



EXAMENSARBETE

Våren 2016

Sektionen för hälsa och samhälle
Självständigt arbete på avancerad nivå inom
distriktssköterskans verksamhetsområde
DS1854

Distriktssköterskans erfarenhet av samtal med personer med övervikt på vårdcentral

Författare

Therese Svensson

Handledare

Gerth Hedov

Examinator

Albert Westergren

Distriktssköterskans erfarenhet av samtal med personer med övervikt på vårdcentral

En kvalitativ intervjustudie

Författare: Therese Svensson

Handledare: Gerth Hedov

Empirisk studie

2016-02-07

Sammanfattning

Bakgrund: Övervikt är ett växande problem nationellt likaså internationellt. Trots detta genomför inte distriktssköterskan i Sverige samtal med personer med övervikt i tillräcklig omfattning. Distriktssköterskor undviker ibland samtal om övervikt då de inte vill kränka personen. **Syfte:** Att undersöka distriktssköterskans erfarenhet av samtal med personer med övervikt på vårdcentral. **Metod:** Kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer genomfördes med nio distriktssköterskor. Kvalitativ manifest innehållsanalys tillämpades vid analysen. **Resultat:** Analysen resulterade i fyra kategorier som beskriver informanternas erfarenheter: *Förhålla sig rätt, Individ i centrum, Betydelsen av personens motivation och Att hjälpa och bekräfta.*

Distriktssköterskorna intog olika roller då samtalen genomfördes där rollen som förebild var betydande. Det var viktigt att samtala kring en persons övervikt men varsamhet krävdes då övervikten skulle nämnas. Samtalen var även viktiga att anpassa utefter personen med övervikt, vilket uppnåddes lättats då distriktssköterskorna använde sig av samtalsmetoden motiverande samtal. Vare sig personen med övervikt var motiverad eller omotiverad hade det stor betydelse för samspelet i samtalet med distriktssköterskan. Genom samtal kunde distriktssköterskorna förebygga sjukdomar, främja hälsan samt följa upp personerna för bästa omvårdnad. **Slutsats:** Oberoende av om distriktssköterskorna själva var smala, normalviktiga eller överviktiga anses rollen som förebild vara av betydelse vid samtalen. Då övervikt är ett växande problem är det ett viktigt område att föra samtal om där distriktssköterskorna bör föra samtalet individuellt anpassat för personen med övervikt.

Nyckelord: samtal, distriktssköterska, primärvård, övervikt, erfarenhet

District nurse experience of conversations with obese persons in primary health care

A qualitative interview study

Author: Therese Svensson

Supervisor: Gerth Hedov

Empirical study

2016-02-07

Abstract

Background: Obesity is a growing problem internationally as well as nationally. Even so, the district nurse do not carry out enough conversations regarding obesity with obese persons. District nurses sometimes avoid this kind of conversations in order to not offend the person with obesity. **Purpose:** To describe district nurses experiences of conversations whit obese persons in primary health care. **Method:** Qualitative method was used for this study and semi-structured interviews with nine district nurses were conducted. Qualitative manifest content analyses was used to analyse the interviews.

Result: Analyse of the interviews resulted in four categories: *Behave properly*, *Individual in the centre*, *The meaning of the person's motivation* and *To help and confirm*. District nurses took different roles when conversations were carried and highlighted the importance of being a role model. It was important to discuss obesity with the person but caution were needed when it was about to be mentioned. Conversations needed to be individualised and by using motivational interviewing this was easiest accomplished. Whether the obese person was motivated or not was considered to be of great importance in the interaction with the district nurse. The district nurse could through conversations prevent disease, promote health and do follow ups for best possible care. **Conclusion:** Independent of the district nurses appearance (i.e. being thin, normal weight or obese) is the role of role model considered to be of great importance for the conversations. Because of obesity being a growing problem is it an important subject to talk about and district nurses should carry them out individualised after the obese person.

Keywords: conversation, district nurse, primary health care, obesity, experience

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

| | |
|---|-----------|
| INTRODUKTION | 6 |
| BAKGRUND | 6 |
| Personer med övervikt | 6 |
| Distriktssköterska på vårdcentral..... | 7 |
| Samtal om övervikt | 8 |
| PROBLEMFÖRMULERING | 9 |
| SYFTE | 9 |
| METOD | 9 |
| Design | 9 |
| Kontext..... | 10 |
| Tillvägagångssätt | 10 |
| Urval..... | 11 |
| Datainsamling | 11 |
| Analysmetod | 12 |
| Förförståelse..... | 13 |
| Etiska överväganden | 13 |
| RESULTAT | 14 |
| Förhålla sig rätt | 15 |
| Att inta roller | 15 |
| Vara aktsam..... | 16 |
| Individen i centrum | 16 |
| Använda samtalsmetoder | 17 |
| Distriktssköterskans redskap | 17 |
| Betydelsen av personens motivation..... | 18 |
| Underlättande motivation | 18 |
| Omotiverad- Ett hinder..... | 19 |
| Att hjälpa och bekräfta..... | 20 |
| Förebygga och främja..... | 20 |

| | |
|-----------------------------------|-----------|
| Betydelsen av uppföljning..... | 20 |
| DISKUSSION | 21 |
| Metoddiskussion | 21 |
| Resultatdiskussion..... | 23 |
| Slutsats | 28 |
| Förslag på vidare forskning | 29 |
| REFERENSER..... | 30 |

Bilaga 1 Informationsbrev till verksamhetschefer

Bilaga 2 Tillstånd från verksamhetschef att genomföra studien

Bilaga 3 Informationsbrev till distriktssköterskor

Bilaga 4 Informerat samtycke

Bilaga 5 Intervjuguide

INTRODUKTION

Övervikt är ett växande problem världen över (World Health Organisation [WHO], 2014) och i Sverige är hälften av alla män och mer än en tredjedel av alla kvinnor i åldrarna 16-84 överviktiga (Livsmedelsverket, 2013). Övervikt har visat sig kunna förebyggas hos vuxna genom samtal med distriktssköterskan angående egenvård, självkänsla samt förbättring av matvanor (Budd, Mariotti, Graff & Falkenstein, 2011). Samtal om övervikt kan därför även ses som kostnadseffektivt då övervikt kan leda till flera följsjukdomar som är kostsamma att behandla inom den allmänna sjukvården (Brown & Psarou, 2008; Saeidi, Johnson & Sahota, 2013; Timmerman, Reifsnider & Allan, 2000; Yilmaz, Povey & Dalglish, 2011). Samtal mellan distriktssköterska och personer med övervikt är en viktig del av omvårdnaden med syfte att främja hälsa och förebygga sjukdom (Brown & Psarou, 2008; Pfister-Minogue & Salveson, 2010). Dock missas flera tillfällen för samtal kring övervikt då distriktssköterskor inte nämner en persons övervikt på grund av risken att kränka dem (Miche, 2007).

BAKGRUND

Personer med övervikt

Övervikt innebär att ansamlingen av fett är onormal eller överdriven och ger en ökad risk för att personens hälsa försämras (WHO, 2014). Övervikt kan bestämmas genom mätning av en persons body mass index (BMI) vilket betyder att personens vikt i kilogram divideras med personens längd i kvadratmeter. BMI mellan 25-30 definieras som övervikt och BMI över 30 som fetma (WHO, 2014). Genom en kombination av ohälsosam livsstil, olika miljöfaktorer samt ärftlig benägenhet utvecklas övervikt (Duaso & Cheung, 2002; Folkhälsomyndigheten, 2014; Pfister-Minogue & Salveson, 2010). Personer med övervikt kan uppleva det svårt att gå ner i vikt och veta hur det ska gå till (Duaso & Cheung, 2002). Även om personer med övervikt vill reducera sin vikt så vill de ofta få en snabb lösning (Brown & Psarou, 2008; Engström, Skytt, Ernesäter, Fläckman & Mamhidir, 2013). Då snabba lösningar inte finns är det viktigt att personen med övervikt är väl motiverad när samtalet med distriktssköterskan skall ske (Duaso & Cheung, 2002). Personer med övervikt måste själva ta ansvar för sin livsstil och att ha svårt för att ta det ansvaret utgör ofta det största hindret i ett samtal med distriktssköterskan (Jallinoja et al., 2007; Timmerman et al., 2000). Personer med övervikt upplevde det betydelsefullt när de fick möjligheten att fundera kring sina matvanor samt utforska varför de tidigare haft problem att hantera sin vikt (Yilmaz et al., 2011). Personer

med övervikt ansåg att de inte fick tillräckligt med information av distriktssköterskan under samtalen kring hur de kunde reducera sin vikt och de ansåg att den information de fick inte var till någon större hjälp (Duaso & Cheung, 2002). Personer som sökt hjälp för sin övervikt upplevde minimalt stöd från distriktssköterskan och ville därför inte söka hjälp igen (Brown & Psarou, 2008). Då personer sökte vård för sin övervikt var det bara i en tredjedel av fallen som övervikt togs upp och diskuterades (Brobeck, Bergh, Odenrants & Hilding, 2014). Vid de tillfällen personens övervikt diskuterades fick de råd kring hur de skulle göra för att gå ner vikt och leva hälsosammare (Brobeck et al., 2014). Av dessa personer var det sedan mindre än hälften som i själva verket valde att ta till sig råden och leva hälsosammare, något som distriktssköterskan missade då ingen uppföljning av samtalen gjordes (Brobeck et al., 2014). Samtalen som inte följdes upp resulterade i att personerna med övervikt upplevde uteblivet stöd samt hjälp från distriktssköterskan (Brown & Psarou, 2008; McClinchy, Dickinson, Barron & Thomas, 2013; Miche, 2007).

Distriktssköterska på vårdcentral

Inom det Svenska sjukvårdssystemet har vårdcentralerna en betydelsefull roll i ansvaret för behandling av övervikt samt de följsjukdomar som kommer av övervikten (Melin, Karlström, Berglund, Zamfir & Rössner, 2005). I Sverige ses det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet som en naturlig del av hälsovården likaså den behandling som kan bli aktuell (Brobeck et al., 2014). I detta arbete är vårdcentralerna att betrakta som en viktig del (Brobeck et al., 2014). I distriktssköterskans kompetens ingår det således att arbeta sjukdomsförebyggande utifrån ett holistiskt hälsofrämjande förhållningssätt (Distriktssköterskeföreningen, 2008). När distriktssköterskan använde ett holistiskt förhållningssätt och såg vad personen med övervikt tyckte var svårt med viktminskning så gav samtalen bättre resultat (Yilmaz et al., 2011). Distriktssköterskor på vårdcentraler är nyckelpersoner till främjande av hälsa på grund av deras nära kontakt med personer med övervikt vilket underlättar arbetet med att ge relevant information till dem (Duaso & Cheung, 2002). Det är upp till distriktssköterskan att förbereda personer med övervikt genom att ge rätt sorts information samt stöd för att ge dem möjlighet till reduktion av sin vikt (Duaso & Cheung, 2002). Distriktssköterskor i en studie från 2012 ansåg att det ingick i deras professionella roll att föra samtal och ge råd till personer med övervikt (Ashby et al., 2012). Trots att distriktssköterskorna ansåg det ligga i sin profession valde många att remittera personerna vidare till specialiserade mottagningar som hanterade övervikt (Ashby et al.,

2012). Oberoende av överviktiga personers kön, ålder eller utbildningsnivå behöver distriktssköterskan förstå värdet av att föra samtal med personerna oavsett om de söker vård på grund av sin övervikt eller en sjukdom som en följd av övervikt (Brobeck et al., 2014). Det är angeläget att samtala kring en persons övervikt när distriktssköterskan möter dem på vårdcentralen eftersom det kan vara ett effektivt sätt att främja deras hälsa (Brobeck et al., 2014). På grund av tid-och resursbrist på vårdcentralen genomförs inte samtal i tillräcklig omfattningen (Wilhelmsson & Lindberg, 2009).

Samtal om övervikt

Då en person med övervikt kommer till distriktssköterskan för samtal startas en process i flera steg och kräver ofta ett flertal samtal (Timmerman et al., 2000). Ett enda samtal leder vanligen enbart till ökad medvetenhet men inte till någon förändring som i sin tur kan leda till viktreducering enligt Timmerman et al. (2000). Sättet som distriktssköterskan för själva samtalet på är av stor vikt då det kan resultera i att personen med övervikt antingen stärks i sin egenvård eller blir mer beroende av distriktssköterskan gällande sin viktreducering (Lawn, Delany, Sweet, Battersby & Skinner, 2013). God effekt av ett samtal kan uppnås då distriktssköterskan är medveten om hur samtalet förs (Lawn et al., 2013). Att distriktssköterskan lyssnar och samarbetar med personen samt visar respekt och uppmuntrar till egenansvar är en viktig del i samtalet (Wilhelmsson & Lindberg, 2009). Viktigt i denna process är att distriktssköterskan låter personerna med övervikt ta egenansvaret och de behöver då distriktssköterskans stöd (Jallinoja et al., 2007). Vid samtal om övervikt upptäckte distriktssköterskorna att personerna ofta var influerade av massmedias bild av kost och motion vilket försvårade samtalet (Wilhelmsson & Lindberg, 2009). Vid samtal om övervikt är det viktigt att distriktssköterskan ser till personens upplevelse av vad som påverkar vikten för att kunna bidra med rätt hjälp (Saeidi et al., 2013; Yilmaz et al., 2011). Trots ökat intresse för gemensamt beslutstagande mellan distriktssköterska och person med övervikt samt ökad personcentrerad vård så är samtalen ofta fokuserade på hur och vilken information personen med övervikt får istället för fokus på personen och dess tankar (Pfister-Minogue & Salveson, 2010). Vissa distriktssköterskor förde varje vecka ett samtal med personer med övervikt kring kost och motion samtidigt som de gav ut broschyrer samt kontrollerade BMI (Engström et al., 2013). Men det fanns också flera distriktssköterskor som varken samtalande kring dessa angelägenheter eller erbjöd hjälp till personen med övervikt då de ansåg att det inte var deras ansvar (Engström et al., 2013). I andras studier framkom det att när distriktssköterskorna

förde samtal med personer med övervikt utgick de inte från några speciella riktlinjer i samtalet utan gav allmän information kring kost och motion (Ashby et al., 2012; Brown & Psarou, 2008). Flera distriktssköterskor hade ingen utbildning inom samtal kring området övervikt och letade själva information för att veta hur de skulle gå till väga (Ashby et al., 2012). Distriktssköterskor som utbildats i samtal kring övervikt ändrade inte sitt synsätt på övervikt men deras sätt att samtala med personer med övervikt förändrades (Budd et al., 2011). Genom utbildning om övervikt förbättrades även omvårdnaden av personer med övervikt (Budd et al., 2011). Utbildning kunde också ge möjlighet till att distriktssköterskan bättre förstod hur övervikt skulle hanteras vilket gjorde det lättare att samtala om (Melin et al., 2005; Saeidi et al., 2013). Utbildningens betydelse har varit förbisett tidigare och det har även i vården funnits negativa inställningar till personer med övervikt som har lett till att samtal med personerna inte genomförts (Melin et al., 2005). Om synen på övervikt varit mindre negativ inom vården kunde hjälpen varit lättare att få och distriktssköterskorna kunde varit mer stödjande enligt Brown och Psarou (2008).

PROBLEMFORMULERING

Övervikt är således ett växande problem både internationellt och nationellt och det kan vara svårt att samtala om problemet med överviktiga personer. Tidigare har det funnits en negativ inställning till personer med övervikt och samtal har av den anledningen inte genomförts. Enligt Melin et al. (2005) finns det ytterst lite information kring hur primärvården hanterar personer med övervikt som finns i vårt samhälle. Brobeck et al. (2014) anser att det vore viktigt med mer forskning inom området. Samtidigt finns det få svenska studier som undersöker distriktssköterskans erfarenhet av samtal med personer med övervikt.

SYFTE

Syftet med studien var att undersöka distriktssköterskans erfarenhet av samtal med personer med övervikt på vårdcentral.

METOD

Design

Studiens syfte var att beskriva erfarenheter därför valdes kvalitativ metod med datainsamling genom semistrukturerade intervjuer (Polit & Beck, 2012). Författaren kunde då utgå ifrån deltagarnas erfarenheter av det fenomen som studerades. Primära syftet vid kvalitativa studier

är att skapa kunskap om ett fenomen så som det tolkas och erfars av informanterna samt vilken mening som tillskrivs fenomenet (Polit & Beck, 2012). De individer som medverkade i denna studie hade en aktiv roll i datainsamlingen och kallas därmed för informanter (Polit & Beck, 2012). Semistrukturerade intervjuer genomfördes för att fånga distriktssköterskans personliga erfarenheter.

Kontext

Studien genomfördes på sammanlagt fem vårdcentraler i Blekinge och Kristianstad på privatägda samt landstingsägda vårdcentraler. I Blekinge finns det sammanlagt 20 vårdcentraler, 13 landstingsägda och sju privata, varav sju har en så kallad livsstilmottagning. En vårdcentral erbjuder viktgrupper medan andra inte hade någon specifik överviktsmottagning. I Kristianstad finns det 10 vårdcentraler där sju är ägda av region Skåne medan tre ägs privat. Livsstilmottagningar finns på sex vårdcentraler medan övriga inte erhöll någon specifik överviktsmottagning. Vissa vårdcentraler är belägna i områden med lägre socioekonomisk struktur. Blekinge består av fem kommuner och sammanlagt i länet bor 154 157 personer. Kristianstad är en kommun tillhörande region Skåne och har 81 826 invånare.

Tillvägagångssätt

Aktuella vårdcentraler söktes via internet där kontaktinformation till verksamhetscheferna återfanns. Genom e-post togs kontakt med verksamhetschefer för aktuella vårdcentraler inom Blekinge län. Då inte tillräckligt med verksamhetschefer inom Blekinge län gav sitt tillstånd till studien och därmed inte bidrog med informanter sändes även e-post ut till verksamhetschefer för aktuella vårdcentraler i Växjö samt Kristianstad. Informanter i Blekinge län samt Växjö och Kristianstad valdes utav bekvämlighetsskäl då dessa vårdcentraler låg i närhet till intervjuarens bostad. Via e-post sändes även en påminnelse då verksamhetscheferna inte gett svar inom en vecka. Uteblev svar även efter påminnelsen togs kontakt via telefon. Via e-post fick verksamhetscheferna ett informationsbrev angående studien och dess syfte (Bilaga 1). De tillfrågades då också att ge sitt tillstånd för genomförandet av studien (Bilaga 2) vilket inkluderade att få kontakt med informanterna. Sammanlagt kontaktades 22 verksamhetschefer angående tillstånd att genomföra studien varav fem kunde ge sitt tillstånd. Skälet till att 17 verksamhetschefer nekade tillstånd berodde på tidsbrist eller brist på informanter med rätt kompetens för medverkan i studien. Med hjälp

av de verksamhetschefer som gett sitt tillstånd kontaktades aktuella informanter. Till dem sändes ytterligare ett informationsbrev via e-post innehållande syftet med studien, upplägget samt förfrågan om medverkan (Bilaga 3). Sammanlagt tillfrågades 13 informanter varav två inte deltog på grund av tidsbrist medan två exkluderades då informanterna inte var specialistutbildade till distriktssköterskor. Efter en veckas betänketid sändes en påminnelse via e-post till utvalda informanter. Före intervjuerna skrev informanterna under ett informerat samtycke genom vilket de intygade att de erhållit tillräckligt med information. De lämnade samtidigt kontaktuppgifter om intervjuaren skulle behöva ta kontakt i ett senare skede (Bilaga 4).

Urval

Ändamålsenligt urval tillämpades då informanterna till studien skulle ha möjligheten att bidra med information som kunde svara på studiens syfte (Polit & Beck, 2012). Informanterna skulle då inneha kunskap kring samt upplevt det fenomen som studerades (Polit & Beck, 2012). För att medverka i studien behövde informanterna vara utbildade till distriktssköterskor. De skulle ha genomfört samtal med personer med övervikt på vårdcentral i minst ett år, antingen på livsstilmottagning eller på annat sätt genomfört samtal med dessa personer gällande deras viktproblematik. Dessa inklusionskriterier valdes då även sjuksköterskor utan specialistutbildning till distriktssköterska arbetar på vårdcentraler. Minst ett års arbetslivserfarenhet med samtal med personer med övervikt bedömdes vara tillräckligt minimum av erfarenhet.

Informanterna som medverkade i studien var alla kvinnor i åldrarna 33-62 år som hade erfarenhet av samtal med personer med övervikt på vårdcentral. Längden på arbetslivserfarenhet var mellan 1-15 år. Samtliga informanter var vidareutbildade till distriktssköterskor varav två hade specialiserat sig inom diabetes och en inom lungor och astma/kronisk obstruktiv lungsjukdom. Två informanter arbetade mer specifikt med samtal kring övervikt på livsstilmottagning, en informant ansvarade för viktgrupper medan de andra sex genomförde samtal med personer med övervikt på distriktssköterskemottagning.

Datainsamling

Kvalitativ data samlades in genom personliga semistrukturerade intervjuer (Polit & Beck, 2012). Vid dessa intervjuer användes en intervjuguide (Bilaga 5). Användning av

semistrukturerade intervjuer väljs då forskaren avser täcka in olika områden samt ge informanterna möjligheten att berätta fritt och som intervjuare är uppgiften att uppmuntra informanten till berättande med egna ord (Polit & Beck, 2012). Genom att de semistrukturerade intervjuerna skedde utifrån en intervjuguide kunde olika frågeområden täckas in samtidigt som intervjuaren anpassade sig till vad som kom upp i intervjun (Polit & Beck, 2012). Intervjuguiden innehöll öppna frågor inom områdena: ämnet övervikt, hur distriktssköterskorna kommer i kontakt med personer med övervikt, deras syn på samtalet samt deras och personens roll i samtalet. Följdfrågor som; Kan du berätta mer? Hur tänker du då? ställdes för att få en fördjupning på tidigare frågors svar. I samband med intervjuerna samlades även demografiska data in. Vid en pilotintervju provades frågornas relevans samt intervjuarens teknik (Polit & Beck, 2012). Pilotintervjun föll ut väl och inkluderades i studien då den ansågs ha hög kvalitet samt svara på studiens syfte. Resterande åtta intervjuer samlades in hösten samt vintern 2014 och totalt blev det nio intervjuer som ingick i studien. Intervjuerna varierade i tid mellan 35-50 minuter och med informanternas tillåtelse bandinspelades intervjuerna. Intervjuerna transkriberades sedan ordagrant, avidentifierades samt kodades.

Analysmetod

Analys av insamlad data skedde med hjälp av en manifest kvalitativ innehållsanalys enligt Lundman och Hällgren-Graneheim (2012) rekommendationer. Avsikten med en manifest innehållsanalys är att beskriva variationer genom att identifiera skillnader och likheter i texten (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012). Tolkning av text på en manifest nivå innebär tolkning av det som står direkt skrivet i texten. De transkriberade intervjuerna kallas även analysenhet (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012). Analysenheten bestod av 78 datorskrivna A-4 sidor, skrivna med Times New Roman, 12 punkter och 1.5 cm radavstånd. Analysenheten lästes igenom upprepade gånger, förutsättningslöst så att helheten av innehållet i texten blev mer uppenbart. Då en helhetsbild skapats kunde domäner plockas ut vilket innebar att texten bröts ner i mindre delar av specifikt innehåll. Delar av texten som handlar om ett specifikt område benämns domän och kan sammanfalla med frågeområden i intervjuguiden (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012). Därefter plockades meningsenheter ut ur texten. Lundman och Hällgren-Graneheim (2012) menar att en meningsenhet kan bestå av meningar och stycken vars text hör ihop genom sitt innehåll och sammanhang. Innan en kondensering av meningsenheterna genomfördes lästes de igenom noggrant för att se så de

svarade emot studiens syfte. Svarade de emot syftet gjordes en kondensering, vilket betyder att meningensheterna kortades ned samtidigt som betydelsen av deras innehåll bibehölls (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012). Därefter utfördes ännu en kondensering av texten genom att en kod skapades, vilket kan ses som en sammanfattning av texten där koder med likartat innehåll sedan utgör en kategori. En kategori utgörs av en gruppering av gemensamt innehåll och kan delas in i underkategorier om ännu en förkortning görs (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012). Exempel på analysprocessen kan ses nedan.

Tabell 1. Översikt över analysprocessen

| Meningenshet | Kondensering | Kod | Underkategori | Kategori |
|--|--|--------------------|-----------------|-------------------|
| Det blir ibland att jag är lite lärare och ibland blir man lite sköterska och ibland blir man lite medmänniska (Intervju 4). | Lite lärare, sköterska och medmänniska | Intar olika roller | Att inta roller | Förhålla sig rätt |

Förförståelse

Den kunskap forskaren har inom det valda området som skall undersökas kallas förförståelse (Polit & Beck, 2012). Forskaren till föreliggande studie besitter ingen praktiskt förförståelse inom studiens syfte då forskaren inte arbetat inom distriktssköterskans arbetsområde eller med samtal kring överviktsproblematik. En viss teoretisk förförståelse finns då tidigare forskning inom området studerats inför studien. Som forskare är det viktigt att vara medveten om sin förförståelse och inte låta den komma i vägen för den studie som genomförs (Polit & Beck, 2012). Forskaren har under studiens gång försökt ta hänsyn till sin förförståelse.

Etiska överväganden

Genom etisk prövning visas respekt och skydd för den enskilda människan när den ingår i en forskning (CODEX, 2014). Innan informationsbrev skickades ut till verksamhetscheferna skedde en etisk bedömning av studien av handledare och examinator på Högskolan Kristianstad. Informationskrav, samtyckeskrav, konfidentialitetskrav och nyttjandekrav måste hanteras då deltagarnas rättigheter ska skyddas (CODEX, 2014). Informationskravet tillgodosågs då verksamhetschefer erhöll skriftlig information angående studien och dess syfte. Samtyckeskravet blev tillgodosatt då verksamhetscheferna fick skriva under

medgivande till genomförande av studien. Informationskravet till informanterna tillgodosågs då de erhöll både muntlig samt skriftlig information kring studien samt dess syfte.

Information gavs även angående deras deltagande i studien och villkor som berörde dem, inbegripet frivilligt deltagande, rätten att avbryta sin medverkan samt att insamlad data enbart skulle användas till studiens syfte. Informanten fick en veckas betänketid inför medverkan och informerat samtycke lämnades innan intervjun påbörjades vilket tillgodosåg samtyckeskravet. Konfidentialitetskravet tillgodosågs då varje intervju avidentifierades och kodades samt att texten i det färdiga arbetet inte kan kopplas till en särskild person eller händelse. Transkriberade intervjuer samt ljudinspelningar förvarades oåtkomligt för obehöriga. Då insamlat material endast använts till detta studiesyfte tillgodosågs nyttjandekravet (CODEX, 2014).

RESULTAT

Syftet med studien var att undersöka distriktssköterskans erfarenheter av samtal med personer med övervikt på vårdcentral. Analysen av nio transkriberade intervjuer resulterade i fyra kategorier samt åtta underkategorier (Tabell 2). Första kategorin *Förhålla sig rätt* handlar om olika roller distriktssköterskan intar i samtalet. Den handlar även om vikten av att försiktigt samtala kring personens övervikt. Andra kategorin *Individen i centrum* handlar om vikten av att samtalet blir anpassat utefter personen med övervikt samt olika metoder och verktyg som användes för att göra detta möjligt. Tredje kategorin *Betydelsen av personens motivation* handlar om hur motivationen hos personen med övervikt kan försvåra eller underlätta samtalet med distriktssköterskan. Fjärde kategorin *Att hjälpa och bekräfta* handlar om samtalet som en förebyggande samt främjande faktor där personerna hjälps till bättre livskvalité. Den handlar även om betydelsen av uppföljande samtal. Det framkom både liknande och olika erfarenheter av samtalen med personer med övervikt. Betydelsen av att vara en förebild under samtalen med personer med övervikt var betydande, men det fanns delade erfarenheter om hur en bra förebild skulle vara. Det fanns liknande erfarenheter kring att närma sig ämnet övervikt samt hur samtalet individanpassades. Betydelsen av personens motivation var även den en gemensam erfarenhet, liksom erfarenheten av samtals inverkan på personernas livskvalité.

Tabell 2. Översikt av kategorier och underkategorier

| Kategori: | Underkategori: |
|------------------------------------|--|
| Förhålla sig rätt | Att inta roller Vara aktsam |
| Individen i centrum | Använda samtalsmetoder Distriktssköterskans redskap |
| Betydelsen av personens motivation | Underlättande motivation Omotiverad- Ett hinder |
| Att hjälpa och bekräfta | Förebygga och främja Betydelsen av uppföljning |

Förhålla sig rätt

Vid samtal med personer med övervikt behövde distriktssköterskorna anpassa sitt sätt att vara beroende på personen de samtalade med. I sin tur medförde det att de använde sig av roller i samtalet. Distriktssköterskorna erfor att samtal med personer med övervikt var betydelsefullt men att försiktighet krävdes vid bemötandet.

Att inta roller

Distriktssköterskorna berättade om att inneha rollen som förebild till personerna med övervikt när de förde samtalet. Dock förekom olika erfarenheter bland distriktssköterskorna kring rollen som förebild. Några distriktssköterskor ville föregå med gott exempel genom att leva som de lär. I samtalet med personer med övervikt hade distriktssköterskorna erfarenhet av att det var bra att de var smala och tränade då det underlättade samtalet.

”Jag ska föregå med gott exempel själv, det kanske är lättare för mig att sitta här som inte känner mig överviktig, det kanske är lättare för mig att motivera någon än om jag själv skulle suttit här med jättemycket övervikt, då tror jag det är svårare att motivera en patient att gå ner i vikt, att man försöker leva som man lär själv”. (1)

Andra distriktssköterskor menade att personerna som är överviktiga blir kränkta av att samtala med en smal tränad distriktssköterska om sin överviktsproblematik. Då ansågs det bättre att vara lite rund samt framstå som en vanlig människa. Distriktssköterskorna erfor då att personerna lättare anförtrodde sig och kunde relatera till dem vilket ledde till ett bättre samtal. Genom att själv inte vara den mest tränade eller nyttigaste kunde de förstå personerna på ett annat vis, vara mer som en medmänniska.

”Jag känner ändå att jag kan vara en förebild genom att jag har liknande erfarenheter som dom och de kan relatera till mig många gånger bättre än till någon som är smal, det är jobbigt att prata övervikt med någon som sitter och är jätte-smal och fin och perfekt liksom så, men det är inte lika jobbigt med mig för jag är ju inte normalviktig än”. (4)

I samtalet med personer med övervikt hade distriktssköterskorna även erfarenhet av att inta roller som stöttande, rådgivande, coachande och lotsande. I vissa samtal kunde en pushande roll behövas för att få personerna delaktiga i samtalet. De flesta av distriktssköterskorna valde att ge information utefter personens behov och såg sig själva då mer som rådgivande än informationsgivande. En del distriktssköterskor erfor att de intog en ledande roll i samtalet om personen med övervikt var ointresserad dock erfor det då vara mer en envägskommunikation. Till personer med övervikt som hade ett bristande intresse eller inte ville vara delaktiga i samtalet valde en del distriktssköterskor även att inta en motiverande roll.

”Jag känner mig nog lite som, lite coach, en lots och man informerar och man ger råd och man, ja”. (8)

Vara aktsam

Samtal kring övervikt krävde att distriktssköterskorna valde sina ord och var finkänsliga då de inte avsåg kränka personen. Det var även viktigt att distriktssköterskorna förmådde vara öppna med detta område och påvisa att de inte var fördomsfulla då de hade erfarenhet av att personen kunde ta illa vid sig. Distriktssköterskorna erfor dock inte övervikt som ett jobbigt område att föra samtal om och det skulle inte undvikas då personerna ofta var medvetna om sin övervikt. Distriktssköterskor som arbetade med specialistmottagningar såsom diabetes och astma/kronisk obstruktiv lungsjukdom erfor att samtalet med en person med övervikt underlättades då det kom naturligt i samtalet kring personens symtom eller sjukdom.

”Jag tycker inte att det är något att sticka under stolen. Jag säger det inte på ett elakt sätt men dom är ju oftast medvetna om det”. (8)

Individen i centrum

Individanpassade samtal ansågs av samtliga distriktssköterskor vara av stor betydelse. Distriktssköterskorna erfor att genom olika metoder eller tillvägagångssätt etablerade de

individ Anpassade samtal. Distriktssköterskorna använde även flera olika verktyg för att lättare få samtalet anpassat till individen.

Använda samtalsmetoder

Då samtalet med personen med övervikt skulle bli individ Anpassat använde sig flera distriktssköterskor av samtalsmetoden motiverande samtal vilket innebar att de ställde öppna frågor till personerna som fick möjligheten att tala öppet. Vara lyhörd på vad personen ville berätta eller ha hjälp med var oerhört betydelsefullt samtidigt som personen med övervikt skulle förmedla sina tankar till distriktssköterskan. Distriktssköterskornas erfarenhet av motiverande samtal var att det hjälpte personerna komma fram till vad de önskade hjälp med, vad de ville göra för att gå ner i vikt samt vad de kunde göra. Personerna med övervikt blev mer delaktiga i samtalet då de själva insåg de möjligheter som fanns gällande deras vikt nedgång. Distriktssköterskorna talade om betydelsen av att få hjälp med personen med övervikt i samtalet och inte själva ta över. Om distriktssköterskorna gett förslag på eller bestämt vad som personen med övervikt behövde göra resulterade det i ett samtal som ej var anpassat efter personen med övervikt. Genom motiverande samtal erfor distriktssköterskorna att varje samtal blev individ Anpassat då personerna var olika och gav olika svar. Distriktssköterskor som inte använde en specifik metod i samtalet ansåg sig få varje samtal individ Anpassat då olika svar ledde till olika respons och på så vis blev varje samtal individuellt.

”Jo men det, jag tycker jag får dem individ Anpassade eftersom dom själva får ta upp sin problematik, vad de vill ha hjälp med. De får också själva komma med idéer och man ser ju personen framför sig”. (7)

Distriktssköterskans redskap

Samtliga distriktssköterskor inledde samtalen med fastställande av en persons övervikt genom Body Mass Index (BMI). Flera distriktssköterskor mätte även midjemåttet för att få en mer korrekt bestämning av personens övervikt. BMI eller midjemått erfor flera distriktssköterskor vara illustrativt och kunde då lättare visa och påpeka för personerna att de var överviktiga och på så vis lättare föra det individuellt Anpassade samtalet.

”Vi mäter midjemått och BMI så får vi fram en övervikt och då talar vi oftast om det”. (4)

Till sin hjälp hade distriktssköterskorna även verktyg såsom matenkäter eller matdagbok då samtalet skulle bli individ Anpassat. Då erfor distriktssköterskorna det lättare att starta samtalet

samt veta vad de skulle samtala kring. Matenkäterna handlade mycket om matvanor samt intag av kolhydrater, fett och fibrer. Matdagbok innebar att personerna antecknade vad de åt under en till två veckor för att sedan gå igenom det tillsammans med distriktssköterskan. Erfarenheten distriktssköterskorna hade av matdagbok eller matenkät var att det gav personen en insikt om sina matvanor. I sin tur resulterade det i en mer uppenbar bild över vad personerna med övervikt kunde förändra med sin kost.

”Då går vi igenom matdagboken, inte för min skull utan för att dom själva ska se vad de kan reducera”. (3)

Utöver matdagbok eller matenkät fanns de flera olika små verktyg som distriktssköterskorna använde i samtalet med personer med övervikt. En av distriktssköterskorna valde att inleda samtalet med en kostanamnes som innebar att tillsammans med personen gå igenom ungefär hur en dag såg ut mat mässigt som grund för det fortsatta samtalet. En annan distriktssköterska använde sig av sökord i datorn samt utgick ifrån socialstyrelsens och livsmedelsverkets riktlinjer som en grund för samtalet. En distriktssköterska berättade att socialstyrelsens broschyr gavs till personen som kunde svara på frågor kring sina matvanor innan de kom till distriktssköterskan för samtal. Genom dessa verktyg erfor distriktssköterskorna att samtalet med personen med övervikt blev individanpassat.

Betydelsen av personens motivation

För att lättare föra samtalet erfors motivation vara en mycket viktig hörnsten personerna med övervikt behövde inneha enligt distriktssköterskorna. Då personerna med övervikt var motiverade visade de mer engagemang samt delaktighet i samtalet. Var personen med övervikt omotiverad erfor distriktssköterskorna att det ofta berodde på att de inte var beredda vilket försvårade samtalet genom ett sämre samspel.

Underlättande motivation

Distriktssköterskorna var eniga om att personer med övervikt som var motiverade och villiga till en förändring underlättade samtalet. Om personerna var motiverade kom de ofta med egna initiativ vilket flera distriktssköterskor erfor vara av stor vikt då personerna tog till sig informationen som gavs på ett annat vis. Personerna var ofta medvetna om vad de behövde göra, hur de skulle äta eller träna men kunde behöva stöttning för att påbörja initiativen. Motiverade personer visade även bättre följsamhet kring vad som sades och bestämdes på tidigare samtal enligt distriktssköterskorna.

”Med egna initiativ då är de motiverade, det är ju som a och o för då tänker man motivation”. (6)

Personer med övervikt kunde uppfattas som motiverade på ett samtal men på nästa samtal hade ingenting genomförts men de uppfattades fortfarande som motiverade. Då erfor det att informationen inte nått fram till personen samtidigt som motivationen inte behövde vara äkta. En distriktssköterska påpekade specifikt vikten av att försäkra sig om att personerna uppfattat informationen på rätt sätt innan de avslutade samtalet. Då visste distriktssköterskan vad som hade uppfattats och om personerna uppfattat det rätt vilket kunde avgöra om motivationen var äkta.

”Svårast är det egentligen när de låter väldigt motiverade när man sitter och har ett samtal och dom är verkligen på att, ja det här vill jag och det här ska jag göra och så går det två veckor och man träffar dom igen och det har inte hänt någonting, men dom är fortfarande lika motiverande men man märker att man inte har fått ut informationen”. (5)

Omotiverad- Ett hinder

Personer med övervikt som var ovilliga till förändring av sitt beteende eller sin livsstil erfor distriktssköterskorna svåra att samtala med då de saknade motivation. Vid samtalen ville personerna ofta få en snabb lösning vilket distriktssköterskorna erfor försvåra samtalen. Om personerna var omotiverade hade distriktssköterskorna erfarenhet av att det kunde bero på att de inte var redo för samtalet vilket ofta hörde ihop med att läkaren remitterat dem. Vid flera tillfällen då läkaren remitterade personerna med övervikt var de otydliga med varför personen med övervikt behövde besöka distriktssköterskan vilket ledde till att personerna själva inte var införstådda med vad som skulle ske. Distriktssköterskorna erfor också att personerna med övervikt kunde känna sig tvingade att besöka distriktssköterskan då läkaren bestämt det även om personerna var ovilliga. I sin tur ledde det till svåra samtal att genomföra då distriktssköterskorna erfor att personerna inte ville samtala eller lyssna.

”Personen kan ha varit hos läkaren för ett helt annat problem, inte för att den är överviktig utan för att den har ont någon stans och då kanske det beror på att personen är överviktig och då har inte läkaren riktigt förklarat, då säger, ja antingen har de inte sagt någonting till personen eller så har de sagt att de ska få komma till någon å prata lite om träning eller ja lite om mat eller så lite svävande”. (2)

I samtalet hade distriktssköterskorna erfarenhet av att det behövdes ett samspel mellan dem och personen med övervikt, där båda skulle uppleva att de kunde prata vilket erfor svårt i fall då personen var omotiverad.

Att hjälpa och bekräfta

Genom samtal med personer med övervikt hade distriktssköterskorna erfarenhet av att förebygga följsjukdomar samt främja personernas hälsa. Oftast behövdes det mer än ett samtal och uppföljning var av stor vikt. Vid uppföljning var det även betydelsefullt när distriktssköterskan bekräftade personen med övervikt.

Förebygga och främja

Samtliga distriktssköterskor erfor samtalet med personer med övervikt som en förebyggande faktor som kunde hjälpa personerna till ett bättre liv. Förebygga övervikt är att förebygga många följsjukdomar då övervikten för mycket problem med sig enligt distriktssköterskorna. Vissa distriktssköterskor hade erfarenhet av att samtalet kunde minska riskfaktorerna så att följsjukdomar inte utvecklades. En av distriktssköterskorna hade erfarenhet av att samtalet var sekundärt med de som redan var överviktiga men primärt med deras anhöriga. Genom personen med övervikt kunde anhöriga få information kring kost och motion och förebygga övervikt samt följderna av den. Flera distriktssköterskor nämnde även utöver att förebygga följsjukdomar så främjades hälsan för den som gick ner i vikt genom att de mådde bättre, blev piggare och orkade mer vilket ökade deras livskvalité. Flera distriktssköterskor erfor också att det ofta var mer än personens övervikt som var till besvär. Ofta förekom det bakomliggande problem till varför övervikten etablerats och dessa bakomliggande problem var då viktiga att ta itu med för möjligheten att förebygga samt främja.

”Jag vill hjälpa dessa personer att få ett bättre liv, slippa följsjukdomar, för går dom ner i vikt mår de oftast bättre, blir lite piggare och orkar mer”. (1)

Betydelsen av uppföljning

Vid uppföljande samtal kunde bekräftelse ges på att distriktssköterskan såg och hörde personen, vilket var av stor betydelse. När personerna med övervikt kom för uppföljning erfor distriktssköterskorna att de ofta sökte bekräftelse på att de var duktiga och gjorde rätt.

Uppföljning ansågs även positivt då personerna med övervikt kände press och om de tappat koncentrationen på det som bestämts tidigare kunde distriktssköterskan påminna om vad som sagts under tidigare samtal. Distriktssköterskorna menade att uppföljning även behövdes då

det tar tid att ändra ett beteende. På uppföljningarna var det viktigt att påpeka framsteg och lyfta fram det personerna lyckats med och på så vis hålla kvar deras intresse.

”Bekräftelse på att dom är duktiga, att dom har gjort rätt eller bekräftelse på att de inte gör någonting att de inte har skött sig”. (2)

DISKUSSION

Metoddiskussion

Då studiens syfte var att beskriva distriktssköterskans erfarenhet av samtal med personer med övervikt på vårdcentral ansågs en kvalitativ metod genom intervjuer lämplig. Meningen med en kvalitativ metod är enligt Polit och Beck (2012) att få en djupare förståelse för människans levda erfarenheter. Hur trovärdigt ett resultat är i kvalitativa studier beskrivs av dess giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012).

Ändamålsenligt urval var det som ansågs relevant då individer med erfarenhet kring fenomenet som studerades skulle väljas ut. Enligt Polit och Beck (2012) används ändamålsenligt urval då personer som inkluderas ska kunna ge lämplig information utifrån studiens syfte. Enligt Lundman och Hällgren-Graneheim (2012) kan resultatets giltighet påverkas av de strategier som används för val av deltagare. En svaghet i urvalstaktiken kan vara att verksamhetscheferna ombads ge förslag på distriktssköterskor som kunde vara relevanta till studien. Därmed fanns en risk för bias som enligt Polit och Beck (2012) är när någon i studien är partisk och på så vis kan resultatet påverkas och giltigheten minskas. Om urvalet skett utan hjälp från verksamhetscheferna finns möjlighet att resultatet sett annorlunda ut då andra distriktssköterskor kunde tillfrågats om att medverka i studien, dock fanns inga skäl att tvivla på verksamhetschefernas val av distriktssköterskor. Studien utfördes på fem olika vårdcentraler inom tätort i Blekinge och Skåne. Då distriktssköterskor från fem olika vårdcentraler deltog varav två vårdcentraler bedrevs i privat regim samt distriktssköterskornas olika erfarenheter antogs variation kunna bli tillgodosett. Variation har betydelse för trovärdigheten då giltigheten för studiens resultat ökar (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012). Dock kan en svaghet vara att de distriktssköterskor som deltog i studien alla var kvinnor samt att fyra av de fem medverkande vårdcentralerna låg i Blekinge.

Semi-strukturerade intervjuer användes för att nå fram till svar på syftet. En intervjuguide användes vid intervjuerna som innehöll frågeområden eller frågor som skulle tas upp med varje informant. Den tekniken försäkrar att intervjuaren får all den information som behövs och ger personer friheten att ge så många illustrativa förklaringar de vill (Polit & Beck, 2012). Intervjuguiden som använts till studien var inte optimal då vissa frågor inte helt relaterade till det fenomen som studerades, vilket kan bero på dåligt fokus på studiens syfte vid upprättandet. I sin tur kan det ha påverkat studiens resultat och minskar således dess trovärdighet. En styrka med intervjuguiden är dock att informanterna fått samma frågor och följdfrågor som då kan öka resultatets tillförlitlighet (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012). Intervjuerna ljudinspelades, vilket gjorde att mer koncentration kunde läggas på det informanten sade och det som intervjun skulle fokuseras på. Polit och Beck (2012) anser att vid ljudupptagning borde om möjligt intervjuerna ske i ett ostört rum då det ofta kan förekomma störningar från omgivningen. Intervjuerna utfördes på informantens kontor eller i ett mindre rum där tanken var att det skulle vara ostört. Så var inte fallet vid alla intervjuerna då flera intervjuer blev avbrutna av telefon eller kollegor. Det resulterade i att intervjun avbröts och därefter var det svårt att hitta tillbaka och på så vis kan information relevant till syftet gått förlorat som minskar dess trovärdighet. Intervjuerna bör avslutas med en fråga om informanterna vill tillägga något, eller om det var något som borde tagits upp under intervjun vilket då kan leda till ytterligare information relevant till syftet (Polit & Beck, 2012). Detta gjordes vid varje intervju som i vissa fall ledde det till att ytterligare relevant information gavs vilket kan vara en styrka för trovärdigheten kring studiens resultat.

Kvalitativ manifest innehållsanalys enligt Lundman och Hällgren-Graneheim (2012) rekommendationer ansågs som lämplig analysmetod då den utgår ifrån att granska samt tolka textmaterial. Fokus ligger vid beskrivning av variationer genom identifiering av skillnader samt likheter i texten (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012). Manifest ansats valdes då författaren genom intervjuerna fått mer direkta och mindre djupgående svar vilket resulterade i att det sagda ordet i texten analyserades i större utsträckning än dess underliggande (latenta) mening. Valet av meningsenheter var en utmaning då författaren kunde bli ofokuserad och meningar som ansågs vara intressanta men inte alltid relevanta till studiens syfte valdes ut. I sin tur ledde detta till en process där meningsenheter som valts ut kontrollerades igenom om och om igen så de relaterade till

studiens syfte och de som inte ansågs göra det valdes bort. Tillförlitligheten till studiens resultat kan minskas då författaren genomfört analysen utan stöttning från handledaren. Författaren diskuterade däremot kategorier samt underkategorier och deras innehåll med handledare för att få en bättre förståelse för vad som speglar en erfarenhet, vilket ses som en styrka och kan öka resultatets tillförlitlighet. För att öka trovärdigheten är det viktigt att noga beskriva analysens steg (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012) vilket åskådliggörs i en tabell i metoddelen där analysprocessen finns beskriven. Genom att citat användes från distriktssköterskorna relaterade till deras erfarenhet i resultatdelen ökas studiens trovärdighet.

Genom noggrann beskrivning av urval, deltagare, datainsamling, analys samt studiens kontext kan läsarens bedömning av studiens överförbarhet underlättas (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012). I metoddelen finns dessa avsnitt noggrant beskrivna. Studiens resultat kan således ses som överförbart till distriktssköterskor som på vårdcentraler har samtal med personer med övervikt.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva vilken erfarenhet distriktssköterskan på vårdcentral hade av samtal med personer med övervikt. Analysen gav fyra huvudkategorier: *Förhålla sig rätt*, *Individen i centrum*, *Betydelsen av personens motivation* samt *Att hjälpa och bekräfta*. Nedan diskuteras resultatet och kopplas till tidigare forskning. Resultatet diskuteras även i förhållande till Montgomery Dossey (2008) teoretiska modell.

Det framkom tydligt i kategorin *förhålla sig rätt* att distriktssköterskorna behövde inta olika roller för att samtala med personer med övervikt. Oberoende av distriktssköterskornas egen kroppsvikt och utseende kunde de agera som förebild under samtalen. Distriktssköterskor med lägre vikt ansåg att de kunde vara en förebild genom att förespråka träning samt goda matvanor. De med högre vikt ansåg att de var en förebild då de agerade som medmänniska och genom liknande erfarenheter kunde ett förtroende från personen uppnås. Tidigare forskning har uppmärksammat hur distriktssköterskor upplever sin kroppsvikt och sitt utseende vid samtal med personer med övervikt (Aranda & McGreevy, 2014; Brown & Thompsson, 2007). Distriktssköterskorna i Brown och Thompsson (2007) studie visade sig vara extra medvetna om sin egen vikt och sitt utseende vilket kunde skapa problem gällande

rollen som förebild i samtalen med personer med övervikt. Då distriktssköterskorna hade en lägre vikt kunde problem i samtalet uppstå eftersom personerna med övervikt ansåg att distriktssköterskorna inte kunde relatera till deras situation och förstå dem om de inte själva hade viktproblem (Brown & Thompsson, 2007). Genom lägre vikt blev känsligheten kring övervikt större och oro kring att inte kunna visa empati eller inneha livserfarenhet kring problemet blev ett bekymmer för distriktssköterskorna (Brown & Thompsson, 2007). Denna oro kan därför tyda på att distriktssköterskor med lägre vikt kan ha svårt att agera som förebilder samt samtala med personer med övervikt kring deras viktproblem. Vidare visar även forskning att distriktssköterskor med högre vikt hade negativa erfarenheter av samtalet med personer med övervikt då de kunde ha svårt att förmedla information kring kost och motion (Aranda & McGreevy, 2014). Vid samtalet med distriktssköterskan fokuserade personerna med övervikt på distriktssköterskans vikt och distriktssköterskorna upplevde att de kunde vara bättre förebilder om de var smalare (Aranda & McGreevy, 2014). Forskning visar även att distriktssköterskor med högre vikt lättare drog slutsatser kring överviktiga personer och vad just deras problem var så informationen som gavs baserades ofta på egna erfarenheter istället för evidensbaserat material (Aranda & McGreevy, 2014). Det kan tyda på att distriktssköterskor med högre vikt har en förförståelse som gör dem mindre professionella i samtalen med personer med övervikt. De med lägre vikt var försiktigare med sina antaganden och egna erfarenheter då de inte ville ge kommentarer som kunde uppfattas kritiserande mot personer med övervikt (Aranda & McGreevy, 2014). Forskning visar dock att vissa distriktssköterskor med högre vikt använde sitt utseende som ett verktyg och fann det lättare att samtala med personerna då de hade liknande erfarenheter (Brown & Thompsson, 2007). Genom erfarenheterna kunde tips och information ges som var mer trovärdigt än om distriktssköterskan inte haft viktproblem själv (Brown & Thompsson, 2007). I sin tur visar det att distriktssköterskan kan använda sig själv som ”redskap” i samtalet och agera som förebild. Sammantaget talar dock mestadels av tidigare forskning emot denna studies resultat. Vare sig distriktssköterskorna är överviktig eller ej kan deras utseende skapa problem i samtalet med personer med övervikt och försvåra rollen som förebild. Samtidigt kan distriktssköterskor oberoende sin vikt föra samtal med personer med övervikt. Distriktssköterskor med högre vikt kan även använda sig själva som verktyg för att underlätta samtalet då deras liknande erfarenheter kan skapa ett annat förtroende än om de haft en lägre vikt vilket kan göra dem till bra förebilder.

Vidare i kategorin *förhålla sig rätt* framkom det att föra samtal med personer med övervikt var inget distriktssköterskorna erfor jobbigt. Samtal med personer med övervikt var inte något som skulle undvikas då personerna ofta var medvetna om sin övervikt. Dock behövde distriktssköterskorna välja sina ord och vara finkänsliga då samtalet genomfördes. Samtal kring övervikt underlättades i de fall personerna sökte för problem relaterade till sin övervikt, såsom diabetes eller andningsbesvär. Tidigare forskning som uppmärksammat distriktssköterskans samtal med personer med övervikt visar att distriktssköterskor lät bli att påpeka personens övervikt vilket ledde till att samtal undveks (Brown, Stride, Psarou, Brewins & Thompson, 2007; Miche, 2007). Det var svårt och obekvämt att samtala kring en persons övervikt då distriktssköterskan inte ville kränka eller såra personen varpå de undvek samtalen (Brown & Thomppson, 2007; Miche, 2007). Detta tyder på att personer med övervikt kan gå miste om hjälp då samtal kring deras övervikt inte genomförs. Enligt Brown et al. (2007) forskning ansågs övervikt vara ett känsligt men viktigt område att samtala om vilket resulterade i att distriktssköterskan tog upp övervikten med försiktighet. Vidare visas det även att distriktssköterskor enklast samtalande kring övervikt med de som personligen sökt hjälp för viktnedgång eller om det fanns problem relaterade till övervikten (Brown et al., 2007; Miche, 2007). Det kan därför vara viktigt för distriktssköterskan att inneha kunskaper kring hur de ska samtala om övervikt. Samtidigt visar forskning att vissa distriktssköterskor ansåg det vara varken besvärligt eller känsligt att föra samtal kring övervikt då det var ett angeläget område att uppmärksamma (Brown et al., 2007). Det kan tyda på att dessa distriktssköterskor förstått vikten av att föra dessa samtal. Tidigare forskning talar således både för och emot denna studies resultat. Då övervikt är ett känsligt område att samtala om undviker distriktssköterskan i vissa fall dessa samtal. I de fall distriktssköterskan undviker samtalen är det för att de inte vill kränka personen med övervikt. Samtidigt finns det de distriktssköterskor som anser att det är ett viktigt område att föra samtal om. Det var även lättare att föra samtal med personer med övervikt som självmant sökt hjälp eller då det fanns besvär relaterade till övervikten. I sin tur är det av stor vikt att samtal kring övervikt påbörjas försiktig och inte direkt fokuseras på övervikten för att minska risken att kränka personen.

Det framkom tydligt i kategorin *individ i centrum* att samtal med personer med övervikt behövde individuellt anpassas. Detta underlättades då distriktssköterskorna använde sig av

samtalsmetoden motiverande samtal. Öppna frågor ställdes till personerna som fick tala om sig själva och vad de ansåg viktigt. På så vis blev personerna mer delaktiga och samtalet anpassades efter dem samt vad de ville åstadkomma gällande sin övervikt. Användandet av samtalsmetoden motiverande samtal vid samtal med personer med övervikt har uppmärksammats i annan forskning (Apadoca & Longabaugh, 2009; Brobeck, Bergh, Odencrants & Hilding, 2011; Brown & Thompsson, 2007; Pfister-Monouge & Salveson, 2010; Söderlund, Nilsen & Kristensson, 2008). Tidigare forskning visar att användandet av motiverande samtal kan vara av stor vikt då samtalen ska anpassas utefter personen och personen tillåts leda samtalet vilket gör personen till den viktigaste komponenten i samtalet (Brobeck et al., 2011). För att bygga ett förtroende och en grund till en relation är det viktigt att lyssna på vad personen vill förändra och vilka mål den har (Brobeck et al., 2011). Det kan därför vara viktigt att distriktssköterskan är lyhörd och visar respekt för vad personen med övervikt har att berätta. Forskning visar även att distriktssköterskor som använder samtalsmetoder som motiverande samtal lättare arbetar individanpassat då de lärt sig att inte ta över eller leda samtalet (Pfister-Monouge & Salveson, 2010). Distriktssköterskor i studien av Söderlund et al. (2008) upplevde dock att motiverande samtal inte kunde användas till alla personer och i vissa fall kunde det begränsa dem i samtalet. Det uppmärksammades även att det var svårt att använda motiverande samtal då distriktssköterskorna var vana att arbeta på ett mer professionellt sätt och de föll lätt tillbaka i gamla vanor där de tog över och ledde samtalet (Söderlund et al., 2008). Motiverande samtal var även svårt att använda då personen var ovillig att tala vilket ledde till ett samtal som var mindre individuellt anpassat (Söderlund et al., 2008). Vidare visas även att för att använda motiverande samtal på ett effektivt sätt behövdes erfarenhet, träning samt tid (Söderlund et al., 2008). Det kan därför vara viktigt för distriktssköterskan att överväga om motiverande samtal är en samtalsmetod som bör användas vid samtal med personer med övervikt. Apadoca och Longabaugh (2009) menar i sin studie att motiverande samtal inte behöver vara optimalt då individanpassade samtal kan uppnås även utan denna samtalsmetod. För att ett samtal ska bli individanpassat behöver alltså distriktssköterskan ställa öppna frågor och låta personen leda samtalet, vilket kan uppnås genom användning av samtalsmetoden motiverande samtal. Tidigare studier talar både för och emot användandet av motiverande samtal och samtalsmetoden behöver inte alltid vara passande. Således, beroende på distriktssköterskan och personen med övervikt kan motiverande samtal vara mer eller mindre effektivt att använda för att uppnå ett

individ Anpassat samtal.

I kategorin *betydelsen av personens motivation* framkom det att motivationen hos personen med övervikt spelade stor roll då samtalet med distriktssköterskan genomfördes. Personer med övervikt som var motiverade då samtalet genomfördes var ofta lättare att samtala med. Utan motivation var det svårt för distriktssköterskan att få ett samspel med personen med övervikt. Tidigare forskning kring vikten av personers motivation vid samtal om övervikt visar att många personer önskade gå ner i vikt men hade inte motivationen som behövdes för att samtala med distriktssköterskan (Jallinoja et al., 2007; Timmerman et al., 2000). I sin tur ledde det till ett utmanande samtal där distriktssköterskan fick försöka finna samtalsämnen som kunde motivera patienten (Jallinoja et al., 2007; Timmerman et al., 2000). Då personen med övervikt är omotiverad vid samtalet med distriktssköterskan är det av stor vikt att distriktssköterskan finner en balans i samtalet mellan vad personen är villig att samtala om respektive inte samtala om (Jallinoja et al., 2007). Personerna med övervikt har dock det största ansvaret i samtalet då det handlar om deras livssituation enligt Jallinoja et al. (2007). Det kan därför vara viktigt för distriktssköterskan att veta hur de hanterar de personer som är ovilliga till samtal. I Timmerman et al. (2000) studie anses bristen på personens motivation vara orsaken till att samtal inte blir bra. Patienterna behöver då acceptera att de har ett egenansvar för de val de gör och om de inte är motiverade kan det skapa brister i samspelet samt kommunikationen med distriktssköterskan (Jallinoja et al., 2007; Timmerman et al., 2000). Det kan därför vara viktigt att distriktssköterskorna vet hur de ska finna motivationen hos personen med övervikt. I distriktssköterskans uppgift ingår det att finnas där för personerna vilket kan ses som en kärnfunktion i distriktssköterskans uppgift i samtalet med personer med övervikt (Jallinoja et al., 2007). Finns distriktssköterskan som en stöttepelare i samtalet kan personen med övervikt lättare finna motivation och på så vis bli mer öppen för kommunikation (Jallinoja et al., 2007). Sammantaget visar tidigare forskning att personens motivation till stor del påverkar samtalet kring övervikten med distriktssköterskan. I största utsträckning är det personen med övervikt som måste ha motivation för att ett samspel med distriktssköterskan ska uppstå. Distriktssköterskan har som uppgift att genom samtalen med personer med övervikt vare sig de är motiverade eller omotiverade hjälpa dem till att medverka i samtalet. Motiverade personer var lättare att få ett samspel med medan omotiverade personer kunde ge hinder i kommunikationen. Således är det viktigt för

distriktssköterskan att veta hur samtal bör föras med personer som är motiverade samt omotiverade för bästa omvårdnad.

Montgomery Dossey (2008) integrala omvårdnadsteori kan appliceras på resultaten ur flera aspekter. Bland annat genom att använda sig av de fyra kvadranterna, individuella inre, individuella yttre, kollektiva inre och kollektiva yttre som bygger på att man ska se personen som en helhet. Om man ser till personens individuella inre är det viktigt att ta reda på personens upplevelse, tankar och känslor då övervikten ska diskuteras. Det är även viktigt i aspekten då samtalet ska anpassas till personen då de ska prata om sina egna tankar samt önskemål. Via deras individuella inre kan även perspektiv ges på hur medveten personen är om sin övervikt och hur den kan nämnas. Genom att sedan se utifrån det individuella yttre, så kan distriktssköterskor se om personen är överviktig samt mäta blodtryck, BMI och midjemått, vilket gör det mer uppenbart/konkret att samtala kring övervikt. Det individuella yttre kan även ge information kring personens kroppsspråk som visar mycket om hur personen upplever samtalet. Distriktssköterskorna kan då studera personen för att uppfatta reaktioner samt ansiktsuttryck då övervikten diskuteras så de vet hur de på bästa sätt ska samtala med personen. De kan även få information om huruvida personen är beredd att diskutera sin övervikt genom personens kroppsspråk. Viktigt är också att se till personens kollektiva inre som inbegriper information kring familj, uppväxt och kultur. Sådana uppgifter kan samlas in för att få en annan syn på hur personen etablerat sin övervikt vilket även kan underlätta samtalet. Det kollektiva inre kan ge information kring personens egna levnadsvanor samt om familj eller vänner och hur de i så fall påverkar personen. Sådan information kan bidra till ett samtal mer anpassat till personens situation. Det kollektiva yttre innebär att vårdpersonal är skyldiga att erbjuda personen hjälp för sin viktproblematik vilket innebär att de måste ta upp och diskutera övervikten med personerna. I det kollektiva yttre ingår således samtalet som distriktssköterskorna för med personer med övervikt. Det kollektiva yttre kan också innebära de olika metoder eller modeller som finns tillgängliga inom hälso-och sjukvård för att lättare göra samtalet anpassat till personen.

Slutsats

Distriktssköterskans egen kroppsvikt hade stor betydelse vid samtalen då många agerade som förebilder vid genomförande av samtalen. Vare sig distriktssköterskorna var överviktiga eller inte ansåg de att deras vikt ledde till att de på olika sätt kunde vara bra förebilder. Övervikt är

samtidigt ett viktigt område att ta upp och diskutera men behövs närmas på rätt sätt så personen inte blir kränkt. Om ett samtal skulle bli bra behövde distriktssköterskorna individuellt anpassa samtalet till personen med övervikt. Detta kunde i sin tur uppnås med samtalsmetoden motiverande samtal. Genom distriktssköterskans samtal med personer med övervikt kunde även följsjukdomar förebyggas och personens hälsa främjas vilket hade stor betydelse för deras livskvalité.

Resultatet kan ge distriktssköterskor som har samtal med personer med övervikt en annan förståelse för det omvårdnadsarbete de gör i dessa samtal. Även insikt i betydelsen av distriktssköterskans utseende vid dessa samtal kan ges och om att det inte finns någon optimal kroppsform hos distriktssköterskan vid dessa samtal. Distriktssköterskor kan även få en insikt i hur de bör föra ett samtal så att det på bästa sätt blir anpassat till personen med övervikt.

Förslag på vidare forskning

Författaren anser att det behövs vidare forskning om hur samtal med personer med övervikt hanteras på vårdcentralerna då övervikt är ett växande problem samtidigt som inte samtal genomförs i tillräcklig omfattning. Forskning kan även behövas för att få personernas perspektiv på hur de upplever området övervikt och om de anser att det borde tas upp vid besök på vårdcentralen. Då flera av distriktssköterskorna använde motiverande samtal vore forskning intressant kring hur personerna med övervikt upplever dessa samtal.

REFERENSER

Apodaca, T. & Longabaugh, R. (2009). Mechanisms of change in motivational interviewing: a review and preliminary evaluation of the evidence. *Addiction*, 104, 705-715.

Aranda, K. & McGreevy, D. (2014). Embodied empathy-in-action: overweight nurses' experiences of their interactions with overweight persons. *Nuring Inquiry*, 21 (1), 30-38.

Ashby, S., James, C., Collins, C., Guest, M., Kable, A., & Snodgrass, S. (2012). Survey of Australian practitioners' provision of healthy lifestyle advice to clients who are obese. *Nursing and Health Sciences*, 14, 189-196.

Brobeck, E., Bergh, H., Odencrants, S., & Hilding, C. (2011). Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. *Journal of clinical nursing*, 20, 3322-3330.

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, (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.

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.

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

CODEX- regler och riktlinjer för forskning. (2014). [Elektronisk]. *Forskningsetisk principer*. Tillgänglig: <http://codex.vr.se/manniska5.shtml> [2014-03-17].

Distriktssköterskeföreningen i Sverige. (2008). *Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska*. Stockholm: Riksföreningen för distriktssköterskor.

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.

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

Folkhälsomyndigheten. (2014). [Elektronisk]. *Övervikt och fetma*. Tillgänglig: <http://folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/statistik-och-undersokningar/enkater-och-undersokningar/nationella-folkhalsoenkaten/levnadsvanor/overvikt-och-/fetma> [2014-03-25].

Hicks, M., McDermott, L., Rouhana, N., Schmidt, M., Wood, M., & Sullivan, T. (2008). Nurses' Body Size and Public Confidence in Ability to Provide Health Education. *Journal of nursing scholarship*, 40, (4), 349–354.

Jallinoja, P., Absetz, P., Kuronen, R., Nissinen, A., Talja, M., Uutela, A., & Patja, K. (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.

Lawn, S., Delany, T., Sweet, L., Battersby, M., & Skinner, T.C. (2013). Control in chronic condition self-care management: how it occurs in the health worker–client relationship and implications for client empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 70, (2), 383–394.

Livsmedelsverket. (2013). [Elektronisk]. *Övervikt och fetma*. Tillgänglig: <http://www.slv.se/sv/grupp1/Mat-och-naring/Maten-och-var-halsa/Overvikt-och-fetma/> [2014-03-25].

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

McClinchy, J., Dickinson, A., Barron, D., & Thomas, H. (2013). Practitioner and patient experiences of giving and receiving healthy eating advice. *British Journal of Community Nursing*, 18, (10), 499-504.

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, 127-136.

Miche, A. (2007). Talking to primary care persons about weight: A study of Gps and practice nurses in the UK. *Psychology, Health & Medicine*, 12, (5), 521-525.

Montgomery Dossey, B. (2008). *Theory of Integral Nursing*. *Advances in Nursing Science* 31, 52-73.

Pfister-Minogue, K. & Salveson, C. (2010). Training and Experience of Public Health Nurses in Using Behavior Change Counseling. *Public Health Nursing*, 27, 544-551.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012) *Nursing research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Ninth Edition. Philadelphia. Wolters Kluwer. Lippincott Williams & Wilkins.

Saeidi, S., Johnson, M., & Sahota, P. (2013). The management of obesity in primary care: a pilot study. *Practise Nursing*, 24, (10), 510-514.

Söderlund, L.L., Nilsen, P., & Kristensson, M. (2008). Learning motivational interviewing: Exploring primary health care nurses' training and counselling experiences. *Health Education Journal*, 67, 102-109.

Timmerman, G.M., Reifsnider, E., & Allan, J.D. (2000). Weight Management Practices Among Primary Care Providers. *Journal of the american academy of nurse practitioners*, 12, (4), 113-116.

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

World Health Organisation. (2014). [Elektronisk]. *Obesity*. Tillgänglig: <http://www.who.int/topics/obesity/en/>. [2014-03-16].

Yilmaz, J., Povey, L., & Dalglish, J. (2011). Adopting a psychological approach to obesity. *Nursing Standard*, 25, (21), 42-46.

Informationsbrev till verksamhetschefer

Hej!

Jag heter Therese Svensson och läser till distriktssköterska på högskolan i Kristianstad. En magisteruppsats med syftet att undersöka distriktssköterskors erfarenheter av arbete med personer med övervikt på vårdcentraler har tänkt genomföras. Högskolan Kristianstad har gett ett etiskt godkännande till genomförande av studien. Övervikt är ett växande problem världen över och i Sverige är hälften av alla män och mer än en tredjedel av alla kvinnor i åldrarna 16-84 överviktiga. Övervikt har visat sig vara ett pinsamt ämne vilket kan försvåra kommunikationen mellan distriktssköterska och patient. Det i sin tur kan bli ett hinder i det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande omvårdnadsarbetet som i Sverige ses som en naturlig del av hälsovård och behandling där vårdcentralerna anses vara en viktig del. Studien kommer genomföras i form av intervjuer med de distriktssköterskor som möter personer med övervikt på vårdcentraler. Jag frågar dig om tillstånd att genomföra studien och önskar då hjälp att få namn på de distriktssköterskor som kan vara aktuella. Ett mejl innehållande information om studiens bakgrund, syfte och upplägg kommer skickas till de distriktssköterskor som tillfrågas delta. De får veta att deltagandet är helt frivilligt och vid ett medgivande kan de när som avbryta utan följder. De kommer få information om konfidentialitet då allt material kommer avidentifieras och kodas samt förvaras på ett säkert ställe dit obehöriga ej har tillträde. Texten i det färdiga arbetet kommer inte kunna härledas till enskilda individer. De som är intresserade kommer kunna ta kontakt med mig för mer information samt bestämmande om deltagande i studien. De som sedan bestämmer sig för att delta kommer innan intervjun lämna en underskrift för informerat samtycke. Intervjuerna beräknas ta runt 50 minuter och med deltagarnas samtycke kommer de bandinspelas. Intervjuerna planeras genomföras hösten/vintern 2014. Tacksam för svar senast xx-xx-xx

Vänliga Hälsningar

Therese Svensson

Leg. Sjuksköterska

Student Högskolan Kristianstad
Tel; xxxx, E-post: xxxx

Handledare

Gerth Hedov, Med. Dr.

Universitetslektor

Högskolan Kristianstad
Tel: xxxx, E-post: xxxx

Tillstånd från verksamhetschef att genomföra studien

Härmed ger jag mitt tillstånd till att Therese Svensson får genomföra sin intervjustudie med syftet att undersöka distriktssköterskans erfarenheter av arbetet med personer med övervikt på vårdcentral. Jag har fått muntlig och skriftlig information om studien.

Underskrift_____

Namnförtydligande_____

Ort och Datum_____

Informationsbrev till distriktssköterskor

Hej!

Jag heter Therese Svensson och läser till distriktssköterska på högskolan i Kristianstad. En magisteruppsats med syftet att undersöka distriktssköterskors erfarenheter av arbetet med personer med övervikt på vårdcentraler har tänkt genomföras. Högskolan Kristianstad har gett ett etiskt godkännande till genomförande av studien. Övervikt är ett växande problem världen över och i Sverige är hälften av alla män och mer än en tredjedel av alla kvinnor i åldrarna 16-84 överviktiga. Övervikt har visat sig vara ett pinsamt ämne vilket kan försvåra kommunikationen mellan distriktssköterska och patient. Det i sin tur kan bli ett hinder i det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande omvårdnadsarbetet som i Sverige ses som en naturlig del av hälsovård och behandling där vårdcentralerna anses vara en viktig del. Under hösten/vintern 2014 kommer en studie genomföras då distriktssköterskor som arbetar med överviktiga personer kommer intervjuas om sin erfarenhet kring kommunikationen med den överviktiga. Du tillfrågas då du möter dessa personer i ditt arbete och skulle kunna tillföra viktig information till studien. Ett deltagande är helt frivilligt och när som helst under studiens gång kan du avbryta utan att uppge något skäl. Vid ett deltagande bestämmer vi gemensamt tid och plats för intervjun så det passar dig. Intervjun kommer ta runt 50 minuter och med din tillåtelse bandinspelas. Materialet ifrån intervjun kommer oidentifieras, kodas och förvaras så obehöriga ej kommer åt det. Endast handledare och intervjuare kommer ha tillgång till materialet. Ingen text i den färdiga uppsatsen kommer kunna härledas till personer eller händelser. Vore det intressant att delta lämnar du innan intervjun ett skriftligt informerat samtycke vilket betyder att du har fått både muntlig och skriftlig information om studien och deltagandet. Uppgifterna kommer enbart användas i detta studiesyfte.

Vänliga Hälsningar

Therese Svensson

Leg. Sjuksköterska

Student Högskolan Kristianstad

Tel: xxxx, E-post: xxxx

Handledare

Gerth Hedov Med. Dr.

Universitetslektor

Högskolan Kristianstad

Tele: xxxx, E-post: xxxx

Informerat samtycke

Jag har informerats muntligt och skriftligt om studien och samtycker till ett deltagande. Jag är medveten om att ett deltagande i studien är frivilligt och att jag när som kan avbryta utan att uppge någon anledning.

Namn _____

Förtydligande _____

Ort och datum _____

Det går bra att bli uppringd av intervjuaren vid eventuella frågor eller vid behov av kompletteringar.

Telefonnummer _____

Intervjuguide

Demografisk bakgrund

- ▲ **Namn**
- ▲ **Arbetsplats**
- ▲ **Ålder**
- ▲ **Kön**
- ▲ **Spetskompetens**
- ▲ **Hur många års arbete med överviktiga personer?**

FRÅGEOMRÅDEN

Hur definierar du övervikt?

- BMI
- Kroppsmått
- Följdsjukdomar

Hur ser du på ämnet övervikt?

- Pinsamt?
- Jobbigt att ta upp/ diskutera?
- Känsligt ämne?

Hur kommer du i kontakt med de överviktiga personer som du träffar här på vårdcentralen?

- På eget initiativ?
- Remitterad av läkare?
- På grund av sjukdom som uppkommit sekundärt till övervikten?

Vilken syn har du på det hälsofrämjande samtalet med överviktiga?

- Hälsofrämjande?
- Sjukdomsförebyggande?
- Primärt/Sekundärt

Berätta om kommunikationen i mötet med den överviktiga?

- Hinder?
- Underlättar?
- Känslor?

Hur ser du på din roll som distriktssköterska i samtalet med överviktiga?

- Informationsgivande?
- Patientcentrerat?
- Motiverande?

Hur ser du på personens roll i samtalet?

- Medverkan?
- Svårt att öppna sig/nå fram?
- Följsamhet?

FÖLJDFRÅGOR SOM KAN STÄLLAS

Kan du berätta lite mer?

Hur tänker du då?

AVSLUTANDE FRÅGA

Hur skulle du vilja arbeta med överviktiga på vårdcentralen?