



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV  
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

---

# Distriktssköterskors reflektioner av att arbeta med överviktiga patienter avseende livsstilsförändringar

En intervjustudie

Amanda Hultkrantz

2016

Examensarbete, Avancerad nivå (yrkesexamen), 15 hp  
Omvårdnad

Specialistsjuksköterskeprogrammet, inriktning distriktssköterska  
Examensarbete inom distriktssköterskans kunskapsområde, 15 hp

Handledare: Ann-Sofi Östlund  
Examinator: Maria Engström

---



## Sammanfattning

**Bakgrund:** Övervikt är ett växande folkhälsoproblem i Sverige och internationellt.

Uppkomsten av övervikt påverkas av flera olika faktorer och kan förebyggas med olika hälsofrämjande åtgärder. Övervikt är en riskfaktor för utveckling av flertalet folksjukdomar.

Distriktssköterskan har en viktig roll i det preventiva och hälsofrämjande arbetet för att bidra till människors hälsa. **Syfte:** Syftet med denna studie var att belysa distriktssköterskors

reflektioner av att arbeta med överviktiga patienter gällande livsstilsförändringar. **Metod:** En deskriptiv design med en induktiv kvalitativ ansats har använts. Datainsamlingen har

genomförts via semistrukturerade intervjuer med åtta distriktssköterskor som hade erfarenhet av hälsovägledning till överviktiga patienter. Materialet analyserades med kvalitativ

innehållsanalys. **Resultat:** Distriktssköterskorna gav beskrivningar om att arbetet med

överviktiga patienter utgick från ett patientcentrerat arbetssätt där patientens egen motivation och vilja var avgörande. Att förändringsbenägenheten kom från patienten själv och att respekt

gavs till patientens självbestämmande var också något som distriktssköterskorna i studien

beskrev som viktigt för genomförandet av en livsstilsförändring. Brist på resurser i form av tid i arbetet och aktuella riktlinjer att arbeta efter gällande övervikt var något som saknades i

arbetet med överviktiga. **Slutsats:** Slutsatsen beträffande föreliggande studie var att patientens egen vilja och motivation beskrevs vara avgörande för att göra en livsstilsförändring.

Distriktssköterskorna använde sig av ett patientcentrerat arbetssätt som underlättade för

patienten till att genomföra en livsstilsförändring. Bemötandet hade en central roll i arbetet med överviktiga patienter.

**Nyckelord:** Distriktssköterska, Livsstilsförändringar, Motivation, Primärvård, Övervikt

## **Abstract**

**Background:** Overweight is an increasing health problem in Sweden as well as internationally. The reasons for overweight are influenced by a number of factors and can be prevented by various healthpromoting measures. Overweight is a riskfactor in developing most of the common diseases. The primary healthcare nurse has an important role in the preventative and healthpromoting work to improve the health of people. **Purpose:** The purpose of this study has been to investigate how the primary healthcare nurses reflect over their work with overweight patients concerning change of lifestyle. **Method:** A descriptive design with an inductive qualitative approach has been used. The data collection has been done through semistructured interviews with eight primary healthcare nurses with experience in healthpromotion work with overweight patients. The material was analyzed using qualitative content analysis. **Results:** The primary healthcare nurse gave descriptions about using a patient-centered perspective where the patients own willingness and motivation is crucial. The willingness of the patients to change and respect to the patients self-determination was also underlined by the primary healthcare nurses in the interviews. The lack of resources such as time and up to date guidelines to follow were also pointed out as factors influencing the quality in the work with overweight patients. **Conclusion:** The conclusion regarding the present study is that the patient's own will and motivation is crucial to make a lifestyle change. The primary healthcare nurse used a patient-centered approach that made it easier for the patient to implement a lifestyle change. The treatment had a central role in working with overweight patients.

**Keywords:** Lifestyle changes, Motivation, Obesity, Primary care, Primary healthcare nurse

# Innehållsförteckning

<b>1. Introduktion</b> .....	<b>1</b>
1.1 Hälsoproblematik relaterat till övervikt.....	1
1.2 Behandling av övervikt.....	2
1.3 Distriktssköterskans hälsofrämjande arbete .....	4
1.4 Livsstilsförändringar.....	5
1.5 Teoretisk anknytning .....	6
1.6 Problemformulering.....	7
1.7 Syfte.....	8
<b>2. Metod</b> .....	<b>8</b>
2.1 Design .....	8
2.2 Urvalsmetod och undersökningsgrupp .....	8
2.3 Datainsamlingsmetod .....	9
2.4 Tillvägagångssätt.....	10
2.5 Dataanalys .....	10
2.6 Forskningsetiska överväganden.....	12
<b>3. Resultat</b> .....	<b>13</b>
3.1 Att utgå från ett patientcentrerat arbetssätt där patientens egen motivation och vilja är avgörande.....	14
3.1.1 Behandlingsstrategier för livsstilsförändringar .....	14
3.1.2 Motivationens betydelse för att göra livsstilsförändringar .....	16
3.1.3 Bemötande – nyckeln till förändring .....	18
3.1.4 Hindrande faktorer från att hjälpa patienter till livsstilsförändringar .....	20
<b>4. Diskussion</b> .....	<b>21</b>
4.1 Huvudresultat.....	21
4.2 Resultatdiskussion .....	21
4.3 Metoddiskussion .....	26
4.4 Kliniska implikationer för omvårdnad .....	28
4.5 Förslag till fortsatt forskning .....	29
4.6 Slutsats.....	29
<b>5. Referenslista</b> .....	<b>30</b>

# 1. Introduktion

World Health Organisation (WHO) har klassat fetma som den snabbast växande epidemin i världen och är idag ett stort folkhälsoproblem och ett hot mot människors folkhälsa (WHO, 2014). Övervikt och fetma är den femte ledande riks faktorn för dödsfall ur globalt perspektiv och år 2012 var 1,9 miljarder vuxna människor överviktiga i världen (WHO, 2015). Andelen personer med övervikt eller fetma har under de senaste tjugo åren ökat i Sverige. I början av 1990-talet började ökningen av övervikt och fetma bland befolkningen och idag beräknar man att hälften av alla män och drygt en tredjedel av alla kvinnor är överviktiga eller feta i Sverige (Socialstyrelsen, 2009). Övervikt leder till flertalet följsjukdomar som gör att människor drabbas av ett ökat vårdbehov som sin tur ger dyra sjukvårdskostnader för den allmänna sjukvården (SBU, 2002). Primärvården har en betydande roll i det preventiva arbetet avseende övervikt då personal inom primärvården möter många överviktiga patienter samt har en kontinuerlig kontakt med dem (Michie, 2007). Distriktssköterskans arbete innefattar att arbeta sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande. Därför är det av stor vikt att uppmärksamma detta växande folkhälsoproblem då distriktssköterskan har en betydande roll i det preventiva arbetet (Distriktssköterskeföreningen, 2008).

## 1.1 Hälsoproblematik relaterat till övervikt

Övervikt och fetma är som ovan nämnt ett växande folkhälsoproblem både nationellt och globalt. Med folkhälsosjukdom avses en sjukdom som drabbar minst 1 % av befolkningen (Folkhälsorapport, 2009; WHO, 2014). Ungefär en av tio bland både kvinnor och män har fetma i Sverige. Dock är detta egenrapporterade värden så den egentliga övervikten tros vara underrapporterad med flera procent (Neovius, Janson, Rossner, 2006). År 2013 visade siffror att 42 % av männen och 29 % av kvinnorna var överviktiga i Sverige (Folkhälsomyndigheten, 2014). Enligt Folkhälsorapport (2009) förkortas livet sex till sju år till följd av fetma.

Definitionen av övervikt är ett body mass index (BMI) mellan 25-30 och definitionen av fetma är ett BMI över 30. BMI beräknas genom att dividera kroppsvikten i kilo med kvadraten av kroppslängden (Folkhälsorapport, 2009). Bukomfånget är även det ett mått för att fastställa övervikt/fetma. Bukomfånget tar mer hänsyn till bukfettet som är starkt förknippat med sjukdomar som diabetes och metabolt syndrom. Metabolt syndrom är ett gemensamt begrepp för olika faktorer som ger ökad känslighet för insulin, högt blodtryck, övervikt och höga blodfetter som ökar risken att drabbas av hjärt-kärlsjukdom (Ericson & Ericson, 2010). Övervikt definieras som ett bukomfång över 94 cm för män och 80 cm för

kvinnor. Fetma definieras som ett bukomfång över 102 cm för män och 88 cm för kvinnor (Folkhälsorapport, 2009). Fortlöpande i denna studie kommer begreppet övervikt att användas som innefattar båda definitionerna övervikt och fetma.

Wolk (2008) påtalar att samband finns mellan övervikt och många följsjukdomar som hjärt-kärlsjukdom, diabetes, kroniska sjukdomar och cancer. Eftersom övervikt leder till dessa följsjukdomar är det viktigt att hålla en normal vikt (Guh et al. 2009). Att utveckla övervikt beror på olika faktorer som bland annat miljöfaktorer, kultur, ohälsosam livsstil och hereditet (Folkhälsomyndigheten, 2014). Att ha ett högt kaloriintag och låg fysisk aktivitet, alltså att göra av med för lite energi i förhållande till hur mycket energi som tillförs kroppen är också det starka indikationer som ger en ohälsosam livsstil och som leder till viktökning (Skolnik & Ryan, 2014). Omgivningsfaktorer som socioekonomisk status har även det inverkan på människors övervikt (Folkhälsomyndigheten, 2014). En svensk studie (Lindmark et al, 2005) har visat att kvinnor och män som har högre socioekonomisk status väljer att äta hälsosam kost och har högre grad av fysisk aktivitet till skillnad från personer som har lägre socioekonomisk status. Detta stämmer överens med folkhälsorapporten (2009) som visar att övervikt och fetma är vanligare hos personer i lägre sociala grupper samt hos personer med kort utbildning. Tidigare forskning (Lindmark et al, 2005;Skolnik & Ryan, 2014) inom området övervikt har främst fokuserat på orsaker till övervikt samt följder av övervikt.

## **1.2 Behandling av övervikt**

Det finns olika metoder som används inom sjukvården idag för att hjälpa patienter till en viktnedgång. Den främsta behandlingen är att göra en livsstilsförändring i form av att ändra kost och motionsvanor (Folkhälsorapport, 2009). En annan metod som används vid svår övervikt är gastric bypass som är ett kirurgiskt ingrepp där man minskar magsäckens storlek och kopplar om tunntarmsslyngan direkt på kvarvarande magsäck som gör att endast en mycket liten mängd föda kan förtäras. Denna metod anses vara effektiv och säker för en viktminskning. Dock är metoden ett kirurgiskt ingrepp som kan medföra komplikationer som innebär en risk i sig. Därför ges enbart denna behandling till personer med kraftig övervikt det vill säga med ett BMI över 40 (Ericson & Ericson, 2010).

Att få patienten motiverad till en viktnedgång är en viktig del av behandlingen av övervikt för att uppnå en god följsamhet (Barth & Näsholm, 2006). Följsamhet (compliance) innebär enligt WHO (2003) i vilken grad en person följer rekommendationer om att följa en diet, att ta läkemedel samt utföra livsstilsförändringar enligt överenskomna rekommendationer från

hälso- och sjukvårdspersonal (WHO, 2003). För att få patienter motiverade används bland annat motiverande samtal (MI) som är en personcentrerad samtalsmetod och vilket gett goda resultat avseende livsstilsförändringar hos överviktiga patienter samt vid andra livsstilsrelaterade problem (Rubak et al, 2005; Sonntag et al, 2010). En studie gjord av Carels et al (2007) visade även att motiverande samtal i viktminskningsprogram ökar motivationen och följsamheten bland överviktiga personer.

Livsstilsförändringar gällande kost, ökad fysisk aktivitet, att inte använda tobaksvaror och ha en måttlig alkoholkonsumtion har visat sig leda till viktnedgång (Socialstyrelsen, 2009). Regelbunden motion har flera gynnsamma effekter på människans hälsa. Fysisk aktivitet motverkar utvecklingen av flertalet folksjukdomar. Rekommendationer från Socialstyrelsen är att äta en balanserad och hälsosam kost samt att öka intaget av frukt och grönt (Socialstyrelsen, 2009). Riktlinjer finns att följa utifrån nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder som Socialstyrelsen (2011) tagit fram. Dessa riktlinjer togs fram för att ge sjukvårdspersonal stöd i sitt arbete med att hjälpa patienter förändra ohälsosamma levnadsvanor. Socialstyrelsen framhåller via de nya riktlinjerna vikten av att utbilda och kompetensutveckla personalen inom sjukdomsförebyggande metoder. Dessa rekommendationer innehåller bland annat riktlinjer för hur man som sjukvårdspersonal ska förhålla sig till patienter som har nedsatt fysisk aktivitet eller ohälsosamma matvanor. Riktlinjerna angående ohälsosamma matvanor framhåller vikten av att ta reda på patientens nuvarande nutritionsstatus och näringsintag och sedan ge rådgivande samtal och ge uppföljningar efter varje individs specifika behov. Angående liten fysisk aktivitet bör hälso- och sjukvården erbjuda rådgivande samtal samt ge skriftlig ordination av fysisk aktivitet och sedan göra uppföljningar (Socialstyrelsen, 2011). De nationella riktlinjerna innehåller stöd för styrning och ledning som kom till för att stimulera användandet av effektiva åtgärder. I riktlinjerna ska åtgärder ske via kvalificerade rådgivande samtal som motiverande samtal, kognitiv beteendeterapi och den transteoretiska modellen (Socialstyrelsen, 2011). Ovanstående riktlinjer bygger på hälso- och sjukvårdslagen (SFS1982:763) som omfattar att förebygga ohälsa inom hälso- och sjukvård.

Primärvården har ett stort ansvar i det preventiva arbetet angående livsstilen hos patienter. Vårdpersonal i primärvården ska i största möjliga mån försöka påverka patienter till bättre levnadsvanor. Vid samtal om livsstil med patienter är det viktigt att beakta att livsstilen inte enbart handlar om matvanor, rökning, övervikt och alkoholintag utan även ta med aspekter som mental stress och känslomässiga reaktioner (Orth-Gomér, 2008). Det är viktigt att visa



hänsyn till alla aspekter som inkluderar även de psykosociala delarna för att uppnå en livsstilsförändring visar även en litteraturstudie gjord av Elfhag och Rössner (2005) då denna studie också kom fram till att kost och motionsförändringar har ett samband med psykosociala faktorer.

Sjuksköterskan i primärvården har en central roll i behandlingen av övervikt. Detta på grund av att primärvården många gånger är den första kontakten med sjukvården som många patienter har. Primärvården är ofta den första instansen att identifiera patienters problem och riskfaktorer (Glenngård, et al. 2005; WHO Europé, 2006; WHO, 2010). Sjuksköterskan i primärvården träffar och har mycket kontakt med den överviktiga patienten i form av viktkontroller, provtagningar och blodtryckskontroller. Den täta kontakten leder till kontinuitet med patienten som gör att sjuksköterskan kan uppmärksamma svårigheter och ge uppmuntran (Ericson & Ericson, 2010). En studie (Duaso & Cheung, 2002) visade att distriktssköterskor på hälsocentraler ger stöd till patienter i form av information för att hjälpa dem till viktminskning. Studien visade även att distriktssköterskorna hade en mycket central roll till att hjälpa patienter att främja sin hälsa då distriktssköterskorna hade en nära kontakt med patienterna.

### **1.3 Distriktssköterskans hälsofrämjande arbete**

WHO's definition av hälsa är "Tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom eller funktionshinder" (WHO, 1948). Distriktssköterskans ansvarsområde bygger till stor del på WHO's definition av hälsa (Distriktssköterskeföreningen, 2008). Distriktssköterskor är specialistutbildade sjuksköterskor som kan arbeta på hälsocentral/vårdcentral, kommun, landsting och privata verksamheter. En del av distriktssköterskans ansvarsområde är enligt kompetensbeskrivning för distriktssköterska att förebygga sjukdom och att främja och skydda människors hälsa hela livet samt att ha ett holistiskt synsätt (Distriktssköterskeföreningen, 2008). Primärvården har ett stort ansvar i den hälsofrämjande vården och att förebygga ohälsa. Målsättningen med det förebyggande arbetet är att identifiera och minska orsaker till sjukdom och på så vis hindra att sjukdom uppkommer (Michie, 2007; Orth-Gomér, 2008).

Flera studier (Brown et al, 2007; Eriksson & Engström, 2014; Gunther et al, 2012; Wilhelmsson & Lindberg, 2009) har visat på att distriktssköterskor inte har resurser i form av tid, utbildning i ämnet, stöd från arbetsgivare eller specifika riktlinjer att arbeta efter gällande den sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande vården för överviktiga patienter. Detta ledde

till en slags osäkerhet som gjorde att det preventiva arbetet kring övervikt ibland undveks. Distriktssköterskorna i studierna upplevde även att kunskapsluckor fanns inom området. Det framkom i två av studierna (Brown et al, 2007 & Eriksson & Engström, 2014) att det ändå fanns en stor vilja hos distriktssköterskorna att arbeta förebyggande mot övervikt samt att de såg det som en viktig del i sitt arbete som distriktssköterska.

Distriktssköterskans arbete utgår även från International Council of Nurses (ICN:s etiska kod för sjuksköterskor, 2012) etiska kod (Distriktssköterskeföreningen, 2008). Den består av fyra grundläggande ansvarsområden som innefattar: att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa samt att lindra lidande. I Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) beskrivs också att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Vården ska ges i samråd med patienten samt att vården ska främja goda kontakter mellan hälso-och sjukvårdspersonal. Det framhålls även att hälso-och sjukvården ska arbeta preventivt mot ohälsa (SFS 1982:763).

Som sjuksköterska i primärvården är det av stor vikt att bygga upp en förtroendefull relation till patienten genom god kommunikation för att skapa förståelse sinsemellan, detta för att främja förutsättningar för livsstilsförändring hos patienten (Hansson, Rasmussen & Ahlström, 2011). Samtalet mellan distriktssköterska och patient är av stor betydelse för att en god vårdrelation ska uppstå och för att hälsofrämjande arbete kan möjliggöras (Brown & Psarou, 2008). I en studie (Jallinoja et al, 2007) framkom att distriktssköterskor upplever att överviktiga patienter inte är medvetna om sin övervikt vilket skapade svårigheter i att genomföra livsstilsförändringar. Distriktssköterskorna ansåg även att patienterna hade svårt att se egna lösningar till att göra livsstilsförändringar (Jallinoja et al, 2007).

#### **1.4 Livsstilsförändringar**

Livsstil innefattar människans levnadsvanor och psykosociala situation. Livsstilen har en betydande roll för vilken risk människor har att utveckla sjukdomar (Orth-Gomér, 2008). Att ha en sund livsstil är grunden för att hindra uppkomsten av många hälsoproblem.

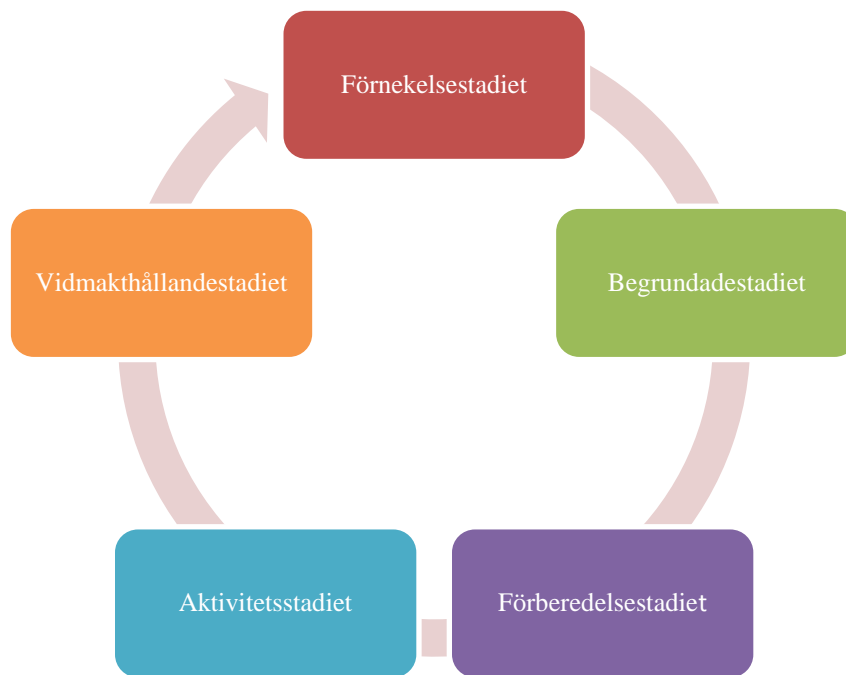
Livsstilsrelaterade hälsoproblem orsakar minst en tredjedel av alla sjukdomar i Europa (WHO, 2014). Sjukdomar som diabetes, hjärt-kärlsjukdom och cancer kan förebyggas genom hälsosammare livsstil som att äta hälsosam kost, öka sin fysiska aktivitet och att inte röka (WHO, 2014). Studier (Grave et al, 2013; Lazarou & Kouta, 2010) har gjorts inom området livsstilsförändringar som visar att livsstilsförändringar är komplexa och beroende av många olika faktorer. Livsstilsförändring är en process som patienten går igenom och att det är

viktigt som vårdpersonal att ha förståelse för denna process för att uppnå en lyckad livsstilsförändring i form av en viktnedgång och ett hållbart resultat (Grave et al, 2013; Lazarou & Kouta, 2010).

### **1.5 Teoretisk anknytning**

Att göra livsstilsförändringar innebär att bryta gamla mönster och vanor (Barth & Näsholm, 2006). En modell som visar hur de olika faserna i livsstilsförändringarna sker är teorin om förändringsbenägenhet den transteoretiska modellen (TTM). Denna modell har skapats av de amerikanska forskarna Prochaska och DiClemente i början av 1980-talet (Barth & Näsholm, 2006). Modellen kan användas som vägledning till patienter beroende på förändringsbenägenhet vid genomförande av beteendeförändringar (Prochaska, Redding & Evers, 2008).

Modellen innebär att personer som själva väljer att förändra sitt beteende använder olika strategier och går igenom olika stadier för att uppnå resultat. Det är fem stadier som en person går igenom i förändringsprocessen (Stages of change). Stadierna är *Förnekelsestadiet (Precontemplation)*: Innebär att personen inte har några planer på att förändra sitt beteende. Personen anser sig inte heller ha några problem utan kommer med bortförklaringar och skämtar bort problemet. *Begrundandestadiet (Contemplation)*: Innebär att personen börjar få upp ögonen för att det finns ett problem men den har inga strategier för hur den ska gå tillväga med problemet. *Förberedelsestadiet (Preparation)*: Här börjar personen stärka sin motivation och göra upp en strategi för agerande. *Aktivitetsstadiet (Action)*: Förändringar börjar nu ske. Den strategi som personen hade under förberedelsestadiet börjar nu att användas. Här är risken för att falla tillbaka i gamla vanor som störst. *Vidmakthållandestadiet (Maintenance)*: Innebär ett rutinmässigt stadium. Detta stadie infaller cirka sex månader efter att personen hamnat i aktivitetsstadiet. Risk för återfall har nu minskat kraftigt. Att hjälpa en människa till förändring som i detta fall en livsstilsförändring måste hänsyn och förståelse ges till ovan nämnda delar i förändringsprocessen (Prochaska & Velicer, 1997; Prochaska, Redding & Evers, 2008).



*Figur 1:* Transteoretisk modell

Hela den transteoretiska modellen utgår ifrån dessa fem stadier och personer som gör beteendeförändringar är hela tiden emellan de olika stadierna under kortare eller längre period. Personer som gör livsstilsförändringar kan ofta göra flera försök och faller ofta tillbaka i de olika stadierna för att slutligen nå fram till målet alltså det vidmakthållande stadiet (Prochaska, Redding & Evers, 2008). Signifikanta skillnader har visats i grupper där TTM har använts för att öka fysisk aktivitet samt främja viktnedgång hos patienter jämfört med grupper där TTM inte använts. Patienter som fick stöd utifrån TTM hade lättare att förflytta sig från aktivitetsstadiet till vidmakthållandestadiet. I de grupper där TTM användes fick deltagarna rådgivning via e-post som innehöll individuell rådgivning om kost och motion vilket gav lyckade resultat i form av viktnedgång och ett hållbarare resultat jämfört med kontrollgruppen (Johnson et al, 2008; Logue, et al, 2005).

## 1.6 Problemformulering

Övervikt är ett växande problem i Sverige och globalt. Distriktssköterskans preventiva arbete är av stor vikt i det dagliga arbetet. Studier visar att distriktssköterskor upplever att inte tid finns till att arbeta hälsofrämjande och att bristande kunskaper finns inom området samt att patientföljsamhet har stor betydelse för att en effektiv behandling kan uppnås. De flesta studier över tidigare forskning har främst fokuserat på det preventiva arbetet med överviktiga

barn (Edvardsson, Edvardsson & Hörnsten 2009; Kubik, Story, & Davey, 2007; Small, Anderson & Mazurek Melnyk, 2007) samt motiverande samtal för vuxna överviktiga personer (Rubak et al, 2005; Sonntag et al, 2010; Carels et al 2007). Det förefaller finnas få studier utförda i Sverige på distriktssköterskors reflektioner av att arbeta med överviktiga patienter. Fördjupade kunskaper inom området kommer vara värdefullt vid vården av denna växande patientgrupp samt folkhälsan i stort.

## **1.7 Syfte**

Syftet med studien var att belysa distriktssköterskors reflektioner av att arbeta med överviktiga patienter gällande livsstilsförändringar.

## **2. Metod**

### **2.1 Design**

Föreliggande studie använde sig av en deskriptiv design med en induktiv kvalitativ ansats (Polit & Beck, 2012).

### **2.2 Urvalsmetod och undersökningsgrupp**

För rekrytering av informanter till studien användes ett ändamålsurval för att erhålla informanter med erfarenhet av arbete gällande livsstilsförändringar med överviktiga patienter (Polit & Beck, 2012). Inklusionskriterierna var att deltagarna skulle ha examen som distriktssköterska med minst ett års arbetslivserfarenhet samt erfarenhet av hälsovägledning till överviktiga patienter. Till studien tillfrågades tio distriktssköterskor om deltagande varav totalt åtta tackade ja till deltagande. Två tackade nej på grund av tidsbrist. Deltagarna arbetade på hälsocentral i en region i mellersta Sverige. Intervjuer utfördes med åtta distriktssköterskor samtliga kvinnor som arbetade på hälsocentral. Samtliga informanter var vidareutbildade till distriktssköterska varav tre var diabetessköterskor, två var specialiserade mot astma/KOL och resterande hade livsstilsmottagning som arbetsuppgift. Åldern på informanterna varierade mellan 34-64 år, medelålder 47,5 år (SD 11,084) och medelvärdet av antalet yrkesverksamma år som distriktssköterska var 11,25 år (SD6,323). För ytterligare information se tabell 1 (Numreringen på distriktssköterskorna i tabell 1 är inte densamma som siffrorna på informanterna i citaten i resultatdelen).

Tabell 1: Presentation av de intervjuade distriktssköterkorna

Distriktssköterska	Ålder	Antal år som leg. sjuksköterska	Antal år som leg. Distriktssköterska	Erfarenhet av hälsovägledning (år)
1	34	11	4	3
2	35	11	10	2,5
3	40	17	2	2
4	44	18	13	7
5	50	25	11	8
6	54	32	12	6
7	59	35	20	15
8	64	36	19	15

### 2.3 Datainsamlingsmetod

Datansamlingen utfördes via semistrukturerade intervjuer med distriktssköterskor på deras arbetsplats vilket innebär att intervjuerna i början innehåller öppna frågor som sedan blir mer koncentrerade och detaljerade till själva syftet för att forskaren ska vara säker på att få svar på de frågor som ställts. Semistrukturerade intervjuer ger även möjlighet till fritt svar och en bild av de upplevelser som personer har (Polit & Beck, 2012). Intervjuerna genomfördes i ett avskilt rum utan störande moment. En intervjuguide användes som utvecklades av författaren själv, detta för att säkerställa att alla frågor berörts och att respondenten fick tala fritt kring dessa (Polit & Beck, 2012). Intervjuguiden bestod av frågor avseende bakgrundsfrågor för att beskriva urvalsgruppen. Bakgrundsfrågorna bestod av frågeställningar om kön, ålder, examensår som sjuksköterska, examensår distriktssköterska, antalet verksamma år som distriktssköterska samt erfarenhet av hälsovägledning. Själva intervjufrågorna bestod av öppna frågor kring distriktssköterskors arbete med överviktiga patienter som, erfarenhet av hur patienter tar till sig av råd om livsstilsförändringar och de fick även berätta om en situation i sitt arbete med en överviktig patient som blev lyckat/mindre lyckat. Intervjufrågorna hade följdfrågor för att vara säker på att svara på syftet med studien (Polit & Beck, 2012). Följdfrågorna bestod av frågor som, Hur menar du med det? Kan du utveckla hur du tänker? Kan du berätta mer om? Detta för att få deltagarna att utveckla sina svar ytterligare. En slutfråga ställdes till deltagaren i slutet av intervjun som var om de ville tillägga som de tyckte var relevant för studien eller något de tyckte förbisetts. Detta för att ingen relevant information skulle förgås. Innan intervjuerna påbörjades utfördes en pilotintervju för att undersöka om frågorna var relevanta samt att de var förståeliga och svarade på det syftet författaren valt att ha och att intervjutekniken fungerade (Polit & Beck,

2012). Pilotintervjun utfördes med den distriktssköterska som svarade på tillfrågan först, sedan transkriberades den och skickades via e-post till handledare för bedömning och justering. Efter godkännande av handledare fortsatte sedan intervjuerna med ytterligare sju distriktssköterskor. Pilotintervjun svarade på syftet till studien och föreföll bidra väl till resultatet och har därför inkluderas i studien. Alla intervjuer spelades in på diktafon detta för att författaren skulle ha möjlighet att koncentrera sig på intervjun och inte bli distraherad av att behöva skriva ned svaren. På detta sätt förhindrades att relevant data förlorades (Polit & Beck, 2012). Längden på intervjuerna varierade mellan 24 minuter till 34 minuter. Medellängden för intervjuerna var 28 minuter. Författaren genomförde intervjuerna i Februari till Mars 2016.

## **2.4 Tillvägagångssätt**

För att få tillstånd att intervjua distriktssköterskor ansöktes anhållan om tillstånd från tre olika verksamhetschefer för primärvården inom den berörda regionen, samtliga gav muntligt och skriftligt tillstånd att genomföra studien. Verksamhetscheferna gav i sin tur kontaktuppgifter till sina respektive enhetschefer på de olika hälsocentralerna. Kontakt togs därefter via e-post med 11 enhetschefer som tillfrågades om tillstånd att genomföra studien. Fem enhetschefer svarade på tillfrågan och lämnade ut kontaktuppgifter till totalt tio distriktssköterskor som uppfyllde inklusionskriterierna. En enhetschef tackade nej på grund av tidsbrist. Övriga fem enhetschefer svarade inte på tillfrågan. Informationsbrev med studiens syfte och tillvägagångssätt skickades sedan ut till tio distriktssköterskor via e-post varav åtta tackade ja till deltagande. Via e-postkonversation bestämdes sedan tid och plats för intervju efter hur distriktssköterskorna själva önskade. I samband med intervjun gav distriktssköterskorna medgivande både muntligt och skriftligt att delta i studien.

## **2.5 Dataanalys**

Data har analyserats med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats enligt Graneheim & Lundman (2004). En induktiv ansats är lämplig att använda vid en förutsättningslös analys av informanternas berättelser. Innehållsanalys med både latent och manifest metod har använts som avser analys av både de uppenbara samt de underliggande meningarna i texten. Manifest metod är beskrivande av det uppenbara i en text. Vid en latent metod analyseras vad texten handlar om och ett samband söks i de underliggande meningarna i materialet som sedan kan sammanfattas i olika teman (Graneheim & Lundman, 2004). Första steget i analysen var att författaren lyssnade på intervjuerna flera gånger för att inte

missa något relevant som sades samt att få en helhetsbild av informationen. Sedan transkriberades materialet. Vid transkriberingen skrevs intervjuerna ned ordagrant där tystnad, skratt och suckar noterades. Detta för att inte gå miste om icke verbal kommunikation i intervjuerna då det kan påverka den underliggande meningen i intervjuerna (Graneheim & Lundman, 2004). Meningsbärande enheter valdes ut där stycken eller ord som svarade på syftet sorterades ut. Den text som inte svarade på syftet fick en egen rubrik och lades åt sidan men raderades aldrig. Vidare utfördes en kondensering av de meningsbärande enheterna. Texten blev då mer abstraherad och mer lättöversiktlig då irrelevanta ord plockades bort och detta utan att förlora det väsentliga i meningarna. Sedan utfördes en abstraktion då texten kondenseras ytterligare och erhöll en kod. Koderna blev som en etikett på innehållet i de meningsbärande enheterna. De olika koderna delades sedan in utifrån likheter och olikheter, som sedan sammanfattades i olika kategorier och subkategorier. Kategorierna symboliserade själva det centrala innehållet i intervjun och innehöll flera koder som hade liknande innehåll. Det som är viktigt med kategorierna är att de täcker alla data så att den information som finns kan svara på syftet. Det framkom fyra kategorier och 13 subkategorier under analysprocessen. Kategorierna utmynnade sedan i ett övergripande tema som symboliserade det underliggande budskapet i kategorierna (Graneheim & Lundman, 2004). Exempel på analysprocessen kan ses nedan i tabell 2.

*Tabell 2: Exempel ur analysprocessen*

<b>Meningsbärande enhet</b>	<b>Kondenserade meningsenhet</b>	<b>Kod</b>	<b>Subkategori</b>	<b>Kategori</b>
"Patienten måste ju själv vara motiverad för att kunna göra en förändring."	Patienten måste själv vara motiverad för att göra en förändring.	Viktigt att vara motiverad för att göra en förändring	Motivationens betydelse för förändring	Motivationens betydelse för att göra livsstilsförändringar
"Ja att man lyssnar hela tiden på patienten och tänker att man har två öron och en mun."	Att lyssna på patienten och tänka att man har två öron och en mun.	Att lyssna på patienten	Samtal med öppna frågor för att skapa förtroende och förståelse	Bemötande – nyckeln till förändring
"Då är det ju bättre att man gör en lite förändring än jätte mycket saker och tappa det efter kort tid."	Bättre att göra en liten förändring än att göra jätte mycket saker och tappa det efter kort tid.	Små steg i taget för en hållbar förändring	Inte göra drastiska utan små förändringar	Behandlingsstrategier för livsstilsförändringar
"Många gånger vill man att dem ska komma tillbaka, men ren övervikt så har jag faktiskt inte möjlighet att kalla tillbaka."	Många gånger vill man följa upp men ren övervikt har jag inte möjlighet att följa upp.	Ej möjligt att följa upp överviktiga.	Brist på uppföljningar	Hindrande faktorer för att hjälpa patienter till viktnedgång

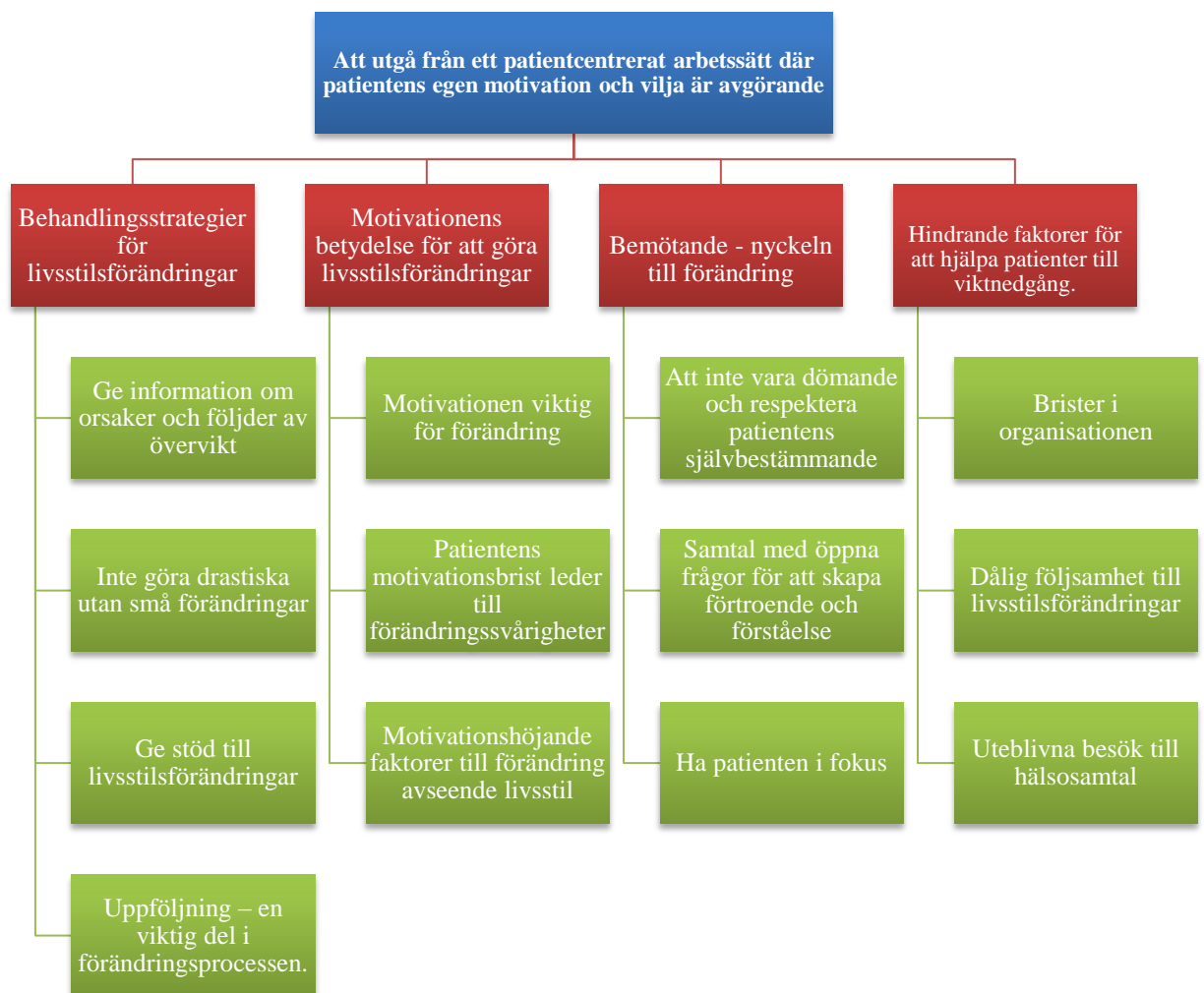


## 2.6 Forskningsetiska överväganden

Polit och Beck, 2012 beskriver tre etiska principer att ta hänsyn till vid forskning för att skydda deltagare i en studie. De olika principerna är godhetsprincipen, rättvisepincipen och att visa respekt för den mänskliga värdigheten. Författaren till denna studie har tagit hänsyn till dessa principer i sin forskning. De etiska problemen med denna studie kan vara att deltagarna känner sig otrygga med att personlig och känslig information kommer ut. De kan även känna sig tvingade att delta i studien. Innan intervjuerna påbörjas lämnades ett godkännande från verksamhetschefer inom regionen på de hälsocentraler där distriktssköterskorna arbetade för att genomföra studien. Enligt World Medical Association (2013) och principen att visa respekt för den mänskliga värdigheten (Polit & Beck, 2012) ska noggrann information ges till studiens deltagare både muntligt och skriftligt om studiens syfte, frivilligheten i deltagandet samt möjlighet att avsluta studien när som helst. Respekt måste ges till informantens självbestämmande (World Medical Association, 2013; Polit & Beck, 2012). Författaren till denna studie har respekterat detta och givit information till samtliga distriktssköterskor både skriftligt och muntligt i samband med intervjun. Godhetsprincipen tillgodosågs genom att ingen känslig information har kommit ut då insamlat data behandlades konfidentiellt. Deltagarnas personlighet har aldrig röjts utan varje deltagare har aidentifierats och erhållit en kod. Data som samlats in har under studiens gång varit inlåst för att skydda personuppgifterna (Stryhn, 2007; Polit & Beck, 2012). Rättvisepincipen har respekterats genom att informanterna har fått ett rättvist bemötande oavsett bakgrund och blivit respekterad som unik individ. Respekt har givits till informanternas självbestämmande och privatliv då de själva fick välja tid och plats för intervju (Polit & Beck, 2012). Vid avslutad studie kommer allt material som används att förstöras. Vid godkänd uppsats kommer den finnas fritt tillgänglig på DIVA som är en öppen söktjänst och arkiv för forskningspublikationer och studentuppsatser. Deltagarna kommer att ges möjlighet att ta del av den godkända studien.

### 3. Resultat

Under analysprocessen av datamaterialet framkom ett övergripande tema samt fyra kategorier utifrån distriktssköterskornas reflektioner av att arbeta med överviktiga patienter avseende livsstilsförändringar. Temat var *Att utgå från ett patientcentrerat arbetssätt där patientens egen motivation och vilja är avgörande*. De fyra kategorierna var *Behandlingsstrategier för livsstilsförändringar*, *Motivationens betydelse för att göra livsstilsförändringar*, *Bemötande - nyckeln till förändring* samt *Hindrade faktorer för att hjälpa patienter till livsstilsförändring*. Det framkom sammanlagt 13 subkategorier under kategorierna. Resultatet presenteras i löpande text i form av kategorier och subkategorier och stärks med citat från intervjuerna. I resultatdelen benämns distriktssköterskorna som informanter/distriktssköterskor. Tema, kategorier och subkategorier presenteras nedan i figur 2.



Figur 2: Tema (blå), Kategorier (röd) & Subkategorier (grön)

### **3.1 Att utgå från ett patientcentrerat arbetssätt där patientens egen motivation och vilja är avgörande**

Det övergripande tema som symboliserar det underliggande budskapet i kategorierna framkom av att distriktssköterskorna utgår från ett patientcentrerat arbetssätt i arbetet med överviktiga där patientens egen motivation och vilja är avgörande. Ett patientcentrerat arbetssätt ansåg distriktssköterskorna kunde underlätta för patienten att genomföra en livsstilsförändring men kunde aldrig ersätta patientens egen vilja och motivation.

#### **3.1.1 Behandlingsstrategier för livsstilsförändringar**

Denna kategori beskriver distriktssköterskors reflektioner av olika arbetssätt med överviktiga patienter. Det framkom fyra tydliga strategier som distriktssköterskorna använde sig av i sitt arbete med överviktiga. Dessa fyra strategier skapade subkategorierna: *Ge information om orsaker samt följder av övervikt, Inte göra drastiska utan små förändringar, Stöd till livsstilsförändringar, Uppföljning – en viktig del i förändringsprocessen.*

##### *3.1.1.1 Ge information om orsaker och följder av övervikt*

Distriktssköterskorna reflekterade över betydelsen av information till överviktiga patienter. Informanterna beskrev att information är en viktig utgångspunkt för en lyckad behandling avseende livsstilsförändringar hos överviktiga patienter. Beskrivningar gavs om att ge individanpassad information efter varje specifik patient för att uppnå en förståelse för att vidare leda till en förändring. Något som framkom var att distriktssköterskorna beskrev att de arbetade efter samma mönster då det gällde information till patienter. De beskrev att de först gav information till patienten om orsaker till övervikt för att sedan gå över till information om överviktens följder. Sambandet mellan BMI, midjemått och ohälsa var tre viktiga saker som informanterna beskrev att de tog upp med sina överviktiga patienter. Även kost och motion var en stor del i informationen till patienten. Hela tiden arbetade distriktssköterskorna efter patientens individuella behov. Distriktssköterskorna gav både muntlig och skriftlig information till patienten som de tyckte fungerade bra. Informanterna upplevde att en välinformerad patient var mer förändringsbenägen och hade mer förståelse för fortsatt behandling.

*”... Jag brukar ju även visa på att har de ett väldigt högt BMI eller ett väldigt högt midjemått då brukar jag ju berätta om varför det blivit så viktigt att mäta midjemåttet just att fett som sitter runt magen är mycket farligare än det som sitter runt låren...”*

Informant 4

### *3.1.1.2 Inte göra drastiska utan små förändringar*

Att inte ta för stora steg åt gången vid en livsstilsförändring var något som informanter ansåg var viktigt. Distriktssköterskorna beskrev det som viktigt att inte göra drastiska förändringar av levnadsvanor utan ta det med små steg i taget, detta för att åstadkomma en hållbar och långsiktig förändring. Distriktssköterskorna gav beskrivningar om att de försökte göra individuella anpassningar till patienterna för att hjälpa patienten på en rimlig nivå samt att de gav tips om enklare motionsformer i början som att promenera 30 minuter tre gånger i veckan för att sedan utöka då patienterna klarade det. Några informanter beskrev att för mycket press vid första besöket kunde göra att patienten drar sig ur. Distriktssköterskorna såg livsstilsförändringar hos överviktiga som en lång process som i slutändan leder till en förändring.

*”... Jag försöker verkligen betona att ändra livsstilen så man får till någonting som håller i längden. Inte det här alltså att inte göra någon bantningskur som håller i två månader utan det ska till verkligen med betoning på livsstilsförändring...”*

Informant 8

### *3.1.1.3 Stöd till livsstilsförändringar*

Distriktssköterskorna använde sig av olika verktyg för att ge patienter stöd till livsstilsförändringar. De stöd som framkom tydligast av distriktssköterskornas beskrivningar var att de gav patienten stöd i form av fysiskaktivitet på recept samt vägledning till fysioterapeut och dietist. Informanterna beskrev att de tyckte fysiskaktivitet på recept fungerade bra då de upplevde att det blev som en hjälp och stöttning till patienten vilket ledde till bättre resultat. Informanterna beskrev även att vägledning till dietist samt fysioterapeut var en viktig del i sitt arbete med överviktiga patienter för att det gav patienten bättre förutsättningar till en livsstilsförändring.

”... Men i nått fall där jag har följt upp fysiskaktivitet på recept så har det fungerat jätte bra.  
Så jag tror inte att det är så dumt...”

Informant 6

#### *3.1.1.4 Uppföljning – en viktig del i förändringsprocessen.*

Informanterna reflekterade över betydelsen av uppföljningar hos överviktiga. Beskrivningar gavs om att uppföljningar gav ökad prestation och bättre resultat hos patienten avseende livsstilsförändringar. Vidare beskrev informanterna att uppföljningarna upplevdes öka följsamhet till givna råd om livsstilsförändringar. Informanterna upplevde även att uppföljningar gav kontinuitet vilket var gynnsamt för patienten samt att kontinuiteten skapade en god följsamhet. Något som också framkom var att distriktsköterskorna beskrev mycket om uppföljningarnas inverkan på det slutgiltiga resultatet hos patienten. De menade att uppföljningar är en mycket viktig del i arbetet med överviktiga för att erhålla en förändring hos patienten. Informanterna uppgav att uppföljningar mestadels utfördes via telefon.

”... Jag har haft några som kommit tillbaka efter ett halvår som gjort livsstilsförändringar och som uppföljning har vi pratat om hur det gått och då har man sett en förändring i stort både psykiskt, fysiskt, midjemåttmässigt och viktmedgång...”

Informant 7

### **3.1.2 Motivationens betydelse för att göra livsstilsförändringar**

Denna kategori beskriver distriktsköterskors reflektioner om motivationens betydelse för att förändringar ska ske avseende livsstil hos patienter samt hur viktigt det är att förändringar kommer från patienter själv. Kategorin består av tre subkategorier som är följande:

*Motivationen viktig för förändring, Patientens motivationsbrist leder till förändringssvårigheter och Motivationshöjande faktorer till förändring avseende livsstil*

#### *3.1.2.1 Motivationen viktig för förändring*

Informanterna gav beskrivningar om att motivationen är en central del i arbetet med överviktiga för att uppnå livsstilsförändringar. Samtliga distriktsköterskor framhöll att motivationen är grundläggande för att en förändring ska ske. Informanterna reflekterade över betydelsen av patientens egen delaktighet för att hitta sin inre motivation för att en förändring av levnadsvanor skulle uppnås.

*”... Ingen livsstilsförändring eller förändring av ett beteende kan ske om inte personen själv är med.. Då spelar det ingen roll hur mycket broschyrer eller kunskap jag har om man säger så.. så tänker jag...”*

Informant 3

### *3.1.2.2 Patientens motivationsbrist ger svårigheter till förändring*

Motivationsbrist hos patienter var något som distriktssköterskorna beskrev som en stor hindrande faktor i arbetet med att hjälpa överviktiga till livsstilsförändringar.

Distriktssköterskorna beskrev att patienter som inte själva har insikt i sin övervikt är svåra att motivera då de inte har förståelse över sin situation. Patienter som inte vill förändra sin livsstil beskrev samtliga distriktssköterskor är svåra att nå fram till. Informanterna poängterade att respekt måste ges till patientens självbestämmande i sådana lägen. Att hålla motivationen över längre tid hos patienter var också en faktor som distriktssköterskorna upplevde var svårt då motivationen i början är hög för att sedan dala.

*”... Vissa människor når du inte hur mycket du än försöker motivera dem. Det är så! För har man bestämt att det här tänker inte jag göra, då gör jag det inte heller...”*

Informant 2

Ett annat hinder för att motivera överviktiga patienter som informanterna påtalade var patienter som inte hade några kroppsliga symtom av sin övervikt. De patienter som avsaknade fysiska symtom upplevde distriktssköterskorna var svåra att motivera och skapa en förståelse hos, dessa patienter upplevdes som svåra att se kopplingar mellan övervikten och framtida komplikationer.

### *3.1.2.3 Motivationshöjande faktorer till förändring avseende livsstil*

I distriktssköterskornas beskrivningar framkom faktorer som de upplevde höjde motivationen hos patienterna. Samtliga informanter nämnde att ett plötsligt hot mot hälsan i form av en diagnos var en stark motivationshöjande faktor till att ändra sin livsstil och sina levnadsvanor för att försöka gå ner i vikt.

*”... De som är mest motiverade är ju naturligtvis de som man märker har ett akut hot mot hälsan där övervikten blir en riskfaktor. Då tar man tag i det och ändrar sin livsstil ganska drastiskt...”*

Informant 4

Andra motivationshöjande faktorer som framkom var att distriktssköterkorna gav patienterna bekräftelse i form av uppmuntran samt att de stärkte de små framgångar som patienterna gjorde. Att sätta realistiska mål för att sedan utöka när patienten nått målet upplevde informanterna motiverade patienterna. Beskrivningar gavs då om att patienterna blev mer motiverade och intresserade av att lägga om sin livsstil. Att hitta det positiva i samtalet och göra patienten delaktig var andra viktiga faktorer för att höja motivationen som informanterna beskrev. Reflektioner gavs även om att fysisk aktivitet på recept upplevdes som en motivationshöjande faktor för patienten.

### **3.1.3 Bemötande – nyckeln till förändring**

Denna kategori innefattar distriktssköterskornas reflektioner om hur bemötandet påverkar patienters förändringsbenägenhet och hur viktigt det är att respektera patienters självbestämmande. Subkategorierna är: *Att inte vara dömande och respektera patientens självbestämmande, Samtal med öppna frågor för att skapa förtroende och förståelse och Ha patienten i fokus*

#### *3.1.3.1 Att inte vara dömande och respektera patientens självbestämmande*

Att visa respekt för patienters självbestämmande och inte vara dömande och komma med ”pekpinnar” var en viktig del i bemötandet vid samtal om livsstilsförändringar hos överviktiga patienter uppgav informanter. Att inte tvinga någon till förändring i form av att säga att du ”måste” eller du ”ska” var viktigt för att öppna upp för ett gott samtal om livsstilsförändringar. Att inte vara dömande om patienten misslyckades med att uppnå sina mål var något som informanterna beskrev som viktigt. Något som framkom som en central del från samtliga distriktssköterskor var att förändringsbenägenheten måste komma från patienten själv. Informanter framhöll vikten av att utgå från patientens perspektiv och förutsättningar som viktigt vid bemötandet av patienten. Fortsatt beskrev informanterna vikten av att låta patienten tänka själv för att erhålla en förståelse över sin situation. Detta för att komma på

egna lösningar och förslag på livsstilsförändringar. Att hitta motionsformer som patienten själv tyckte om uttryckte informanterna som viktigt.

*” ... Att inte ge pekpinnar är viktigt. Att man lyssnar in och utgår från det och frågar om man få fortsätta. Det har jag burit med mig...”*

Informant 4

### *3.1.3.2 Samtal med öppna frågor för att skapa förtroende och förståelse*

Informanter beskrev att samtala om övervikt och livsstilsförändringar med hjälp av öppna frågor skapade förtroende och en förståelse. Distriktssköterskorna beskrev att de ställde frågor till patienterna som ”vad tycker du?” ”Vad skulle kunna vara bra för dig?” ”Vill du att jag berättar om något?” Detta för att få patienten att reflektera över sin situation och för att inte verka för påstridiga. Informanterna uppgav även att lyssna in patienten och känna av situationen var en betydelsefull del i samtalet. Att visa förståelse för patientens situation var också något informanterna påtalade var en central del i bemötandet för att få patientens förtroende.

*”... Att lyssna på patienten och tänka att man har två öron och en mun...”*

Informant 8

### *3.1.3.3 Ha patienten i fokus*

En central del i bemötande med överviktiga patienter avseende livsstilsförändringar som informanterna påtalade genomsyrade hela deras arbete var att ha ett helhetsperspektiv kring patienten. Distriktssköterskorna pratade om att ha ett holistiskt perspektiv samt att se personen bakom övervikten och utifrån varje unik individ anpassa sitt arbete. Att ta hänsyn till omgivningsfaktorer som påverkar livsstilen var viktigt ansåg många informanter. Informanterna påtalade att alla har olika livsvillkor och olika lätt eller svårt att genomföra livsstilsförändringar

*”... Viktigt att se till vem man har framför sig. Varför är just du överviktig?...”*

Informant 5



### 3.1.4 Hindrande faktorer från att hjälpa patienter till livsstilsförändringar

Denna kategori beskriver olika hinder som distriktssköterskor upplever finns för att hjälpa patienter till livsstilsförändringar. Subkategorierna består av *Brister i organisationen, dålig följsamhet till livsstilsförändringar och Uteblivna besök till hälsosamtal.*

#### 3.1.4.1 Brister i organisationen

Informanterna gav beskrivningar om tidsbrist i arbetet som gjorde det svårt att göra uppföljningar av överviktiga patienter. Informanterna tyckte även att det fanns brister i uppföljningar av överviktiga överlag på grund av brist på resurser. Informanterna ansåg att bristen på uppföljningar ledde till sämre förutsättningar för att genomföra livsstilsförändringar hos patienterna. Informanterna upplevde att bristen på tid till att genomföra uppföljningar gav känslor av frustration då informanterna visste av erfarenhet att uppföljningar gav goda resultat avseende livsstilsförändringar hos överviktiga. Några informanter saknade även rutiner och riktlinjer att gå efter gällande handläggning av överviktiga patienter.

*”... Om resurser fanns och att man kunde följa upp oftare, låt säga tre gånger per år så patienter får chansen att komma tillbaka skulle det kunna ge en hållbarare livsstil...”*

Informant 3

#### 3.1.4.2 Dålig följsamhet till livsstilsförändringar

Att göra långsiktiga livsstilsförändringar var något som informanterna upplevde att patienterna hade svårt med. Distriktssköterskorna uppgav att följsamheten till givna råd om levnadsvanor var låg. Det framkom även att informanterna upplevde att patienterna hade tidsbrist i vardagen för att genomföra livsstilsförändringar. Familj, karriär och vardagsbestyr var hinder som informanterna såg hos sina patienter som gjorde att de inte hade tid att ändra sina levnadsvanor.

*”... Patienter följer råd om livsstilsförändringar väldigt dåligt...”*

Informant 3

#### 3.1.4.3 Uteblivna besök till hälsosamtal

Patienter som uteblev från hälsosamtal var en hindande faktor som många distriktssköterskor

beskrev. Informanterna beskrev att överviktiga personer som verkligen behöver hälsosamtal oftast inte kom på bokad tid. Detta upplevde informanterna att det ledde till svårigheter att få kontakt med patienterna och att erbjuda dem den hjälp som finns.

*”... Ofta är det ju så förstår du att dom här som behöver de här hälsosamtalen som mest, de som är överviktiga.. de dyker ju oftast inte upp...”*

Informant 1

## **4. Diskussion**

### **4.1 Huvudresultat**

Syftet med studien var att belysa distriktssköterskors reflektioner av att arbeta med överviktiga patienter gällande livsstilsförändringar. I temat framkom det att distriktssköterskorna utgick från ett patientcentrerat arbetssätt där patientens egen motivation och vilja är avgörande för genomförandet av en livsstilsförändring. Distriktssköterskorna beskrev att det patientcentrerade arbetssättet genomsyrade hela arbetet med överviktiga patienter då det underlättade för patienten att genomföra en livsstilsförändring men att det aldrig kunde ersätta patientens egen vilja och motivation. Informanterna reflekterade över betydelsen av patientens egen motivation som upplevdes vara själva grunden i distriktssköterskans arbete gällande livsstilsförändringar. Patienters motivationsbrist var något som informanterna såg som ett hinder i arbetet med överviktiga. Informanterna såg olika motivationshöjande faktorer i sitt arbete, en av dessa faktorer var att patienten fick ett akut hot mot hälsan som sågs som en stark motivationshöjande faktor för att ändra sina levnadsvanor. Bemötandet beskrevs som en viktig del i arbetet med överviktiga patienter. Att inte komma med ”pekpinnar”, låta patienten komma till tals, genom öppna frågor, ha en helhetssyn kring patienten och respektera patientens självbestämmande var något som samtliga distriktssköterskor påtalade var viktigt. Brist på uppföljningar var något som informanterna påtalade som ett hinder i arbetet med överviktiga.

### **4.2 Resultatdiskussion**

Den röda tråden som löper genom resultatet av föreliggande studie är att distriktssköterskorna utgick från ett patientcentrerat arbetssätt där patientens egen motivation och vilja var

avgörande. Att utgå från ett patientcentrerat arbetssätt ökar följsamheten samt förståelsen till givna råd och är en framgångsfaktor för en god hälsoutveckling visar också en systematisk litteraturstudie av Mead & Bower (2000). I studien beskrivs även betydelsen av att som vårdgivare se och förstå hela patienten för att erhålla en god kommunikation och bättre följsamhet i behandling (Mead & Bower, 2000). Ekman et al (2011) har kommit fram till att det patientcentrerade perspektivet är viktigt för att patienten ska bli bekräftad utifrån den unika person som den är och inte utifrån sin sjukdom. Partnerskapet mellan patient och vårdgivare påtalades som viktigt i den patientcentrerade vården. Att som vårdpersonal lyssna till patientens berättelse och göra att den blir sedd som en unik individ krävs för att uppnå en god patientcentrerad vård. Den patientcentrerade vården har även visat sig ge bättre utfall i form av nöjdare patienter, bättre hälsa hos patienten samt en förbättrad vårdrelation mellan sjuksköterska och patient (Ekman et al, 2011).

Känsla av sammanhang (KASAM) är ett begrepp som Aron Antonovsky myntat och som är grunden i det salutogena perspektivet som innefattar vad som främjar och vidmakthåller hälsa (Antonovsky, 2005). Att en människa känner begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet är en förutsättning för att personen ska uppleva god hälsa (Antonovsky, 2005). En person med högt KASAM, det vill säga hög grad av hälsa har lättare att hantera livets påfrestningar och hantera olika situationer den ställs inför i livet. För att uppnå hanterbarhet är det viktigt att förutsättningar finns. Informanterna i föreliggande studie upplevde att överviktiga patienter ofta hade svårt att få till förutsättningar i vardagen för att genomföra livsstilsförändringar då de hade många vardagsbestyr och brist på tid. Det kan då ses som att patienterna hade svårt att uppnå en hanterbarhet för att genomföra en livsstilsförändring. Informanterna i föreliggande studie beskrev att de upplevde att patienter som var välinformerade alltså hade en hög grad av begriplighet var mer förändringsbenägna och motiverade jämfört med patienter som hade en låg grad av förståelse över sin situation. Att ha en begriplighet över sin situation och känna den meningsfull genom att ha motivation och känna en utmaning var viktiga aspekter som distriktssköterskorna i föreliggande studie påtalade att patienten måste ha för att uppnå en livsstilsförändring. Att patienten kände en hanterbarhet i form av att den hade stöd utifrån det patientcentrerade perspektivet och från andra yrkeskategorier var också av vikt enligt distriktssköterskorna i föreliggande studie. Det skulle alltså kunna ses som att personer som har hög grad av KASAM har lättare för att genomföra livsstilsförändringar.

Att vara empatisk och visa intresse för att förstå patientens situation vid samtal om övervikt var något som distriktssköterskorna i Brown & Thompson (2007) studie framhöll. Det

framkom även i denna studie vikten av att distriktssköterskorna inte skulle ha en dömande attityd gentemot patienten vid samtal om övervikt. En studie (Merril & Grassley, 2008) som beskriver överviktiga kvinnors upplevelser av kontakt med vårdpersonal visade att patienterna upplevde att bemötandet från vårdpersonalen var det viktigaste för en lyckad vårdrelation. Att få ett respektfullt bemötande och blir bekräftad och lyssnad på uppgav patienterna i studien ökade motivationen för en viktnedgång (Merril & Grassley, 2008). I föreliggande studie framkom betydelsen av att inte vara dömande och ge ”pekpinnar” till patienter. Informanterna menade att det var viktigt att inte distriktssköterskan var styrande och bestämmande utan det var av betydelse att lyssna in patienten och låta han/hon själv komma med förslag på förändringar. Respekt för patientens självbestämmande var även det ett centralt inslag som informanterna framhöll.

Vikten av att patienten ser en livsstilsförändring som ett egenansvar och själv kommer fram till lösningar och reflekterar över sin situation för att göra en förändring är viktigt visar en studie som är utförd på diabetespatienter som genomgår livsstilsförändringar (Jallinoja et al 2007). Att sjuksköterskan stärker patientens egen motivation och inte talar om hur patienten ska göra är en viktig del i bemötandet vid en livsstilsförändring. Det är patienten själv som har ansvaret för att komma med egna lösningar och förslag på förändringar men som vårdpersonal kan stöd och verktyg erbjudas till patienten (Miller & Roose, 2009). Informanterna i föreliggande studie påtalade betydelsen av patientens egen motivation då motivationen ansågs som grunden i livsstilsförändringsprocessen. Det informanterna även framhöll som en viktig del var att förändringsbenägenheten behövde komma från patienten själv. Informanterna var tydliga med att förklara att viljan att lägga om sin livsstil och förändringsbenägenhet inte var någonting som de som sjukvårdspersonal kunde ge patienten utan det var något som var tvunget att komma från patienten själv. Det framkom dock att distriktssköterskorna kunde hjälpa patienten att hitta sin egen motivation genom att ställa öppna frågor och få patienten att tänka fritt för att på så sätt komma på egna lösningar till förändring.

Motiverande samtal är en personcentrerad samtalsmetod som har visat sig öka motivationen samt öka följsamheten till givna råd bland överviktiga personer (Carels et al, 2007; Sonntag et al, 2010). Kvalitativa studier (Brobeck, Bergh, Odenrants & Hilding, 2014; Hansson, Rasmussen, & Ahlström, 2011) har beskrivit betydelsen av att distriktssköterskor individanpassar samtalen och gör patienten till den viktigaste i samtalet och låta den leda samtalet. Detta för att bygga upp ett förtroende och förståelse mellan vårdgivare och patient. Något som tydligt framkom i föreliggande studie var att informanterna beskrev att de

samtalade om övervikt och livsstilsförändringar med hjälp av öppna frågor för att skapa ett förtroende och en förståelse. Detta för att få patienten att reflektera över sin situation. Enligt distriktssköterskans kompetensbeskrivning ska distriktssköterskan ha ett förhållningssätt som bygger på respekt för patientens integritet, unikheter och självbestämmande (Distriktssköterskeföreningen, 2008). Informanterna i föreliggande studie belyste även betydelsen av att lyssna in patienten och känna av situationen i samtalet om övervikt. Att visa förståelse för patientens situation var också något informanterna påtalade var en central del i bemötandet för att få patientens förtroende. Motivation ger en person styrka till att kunna genomföra en beteendeförändring samt att motivationen ger möjlighet till att kunna bibehålla ett beteende som är grunden för att en förändring ska vara möjlig att utföra (Barth & Näsholm, 2014). En stark motivationshöjande faktor för att genomföra livsstilsförändringar som beskrevs i föreliggande studie var när ett plötsligt hot mot hälsan i form av en diagnos uppstod hos patienten, som i sin tur genererade i att patienten började göra livsstilsförändringar. Att ett hot mot hälsan höjer motivationen beskriver även två studier av Fleury och Sedikides (2007) och Kärner, Tingström, Abrant-Dahlgren & Bergdahl (2005) som är utförda på hjärtsjuka patienter. Patienterna i studierna beskrev att vid insjuknandet av en hjärtsjukdom uppstod en rädsla som medförde oro för att förlora kontrollen över sin livssituation. Rädslan för att dö upplevde patienterna ökade motivationen för att genomföra en livsstilsförändring (Fleury och Sedikides, 2007; Kärner, Tingström, Abrant-Dahlgren & Bergdahl, 2005).

TTM förklarar förändring som en process (Prochaska, Redding & Evers, 2008) vilken utgår från de olika stadier som personer gör för att uppnå beteendeförändringar. Det är av betydelse att anpassa behandlingen efter vart personen är i förändringsprocessen. Detta på grund av att människan är olika motiverad beroende på vilket stadie i förändringsprocessen den befinner sig i. Förnekelsestadiet framhålls i TTM som ett stadie då personen inte har någon avsikt att ändra sitt beteende och inte är införstådd med att den har ett problem (Prochaska, Redding & Evers, 2008). Informanterna i föreliggande studie beskrev att patienter som inte hade någon förståelse eller insikt i sin övervikt inte heller var motiverade till att genomföra en livsstilsförändring. Informanterna i föreliggande studie såg detta som ett hinder för fortsatt behandling då patienten måste ha motivation och en vilja att genomföra en förändring. När en person nått aktivitetsstadiet enligt TTM menas att personen har fått in en rutin i sin livsstil men risk finns för att falla tillbaka i tidigare mönster. För att undvika detta framhålls vikten av att sätta nya realistiska mål för att personen ska fortsätta uppleva det utmanande och

motiverande (Prochaska, Redding & Evers, 2008). Betydelsen av att ha realistiska mål och sedan utöka var en motivationshöjande faktor som informanterna i föreliggande studie ansåg som viktig. Informanterna upplevde även att patienterna i början hade hög grad av motivation som sedan började dala. I TTM framhålls att det är viktigt att möta personen där den är och förmedla stöd för motivation samt att personen själv måste vara redo för förändringen (Prochaska & Velcier, 1997). I föreliggande studie beskrev informanterna hur de via olika metoder gav överviktiga patienter stöd och uppmuntran för att hjälpa dem till livsstilsförändringar. Beskrivningar gavs även om vikten av att patienten själv har förståelse för sin situation. En finsk kvalitativ studie (Kasila, Poskiparta, Karhila & Kettunen, 2003) har genomförts på diabetikers livsstilsförändringar avseende matvanor där forskarna utgått från de olika stadierna i TTM. Studien visade att förändringbenägenhet av matvanor var förknippat med i vilket stadie patienten befann sig i förändringsprocessen samt att stadierna varierade efter vilka kostvanor patienterna hade. I studien framkom även betydelsen av att ha en förståelse för var i förändringsprocessen patienten befann sig för att kunna ge rätt råd och stöd. Utifrån detta kan det antas att det är liknande vid patienter som vill nå en viktminskning.

Något som var anmärkningsvärt i föreliggande studie var att distriktssköterskorna hade insikt och erfarenhet av hur viktigt det var att ge överviktiga patienter uppföljningar då det gav bättre resultat men att de saknade resurser i form av tid i arbetet samt avsaknande av riktlinjer att följa avseende övervikt för att genomföra uppföljningar. Tidigare studier (Brown et al, 2007; Eriksson & Engström, 2014; Gunther et al, 2012; Hansson, Rasmussen, & Ahlström, 2011; Wilhelmsson & Lindberg, 2009) visar även dessa att distriktssköterskor upplevde tidsbrist i arbetet och bristande riktlinjer att arbeta efter gällande överviktiga patienter. I en studie (Borsch-Johansen, Jörgensen, Pisinger & Vestbo, 2004) framkom att uppföljningar vid livsstilsförändringar är viktiga då de ger ett mer hållbart resultat. Enligt Prochaska, Redding & Evers, (2008) är det av vikt enligt TTM att hela tiden sätta upp nya realistiska mål för att vidmakthålla en förändring. En förutsättning för att göra detta är att träffa patienten igen vilket blir svårt då det är brist på tid till uppföljningar. Ekman et al (2011) belyser i sin studie att tidbristen i arbetet hos sjuksköterskor upplevs som ett hot mot det patientcentrerade arbetssättet. I en studie av Eriksson & Engström, (2014) har distriktssköterskors sjukdomsförebyggande arbete undersökts. Distriktssköterskor upplevde tidsbrist till att motivera patienter till livsstilsförändringar. Enligt distriktssköterskorna (Eriksson & Engström, 2014) skapades känslor av frustration på grund av att distriktssköterskorna upplevde sig ha en god kunskap inom området och visste att osund livsstil gav följder som

folksjukdomar. Detta stämmer överens med de beskrivningar som informanterna i föreliggande studie uppgav om tidsbristen avseende livsstilsförändringar hos överviktiga patienter.

Behandlingsstrategier som informanterna i föreliggande studie lyfte var innebörden av att ge patienten stöd till livsstilsförändringar i form av att vägleda patienter till dietist eller fysioterapeut samt att ge patienten information om följder av övervikten. Tidigare forskning (Melin, Berglund L, Zamfir & Rössner, 2005) har visat god effekt av att ha ett samarbete med andra professioner kring överviktiga patienter för att lyckas med behandlingen. Durant et al (2009) beskriver i sin studie att det centrala i att få ett gott samtal med patienten är att information ges för att ge patienten förutsättningar och förståelse om hälsoriskerna med att vara överviktig. Informanterna i föreliggande studie använde sig av var information om orsaker samt följder av övervikt mycket i sitt arbete med överviktiga. Informanterna gav beskrivningar om att de förklarade samband mellan övervikten och de följsjukdomar den kan ge för att uppnå en förståelse hos patienten. Att många informanter framhöll informationen som en viktig del i sina behandlingsstrategier med överviktiga patienter är intressant då mycket information till patienten är motsatsen till dagens samtalsmetodik om livsstilsförändringar (Miller & Rollnick 2009). Enligt MI metoden ska information ges på ett speciellt och på ett sparsamt sätt efter patientens godkännande och patienten själv ska styra samtalet (Miller & Rollnick, 2009).

### **4.3 Metoddiskussion**

Syftet med föreliggande studie var att belysa distriktssköterskors reflektioner av att arbeta med överviktiga patienter avseende livsstilsförändringar. För att besvara syftet valdes en kvalitativ studie med deskriptiv design för att få information i berättande form samt belysa reflektioner som distriktssköterskorna hade (Polit & Beck, 2012). Författaren till denna studie har valt att diskutera metoden enligt begrepp som Graneheim & Lundman (2004) beskriver för att diskutera trovärdighet av kvalitativa studier som består av giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet.

#### *Giltighet*

Giltigheten i en studie står för hur pålitligt resultatet är. Databesamlingen utfördes via semistrukturerade intervjuer vilket innebär att intervjuerna i början innehöll öppna frågor som sedan blev mer koncentrerade och detaljerade till själva syftet samt att det gav deltagarna möjlighet att berätta fritt från egna upplevelser vilket stärker giltigheten i studien (Polit &

Beck, 2012). Deltagarna i studien har en viktig roll för giltigheten då det är viktigt att deltagarna har erfarenheter av området som är avsett att studeras. Det är även viktigt att deltagarna kan belysa ämnet från olika håll avseende erfarenheter för att ringa in det studerade området på bästa sätt. Eftersom författaren till föreliggande studie har använt sig av ett ändamålsurval har deltagare som svarat upp mot syftet deltagit i studien det vill säga att alla deltagare i studien hade erfarenhet av att arbeta med överviktiga patienter avseende livsstilsförändringar vilket stärker studiens giltighet (Graneheim & Lundman, 2004). Polit & Beck (2012) menar att urval och analys påverkar studiens giltighet. Åldersspannet på distriktssköterskorna samt antalet år som verksam distriktssköterska varierade vilket även det styrker giltigheten då det ger en ökad variationsbredd. Det var enbart kvinnor som intervjuades och inga män vilket ses som en svaghet i studiens giltighet då även variationer av kön skulle stärka giltigheten. Ytterligare en svaghet som kan uppmärksammas är att enhetscheferna fick rekommendera vilka distriktssköterskor som skulle kunna tänkas delta i studien. Detta kan vara en bias vilket innebär när någon i studien är partisk som i sin tur kan påverka giltigheten och i slutändan resultatet (Polit & Beck, 2012). Enhetschefen kan ha valt distriktssköterskor som den ansåg lämplig för studien. Samtliga intervjuer genomfördes inom samma region men med variation av hälsocentraler från både landsbygden och från större städer vilket också ger en variationsbredd som ytterligare stärker giltigheten i studien (Graneheim & Lundman, 2004). Urval och analysprocess är väl beskriven i föreliggande studie som stärker giltigheten på grund av att läsaren lätt ska kunna få en inblick i studiens genomförande. Citat från informanterna är presenterad i resultatdelen vilket även det stärker giltigheten då citaten stärker resultatet (Graneheim & Lundman, 2004).

### *Tillförlitlighet*

Enligt Polit & Beck (2012) innebär en studies tillförlitlighet att studien skulle mynna ut i ett likvärdigt resultat om studien skulle återskapas i liknande sammanhang och med liknande deltagare. Enligt Graneheim & Lundman (2004) ökar tillförlitligheten om analysarbetet har undersökts av en tredje part. I detta fall har analysarbetet skett i dialog med handledare samt handledningsgrupp som kommit med reflektioner fortlöpande under studien. Handledare har lämnat kommentarer efter varje handledning som författaren tagit till sig i sitt fortsatta arbete med studien. Materialet till studien har författaren själv transkriberat och analyserat vilket även det stärker tillförlitligheten då en bra översikt över studiens material har skapats. Analysarbetet är väl beskrivet vilket även det stärker tillförlitligheten (Graneheim & Lindman, 2004). Författaren utvecklade en intervjuguide som först testades via en pilotintervju och



sedan användes under hela datainsamlingen. En intervjuguide användes för att säkerställa att alla frågor berörts och att samma frågor ställdes till alla deltagare (Polit & Beck, 2012). Intervjuguiden bestod av öppna frågor samt följdfrågor, detta för att utveckla deltagarnas svar. En väl utarbetad intervjuguide stärker även det tillförlitligheten då deltagarna i studien får samma frågor och följdfrågor som de sedan får tala fritt ifrån (Polit & Beck, 2012). I slutet av varje intervju ställde författaren en slutfråga om deltagaren ville tillägga något innan intervjun avslutades och enligt Polit & Beck (2012) stärker även detta tillförlitligheten då relevant information till syftet då kan framstå. Enligt Polit & Beck (2012) är det viktigt att intervjuerna sker i ostörd miljö för att inte förlora fokus från intervjun. Alla intervjuer skedde utan störande moment från omgivningen. Tillförlitligheten stärkts av att författaren inte hade någon förförståelse av hur det är att arbeta med överviktiga patienter gällande livsstilsförändringar (Graneheim & Lundman, 2004). En svaghet till tillförlitligheten är att författaren aldrig har intervjuat tidigare men författaren har erfarenhet av att samtala med och utforska människors upplevelser utifrån tidigare yrke som sjuksköterska.

### *Överförbarhet*

Överförbarheten i en studie bygger på hur resultatet i den kvalitativa studien kan överföras till en annan grupp eller annat sammanhang/verksamhet. I studiens metodavsnitt är urval, deltagare, datainsamling och dataanalys tydligt beskrivet som i sin tur underlättar för bedömningen av överförbarheten. En studies överförbarhet avgörs av läsaren själv (Polit & Beck, 2012; Graneheim & Lundman, 2004). Författaren till denna studie anser att metodavsnittet är väl beskrivet och underlättar därför för läsaren avseende överförbarheten

## **4.4 Kliniska implikationer för omvårdnad**

Föreliggande studie kan komma den aktuella patientgruppen till gagn i form av att studien har gett ökad förståelse och insikt i distriktssköterskans arbete med överviktiga patienter. Ökad förståelse och insikt i problematiken kring arbetet med denna patientgrupp och vad som orsakar den leder till att ett mer preventivt arbete kring området kan bli möjligt. Ledningen över organisationen kommer till gagn i form genom att få vetskap om distriktssköterskors brist på resurser i arbetet med överviktiga för att på så vis kunna stötta distriktssköterskorna och göra något åt problemet. Andra positiva effekter av att få ökad insikt i distriktssköterskors arbete med överviktiga patienter är att få kunskap som ger möjlighet att förebygga följsjukdomar som exempelvis diabetes, cancer och hjärt-kärlsjukdom. Det är av vikt att budskapet om att arbeta med överviktiga patienter gällande livsstilsförändringar förs vidare

till andra sjuksköterskor/distriktssköterskor för att ha möjlighet att hindra den negativa utvecklingen av överviktsproblematiken i samhället idag

#### **4.5 Förslag till fortsatt forskning**

Författaren till denna studie anser att det skulle vara av intresse att kvalitativa studier utförs i Sverige på hur överviktiga patienter upplever hjälp till livsstilsförändringar från distriktssköterskor i primärvården. Det skulle även vara av värde att mer kvalitativ forskning görs på distriktssköterskor/sjuksköterskors reflektioner av vad som skulle kunna förbättras/förändras i deras arbete för att de skulle ha möjlighet att arbeta mer preventivt kring överviktsproblematiken i primärvården idag.

#### **4.6 Slutsats**

Slutsatsen beträffande föreliggande studie är att distriktssköterskors reflektioner av att arbeta med överviktiga patienter avseende livsstilsförändringar är beroende av patientens egen vilja och motivation. Distriktssköterskorna använde sig av ett patientcentrerat arbetssätt som de upplevde underlättade för patienten till att genomföra en livsstilsförändring. Patientens självbestämmande var av betydelse och bemötandet hade en central roll i arbetet med överviktiga patienter där det var viktigt att som distriktssköterska lyssna in patienten och få han/hon att reflektera över sin situation och inte vara dömande gentemot patienten. Att skapa en god vårdrelation där förståelse gavs till patienten situation var en del i det goda bemötandet. Hindrande faktorer som distriktssköterskorna upplevde för att arbeta med livsstilsförändringar hos överviktiga var brist på resurser i form av tid i arbetet och utarbetade riktlinjer att följa. Andra hindrade faktorer som var brist på patientens egen motivation och dåligt följsamhet till givna råd.

## 5. Referenslista

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.

Barth T. & Näsholm C. (2006). *Motiverande samtal-MI: Att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor*. Lund: Studentlitteratur AB.

Borsch-Johnsen, K., Jørgensen, T., Pisinger, C., & Vestbo, J. (2004). It is possible to help smokers in early motivational stages to quit. The Inter99 study, *Preventive Medicine*, 40, 278-284.

Brobeck, E., Bergh, H., Odencrants, S., & Hilding, C. (2014). Lifestyle advice and lifestyle change: to what degree does lifestyle advice of healthcare professionals reach the population, focusing on gender, age and education?. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29, 118-125.

Brown I., Stride C., Psarou A., Brewins, L &., Thompson, J. (2007). Management of obesity in primary care: nurses' practices, beliefs and attitudes. *Journal of Advanced Nursing*, 59, 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.

Brown, I., & Psarou, A. (2008). Literature review of nursing practice in managing obesity in primarycare: developments in the UK. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 17-28.

Carels, R., Darby, L., Cacciapaglia, H., Konrad, K., Coit, C., Harper, J., Kaplar, M., Young, K., Baylen, C., & Versland, A. (2007). Using Motivational Interviewing as a Supplement to Obesity Treatment: A Stepped-Care Approach. *Health Psychology*, 26(3), 369–374.

Distriktssköterskeföreningen i Sverige. (2008). *Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska*. Stockholm.

Duaso, J.M., & Cheung, P. (2002). Health promotion and lifestyle advice in a general practice: what do persons think?. *Journal of Advanced Nursing*, 39(5), 472-479.

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.

- Edvardsson, K., Edvardsson, E., & Hörnsten, Å. (2009). Raising issues about children's overweight and child nurse's experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 65(12), 2542-2551.
- Eriksson, A., & Engström, M. (2014). Distriktssköterskors beskrivningar av sjukdomsförebyggande arbete i daglig verksamhet och strukturella förutsättningar för detta arbete. *Nordic Journal of Nursing Research*, 0(0), 1-8.
- Ericson, E., & Ericson, T. (2010) *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E. (2011). Person-centered care- Ready for prime time. *European journal of Cardiovascular Nursing*, 10, 248-251.
- Elfhag, K., & Rössner, S. (2005). Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obesity Reviews*, 6(1), 67-85.
- Fleury, J., & Sedikides, C. (2007). Wellness motivation in cardiac rehabilitation: the role of self-knowledge in cardiovascular risk modification. *Research in Nursing & Health*, 30(4), 373-384.
- Folkhälsomyndigheten. (2014). *Övervikt och fetma*. Hämtad 2016-05-06 från: <http://folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/statistik-och-undersokningar/enkater-och-undersokningar/nationella-folkhalsoenkaten/levnadsvanor/overvikt-och-fetma>
- Glenngård, A., Hjalte, F., Svensson, M., Anell, A., & Bankauskaite, V. (2005). *Health Systems in Transition: Sweden*. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-12.
- Grave, D. R., Centis, E., Marzocchi, R., El Ghoch, M., & Marchesini, G. (2013). Major factors for facilitating change in behavioral. *Psychology Research and Behavior Management*, 6, 101-110.

- 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.
- Gunther, S., Guo, F., Sinfield, P., Rogers, S., & Baker, R. (2012). Barriers and enablers to managing obesity in general practice: a practical approach for use in implementation activities. *Quality in Primary Care*, 20, 93-103.
- Hansson, M. L., Rasmussen, F., & Ahlström, I. G. (2011). General practitioners' and district nurses' conceptions of the encounter with obese patients in primary health care. *BMC Family Practice*, 12(7), 1-10.
- International Councils of nurses. *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Reviderad upplaga. (2012). Hämtad 2016-05-13 från [http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod\\_2014.pdf](http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf)
- Jallinoja, P., Absetz, P., Kuronen, R., Nissinen, A., & Talja, M. (2007). The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25, 244-249.
- Johnson, SS., Paiva, AL., Cummins, CO., Johnson, JL., Dymont, SJ., Wright, JA., Prochaska, JO., Prochaska, JM., & Sherman, K. (2008). Transtheoretical Model-based multiple behavior intervention for weight management: Effectiveness on a population basis. *Preventive Medicine*, 46(3), 238-246.
- Kasila, K., Poskiparta, M., Karhila, P., & Kettunen T. (2003). Patients' readiness for dietary change at the beginning of counselling: a transtheoretical model-based assessment. *J Hum Nutr Diet*, 16(3), 159-166.
- Kubik, MY., Story, M., & Davey, C. (2007). Obesity preventions in schools: current role and future practice of school nurses. *Preventive Medicine*, 44(6), 504-507.
- Kärner, A., Tingström, P., Abrant-Dahlgren, M., & Bergdahl, B. (2005). Incentives for lifestyle changes in patients with coronary heart disease. *Journal of Advanced Nursing*, 51(3), 261-275.
- Lazarou, C., & Kouta, C. (2010). The role of nurses in the prevention and management of obesity. *British Journal of Nursing*, 19(10), 641-647.

- Lindmark, U., Stegmayr, B., Nilsson, B. Lindahl, B., & Johansson, I. (2005). Food selection associated with sense of coherence in adults. *Nutrition journal*, 4 (9), 1-7.
- Logue, E., Sutton, K., Jarjoura, D., Smucker, W., Baughman, K., & Capers, C. (2005). Transtheoretical Model-Chronic Disease Care for Obesity in Primary Care: A Randomized Trial. *Obesity Research*, 13(5), 917-927.
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51(7), 1087-1110.
- 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.
- Merril, E., & Grassley, J. (2008). Women's stories of their experiences as overweight patientes. *Journal of Advanced Nursing*, 64 (2), 139-146.
- Michie, S. (2007). Talking to primary care patients about weight: A study of GPs and practice nurses in the UK. *Psychology. Health & Medicine*, 12(5), 521-525.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2009). Ten things that motivational interviewing is not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(2), 129-140.
- Miller, R. W., & Rose, S. G. (2009). Toward a Theory of Motivational Interviewing. *American Psychologist*, 64, 527-37.
- Neovius, M., Janson, A., & Rossner, S. (2006). Prevalence of obesity in Sweden. *Obesity reviews*, 7(1), 1-3.
- Orth- Gomér, K. (2008). Hjärt-kärlsjukdomar och stress. Möjligheter till prevention. Orth-Gomér, K. & Perski, A(Red.) *Preventiv medicin: Teori och praktik*.(ss.249-260). Lund: Studentlitteratur AB.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (9th ed). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Prochaska, JO., Redding, CA., & Evers, KE. (2008). *The Transtheoretical Model and stages of change*. In K. Glanz, B. K. Rimer & K. Viswanath (Red.) Health behavior and health education: Theory, research, and practice (4th ed., pp. 97-121). San Francisco: Jossey-Bass

Prochaska, JO., & Velicer, WF. (1997). The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *American Journal of Health Promotion*, 12, 38-48.

Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005) Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 55(513), 305-312.

SBU. *Fetma – problem och åtgärder*. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2002. SBU-rapport nr 160.

SFS 1982:763, *Hälso- och sjukvårdslagen*. Hämtad 2016-05-26 från:

[http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763\\_sfs-1982-763](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763)

Skolnik, N.S., & Ryan, D.H. (2014). Pathophysiology, Epidemiology and Assessment of Obesity in Adults. *Supplement to The Journal of Family Practice*, 63(7), 3-10.

Small, L., Anderson, D., & Mazurek Melnyk, B. (2007). Prevention and early treatment of overweight and obesity in young children: A Critical Review and appraisal of evidence. *Pediatric Nursing*, 33, 149-152.

Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2015-12-04 från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71.pdf>

Socialstyrelsen. (2011). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011*. Hämtad 2016-05-11 från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-11-11>

Sonntag, U., Wiesner, J., Fahrenkrog, S., Renneberg, B., Hientze, C., & Braun, V. (2010). Motivational interviewing and shared decision making in primary care. *Patient Education and Counseling*, 87, 62–66.

Stryhn, H. (2007). *Etik och omvårdnad* (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.

- Wilhelmsson, S., & Lindberg, M. (2009). Health promotion: Facilitators and barriers perceived by district nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 15, 156–163.
- Wolk, A. (2008). Cancersjukdomar-riskfaktorer och preventionsmöjligheter. Orth-Gomér, K. & Perski, A(Ed.) *Preventiv medicin: Teori och praktik*.(ss.249-260). Lund: Studentlitteratur AB.
- World Medical Association. (2013). Declaration of Helsinki – *Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Fortaleza: World Medical Association
- World Health Organization. (1948). *WHO definition of Health*. Hämtad 2016-05-26 från: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
- World Health Organization. (2003). *The World Health Report. Reducing risks, promoting health life*. Hämtad 2016-05-09 från: [http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_Section1.pdf](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_Section1.pdf)
- World Health Organization. (2006). *Gaining health: The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*. The Regional Office for Europe of the WHO, Copenhagen. Hämtad 2016-05-26 från: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/76526/E89306.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/76526/E89306.pdf)
- World Health Organization. (2010). *Brief Intervention. The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use. Manual for use in primary care*. WHO, Geneva. Hämtad 2016-05-26 från: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44321/1/9789241599399\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44321/1/9789241599399_eng.pdf)
- World Health Organization. (2014). *Obesity*. Hämtad 2016-05-13 från: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- World Health Organization. (2015). *Health topics*. Hämtad 2016-05-11 från: <http://www.who.int/topics/en/>



## **Förord**

*Författaren till denna studie vill rikta ett stort tack till de personer som bidragit till att detta arbete blivit möjligt.*

*Till alla distriktssköterskor som deltagit i studien, tack för att ni tog er tid!*

*Till handledaren Ann-Sofi Östlund som under arbetets gång gett vägledning, inspiration och goda råd.*

*Avslutningsvis ett stort tack till familj och vänner för IT-support, stöd och omtanke!*