckelord: Behandling, distriktssköterska, fetma, kliniskt arbete, övervikt

Abstract

Overweight and obesity is a growing problem in Sweden and other parts of the world. It is a risk factor for other somatic diseases and has a negative impact on quality of life. The aim of this study was to describe district nurses' work and reflections on the treatment of adult patients with overweight and obesity. The study was of a qualitative approach with descriptive design and was conducted through semi-structured interviews with eight district nurses at health centres in Uppsala County. Results of the study showed that different measuring values and dialogs were important tools for district nurses to identify overweight or obesity. Motivational interviewing, interdisciplinary work, prescribed physical activity and dietary advice were all central parts in the treatment of overweight and obesity. Likewise the support the district nurses provided for the patient in behavioural change. The patient's lack of motivation or will could hamper cooperation between patient and district nurses. The conclusion of the study showed that district nurses' had a significant role in patients change towards a healthier lifestyle and weight loss. The district nurses had the knowledge and expertise to help the patient in the process of behaviour change, but more knowledge was needed to develop care. Guidelines how overweight and obesity should be taken care of and treated in health care was important and helped district nurses to justify their work with business managers. District nurses in Uppsala County partially followed the care programs for obesity in adults.

Keywords: Clinical work, district nurse, obesity, overweight, treatment

Innehållsförteckning	Sida
1. Introduktion	1
1.1 Arbetssätt och metoder för behandling av övervikt och fetma	1
<i>1.1.1 Distriktssköterskans arbete</i>	<i>1</i>
<i>1.1.2 Motiverande samtal</i>	<i>2</i>
<i>1.1.3 Rådgivande samtal och träning inom hälso- och sjukvårdens ram</i>	<i>2</i>
1.2 Centrala delar i patientarbetet	3
1.3 Attityder till övervikt och fetma	4
1.4 Utbildning som ett hjälpmedel för fortsatt arbete med livsstilsförändringen	4
1.5 Uppsala läns landstings vårdprogram för åtgärder vid fetma hos vuxna	4
1.6 Virginia Hendersons omvårdnadsteori	5
1.7 Problemformulering	6
1.8 Syfte	6
2. Metod	6
2.1 Design	6
2.2 Urvalsmetod och undersökningsgrupp	7
2.3 Datainsamlingsmetod	7
2.4 Tillvägagångssätt	8
2.5 Dataanalys	10
2.6 Forskningsetiska överväganden	11
3. Resultat	12
3.1 Identifiering av och behandlingsstrategier för övervikt och fetma	12
<i>3.1.1 Verktyg för identifiering av övervikt och fetma</i>	<i>12</i>
<i>3.1.2 Behandlingsstrategier för övervikt och fetma</i>	<i>13</i>
3.2 Förutsättningar och svårigheter i samarbetet med patienten	15
<i>3.2.1 Beteendeförändring som förutsättning</i>	<i>15</i>
<i>3.2.2 Upplevda svårigheter i samarbetet med patienten</i>	<i>16</i>
3.3 Kompetens och prioritering med behov av utveckling	17
<i>3.3.1 Känsla av kompetens men behov av utvecklat arbete</i>	<i>17</i>
<i>3.3.2 Prioritering av övervikt och fetma inom vården</i>	<i>18</i>
4. Diskussion	19
4.1 Huvudresultat	19
4.2 Resultatdiskussion	19

<i>4.2.1 Betydelsen av kostråd, kunskap och tvärprofessionellt arbete</i>	19
<i>4.2.2 Distriktssköterskans betydelse i beteendeförändringen och motiverande samtal</i>	20
<i>4.2.3 Följsamhet till Uppsala läns vårdprogram för fetma hos vuxna</i>	21
<i>4.2.4 Hinder och svårigheter i arbetet med patienten</i>	21
<i>4.2.5 Svårigheternas betydelse för attityden till övervikt och fetma</i>	22
4.3 Metoddiskussion	23
<i>4.3.1 Giltighet</i>	23
<i>4.3.2 Tillförlitlighet</i>	24
<i>4.3.2 Överförbarhet</i>	25
<i>4.3.4 Delaktighet</i>	25
4.4 Kliniska implikationer för omvårdnad	25
4.5 Förslag till fortsatt forskning	26
4.6 Slutsats	26
5. Referenslista	27

1. Introduktion

Övervikt och fetma är ett växande problem i Sverige (Norberg & Danielsson 2012, Socialstyrelsen 2009, Neovius 2006) och andra delar av världen (WHO 2013, Kelly *et al.* 2008). Övervikt och fetma definieras ofta efter så kallat body mass index (BMI). WHO (2014) definierar normalvikt som BMI 18,5-24,9, övervikt 25-29,9 och fetma lika med eller högre än BMI 30. År 2008 var 1,4 miljarder av världens befolkning över 20 år överviktiga och av dessa hade 500 miljoner personer fetma (WHO 2013). I Sverige har andelen personer med övervikt varierat mellan 41-44 % mellan åren 2004-2012. Fetman har däremot ökat något hela tiden, från 11 % till 15 % under samma tidsperiod (Statens folkhälsoinstitut & Socialstyrelsen 2013). Undersökningen ”Hälsa på lika villkor” visar att 27 % av kvinnorna och 42 % av männen i Uppsala län är överviktiga. 13 % av kvinnorna respektive männen i samma region lider av fetma (Landstinget i Uppsala län 2013).

Då övervikt och fetma är en riskfaktor för många andra sjukdomar så som hjärt-kärlsjukdom, diabetes typ II samt cancer är det viktigt att hålla en sund vikt för att undvika att drabbas av dessa följsjukdomar (WHO 2013, Guh *et al.* 2009). Övervikt och fetma är inte bara en riskfaktor för att drabbas av följsjukdomar. Det har också en negativ inverkan på patientens livskvalité och hur patienten upplever sin hälsa. (Fontaine & Barofsky 2001). Andra forskare har också visat att patienten kan uppleva sexuella svårigheter relaterat till sin övervikt (Kolotkin *et al.* 2006).

1.1 Arbetssätt och metoder för behandling av övervikt och fetma

1.1.1 Distriktssköterskans arbete

I arbete med övervikt och fetma har sjuksköterskan en viktig roll då det ofta är hen som genomför viktkontroller, provtagningar och sköter den polikliniska kontakten med patienten. Hen har också en viktig roll i att stötta patienten vid eventuella motgångar (Ericson & Ericson 2012). Distriktssköterskan ska främja och stärka patienten till en god hälsa, samt utföra sitt arbete på ett sätt som främjar patientens hälsa och välmående på bästa sätt. Distriktssköterskan ska också stödja patientens egenvårdsförmåga och delaktighet i vården samt främja patientens integritet och autonomi (Distriktssköterskeföreningen i Sverige 2008).

Michie (2007) visar i sin studie att personal i primärvården har många tillfällen att diskutera överviktsproblematik med patienten, men att man avstår på grund av olika anledningar. Till exempel rädsla för vad patienten ska tycka och att patienten blir arg. Bleich *et al* (2011) menar att sjukvården missar möjligheter att diagnostisera och behandla vuxna patienter med fetma. Samtidigt som Brown och Psarou (2006) i och med sin review har visat att det finns potential inom primärvården att hjälpa överviktiga patienter till viktminskning.

1.1.2 Motiverande samtal

Det är viktigt att skapa en god kommunikation med patienten, Durant *et al.* (2009) har visat att kommunikationen har en stor betydelse för att få patienten att förstå vilken hälsorisk det är att vara överviktig. Enligt Uppsala Läns vårdprogram för fetma hos vuxna (2010) rekommenderar man att vårdpersonal använder sig av motiverande samtal (MI) i samtalet med patienten. Något som också Holm Ivarsson *et al.* (2013) beskriver som en användbar metod. Nyckeln i motiverande samtal är att framkalla förändringsprat hos patienten. För att göra detta är det bra att använda sig av öppna frågor som inleds med orden vad, hur, berätta och på vilket sätt. Reflektioner, sammanfattningar och bekräftelse är också viktiga delar i motiverande samtal. Rådgivaren ska visa respekt för patientens självbestämmande, visa medkänsla och skapa ett samarbete mellan sig själv och patienten (Holm Ivarsson *et al.* 2013). Att motiverande samtal som metod verkar förbättra överviktiga och feta patienters chans att gå ner i vikt stöds också i forskningen (Armstrong *et al.* 2011, Hardcastle *et al.* 2013). Pollak *et al.* (2011) visar dock i sin studie att läkare använder motiverande samtal i liten utsträckning och att det finns förbättringspotential i användandet av motiverande samtal.

1.1.3 Rådgivande samtal och träning inom hälso- och sjukvårdens ram

Otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma kostvanor kan vara en bidragande orsak till övervikt och fetma. Eftersom övervikt och fetma är en riskfaktor för många andra sjukdomar och att drabbas av för tidig död är det viktigt att sätta in åtgärder i tid. Socialstyrelsen (2011) har utarbetat rekommendationer för åtgärder vid otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Vid otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxna bör hälso- och sjukvården erbjuda rådgivande samtal, med tillägg av fysisk aktivitet på recept (FaR) och stegräknare samt särskild uppföljning. I rådgivande samtal förs en

dialog med patienten och åtgärderna bör vara individanpassade med hänsyn till bland annat ålder och hälsa. Man kan komplettera samtalet med hjälpmedel och verktyg som kan hjälpa patienten i sin levnadsvaneförändring, till exempel mat- och motionsdagbok. Nästa steg är att erbjuda patienten kvalificerade rådgivande samtal. Grunden i kvalificerade rådgivande samtal är densamma som i rådgivande samtal men åtgärderna är oftast mer krävande tidsmässigt. Samtalen kan ske i grupp eller individuellt och kräver att personalen är utbildad i den metod som används. Det sista steget är att erbjuda patienten fysisk träning inom hälso- och sjukvårdens ram. Detta innebär att patienten medverkar i professionell och organiserad handledd träning, antingen enskilt eller i grupp.

När det gäller ohälsosamma matvanor menar Socialstyrelsen (2011) att man som första åtgärd ska erbjuda rådgivande samtal med särskild uppföljning. Uppföljningen kan vara vid ett eller flera tillfällen och utgöras av antingen återbesök, telefonsamtal eller mejl. Nästa steg är liksom vid otillräcklig fysisk aktivitet att erbjuda kvalificerade rådgivande samtal. Statens folkhälsoinstitut (2010) menar att en viktig del i detta är att den som ger råden har kvalificerade kunskaper inom ämnet och en pedagogisk förmåga att förmedla råden till patienten på bästa sätt.

Forskning inom detta område visar att distriktssköterskor ger mer råd om fysisk aktivitet än om specifik kosthållning (Engström *et al.* 2013), vilket också gäller läkare (Huber *et al.* 2011, Smith *et al.* 2011). Philips *et al.* (2012) menar att det saknas konsekventa och tydliga förslag på specifika kostförändringar i samtalet med patienten. Det saknas också tydlighet i hur dessa förändringar ska uppnås och hur utvärdering ska ske. Vidare menar Philips *et al.* (2012) att detta kan leda till begränsad effekt av kostrådgivningen i primärvården.

1.2 Centrala delar i patientarbetet

LeBlanc *et al.* (2011) menar att behandling som baseras på beteendemässiga förändringar är säkra och effektiva för viktminskningen. För att möjliggöra start av behandlingen av feta patienter behövs enligt Melin *et al.* (2004) stöd från ledningen, läkare och kollegor. Patientens attityder är också viktiga, har patienten brist på motivation och vilja att ändra sina ohälsosamma vanor eller dåligt självförtroende kan de skapa hinder i behandlingen (Hansson *et al.* 2011, Jallinoja *et al.* 2007). Philips *et*

al. (2013) har visat i sin studie att alla överviktiga patienter behöver vägledning som är tydligt anpassad efter patientens egna förutsättningar att gå ner i vikt. Åtgärder som leder till konsekventa råd är också bra för patienten. Vidare menar Philips *et al.* (2013) att patienter som lider av övervikt eller fetma men utan samsjuklighet behöver tydligare uppföljning för att följa viktutvecklingen.

1.3 Attityder till övervikt och fetma

Det finns sjuksköterskor inom hälso- och sjukvården som har en negativ attityd till personer med övervikt och fetma (Poon & Tarrant 2009, Brown 2006). Attityderna har dock blivit bättre med åren och påverkar troligtvis inte den vård och behandling som ges (Budd *et al.* 2011). Något som Hansson *et al.* (2011) i sin studie bevisar motsatsen till. De menar att personalens negativa attityder kan påverka relationen mellan personal och patient samt personalens behandlingsinsatser. Därför är det viktigt att öka medvetenheten om personalens negativa attityder till övervikt och fetma (Hansson *et al.* 2011).

1.4 Utbildning som ett hjälpmedel för fortsatt arbete med livsstilsförändringen

Vårdpersonal bör få utbildning i hur patienter med övervikt och fetma bör bemötas och tas omhand inom vården. Utbildningen bör också inkludera hur vårdpersonalens inställning och attityd mot personer med övervikt och fetma är (Brown *et al.* 2007, Budd *et al.* 2011). Man har sett att sjuksköterskors egen kroppsvikt kan påverka hur man samtalar med patienter om övervikt och fetma. Därför bör sjuksköterskan få utbildning även i detta (Brown & Thompson 2007). De flesta läkare och sjuksköterskor är överens om att informera, motivera och stödja patienten i en livsstilsförändring är en del av deras arbete. Dock upplever endast drygt hälften att de har tillräckliga kunskaper i livsstilsrådgivning för att göra detta. Sjuksköterskor med mindre yrkeserfarenhet uppger i större utsträckning att de har tillräckliga kunskaper i rådgivning av livsstilsförändringar än de med mer erfarenhet (Jallinoja *et al.* 2007).

1.5 Uppsala läns landstings vårdprogram för åtgärder vid fetma hos vuxna

Landstinget i Uppsala län (2010) har utarbetat ett vårdprogram för fetma hos vuxna. I vårdprogrammet menar man att all fetmabehandling ska utgå från patientens individuella förutsättningar och motivation. Den viktigaste delen i en fetmautredningen är att mäta och väga patienten och man menar att fetma bör ses som

en kronisk sjukdom som kräver livslång uppföljning. Vårdprogrammet säger också att alla patienter ska få professionella råd oavsett vilken vårdpersonal eller vårdenhet patienten stöter på. All vårdpersonal ska ha grundläggande kunskaper om behandling av patienter med fetma och alla ska kunna bemöta dessa patienter. Rimliga mål för behandlingen ska sättas tillsammans med patienten utifrån hur patientens matvanor, dagliga aktiviteter och stressnivå ser ut. Att påvisa hälsovinster är en viktig del av behandlingen, att uppmuntra till fysisk aktivitet och att påverka patientens matvanor. Syftet är att få patienten att förändra sin livsstil genom ökad kunskap om samband mellan levnadsvanor och hälsa. Riktlinjerna rekommenderar att man använder motiverande samtal med öppna frågor, feedback och reflektion. Det bör också finnas med konkreta mål som går att utvärdera.

1.6 Virginia Hendersons omvårdnadsteori

Virginia Hendersons omvårdnadsteori syftar till att hjälpa en individ att utföra åtgärder som medför hälsa eller tillfrisknande. Har personen inte kunskap, vilja eller kraft att utföra dessa åtgärder själv bör sjuksköterskan hjälpa personen till så snar självständighet som möjligt. Sjuksköterskan ansvarar också för att bevara en säker och hälsofrämjande miljö kring personen. Omvårdnaden bör ta utgångspunkt i patientens egna upplevelser om vilka behov hon eller han har. Hendersons teori fokuserar på individen och lägger stor vikt vid patientens autonomi och integritet. Henderson menar att det finns en nära koppling mellan medicinsk behandling och omvårdnad. Hon menar därför att man inte bör vara för hård i sin gränsdragning mellan yrkesgrupperna. I Hendersons beskrivning av omvårdnad ingår både ett biologiskt naturvetenskapligt synsätt och ett humanistiskt tolkande synsätt. Med detta menar hon att omvårdnad är grundat på kunskap från forskning men att den enskilda individens egenskaper också är viktiga (Kirkevold 2000). Vad gäller arbetet med och behandling av patienter med övervikt och fetma är det viktigt att patienten är delaktig. Arbetet ska utgå från patientens förutsättningar och behov, även om grunden i behandlingen ska vara kunskap från forskningen. Att arbeta tvärprofessionellt med och kring patienten är också viktigt (Holm Ivarsson *et al.* 2013). Hela patienten ska tas i beaktan i mötet med patienten, inklusive patientens närmiljö (Distriktssköterskeföreningen i Sverige 2008). Då Virginia Hendersons omvårdnadsteori syftar till att hjälpa människa till självständighet och hälsa, i en

hälsofrämjande miljö är hennes teori applicerbar inom det studerade ämnet i denna studie.

1.7 Problemformulering

Övervikt och fetma är ett växande problem i Sverige och vissa delar av världen. Det kan ge negativa konsekvenser för den enskilda individen i form av följsjukdomar, för tidig död och sämre livskvalité. Distriktssköterskans uppgift är att främja och stärka patienten till en god hälsa. Distriktssköterskan ska också stödja patientens egenvårdsförmåga och delaktighet i vården samt främja patientens integritet och autonomi. Riktlinjer för hur övervikt och fetma bör tas om hand och behandlas finns på både riks- och lokalnivå och distriktssköterskan ska utföra sitt arbete enligt gällande riktlinjer och författningar. Forskningen har visat vilka arbetssätt och metoder som fungerar och är viktiga vid behandling av vuxna patienter med övervikt och fetma (Armstrong *et al.* 2011, Hardcastle *et al.* 2013, Durant *et al.* 2009, LeBlanc *et al.* 2011, Philips *et al.* 2013). Forskningen har också visat att det kan finnas svårigheter och hinder i arbetet med denna patientgrupp (Poon & Tarrant 2009, Brown 2006, Hansson *et al.* 2011, Jallinoja *et al.* 2007). Vad forskningen inte visat är hur distriktssköterskorna i just Uppsala läns landsting arbetar efter riktlinjer och gällande författningar samt hur de upplever behandlingen av vuxna patienter med övervikt och fetma. Då distriktssköterskan har en central roll i hur patienter med övervikt och fetma tas om hand och behandlas inom hälso- och sjukvården är det viktigt att undersöka detta.

1.8 Syfte

Syftet med studien var att beskriva distriktssköterskors arbete med och reflektioner kring behandlingen av vuxna patienter med övervikt och fetma.

2. Metod

2.1 Design

Studien var en kvalitativ studie med deskriptiv design. Kvalitativa studier används där syftet är att samla in data i berättande form och deskriptiv design används för att beskriva upplevelser som är vanligt förekommande (Polit & Beck 2012). Utifrån detta valde författaren till arbetet att designa studien på valda sätt.

2.2 Urvalsmetod och undersökningsgrupp

Ändamålsenligt urval användes för att identifiera de distriktssköterskor som tillfrågades om deltagande. Kriterier för att delta i studien var att man ska ha varit verksam som distriktssköterska på en landstingsdriven vårdcentral i Uppsala län under minst två år och ha erfarenhet av övervikt- och fetmabehandling. Deltagaren skulle också tala och förstå svenska språket samt godkänna att intervjun spelades in. Inga specifika exklusionskriterier sattes upp för studien.

Målet för studien var att få åtta deltagande distriktssköterskor, vilket också uppnåddes. Samtliga deltagare i studien var kvinnor, de var i genomsnitt 47,5 år gamla och hade jobbat som sjuksköterska mellan 8 och 34 år. Antalet verksamma år som distriktssköterska varierade mellan 1,5 och 24 år men genomsnittet var 12 år. Deltagarna hade arbetat i snitt elva år inom primärvården men det varierade mellan 1,5 till 16 år. Fem av åtta distriktssköterskor hade gått vidareutbildning inom övervikt och fetma eller vidareutbildning där övervikt och fetma ingick som ämne. Fyra av deltagarna arbetade på vårdcentraler utanför centrala Uppsala medan resterande fyra arbetade på vårdcentraler som var centralt belägna i Uppsala län eller hörde till en vårdcentral som var centralt belägen. Samtliga deltagare talade och förstod svenska språket bra samt godkände att intervjun spelades in. Samtliga deltagare hade också erfarenhet av övervikt- och fetmabehandling.

2.3 Datainsamlingsmetod

Datainsamlingen skedde genom enskilda, semistrukturerade intervjuer som spelades in som ljudfil. Att spela in intervjuerna som ljudfil rekommenderas av Polit och Beck (2012) för att säkerställa att informationen blir så korrekt som möjligt. Intervjuerna utfördes med hjälp av en intervjuguide som inleddes med sju frågor om deltagarens bakgrundsinformation, till exempel ålder, kön samt antal verksamma år inom yrket. Därefter fortsatte intervjun med 12 huvudfrågor vars innehåll syftade till att beskriva distriktssköterskors arbete med och reflektioner kring behandlingen av vuxna patienter med övervikt och fetma. Exempel på frågor var vilka arbetssätt och metoder man använde sig av för att identifiera övervikt och fetma. Vilka metoder man hade för samtal och vilken behandling man erbjöd patienten. Intervjun innehöll också frågor om prioritering av övervikt och fetma inom vården. I de fall där deltagarens svar

krävde följdfrågor för att utveckla svaret ställdes detta av intervjuaren. Exempel på följdfrågor var: ”Kan du utveckla ditt svar och eventuellt berätta något exempel?” och ”Hur tänkte du då?”. Sammanfattade frågor för att se så intervjuaren uppfattat deltagarens svar korrekt ställdes i de fall då det var nödvändigt. Enligt Polit och Beck (2012) används en intervjuguide i semistrukturerade intervjuer för att säkerställa att intervjun täcker tänkta frågeområden. Frågorna i intervjuguiden ska ge informanten möjligheten att delge innehållsrik information om det studerade ämnet och därför kan också följdfrågor bli aktuellt att använda (Polit & Beck 2012), vilket gjordes i denna studie i de fall då det bedömdes som nödvändigt. Frågorna i intervjuguiden var ställda som öppna frågor och frågor som kunde ge ja- och nej svar undveks. Detta gjordes för att informanten skulle ges chans att ge svar i berättande form. Frågorna var också ställda på ett neutralt sätt som inte styrde informantens svar. Polit och Beck (2012) menar att detta är viktiga faktorer att ta hänsyn till i en semistrukturerad intervju.

En provintervju utfördes för att testa att innehållet i intervjuguiden svarar på studiens syfte samt gav innehållsrika svar. Provintervjun testade också författaren till arbetets förmåga att intervjua informanten (Polit & Beck 2012). Provintervjun lyssnades sedan igenom av handledare för arbetet samt intervjuaren själv. Inga större korrigeringar gjordes i intervjuguiden eller intervjuteknik varför handledaren och intervjuaren beslutade att provintervjun skulle inkluderas i studien. Intervjuerna beräknades ta cirka 30 minuter, utfallet blev mellan 18 och 41 minuter med en genomsnittstid på drygt 27 minuter. Intervjuerna genomfördes under mars och april 2014.

2.4 Tillvägagångssätt

För att få genomföra studier i Uppsalas offentliga primärvård krävs godkännande från primärvårdsdirektören, detta tillstånd inhämtades hos Folkhälso- forskning och utvecklingsenheten i Uppsala läns landsting. Då detta godkännande inhämtats från primärvårdsdirektören skickades förfrågan om tillstånd att genomföra studien till verksamhetscheferna på de berörda vårdcentralerna. Urvalet av vilka vårdcentraler som tillfrågades om deltagande skedde utifrån var de var belägna geografiskt i Uppsala län. För att öka överförbarheten av resultatet på hela Uppsala län var målet att få med fyra vårdcentraler inom centrala Uppsala samt fyra vårdcentraler utanför de centrala delarna av Uppsala. Vilket också blev utfallet. Sammanlagt tillfrågades 16 verksamhetschefer om tillstånd att genomföra studien på deras vårdcentral. Nio

verksamhetschefer svarade ja på frågan om tillstånd medan sju stycken svarade nej eller inte svarade alls. De verksamhetschefer som godkände att studien genomfördes valde ut de distriktssköterskor som uppfyllde inklusionskriterierna bäst och skickade mailadresser och namn på den/dessa distriktssköterskor till författaren till studien.

Distriktssköterskan/distriktssköterskorna tillfrågades sedan via mail där ett informationsbrev fanns bifogat. Informationsbrevet innehöll information om studiens syfte, att deltagande var frivilligt, beräknad intervjutid samt information om att primärvårdsdirektören i Uppsala läns landsting och verksamhetschefen på den aktuella vårdcentralen godkänt att studien genomförs. I de fall där det fanns fler distriktssköterskor på samma vårdcentral som uppfyllde inklusionskriterierna var tanken från början att tillfråga en distriktssköterska i taget och invänta svar från den innan nästa distriktssköterska tillfrågades. Författaren märkte dock att detta inte var tidseffektivt då distriktssköterskorna ibland tog lång tid på sig att svara eller inte svarade alls. Därför skickades förfrågan om deltagande till alla distriktssköterskor på vårdcentralen samtidigt. På de nio vårdcentraler där verksamhetschefen gett sitt tillstånd tillfrågades totalt 29 distriktssköterskor om deltagande. Av dessa 29 tillfrågade distriktssköterskor svarade nio ja till deltagande, en av dem valde dock att inte delta när personen fick se intervjuguiden. Resterande åtta var dem som sedan deltog i studien. Totalt åtta svarade att de inte hade tid att delta i studien, inte jobbade med övervikt och fetma eller bedömde att de inte hade tillräckligt med erfarenhet för att delta. Totalt 12 distriktssköterskor svarade inte alls på förfrågan om deltagande.

Via mail- eller telefonkontakt med distriktssköterskorna bestämdes sedan tid och plats för intervjun. Några dagar innan intervjun skulle äga rum skickades intervjuguiden till deltagarna via mail för att de skulle få en chans att förbereda sig inför intervjun. Detta gjordes till samtliga deltagare utom deltagaren i provintervjun. Samtliga intervjuer skedde på deltagarens arbetsplats på arbetstid och intervjuerna spelades in på intervjuarens mobiltelefon. Intervjuaren i samtliga intervjuer var författaren till detta arbete. Intervjuaren transkriberade intervjuerna i snar anslutning till det att intervjun ägde rum, transkriberingen skedde ordagrant och ingen information uteslöts. För att undvika feltranskribering kontrollerades transkriberingen en gång av intervjuaren och eventuella fel i transkriberingen rättades då till.

2.5 Dataanalys

Innehållet i intervjuerna lästes flera gånger av intervjuare för att få förståelse för innehållet samt förstå meningen med det. Enligt Polit och Beck (2102) är det av största vikt att författaren blir bekant med innehållet i intervjuerna. Resultatet analyserades utifrån Graneheim och Lundmans (2004) metodbeskrivning av begreppet innehållsanalys. Meningsbärande enheter valdes ut efter vad som svarade på studiens syfte. De meningsbärande enheterna förkortades sedan till kondenserade meningsbärande enheter, detta innebär att överflödiga ord tas bort för att få ett mer arbetsvänligt material. För att sedan få fram själva kärnan i innehållet abstraherades den kondenserade meningsbärande enheten till en kod. Dessa koder lästes och bearbetades sedan flera gånger för att hitta en djupare förståelse för koderna samt se hur de tillsammans kunde bilda olika underkategorier. De underkategorier vars innehåll det fanns ett samband i sattes ihop till en kategori. Sammanlagt bildades tre kategorier och sex underkategorier. För att öka kvalitén på arbetet och vidga synen på innehållet i materialet diskuterades koder, underkategorier och kategorier tillsammans med handledare för arbetet samt ytterligare en student i handledningsgruppen.

Tabell 1. Exempel ur analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Kod	Underkategori	Kategori
Längd och vikt och BMI då i första hand, bukmått tar jag ... ytterst sällan kan jag säga utan det är längd och vikt och BMI det är det vi faktiskt går på jaaa...	Jag tar längd, vikt och BMI, bukmått tar jag ytterst sällan.	Mätvärden	Verktyg för identifiering av övervikt och fetma	Identifiering och behandlingsstrategier
Man skulle önska att vi kunde jobba så pass preventivt så att det inte fanns nån övervikt klart att det alltid finns men att det aldrig blir nån grav övervikt så man kan hantera dom personer som börjar smyga uppåt och att det blir farligt för deras hälsa	Man önskar att vi kan jobba så pass preventivt att det aldrig blir grav övervikt och farligt för personens hälsa.	Preventivt arbete önskas	Prioritering av övervikt och fetma i vården	Kompetens och prioritering med behov av utveckling

2.6 Forskningsetiska överväganden

Allt inspelat material från intervjuerna samt transkriberingen av intervjuerna behandlades konfidentiellt. När intervjuerna var genomförda skickades ljudfilen från intervjuarens mobiltelefon till en bärbar dator som endast intervjuaren hade tillgång till. Ljudfilen på mobiltelefonen raderades därefter för att inte riskera att materialet kom i orätta händer. Den bärbara datorn och allt material som hade med studien att göra hölls inlåst i författarens hem. Då studien är avslutad kommer ljudfilerna och transkriberingen av samtliga intervjuer att tas bort från den bärbara datorn. Allt detta i enlighet med etiska aspekter för forskning som innefattar människor (Helsingforsdeklarationen 2008).

Deltagande distriktssköterskor i studien fick information om att deltagandet var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande utan förklaring. De fick också information om att all insamlad data behandlades konfidentiellt samt att ingen enskild distriktssköterska eller vårdcentral skulle kunna identifieras i det färdiga resultatet (Helsingforsdeklarationen 2008). Enligt Polit och Beck (2012) kan det innebära vissa risker för deltagarna att delta i en studie. I denna studie fanns risk att distriktssköterskorna upplevde känslomässigt lidande då de utelämnar sitt arbetssätt med patienter med övervikt och fetma. De kunde också känna obehag av att intervjuas av en främmande person och känna stress över att de förlorar 30 minuter av sin ordinarie arbetstid. Vad gäller förlorad arbetstid borde inte detta varit ett problem för distriktssköterskorna då primärvårdsdirektören som godkänner att studien genomförs tar med tidsåtgången i beaktning vid godkännande. För att förebygga obehag hos distriktssköterskorna vad gällde att utelämna sitt arbetssätt samt intervjuas av en främmande människa fick de förbereda sig inför intervjun genom den utskickade intervjuguiden. De hade också fått information om studiens syfte innan de bestämde sig för att delta och de var medvetna om att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande i studien utan att ange förklaring. Intervjuaren fick inte uppfattningen av att någon distriktssköterska kände sig stressad över den förlorade arbetstiden.

3. Resultat

Resultatet presenteras som löpande text utifrån de kategorier och underkategorier som framkommit genom innehållsanalysen. För att tydliggöra resultatet presenteras citat från intervjuerna. I resultatet framkom tre kategorier: *Identifiering av och behandlingsstrategier för övervikt och fetma*, *Förutsättningar och svårigheter i samarbetet med patienten* samt *Kompetens och prioritering med behov av utveckling*. Vidare identifierades sex underkategorier. En sammanställning av underkategorier och kategorier presenteras i tabell 2.

Tabell 2. Underkategorier och kategorier.

Underkategori	Kategori
<i>Verktyg för identifiering av övervikt och fetma</i>	Identifiering av och behandlingsstrategier för övervikt och fetma
<i>Behandlingsstrategier för övervikt och fetma</i>	
<i>Beteendeförändring som förutsättning</i>	Förutsättningar och svårigheter i samarbetet med patienten
<i>Upplevda svårigheter i samarbetet med patienten</i>	
<i>Känsla av kompetens men behov att utveckla arbetet</i>	Kompetens och prioritering med behov av utveckling
<i>Prioritering av övervikt och fetma inom vården</i>	

3.1 Identifiering av och behandlingsstrategier för övervikt och fetma

Denna kategori beskrev de verktyg som distriktssköterskorna använde sig av för identifiering av övervikt och fetma samt vilka strategier man använde sig av i behandlingen. Kategorin utgjordes av underkategorierna *Verktyg för identifiering av övervikt och fetma* samt *Behandlingsstrategier för övervikt och fetma*.

3.1.1 Verktøy för identifiering av övervikt och fetma

Distriktssköterskorna använde sig av olika mätvärden för att identifiera övervikt och fetma, vanligast var det att man tog längd, vikt och räknade ut BMI. Några distriktssköterskor tog även midjemått, men inga andra kroppsmått. Några lät också ögat identifiera om patienten hade övervikt eller fetma, alltså använde man sig av

synen tillsammans med sin egen bedömning av hur en patient med övervikt eller fetma såg ut för att identifiera detta.

Distriktssköterskorna beskrev motiverande samtal som en metod för att identifiera om en patient har övervikt eller fetma. Samtalen skedde utifrån en strukturerad intervju samt utifrån de levnadsvaneformulär (frågor om patientens levnadsvanor vad gäller kost, motion, tobak samt alkohol) som man använder i primärvården i Uppsala läns landsting. Distriktssköterskorna beskrev att levnadsvaneformulären var bra att använda som en start i samtalet. Det ledde naturligt in på patientens vanor och man kunde identifiera eventuell bov till övervikten eller fetman.

Några distriktssköterskor beskrev att identifiering skedde utifrån vårdprogram och strukturerade mallar samt patientens matvanor. Distriktssköterskorna mötte patienter med övervikt och fetma i många olika sammanhang, det kunde vara att patienten kom på en blodtryckskontroll och att man då tog upp sambandet mellan högt blodtryck och övervikt. På så sätt användes sambandet mellan olika livsstilsfaktorer som ett verktyg för att identifiera övervikt och fetma.

”Att prata om det även fast det inte är direkt det dom söker för så kan det ju vara relevant att ta upp det, för många gånger har det ju koppling till det dom söker för högt blodtryck eller ja ledvärk.”

Informant 2

3.1.2 Behandlingsstrategier för övervikt och fetma

Distriktssköterskorna beskrev ett tvärprofessionellt arbete tillsammans med dietist, läkare, psykolog, kurator och sjukgymnast. Vissa distriktssköterskor beskrev också en gruppverksamhet för patienter med övervikt eller fetma där de olika yrkeskategorierna samarbetade och hade träffar med patienterna.

Distriktssköterskorna kunde också genom ett hälsosamtal identifiera att patienten hade ett behov som hon inte kunde fylla och remitterade då vidare till den yrkeskategori som var aktuell för patienten. Vid kraftig övervikt eller fetma remitterade man vidare till överviktsenheten för fortsatt vård av patienten.

”Jag är ju ingen dietist så är det dietistfrågor brukar jag hänvisa till dietisten eftersom hon är den som har specialkunskaper.”

Informant 4

Distriktssköterskorna förskrev fysisk aktivitet på recept (FaR) om patienten var intresserad av det. En distriktssköterska beskrev dock att hon inte behövt förskriva FaR då det inte fanns någon efterfrågan bland patienterna. Distriktssköterskorna beskrev också ett samarbete med Uppland idrottsförbund (friskvårdslotsen), där de patienter som fått FaR utskrivet kunde få hjälp att hitta lämpliga aktiviteter utifrån sina förutsättningar. Vad gällde råd om kost och matvanor följde distriktssköterskorna livsmedelsverkets rekommendationer och gav enkla råd utifrån dem.

Distriktssköterskorna rådde aldrig patienten till någon specifik diet och gav sig heller inte in i samtal kring dieter om patienten hade frågor. En distriktssköterska berättade dock att hon ibland kunde samtala med patienter om att följa en diet till viss del, till exempel dra ner lite på kolhydraterna men inte utesluta dem helt.

Distriktssköterskorna försökte hjälpa patienten att hitta en balans mellan energiintag och förbrukning samt hjälpa patienten förstå vikten av detta för att gå ner i vikt eller förhindra ytterligare viktuppgång.

”Jag är inte någon kostrådgivare där skiljer jag på för annars krånglar jag in mig i nånting om jag inte kan, utan då är det dom enkla råden som jag kan vägleda i eller själva beteendeförändringen.”

Informant 3

Distriktssköterskorna erbjöd patienten hjälp utifrån det som framkom i livsstilsformulären och uppgav att de följde lokala vårdprogram och riktlinjer i sitt arbete. Man beskrev sin behandling som enkel och man började alltid i liten skala. Patienten erbjöds individuella samtal och på vissa vårdcentraler även gruppverksamhet. Distriktssköterskorna beskrev också att åtgärderna var anpassade efter hur mycket övervikt patienten hade och vad patienten var intresserad av. Distriktssköterskorna försökte hitta alternativa sätt till fysisk aktivitet om patienten begränsades av religiösa eller kulturella skäl.

Distriktssköterskorna beskrev sin behandling som ett alternativ till operation och att behandlingen inte alltid handlade om viktnedgång, det kunde också vara att förhindra ytterligare viktökning. Att förmedla kopplingen mellan övervikt/fetma och andra sjukdomar samt vilka konsekvenser det kunde leda till såg distriktssköterskorna som centrala delar i behandlingen, då de upplevde att det ökade patientens motivation till förändring. Distriktssköterskorna beskrev att de jobbade hälsoförebyggande och fokuserade på måendet, inte hur många kilo patienten förlorade.

”Dom måste förstå att varför det är så viktigt att få förklaring till de å inte bara för att man ska gå ner i vikt för att man ska kunna vara snyggare det är ju inte de det handlar om... det handlar om att kroppen ska hålla i så många år till.”

Informant 8

3.2 Förutsättningar och svårigheter i samarbetet med patienten

Denna kategori innefattade vilka förutsättningar som krävdes för patientens beteendeförändring och distriktssköterskornas samarbete med patienten. Den beskrev även vilka svårigheter distriktssköterskorna upplevde i samarbetet med patienten. Kategorin skapades utifrån underkategorierna *Stöd i beteendeförändring* och *Upplevda svårigheter i samarbetet med patienten*.

3.2.1 Beteendeförändring som förutsättning

Att utgå från patientens kunskap, möjligheter och behov samt att synliggöra patientens övervikt/fetma var förutsättningar för att patienten skulle kunna göra en beteendeförändring. Distriktssköterskorna beskrev att informera, motivera, uppmuntra samt finnas till för patienten också var viktiga delar. Fanns dessa delar var chanserna till ett gott samarbete mellan distriktssköterska och patient goda samt att patienten skulle lyckas i sin beteendeförändring. Lyckades patienten med själva beteendeförändringen upplevde distriktssköterskorna att viktminskningen var mer hållbar i längden. Att hjälpa patienten sätta upp rimliga mål och visa förståelse för patienten och dennes situation var också viktigt. Liksom att hela tiden ha återkoppling, att inte överge patienten utan fortsätta med uppföljningen, antingen via telefon eller fysiska träffar. Distriktssköterskorna poängterade vikten av en välfungerande kommunikation med patienten. Hur distriktssköterskorna formulerade sig i samtalet var en förutsättning för hur samarbetsvillig patienten var i det fortsatta

samtalet. Patienten behövde vara informerad om att behandlingen är ett flerårigt arbete som kräver kunskapsinhämtning från patientens sida.

”Lämna inte överge inte fortsatt följa dom här patienterna oavsett om det är i grupp eller enskilt... behöver inte ha så tät kontakt men att du finns där liksom.”

Informant 2

Att patienten hade motivation till- och viljan att förändras, förståelse för sin situation samt vara beredd att göra vissa uppoffringar var förutsättningar för ett gott samarbete mellan patient och distriktssköterska. Vidare beskrev distriktssköterskorna att förståelse för patientens medbestämmande och möjligheter att förändra samt att patienten kände sig trygg i situationen också var viktigt. Andra förutsättningar var att inte skuldbelägga patienten för sin övervikt eller fetma och hela tiden jobba för patientens mål. Patienten behövde själv förstå att det var hen som måste göra största delen av arbetet, den hjälp primärvården erbjöd var ingen ”quick fix” utan hjälp till en beteendeförändring.

3.2.2 Upplevda svårigheter i samarbetet med patienten

Hinder för samarbetet mellan distriktssköterska och patient beskrevs bero på kommunikativa hinder, motstånd från patienten eller brist på motivation hos patienten. Distriktssköterskorna beskrev också att alla patienten inte ville ha hjälp, vissa patienter upplevde inte sin vikt som ett problem och var därmed inte mottagliga för hjälp. Patientens psykiska hälsa eller somatiska sjukdomar kunde hindra eller försvåra samarbetet. Liksom personalens egen rädsla att prata om övervikt och fetma och dess behandling med patienten. Vidare beskrev distriktssköterskorna att vissa patientgrupper kunde vara svårare att få ett bra samarbete med än andra. Exempelvis patienter som redan från början var inställda på att opereras för sin övervikt eller fetma och patienter som hade haft övervikt eller fetma under väldigt lång tid.

”Man faller ganska raskt på att inte riktigt få patientens gehör överhuvudtaget för dom är bara inriktade på operation.”

Informant 7

Distriktssköterskorna beskrev att arbetet med patienter med övervikt och fetma var psykologiskt betungande. Det krävde mycket energi och tog mycket tid.

Distriktssköterskorna kunde känna frustration över vad vissa patienter krävde av dem i deras yrkesroll jämfört med vad de själva var beredda att ge. Att tillgodose patientens krav och förväntningar på behandlingen och vikten upplevdes ibland som svårt.

”...då kan man känna en frustration att du vill ha hjälp av mig men vad kräver du av mig hur ska jag kunna hjälpa dig när allt är så bra?”

Informant 1

3.3 Kompetens och prioritering med behov av utveckling

I denna kategori speglades distriktssköterskornas reflektioner kring sin kompetens och behovet av fortsatt kunskapsinhämtning för att utveckla arbetet. Den speglade också reflektionerna kring hur övervikt och fetma prioriteras inom vården. Kategorin identifierades utifrån underkategorierna *Känsla av kompetens men behov att utveckla arbetet* samt *Prioritering av övervikt och fetma inom vården*.

3.3.1 Känsla av kompetens men behov att utveckla arbetet

Distriktssköterskorna beskrev att de kunde göra skillnad och hjälpa patienten till en beteendeförändring genom sin kunskapsutläring. Distriktssköterskorna upplevde sitt arbete som givande och att patienten berörde. Motiverande samtal som metod fungerade liksom den behandling som distriktssköterskorna gav och erbjöd patienten. Distriktssköterskorna upplevde att alla patienter kan förändra sitt beteende. De flesta distriktssköterskorna upplevde att det var lätt att samtala med patienten om övervikt och fetma samt att de hade tillräckligt med kunskap för att göra det.

”Att det synliggör och att jag kan ge lite mera konkreta förslag till dom och jag ser att dom är nöjda så känns det jättebra och att dom vill komma tillbaka.”

Informant 6

Även fast distriktssköterskorna hade mycket kunskap och kunde göra skillnad för patienten fanns ett behov av mer kunskap och utbildning inom vissa områden. Distriktssköterskorna önskade specifik utbildning i kost, motiverande samtal riktad

mot övervikt och fetma men också mer allmän kunskap om övervikt och fetma samt den medicinska behandlingen. De beskrev också att riktlinjer för vad som ingår i ett hälsosamtal önskades, liksom diskussionsforum där vårdpersonal kunde utbyta kunskap och erfarenheter. Att skapa förståelse för att övervikt och fetma är en sjukdom liksom anorexi, beskrev en av distriktssköterskorna som en förutsättning för att kunna utveckla arbetet.

”... de [övervikt och fetma] är ju som anorexia fast tvärt om.”

Informant 8

Distriktssköterskorna beskrev upplevelser av att man inte jobbade lika med patienter med övervikt och fetma inom primärvården i Uppsala län. Man upplevde att man erbjöd patienten olika behandlingsalternativ beroende på vilken vårdcentral patienten gick till och även utredningen av övervikt och fetma kunde skilja sig. Vidare beskrev man att detta kunde bero på att kunskaperna hos distriktssköterskorna varierade och det blev därför inte lika vård för alla. Liksom det kunde bli fel fördelning av resurserna, då den mest resurskrävande patienten inte alltid fick all den hjälp den faktiskt behövde.

3.3.2 Prioritering av övervikt och fetma inom vården

Distriktssköterskorna beskrev att övervikt och fetma samt hälsofrämjande arbete var ett område inom vården som borde prioriteras. En distriktssköterska beskrev dock att prioriteringsbehovet styrdes efter var vårdcentralen låg geografiskt och vilken socioekonomisk samhällsgrupp av patienter som tillhörde vårdcentralen. Vissa distriktssköterskor beskrev att området redan var prioriterat och accepterat på deras arbetsplats. Medan andra upplevde att den ständiga tidsbristen inom vården ledde till att annan hälso- och sjukvård prioriterades före övervikt och fetma.

Distriktssköterskorna upplevde att krav och riktlinjer från högre instanser hade positiv inverkan på att övervikt och fetma gavs plats i sjukvården. De beskrev att det var mer självklart från verksamhetschefens håll att ge tid till arbetet med övervikt och fetma när det fanns riktlinjer som stöd.

”Jag är jätteglad över när socialstyrelsens föreskrifter kommer för nu märker man att man fått lite mer medhåll hos chefen... för om jag ser till min hälsomottagning... så fort det är för mycket annat jobb så stängde dom ner hälsomottagningen.”

Informant 7

4. Diskussion

4.1 Huvudresultat

I studien framkom tre kategorier: *Identifiering av och behandlingsstrategier för övervikt och fetma, Förutsättningar och svårigheter i samarbetet med patienten och Kompetens och prioritering med behov av utveckling.* Resultatet visade att distriktssköterskorna använde sig av olika mätvärden, motiverande samtal samt vårdprogram och strukturerade mallar för att identifiera övervikt eller fetma hos en patient. Det tvärprofessionella arbete mellan olika yrkeskategorier, samtal i grupp eller individuellt, fysisk aktivitet på recept och kostråd var alla centrala delar i den behandling som patienten erbjöds. Liksom det stöd som distriktssköterskan utgjorde i patientens jobb med beteendeförändringen. I studien framkom också att det fanns svårigheter i samarbetet med patienten. Hade patienten brist på motivation eller vilja att förändras var det svårt att få ett bra samarbete mellan patient och distriktssköterska. Trots detta beskrev distriktssköterskorna att de kunde göra skillnad för de flesta patienter och att motiverande samtal som metod fungerade bra. Distriktssköterskorna önskade dock mer kunskap och utbildning inom området övervikt och fetma för att kunna utveckla sitt arbete. Att det fanns riktlinjer för hur övervikt och fetma skulle prioriteras och tas om hand inom vården var viktigt för att distriktssköterskorna skulle få tid från verksamhetschefen att arbeta med det.

4.2 Resultatdiskussion

4.2.1 Betydelsen av riktlinjer, kunskap och tvärprofessionellt arbete

I studien framkom att distriktssköterskorna gav kostråd utifrån livsmedelsverkets rekommendationer och förskrev fysisk aktivitet på recept om patienten önskade det och hade nytta av det. Distriktssköterskorna upplevde att deras kunskaper om kost var bristfälliga och de önskade mer kunskap inom området. Den bristfälliga kunskapen inom kost kan kanske förklara varför vårdpersonal väljer att ge mer råd om fysisk

aktivitet än om specifik kosthållning, vilket framkommit i tidigare forskning (Huber *et al.* 2011, Smith *et al.* 2011, Engström *et al.* 2013). Att det finns riktlinjer vad gäller kostrådgivning (likt livsmedelsverkets rekommendationer) och att distriktssköterskorna ger råd utifrån dem verkar vara av betydelse, då Philips *et al.* (2012) har visat att saknad av konsekventa och tydliga förslag på kostförändringar kan leda till begränsad effekt av kostrådgivningen.

Distriktssköterskorna i studien beskrev ett tvärprofessionellt arbete med dietist, läkare, psykolog, kurator och sjukgymnast. Arbetet med dessa professioner skedde i gruppverksamhet eller så remitterade distriktssköterskan till någon av dem utefter patientens behov. Melin *et al.* (2004) menar i sin studie att ett stöd från och samarbete med kollegor är viktigt för att lyckas med behandlingen av patienter med fetma.

4.2.2 Distriktssköterskans betydelse i beteendeförändringen och motiverande samtal

Distriktssköterskorna i studien beskrev att de kunde göra skillnad för patienten och hjälpa patienten till en beteendeförändring. Detta stöds i forskningen då Brown och Psarou (2006) i sin review har visat att det finns potential inom primärvården att hjälpa patienter till viktminskning och Jallinoja *et al.* (2007) har visat att sjuksköterskor kan hjälpa patienter att förändra sina levnadsvanor till hälsosammare sådana. Att hjälpa patienten till en beteendeförändring som syftar till att förbättra hälsan kan också kopplas till Virginia Hendersons omvårdnadsteori där syftet är att hjälpa en individ att utföra åtgärder som medför hälsa.

Vidare upplevde distriktssköterskorna att motiverande samtal som metod i samtalet med patienten fungerade och de kunde hjälpa patienten i beteendeförändringen och viktminskningen. Detta stöds i forskningen (Armstrong *et al.* 2011, Hardcastle *et al.* 2013) där man visat att motiverande samtal som metod verkar förbättra överviktiga och feta patienters chans att gå ner i vikt. Likt som Brobeck *et al.* (2011) har visat att motiverande samtal är ett värdefullt verktyg för primärvårdens sjuksköterskor. Däremot talar annan forskning mot detta då Shinitzky och Kub (2001) i sin studie visat att råd utifrån motiverande samtal inte ökar förekomsten av en beteendeförändring hos patienten.

4.2.3 Följsamhet till Uppsala läns vårdprogram för fetma hos vuxna

Uppsala Läns vårdprogram för fetma hos vuxna (2010) rekommenderar att vårdpersonal använder sig av motiverande samtal i samtalet med patienten. Vilket stämmer överens med vad annan litteratur rekommenderar (Holm Ivarsson *et al.* 2013). I denna studie framkom att distriktssköterskorna använde sig av motiverande samtal både för identifiering och som samtalsmetod i behandlingen. För att identifiera övervikt och fetma beskrev distriktssköterskorna att man använde olika mätvärden. I enlighet med vårdprogrammet (Landstinget i Uppsala län 2010) kontrollerades längd, vikt, BMI och vissa kontrollerade även midjemått. Att detta är viktiga mätvärden att kontrollera är forskningen (Hauner *et al.* 2008) och vårdprogrammet överens om. Distriktssköterskorna samtalande också med patienten om deras situation och bidragande orsaker till övervikt/fetman, så som alkohol, tobak, matvanor och fysisk inaktivitet. Även detta är enligt vårdprogrammet. Det som också fanns med i vårdprogrammet men som distriktssköterskorna däremot inte beskrev är den provtagning (fasteglukos, lipider, TSH och blodtryck) som ska göras enligt vårdprogrammet. Vidare stod det i vårdprogrammet att behandlingen skulle utgå från patienten och ta tillvara på patientens möjligheter. En förutsättning var att patienten var motiverad och aktivt deltog för att förändra sina levnadsvanor. Patienten skulle genom ökad kunskap om samband mellan levnadsvanor och hälsa förändra sin livsstil (Landstinget i Uppsala län 2010). Allt detta beskrev distriktssköterskorna i studien att de gjorde. Vad gällde råd om kost följde man livsmedelsverkets rekommendationer vilket också står i vårdprogrammet. Något som distriktssköterskorna inte beskrev men som stod i vårdprogrammet var den farmakologiska behandlingen. Detta var dock inte så anmärkningsvärt då det är läkarens sak att ordinera eventuell farmakologisk behandling. Studie visar således att distriktssköterskorna delvis följer vårdprogrammet för fetma hos vuxna i Uppsala län.

4.2.4 Hinder och svårigheter i arbetet med patienten

En del av resultatet från denna studie visade att det fanns hinder som utgjorde svårigheter i samarbetet mellan distriktssköterska och patient. Det kunde vara brist på motivation hos patienten eller kommunikativa hinder. Hade patienten inte viljan att göra en beteendeförändring var det svårt att hjälpa patienten. Hur distriktssköterskorna formulerade sig i samtalet hade också betydelse för hur samarbetsvillig patienten var. Detta stöds i forskningen (Hansson *et al.* 2011, Jallinoja

et al. 2007) då dessa två studier pekade på att patientens brist på motivation och vilja att ändra sina ohälsosamma vanor eller dåligt självförtroende kan skapa hinder i behandlingen. Distriktssköterskorna beskrev att en central del i deras arbete var att förmedla kopplingen mellan övervikt och fetma och andra följsjukdomar samt vilka konsekvenser det kunde få. Durant *et al.* (2009) har visat att bra kommunikation med patienten skapade förutsättningar för att patienten ska förstå vilken hälsorisk det är att vara överviktig.

Vidare visar denna studie att personalens egen rädsla att prata om övervikt och fetma samt dess behandling med patienten kunde skapa hinder i samarbetet. Michie (2007) har visat att vårdpersonal avstår från att samtala med patienter om övervikt och fetma på grund av rädsla för vad patienten ska tycka eller att patienten ska bli arg. Samma studie visar också att personalen i primärvården har många tillfällen att diskutera patientens viktproblematik vilket också distriktssköterskorna i författarens studie hade. Det är viktigt att man kommer till rätta med personalens rädsla då detta kan vara en förklaring till varför sjukvården missar möjligheter att diagnostisera och behandla vuxna patienter med viktproblem som Bleich *et al* (2011) menar i sin studie.

4.2.5 Svårigheternas betydelse för attityden till övervikt och fetma

Tidigare forskning har visat att det finns personal inom hälso- och sjukvården som har en negativ inställning till personer med övervikt och fetma (Poon & Tarrant 2009, Brown 2006). Det råder delade meningar om attityderna förbättrats senaste åren, samt om de påverkar personalens behandlingsinsatser (Budd *et al.* 2011, Hansson *et al.* 2011). Denna studie beskrev inget om distriktssköterskornas attityder, vilket heller inte var syftet med studien. Däremot beskrev distriktssköterskorna att arbetet med överviktiga och feta patienter var psykiskt jobbigt för dem själva samt att det var mycket energi- och tidskrävande. Distriktssköterskorna upplevde också att det var jobbigt att tillgodose patientens krav och förväntningar på deras arbete. Att distriktssköterskorna känner dessa svårigheter i arbetet med överviktiga och feta patienter kan förklara varför attityden till överviktiga och feta patienter är negativ hos vissa.

4.3 Metoddiskussion

Syftet med studien var att beskriva distriktssköterskors arbete med och reflektioner kring behandlingen av vuxna patienter med övervikt och fetma. Studien var en kvalitativ studie med deskriptiv design. Deltagarna i intervjuerna fick besvara frågor fritt utifrån en semistrukturerad intervjuguide. Polit och Beck (2012) beskriver att en kvalitativ studie med deskriptiv design används när syftet är att samla in data i berättande form och beskriva upplevelser. Utifrån detta valde författaren att använda sig av nämnda design då det stämmer överens med hur studien var utformad.

Studiens metod diskuterades utefter det begrepp som Lundman och Hällgren Graneheim (2012) beskriver för trovärdighet av en studie: giltighet, tillförlitlighet, överförbarhet och delaktighet.

4.3.1 Giltighet

Giltighet handlar om hur sann en studies resultat är, det ska lyfta fram det typiska för vad som avsetts att studera. Urvalet av deltagare har betydelse för giltigheten och bör syfta till att få området belyst från olika erfarenheter (Lundman & Hällgren Graneheim 2012). Samtliga deltagare i denna studie var kvinnor, att inte några män kunde rekryteras ses därför som en svaghet i studien. Deltagarnas ålder, verksamhetsår som sjuksköterska och distriktssköterska varierade stort och var därför en faktor som styrker giltigheten i studien. Samtliga deltagare hade erfarenhet av att arbeta med övervikt och fetma samt dess behandling vilket också styrker studiens giltighet. Verksamhetscheferna skickade ibland namn på distriktssköterskor som inte uppfyllde inklusionskriterierna. Detta ledde till att distriktssköterskor utan erfarenhet av övervikt och fetma tillfrågades om deltagande. Dessa distriktssköterskor tackade nej till deltagande och ingen utan erfarenhet deltog i studien. Detta kan ha berott på att verksamhetschefen inte läste inklusionskriterierna ordentligt eller att författaren inte var tillräckligt tydlig i sin förfrågan. Det tros inte ha påverkat giltigheten i studien då ingen distriktssköterska utan erfarenhet av övervikt och fetma deltog i studien. Däremot fanns en etisk aspekt i detta då det orsakat jobb för distriktssköterskor som egentligen inte skulle tillfrågats. Dock i så liten utsträckning att det inte bedöms strida mot etiska principer för forskning som innefattar människor (Helsingforsdeklarationen 2008).

Från början var det tänkt att endast en distriktssköterska per vårdcentral skulle inkluderas i studien. På grund av svårigheter att få tillräckligt många deltagare, rekryterades två distriktssköterskor från samma vårdcentral. Detta kan ses som en svaghet i studien men då informanterna på vårdcentralen hade olika erfarenheter av det studerade området bedöms det inte minska giltigheten i studien nämnvärt. Vid rekryteringen av en av distriktssköterskorna missades inklusionskriteriet som var att man skulle ha arbetat som distriktssköterska i minst två år. Detta upptäcktes av intervjuaren först i början av intervjun. Då det bara var ett halvår som skiljde från inklusionskriteriet inkluderades intervjun trots detta. Distriktssköterskan hade innehållsrika och uttömmande svar och författaren bedömde därför att det inte påverkade giltigheten i studien negativt. För att läsaren ska få en god chans att själv bedöma studiens giltighet har urvalet och analysarbetet beskrivits tydligt i arbetets metoddel (Lundman & Hällgren Graneheim 2012).

4.3.2 Tillförlitlighet

Att hela forskningsprocessen och analysprocessen är väl beskrivna stärker studiens tillförlitlighet (Lundman & Hällgren Graneheim 2012). Samtliga intervjuer och transkriberingar i denna studie genomfördes av en och samma person, författaren till detta arbete. Samma person har också gjort analysen av materialet. Arbetet med att utforma koder, underkategorier och kategorier skedde med stöd från och i samråd med handledaren för arbetet samt ytterligare en student i handledningsgruppen. Att dessa tre personer gemensamt diskuterat materialet och reflektionerna kring det, ökar tillförlitligheten i arbetet enligt Lundman och Hällgren Graneheim 2012.

För att stärka tillförlitligheten i studien genomfördes en provintervju (Polit & Beck 2012). Denna provintervju gav författaren chansen att testa intervjuguiden i intervjusammanhang. Alla informanter utom informanten i provintervjun fick tillgång till intervjuguiden några dagar innan intervjun ägde rum. I och med detta fick informanterna inte samma förutsättningar inför intervjun. Det kan ha påverkat informanten i provintervjuns svar så att de blev mer spontana. Medan de som sett intervjuguiden innan intervjun hade tid på sig att förbereda svar och svaren blev kanske därför inte lika spontana. Dock hade inte alla som fått tillgång till intervjuguiden innan intervjun tittat på den och förutsättningarna blev lika som för informanten i provintervjun.

4.3.3 Överförbarhet

Överförbarhet handlar enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) om resultatet kan överföras till andra situationer eller grupper. För att göra denna studie överförbar för hela landstinget i Uppsala län gjordes urvalet att fyra vårdcentraler i centrala Uppsala och fyra vårdcentraler utanför de centrala delarna av Uppsala skulle representeras i studien. Utfallet blev som det var tänkt och detta bidrog som en faktor för att öka överförbarheten. Urval, deltagare, datainsamling och analys är noggrant beskrivna i arbetets metoddel vilket underlättar för bedömningen av överförbarheten enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012).

4.3.4 Delaktighet

I kvalitativa studier är forskarens delaktighet given i och med det samspel som sker mellan intervjuaren och informanten i intervjun (Lundman & Hällgren Graneheim 2012). Författaren i denna studie hade inte intervjuat tidigare. Desto fler intervjuer författaren gjorde desto säkrare blev hon, de intervjuer som gjordes i början kan därför ha haft mindre delaktighet från författarens sida än de sista som gjordes. Färre följdfrågor ställdes i början vilket kan ha haft betydelse för informantens svar och i förlängningen lett till att viktig information uteblev. För att styrka svagheten att författaren inte intervjuat tidigare gjordes en provintervju, vilket Polit och Beck (2012) rekommenderar att man gör.

En intervju blev avbruten på grund av tekniska problem med mobiltelefonen som spelade in intervjun och en liten del av intervjun fick spelas in på nytt. En annan intervju blev avbruten tre gånger då kollegor till informanten knackade på dörren och sa några ord till informanten. Informanten kom snabbt tillbaka till ämnet vi just pratat om och detta tros därför inte ha påverkat informantens svar nämnvärt.

4.4 Kliniska implikationer för omvårdnad

Resultaten av denna studie kan vara av betydelse för distriktssköterskors utveckling av omvårdnaden av patienter med övervikt och fetma, då det givit en bild av hur distriktssköterskor arbetar med denna patientgrupp idag. Resultatet har visat vad som behövs för att man ska kunna utveckla arbetet samt vilka förutsättningar distriktssköterskor behöver för att hjälpa patienten till en beteendeförändring och

bättre hälsa. För att öka medvetenheten hos distriktssköterskor och övrig personal är det viktigt att påvisa de svårigheter och hinder som distriktssköterskors arbete med patienten kan vara förenat med. Det kan även öka möjligheten att förbättra vården och på så vis hjälpa patienten till en bättre vård utifrån patientens förutsättningar i sin egen miljö. Studien har givit klarhet i hur distriktssköterskor arbetar efter de riktlinjer som finns på lokal nivå och det kan användas som underlag i eventuella förbättringsarbeten.

4.5 Förslag till fortsatt forskning

Denna studie speglade distriktssköterskornas arbete med och reflektioner kring behandlingen av vuxna patienter med övervikt och fetma. Vidare forskning kan undersöka patientens upplevelser av behandlingen, för att på så sätt se om patienten och distriktssköterskan upplever vården på samma sätt. Distriktssköterskorna beskrev att de kunde hjälpa patienten i beteendeförändringen och viktminskningen. Därför vore en interventionsstudie av intresse där man undersöker distriktssköterskans effekt på patientens beteendeförändring, livskvalité, mående och vikt. För att på så sätt se om detta skulle bekräfta eller dementera distriktssköterskornas beskrivning av att kunna hjälpa patienten. Vidare vore det av intresse att undersöka hur andra professioner än distriktssköterskor inom landstinget i Uppsala län arbetar utefter de vårdprogram som finns. Vidare forskning kan även jämföra Uppsala läns distriktssköterskors följsamhet till vårdprogrammet med andra läns följsamhet till deras vårdprogram i de fall där det finns.

4.6 Slutsats

Slutsatsen av studien visade att distriktssköterskorna hade en betydande roll i patientens beteendeförändring mot en hälsosammare livsstil och viktminskning. Distriktssköterskorna hade kunskap och kompetens att hjälpa patienten i arbetet med beteendeförändringen men mer kunskap behövdes för att kunna utveckla vården. Riktlinjer för hur övervikt och fetma ska tas om hand och behandlas inom vården var viktiga och hjälpte distriktssköterskorna att motivera sitt arbete hos verksamhetschefer. Distriktssköterskorna följde delvis vårdprogrammet för fetma hos vuxna i Uppsala län.

5. Referenser

- Armstrong M. J., Mottershead T. A., Ronksley P. E., Sigal R. J., Campbell T. S. & Hemmelgarn B. R. (2011) Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obesity reviews* **12**(9), 709-723.
- Bleich S. N., Pickett-Blakely O. & Cooper L. A. (2011) Physician practice patterns of obesity diagnosis and weight-related counseling. *Patient Education and Counseling* **82**(1), 123-129.
- Brobeck E., Bergh H., Odencrants S. & Hildingh C. (2011) Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. *Journal of Clinical Nursing* **20**(23-24), 3322-3330.
- Brown I. (2006) Nurses' attitudes towards adult patients who are obese: literature review. *Journal of Advanced Nursing* **53**(2), 221-232.
- Brown I. & Psarou A. (2006) Literature review of nursing practice in managing obesity in primary care: developments in the UK. *Journal of Clinical Nursing* **17**(1), 17-28.
- Brown I., Stride C., Psarou A., Brewins L. & Thompson J. (2007) Management of obesity in primary care: nurses' practice, beliefs and attitudes. *Journal of Advanced Nursing* **59**(4), 329-341.
- Brown I. & Thompson J. (2007) Primary care nurses' attitudes, beliefs and own body size in relation to obesity management. *Journal of Advanced Nursing* **60**(5), 535-543.
- Budd G. M., Mariotti M., Graff D. & Falkenstein K. (2011) Health care professionals' attitudes about obesity: An integrative review. *Applied Nursing Research* **24**(3), 127-137.
- Distriktssköterskeföreningen i Sverige. (2008) *Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska*. AB Danagårds Grafiska.
- Durant N. H., Bartman B. Person S. D., Collins F. & Austin B. (2009). Patient provider communication about the health effects of obesity. *Patient Education and Counseling* **75**(1), 53-57.
- Engström M., Skytt B., Ernesäter A., Fläckman B. & Mamhidir A-G. (2013) District nurses' self-reported clinical activities, beliefs and attitudes towards obesity management. *Applied Nursing Research* **26**(4), 198-203.
- Ericson E. & Ericson T. (2012) *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.
- Fontaine K. R. & Barofsky I. (2001) Obesity and health-related quality of life. *Obesity reviews*, **2**(3), 173-182.

- Graneheim U.H. & Lundman B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurses Education Today*, **24**(2), 105-112.
- Guh D. P., Zhang W., Bansback N., Amarsi Z., Birmingham C. L. & Anis A. H. (2009) The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: A Systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* **9**(88), 1-20.
- Hansson L. M., Rasmussen F. & Ahlstrom G. I. (2011) General practitioners' and district nurses' conceptions of the encounter with obese patients in primary health care. *BMC Family Practice* **12**(7), 1-10.
- Hardcastle S. J., Taylor A. H., Bailey P. M., Harley R. A. & Hagger M. S. (2013) Effectiveness of a motivational interviewing intervention on weight loss, physical activity and cardiovascular disease risk factors: a randomised controlled trial with a 12-month post-intervention follow up. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* **10**(40), 1-16.
- Hauner H., Bramlage P., Lösch C., Steinhagen-Thiessen E., Schunkert H., Wasem J., Jöckel K-H. & Moebus S. (2008) Prevalence of obesity in primary care using different anthropometric measures – Results of the German Metabolic and Cardiovascular Risk Project (GEMCAS). *BMC Public Health* **8**(282), 1-12.
- Helsingforsdeklarationen. (2008) *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*.
<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html> [2014-05-15]
- Holm Ivarsson B., Kuehn Krylborn L. & Trygg Lycke S. (2013) *Motiverande samtal och behandling vid övervikt och fetma*. Gothia Fortbildning: Stockholm.
- Huber C. A., Mohler-Kuo M., Zellweger U., Zoller M., Rosemann T. & Senn O. (2011) Obesity management and continuing medical education in primary care: results of a Swiss survey. *BMC Family Practice* **12**(140), 1-7.
- Jallinoja P., Absetz P., Kuronen R., Nissinen A., Talja M., Uutela A. & Patja K. (2007) The dilemma of patient responsibility for lifestyle changes: Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, **25**(4), 244-249.
- Kelly T., Yang W., Chen C-S., Reynolds K. & He J. (2008) Global burden of obesity in 2005 and projections to 2030. *International Journal of Obesity* **32**, 1431-1437.
- Kirkevold M. (2000) *Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.
- Kolotkin R. L., Binks M., Crosby R. D., Ostbye T., Gress R. E. & Adams T. D. (2006) Obesity and sexual quality of life. *Obesity*, **14**(3), 472-479.

- Landstinget i Uppsala län. (2010) *Fetma hos vuxna: Vårdprogram utarbetat i samarbete mellan Primärvården, Akademiska sjukhuset och Lasarettet i Enköping*. Uppsala: Landstingstryckeriet.
- Landstinget i Uppsala län. (2013) Liv och hälsa – hälsa på lika villkor. *Levnadsvanor*. <http://www.lul.se/sv/Vard-halsa/Liv-halsa/Livochhalsa/> [2014-05-13]
- LeBlanc E. S., O'Conner E., Whitlock E. P., Patnode C. D. & Kapka T. (2011) Effectiveness of primary care-relevant treatments for obesity in adults: A systematic evidence review for the U.S. preventive services task force. *Annals of International Medicine* **155**(7), 434-444.
- Lundman B. & Hällgren Graneheim U. (2012) Kvalitativ innehållsanalys. Granskär M. & Höglund-Nielsen B. (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur AB, ss. 187-201.
- Melin I., Karlström B., Berglund L., Zamfir M. & Rössner S. (2005) Education and supervision of health care professionals to initiate, implement and improve management of obesity. *Patient Education and Counseling* **58**(2), 127-136.
- Michie S. (2007) Talking to primary care patients about weight: A study of GP's and practice nurses in the UK. *Psychology, Health & Medicine* **12**(5), 521-525.
- Neovius A., Janson A. & Rössner S. (2006) Prevalence of Obesity in Sweden. *The International Association for the Study of Obesity. Obesity reviews* **7**(1), 1-3.
- Norberg M. & Danielsson M. (2012) Overweight, cardiovascular diseases and diabetes. Health in Sweden: The National Public Health Report 2012. Chapter 7. *Scandinavian Journal of Public Health* **40**(9), 135-163.
- Philips K., Wood F. & Kinnersley P. (2013) Tackling obesity: the challenge of obesity management for practice nurses in primary care. *Family Practice – The International Journal for Research in Primary Care* **31**(1), 51-59.
- Philips K., Wood F., Spanou C., Kinnersley P., Simpson S. A. & Butler C. C. (2012) Counselling patients about behavior change: the challenge of talking about diet. *British Journal of General Practice* **62**(594), 13-21.
- Polit D.F. & Beck C.T. (2012) *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pollak K. I., Coffman C. J., Alexander S. C., Manusiv J. R., Ostbye T., Tulskey J. A., Lyna P., Esoimeme I., Namemek Brouwer R. J. & Dolor R. J. (2011) Predictors of weight loss communication in primary care encounters. *Patient Education and Counseling* **85**(3), 175-182.
- Poon M-Y. & Tarrant M. (2009) Obesity: attitudes of undergraduate student nurses and registered nurses. *Journal of Clinical Nursing* **18**(16), 2355-2365.

- Smith A.W., Borowski L.A., Liu B., Galuska D.A., Signore C., Klabunde C., Huang T. T-K., Krebs-Smith S.M., Frank E., Pronk N. & Ballard-Barbash R. (2011) U.S. Primary care physicians' diet-, physical activity- and weight-related care of adult patients. *American Journal of Preventive Medicine* **41**(1), 33-42.
- Shinitzky H. E. & Kub J. (2001) The art of motivating behavior change: the use of motivational interviewing to promote health. *Public Health Nursing* **18**(3), 178-185.
- Socialstyrelsen. (2009) *Folkhälsorapport 2009*. Västerås: Edita Västra Aros.
- Socialstyrelsen. (2011) *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor – stöd för styrning och ledning*. Västerås: Edita Västra Aros.
- Statens folkhälsoinstitut. (2010) *Matvanor och livsmedel. Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010* (Statens folkhälsoinstitut, nr R 2011:23). Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Statens folkhälsoinstitut. (2011) *FaR. Individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet* (Statens folkhälsoinstitut, nr R 2011:30). Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Statens folkhälsoinstitut & Socialstyrelsen. (2013). *Folkhälsan i Sverige – Årsrapport 2013*. <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12823/Folkhalsan-i-Sverige-Arsrapport-2013.pdf> [2014-05-13]
- WHO. (2013) *Obesity and overweight*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> [2014-05-12]
- WHO. (2014) *What is overweight and obesity?*. http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_what/en/# [2014-05-12]