



Kandidatarbete i vårdvetenskap, 15 hp

# Erfarenhet av att arbeta med patienter med övervikt eller fetma i samband med viktninskning – vårdpersonalens perspektiv

En litteraturstudie

Sofie Andersson

Elin Johannesson

Handledare: Birgitta Fridström

Sjuksköterskeprogrammet, kurs: VO1409

Blekinge Tekniska Högskola, Sektionen för hälsa

Karlskrona mars 2013

# Erfarenhet av att arbeta med patienter med övervikt eller fetma i samband med viktninskning – vårdpersonalens perspektiv

Sofie Andersson  
Elin Johannesson

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Fetma är ett globalt ökande problem. Patienter med övervikt eller fetma riskerar att drabbas av en mängd följsjukdomar samt att dö i förtid. Viktninskning kan förebygga sjukdomar och förbättra tillståndet för patienter med övervikt eller fetma. Vårdpersonalens arbete kan vara att ge patienter råd och stöd i samband med viktninskning, för att patienterna ska ändra sin ohälsosamma livsstil och vidare gå ner i vikt.

**Syfte:** Studiens syfte var att beskriva vårdpersonalens erfarenhet av att arbeta med patienter med övervikt eller fetma i samband med viktninskning.

**Metod:** Studien genomfördes som en litteraturstudie med kvalitativ ansats där åtta artiklar valdes ut, granskades och analyserades. Analysen gjordes med inspiration av Graneheim och Lundmans tolkning av Krippendorffs innehållsanalys.

**Resultat:** I resultatet framkom kategorier såsom ansvar vid viktninskning, relationens betydelse för patienters viktninskning, hjälpa patienter i samband med viktninskning och hinder i vårdpersonalens arbete. Relationen har betydelse för att vårdpersonalen ska kunna hjälpa patienter till viktninskning. Vårdpersonalen vill göra patienter medvetna om det egna ansvar som krävs vid en viktninskning. Tidsbrist och ineffektiva metoder hindrar vårdpersonalens arbete att hjälpa patienter till viktninskning. Vårdpersonalen behöver stödja och uppmuntra patienten att fortsätta kämpa med sin viktninskning.

**Slutsats:** Relationen mellan vårdpersonalen och patienten är viktig för att kunna ta upp ämnet kring övervikt och fetma. Relationen är även viktig för att vårdpersonalen ska kunna hjälpa patienten till viktninskning. Individanpassad rådgivning kan hjälpa patienter till viktninskning om patienten själv är motiverad. Vårdpersonalen har ett ansvar att stödja patienter genom viktninskningen, dock har patienten i slutändan ett eget ansvar att ta itu med viktninskningen.

**Nyckelord:** Erfarenhet, fetma, patienter, viktninskning, vårdpersonal, övervikt.

# Innehållsförteckning

Inledning	4
Bakgrund	4
Definition av övervikt och fetma	4
Orsaker till övervikt och fetma	5
Risker med övervikt och fetma	5
Patienters erfarenheter av tidigare försök till viktminskning	6
Vårdpersonalens arbete för patienters viktminskning	6
Teoretisk referensram	7
Syfte	7
Metod	8
Urval	8
Datainsamling	8
Kvalitetsgranskning	10
Innehållsanalys	11
Resultat	12
Ansvar vid viktminskning	13
Relationens betydelse för patienters viktminskning	13
Hjälpa patienter i samband med viktminskning	14
Hinder i vårdpersonalens arbete	15
Diskussion	17
Metoddiskussion	17
Resultatdiskussion	20
Slutsats	22
Självständighet	23
Referenser	24
Bilaga 1 Databassökningar	29
Bilaga 2 Granskningsprotokoll	36
Bilaga 3 Artikelöversikt	37

## Inledning

Fetma är ett globalt ökande problem enligt Världshälsoorganisationen [WHO] (2012). Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU] (2004) framhåller att under de senaste 20 åren har antalet patienter med fetma fördubblats i Sverige. WHO (2012) beskriver att ett ökande body mass index [BMI] kan innebära en ökad risk för en rad olika sjukdomar, som diabetes typ 2, högt blodtryck och hjärt- och kärlsjukdom. Cronesten, Johansson och Öhman (2003) anser att en viktminskning kan förebygga sjukdomar och förbättra tillståndet för patienter med övervikt eller fetma. Enligt Hoppe och Ogden (1997) anser vårdpersonalen att en bidragande orsak till övervikt och fetma kan vara patienternas ohälsosamma livsstil och brist på motivation. Ogden och Hoppe (1998) menar också att vårdpersonalen kan känna sig trygg i sin rådgivande roll men känna osäkerhet om patienten kommer följa vårdpersonalens råd. Vårdpersonalen kan vara mindre positiv till resultatet av patientens viktminskning, eftersom det inte ger något långsiktigt resultat. Vidare kan vårdpersonalen känna hopplöshet vid arbetet med patienter med övervikt eller fetma, när de inte lyckas få patienterna att gå ner i vikt (Ibid.). Vårdpersonalen kan ha en betydande roll att hjälpa patienter med övervikt eller fetma till viktminskning (Puhl och Brownell, 2001). Forskningen kring vårdpersonalens arbete och erfarenheter av arbetet kring viktminskning är begränsad enligt Timmerman, Reifsnider och Allan (2000). Ytterligare studier behövs som kan ge en ökad insikt om vårdpersonalens erfarenheter av att arbeta med patienter med övervikt eller fetma i samband med viktminskning. Därför gjordes denna studie för att få en fördjupad kunskap av vårdpersonalens erfarenhet i arbetet med denna patientgrupp. En fördjupad kunskap kan även tänkas hjälpa vårdpersonalen i sitt arbete med patienters viktminskning.

## Bakgrund

### Definition av övervikt och fetma

Enligt Socialstyrelsen (2009) och WHO (2012) definieras övervikt och fetma som en onormal eller överdriven ansamling av fett som kan leda till försämrad hälsa. BMI (body mass index, kg/m<sup>2</sup>) är ett vanligt mått för att bland annat mäta övervikt och fetma bland vuxna. En normalviktig vuxen har ett BMI mellan 18,5 – <25. Ett BMI på  $\geq 25$  – 30 räknas som övervikt och ett BMI över 30 som fetma. WHO (2012) påpekar att BMI kan vara missvisande eftersom

det inte kan svara för alla individer. Även Socialstyrelsen (2009) framhåller att BMI kan ha vissa brister, det särskiljer inte om individen har ett högt BMI på grund av mycket muskler. Vidare menar SBU (2004) att BMI inte talar för hur andelen fett är fördelat i kroppen.

## Orsaker till övervikt och fetma

Hedderson, Williams, Holt, Weiss och Ferrara (2008) framhåller att övervikt och fetma kan ses som ett resultat av miljö- och ärftliga faktorer. Vidare beskrivs att miljöfaktorer framförallt kan vara den fysiska inaktiviteten, det större energiintaget än förbrukning, olika stressfaktorer samt vissa typer av födoämnen. Det kan vara lättare att lägga på sig extra kilon om patienten har anlag för fetma, vilket därför gör att fetma kan ses som en ärftlig faktor (Ibid.). Patienter med övervikt eller fetma kan med stor sannolikhet äta för mycket på grund av känslomässiga reaktioner (Greeno & Wing, 1994; Wing, Blair, Epstein & McDermott, 1990). Patienter med övervikt eller fetma kan känna sig utfrysta på grund av sin vikt och kan därför beroende på sinnesstämning ta till ätandet eftersom ätandet kan handla om känslomässigt lidande. Ätandet kan öka vid både negativt och positivt humör i jämförelse med normal sinnesstämning (Patel & Schlundt, 2001).

## Risker med övervikt och fetma

Klein et al. (2004) menar att det finns en ökad risk för hjärt- och kärlsjukdom, diabetes typ 2, ateroskleros, sömnapné och minskad livskvalitet för patienter som har fetma. Stocks, Lindahl och Stattin (2007) anser att övervikt ökar risken att drabbas av cancer, i till exempel bröst, matstrupe, tjocktarm, livmoder och njure. Vid fetma kan det även vara vanligare att drabbas av depression och ångest enligt Scott et al. (2008). Ells et al. (2006) menar att patienter med övervikt även kan lida av andra besvär såsom, artros, värk i rygg, leder och muskulatur. Haslam och James (2005) menar att normalviktiga patienter i genomsnitt har sex-sju år längre livslängd än patienter med fetma. Puhl och Brownell (2001) anser att samhället har blivit mer medvetet om följsjukdomar och riskfaktorer, såsom att dö i förtid vid övervikt och fetma, vilket kan ge en negativ inställning till denna patientgrupp.

## Patienters erfarenheter av tidigare försök till viktminskning

Patienter med övervikt och fetma kan ha provat många sätt att gå ner i vikt såsom olika program och dieter för viktminskning, patienterna kan även ha upplevt kortvariga framgångar menar Visram, Crosland och Cording (2009). Trots framgångarna kan detta återigen resultera i viktuppgång, som vidare kan påverka patienternas självförtroende och självkänsla negativt (Ibid.). Enligt Poon och Tarrant (2009) kan patienter med övervikt eller fetma ofta ha lägre självkänsla och dålig kroppsuppfattning, vilket kan ha ett samband med att den egna kroppen känns som en fiende och något som inte går att kontrollera. Visram et al. (2009) menar att motivationsfaktorer till patienters viktminskning ofta är att förbättra hälsan och konditionen samt rörligheten. Vidare kan sociala miljöer såsom att gå till gymmet skapa en känsla av obehag och göra att patienterna inte går dit mer. Enligt Livsmedelsverket (2012) kan patienterna med övervikt och fetma uppleva det som svårt att lyckas med sin viktminskning även om viljan finns där. Det kan även vara svårt för patienterna att behålla sin vikt och veta hur det ska gå till. Brown, Thompson, Tod och Jones (2006) menar att en del patienter kan känna besvikelse över att i sina försök till viktminskning inte få tillräckligt med stöd.

## Vårdpersonalens arbete för patienters viktminskning

SBU (2004) menar att en bättre kost tillsammans med fysisk aktivitet, kan hjälpa patienter med övervikt och fetma till viktminskning, dock anses det som en stor utmaning, då det hela tiden kan finnas en risk för att patienten återgår till en försämrad livsstil. Det krävs att åtgärderna i samband med viktminskning, bygger på långsiktighet och målmedvetenhet. Kris-Etherton, Champagne och McManus (2003) anser att det kan krävas en intensiv behandling för att stoppa ökningen av övervikt och fetma. Vårdpersonalen behöver vägleda patienter till att göra en livsstilsförändring samt en beteendeförändring, bland annat i form av ökad fysisk aktivitet och ändrade kostvanor. Vidare menas att det kan vara en mödosam uppgift för vårdpersonalen att vägleda patienter till ändrat beteende. Armitage (2003) påvisar att det kan vara viktigt för vårdpersonalen att ta reda på den bakomliggande orsaken till varför patienter är överviktiga eller har fetma. För att bli medvetna om att patienter kan befinna sig i olika stadier i sin viktminskning, vissa patienter kan vara i början av viktminskningen och är då bara mottagliga till en viss del av vårdpersonalens information. Vidare menas att patienterna senare i mötet tar till sig vårdpersonalens information och blir medvetna om nyttan av viktminskningen och kan då tillsammans med vårdpersonalen sätta upp mål.

Livsmedelsverket (2012) menar att det finns många olika sätt att gå ner i vikt, dock kan det

svåraste vara att hitta en metod som ger ett långsiktigt resultat. Vårdpersonalen kan behöva ge individanpassad rådgivning för att patienterna ska lyckas gå ner i vikt och det kan då vara viktigt att patienterna är motiverade (Ibid.). Även vårdpersonalen kan lida brist på motivation vid arbete med denna patientgrupp (Puhl & Brownell, 2001).

## Teoretisk referensram

Valet av teoretisk referensram föll på Callista Roys adaptationsteori eftersom Roy (2009) beskriver adaptation som ett mål för vårdpersonalen att förbättra livet/hälsan för patienter. Adaptation kan beskrivas som ett begrepp innebärande patienters förmåga att anpassa sig till sin nya livssituation. Patienterna behöver kunna anpassa sig/ha en adaptationsförmåga, men även kunna besitta förmågan att påverka sin miljö för att åstadkomma en förändring. Livsstilsförändringar gällande fysisk aktivitet och beteende vid kostintag är sådant som patienterna kan behöva stöd igenom. Det kan vara vårdpersonalens roll att stödja, uppmuntra och motivera dessa patienter så att tidigare ohälsosamma livsmönster kan brytas. Vidare menar Roy (2009) att patienterna kan behöva anpassa sig till den nya miljön. Således kan miljön påverka människans självbild, de fysiologiska behoven, rollfunktionen och den sociala ömsesidigheten, därför kan patienterna behöva anpassa sig till den förändrade miljön, i detta fall nå viktminskning.

Roy (2009) beskriver ohälsa som ett anpassningsproblem, att vårdpersonalen behöver hjälpa individen till viktminskning men även stödja patienter till att klara av de nya krav som ställs under en livsstilsförändring. Vidare beskrivs vårdpersonalens sätt att påverka patienter, som stimuli. Stimuli som direkt eller indirekt påverkar patienter att anpassa sig till en livsstilsförändring. Patienters adaptationsnivå beror på hur väl patienter reagerar på stimuli från vårdpersonalen.

## Syfte

Syftet med studien var att beskriva vårdpersonalens erfarenhet av att arbeta med patienter med övervikt eller fetma i samband med viktminskning.

## Metod

Metoden som användes var en litteraturstudie med kvalitativ ansats. Olsson och Sörensen (2011) menar att när förhållande gällande personers erfarenheter ska studeras, är kvalitativ ansats att föredra. Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006) menar att kvalitativ data är lämpligt att använda sig av, då människans erfarenhet beskrivs bäst av deras egna ord (Ibid.). Därför valdes en litteraturstudie med kvalitativ ansats för studien eftersom syftet var att beskriva vårdpersonalens erfarenhet av att arbeta med patienter med övervikt och fetma i samband med viktminskning.

## Urval

Inklusionskriterierna för studien var vårdpersonal som arbetade på vårdcentral med patienter med övervikt eller fetma. I denna studie syftar vårdpersonal till hälso- och sjukvårdspersonal. Här inkluderas sjuksköterskor, distriktssjuksköterskor, läkare, allmänläkare som arbetar med patienter med övervikt eller fetma i samband med viktminskning.

De vetenskapliga artiklarna skulle vara från Sverige och västvärlden. Artiklarna skulle även vara peer reviewed, innehålla IMRAD samt vara etiskt granskade. Enligt Polit och Beck (2008) ska artiklarna vara peer-reviewed vilket menas att en eller flera forskare inom området har kritiskt granskat dessa (Ibid.). IMRAD- modellen innebär att titel, abstract, introduktion, metod, resultat, diskussion och referenser ska vara tydligt beskrivna (Olsson & Sörensen, 2007). Ytterligare inklusionskriterier var att artiklar skulle vara skrivna på engelska och från 2000 - talet. Exklusionskriterierna för studien var barn under 18 år.

## Datainsamling

Insamling av vetenskaplig litteratur söktes i databaserna Cinahl, Medline, Academic Search Elite och PubMed. Enligt Willman et al. (2006) är Cinahl en databas som innehåller omvårdnadsforskning, Medline är en databas med forskning inom bland annat omvårdnad och medicin. PubMed är den största sökmotorn inom Medline som även där ger tillgång till vetenskaplig litteratur (Ibid.). Enligt Blekinge Tekniska Högskola (2008) är Academic Search Elite en databas som inriktar sig på forskning kring omvårdnad och medicin. Vidare menar Willman et al. (2006) att det är viktigt att söka från olika källor för att inte få ett snedvridet



urval (Ibid.). Därför valdes dessa databaser för insamling av vetenskaplig litteratur. Sökning av litteratur genomfördes även via artiklars referenslistor, dock utan att hitta några nya artiklar till syftet som inte redan inkluderats i studien.

MeSH-termer (Medical Subject Headings) används enligt Willman et al. (2006) för att kontrollera att sökorden blir korrekta, vilket kan göras via databasens uppslagsverk (Ibid.). Alla sökorden skrevs in i databasernas uppslagsverk (thesaurus) för att vidare kontrollera rätt sökord eller att få rätt benämning på sökordet vilket kallas MeSH-term i Medline, Headings i Cinahl samt Subject Terms i Academic Search Elite. De sökord som inte ingick i databasernas uppslagsverk, skrevs istället som "keyword". Sökord som användes för studien var: *attitude, attitude to obesity, belief, experience, general practitioners, health professional, interviews, nursing, nurse practitioners, obesity, overweight, physicians, primary health care, weight loss, qualitative studies/research*. Sökorden fick inte exakt samma benämning för respektive databas, vilket Willman et al. (2006) menar kan vara möjligt eftersom databaserna kan vara uppbyggda olika (Ibid.). Trunkering (\*) användes för att ändelsen på sökordet kunde bli annorlunda, exempelvis ett "s" i *general practitioner\**. Genom att använda trunkering (\*) i slutet av begreppen kunde detta enligt Willman et al. (2006) få andra möjligheter till ändelser och därmed vidga sökningen (Ibid.). Vidare för att inte missa artiklar som egentligen skulle kunna finnas med i sökningen eller kunna vara till syftet.

Först gjordes en sökning av varje sökord enskilt. Sedan användes "booleska sökoperatörer" såsom "OR" och "AND" för att Willman et al. (2006) menar att olika sökord på så vis kan kombineras med varandra (Ibid.). Liknande sökord parades ihop via "OR" som bildade så kallade block, exempelvis att *overweight* tillsammans med *obesity* skapade "Block 1". Sedan kunde respektive block kombineras i sökningar via "AND" för att på så vis kombinera de olika sökblocken, exempel "Block 1 AND Block 2", (Bilaga 1).

Därefter gjordes en gallring av artiklar utifrån inklusionskriterierna, dessa avgränsningar var olika i respektive databas på grund av olika utformningar på databaserna, (Bilaga 1). Sedan synades titlarna på alla artiklarna för att vidare läsa abstract för att se om de svarade till syftet samt urvalet, därefter lästes i så fall hela artikeln. Fanns inte artikeln i fulltext så utfördes en frsökning av artikelns titel eller så gjordes sökning i den tidskrift artikeln blivit publicerad. Misslyckades dessa försök att finna artikeln i fulltext gjordes en beställning via biblioteket på Blekinge Tekniska Högskola.

Efter att "AND" använts som sökkombination samt när inklusionskriterierna avgränsat sökningarna synades 1716 artiklar på titelnivå i databasen Cinahl, vilket innebar samma som antalet träffar. Av dessa lästes 30 abstract, vidare togs fem artiklar av de lästa abstracten ut i fulltext, varav en artikel beställdes via biblioteket på Blekinge Tekniska Högskola då den inte fanns i fulltext. Av dessa fem artiklar var det dock endast fyra artiklar som svarade till studiens urval samt syfte. I Medline synades 1386 artiklar på titelnivå, 53 abstract lästes och fyra artiklar tillkom och togs ut i fulltext, varav två av dessa artiklar beställdes via biblioteket på Blekinge Tekniska Högskola. I Academic Search Elite synades 1293 artiklar på titelnivå, 20 abstract lästes och en artikel tillkom och togs ut i fulltext. I PubMed synades 930 artiklar på titelnivå, 22 abstract lästes och inga nya artiklar togs ut i fulltext, då de redan inkluderats till kvalitetsgranskningen i tidigare databaser. Totalt lästes 125 abstract i samtliga databaser. Det visade sig då vara många artiklar som inte svarade till studiens syfte eller urval, till exempel var många artiklar kvantitativa eller utifrån patienternas perspektiv. Därefter lästes totalt 10 artiklar. En artikel föll bort när den lästes i fulltext då den inte svarade till syftet. Sedan var det nio artiklar som svarade till syftet som kvalitetsgranskades.

## Kvalitetsgranskning

Kvalitetsgranskningen var en förändrad version av Willman et al. (2006) kvalitetsbedömningsprotokoll av studier med kvalitativ metod (Bilaga 2). De steg i kvalitetsgranskningen som togs bort var datamättnad, analysmättnad, redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram samt genereras teori. Enligt Strauss och Corbin (1990) och Svensson och Starrin (1996) kan data- samt analysmättnad vara svårt att bedöma, eftersom det kan finnas svårigheter att se om något nytt hade kunnat tillföras exempel genom ytterligare analys (Ibid.). Etiskt godkännande lades även till som en ytterligare begränsning. Forsberg och Wengström (2008) anser att de studier som fått tillstånd från en etisk kommitté eller där etiska övervägande tydliggjorts bidrar till att öka studiens trovärdighet.

Kvalitetsbedömningsprotokollet innehöll 10 stycken ja-/nej-/vet ej-frågor. Vid varje ja-svar gavs ett poäng, noll poäng gavs vid nej-/vet ej-svar. Enligt Willman et al. (2006) möjliggör protokollet att jämföra olika artiklars kvalitet (Ibid.). 10 poäng representerade 100 %. En artikels procentsats mellan 80-100% gav hög kvalitet. Artiklar med 60-70% gav medel kvalitet och <50% gav låg kvalitet. Det var en artikel som inte var etiskt godkänd, denna artikel fick då låg kvalitet och valdes att exkluderas från studien. De artiklar som

inkluderades. Efter kvalitetsgranskning återstod åtta artiklar med tillräckligt hög kvalitet för att inkluderas i studien (Bilaga 3).

## Innehållsanalys

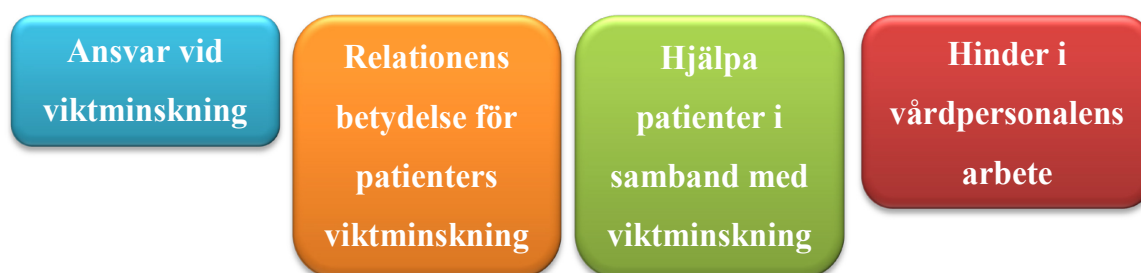
Innehållsanalysen inspirerades av Graneheim och Lundmans (2004) tolkning av Krippendorffs innehållsanalys (2004). Först lästes materialet i de åtta artiklarna igenom enskilt flera gånger för att få en helhetsbild av innehållet. Sedan tog var och en av författarna ut meningsbärande enheter som svarade till studiens syfte. Lundman och Graneheim (2008) beskriver en meningsenhet som text där innehållet bevaras i sitt sammanhang (Ibid.). Därefter diskuterades meningsenheterna, detta gjordes gemensamt för att vara säkra på att det viktigaste innehållet kommit fram och att det svarade mot studiens syfte. Meningsenheterna fördes sedan över i ett gemensamt dokument, där de översattes till svenska för att göra innehållet mer lättförståeligt. Vidare kondenserades och abstraherades de meningsbärande enheterna. Enligt Lundman & Graneheim (2008) menas detta att meningsenheterna kortas ner och förenklas, samtidigt som innehållet bevaras (Ibid.). Därefter togs en kod ut för varje meningsenhet, vilket Lundman och Graneheim (2008) menar kortfattat beskriver meningsenhetens innehåll (Ibid.). Koderna tilldelades olika färger för att få en överblick över innehållet. Därefter fördes de koder med liknande innehåll ihop och bildade underkategorier och kategorier. Underkategorierna speglade inte något utmärkande utifrån kategorierna och därför togs underkategorier bort. Slutligen resulterade analysprocessen i fyra kategorier, (Tabell 1).

**Tabell 1.** Exempel på analysförfarande

Meningsenhet	Översättning	Kondenserad meningsenhet	Kod	Kategori
Staff regarded it as necessary to help patients find ways to improve lifestyle. (Hansson, Rasmussen & Ahlström, 2011, s. 5)	Vårdpersonalen betraktade det som nödvändigt att hjälpa patienter att hitta sätt att förbättra sin livsstil.	Nödvändigt att hjälpa patienter att hitta sätt att förbättra sin livsstil.	Hjälpa patienter till förbättrad livsstil.	Hjälpa patienter i samband med viktminskning
There was a major barrier to working effectively in this area, namely lack of time. (Hansson, Rasmussen & Ahlström, 2011, s. 3)	Det fanns ett betydande hinder att arbeta effektivt inom detta område (övervikt och fetma), nämligen brist på tid.	Brist på tid var ett stort hinder vid arbete med övervikt och fetma.	Ett stort hinder var tidsbrist.	Hinder i vårdpersonalens arbete
You've got to gradually build that relationship and then, I think, if you approach it like that, I think you get some good results... (Brown & Thompson, 2007, s. 539).	Du måste gradvis bygga upp relationen och sedan, tror jag, om du arbetar utifrån den, tror jag att det kan ge goda resultat...	Bygga upp en relation och sedan arbeta utifrån den för att få goda resultat.	Relationens betydelse.	Relationen betydelse för patienters viktminskning

## Resultat

I resultatet framkom fyra kategorier såsom ansvar vid viktminskning; relationens betydelse för patienters viktminskning; hjälpa patienter i samband med viktminskning; hinder i vårdpersonalens arbete, (Figur 1):



**Figur 1.** Kategorier

## Ansvar vid viktninskning

I ett flertal studier framkom det att övervikt och fetma var en fråga om ansvar, där vårdpersonalen var oeniga över vilken som skulle bära ansvaret för viktninskningen vid övervikt och fetma (Epstein & Ogden, 2005; Gunther, Guo, Sinfield, Rogers & Baker, 2012; Hansson, Rasmussen & Ahlström, 2011; Nolan, Deehan, Wylie & Jones, 2012). Vidare menade vårdpersonalen att de i sitt arbete var med om en del patienter som inte tog ansvar för sin viktninskning, utan att det var vårdpersonalen som skulle göra jobbet åt patienterna (Epstein & Ogden, 2005; Hansson et al. 2011).

*“I think a lot of them believe that someone else is going to do the job for them.... They put the responsibility on me, I'm the one who's going to fix it so they lose weight”* (Hansson, Rasmussen & Ahlström, 2011, s. 7).

Vårdpersonalen ville göra patienten medveten om det egna ansvar som skulle behövas vid en viktninskning (Epstein & Ogden, 2005; Gunther et al. 2012; Hansson et al. 2011).

Vårdpersonalen var osäkra på hur stort ansvar de hade för att kunna påverka patienterna i deras viktninskning (Mercer & Tessier, 2001). Det framkom att vårdpersonalen kände sig ineffektiva och maktlösa även om de kände ansvar för att hjälpa patienterna med deras vikt (Epstein & Ogden, 2005). *“You can lead a horse to water but you can't stop it eating cream cakes”* (Gunther et al. 2012, s. 98). I en studie framkom det att det var viktigt att finna en balans mellan patientens eget ansvar och sedan stödja patienten vid de svårigheter som kunde uppkomma (Brown & Thompson, 2007). Vårdpersonalen såg det som sitt ansvar att stödja patienten till viktninskning, däremot var det patientens val i slutändan att göra en förändring (Gunther et al. 2012).

## Relationens betydelse för patienters viktninskning

I ett flertal studier ansåg vårdpersonalen att relationen var viktigt för att patienterna skulle nå viktninskning (Brown & Thompson, 2007; Gudzone, Clark, Appel & Bennett, 2012; Hansson et al. 2011; Sonntag, Brink, Renneberg, Braun & Heintze, 2012). Studier visade att det var viktigt att bygga upp en relation med upprepade möten med en och samma patient för att upprätthålla kontinuitet, vilket kunde ge trygghet för patienten (Brown & Thompson, 2007; Epstein & Ogden, 2005; Gudzone et al. 2012; Hansson et al. 2011). En god relation

kunde underlätta för vårdpersonalen att ta upp ämnet kring övervikt och fetma (Brown & Thompson, 2007; Gudzone et al. 2012). I relationen behövde vårdpersonalen lära känna patienten, vilket underlättade om vårdpersonalen var insatt i patientens dagliga rutiner och hur deras liv såg ut. Vidare bidrog detta till att kunna samarbeta med patienten för att tillsammans sätta upp realistiska mål för att uppnå viktminskning (Gudzone et al. 2012). Vårdpersonalen behövde i relationen skapa ett förtroende, visa empati, vara uppmuntrande, ha ett öppet sinne och utgå från patientens perspektiv för att kunna hjälpa patienten till viktminskning (Gudzone et al. 2012; Hansson et al. 2011; Sonntag et al. 2012). Vidare i relationen behövde vårdpersonalen även visa förståelse för de prövningar patienten ställdes inför och de omständigheter patienten levde under. Det var viktigt att patienten skulle vilja komma tillbaka även om patienten inte hade uppnått sina mål.

### Hjälpa patienter i samband med viktminskning

I en studie framgick det att vårdpersonalen behövde stödja patienterna med övervikt eller fetma att göra en livsstilsförändring för att kunna nå en viktminskning (Hansson et al. 2011; Sonntag et al. 2012). Det var viktigt att vårdpersonalen hjälpte patienten att sätta upp realistiska mål, särskilt viktigt var det att patienten gjorde en förändring av kost och motion för att livsstilsförändringen skulle bli bestående (Hansson et al. 2011; Mercer & Tessier, 2001). Vårdpersonalen ansåg att fokus på kortsiktiga istället för långsiktiga mål i vissa fall kunde hjälpa patienten till viktminskning (Gudzone et al. 2012). I ett flertal studier ansåg vårdpersonalen att det var deras roll att hjälpa patienten att själva finna lösningar på sina problem och därför gav vårdpersonalen en individanpassad rådgivning (Brown & Thompson, 2007; Gudzone et al. 2012; Hansson et al. 2011). Vårdpersonalen gav råd om en hälsosam livsstil, råd att öka den fysiska aktiviteten, minska energiintaget och gav träning på recept för att patienten skulle nå viktminskning (Gudzone et al. 2012; Hansson et al. 2011; Mercer & Tessier, 2001; Nolan et al. 2012). Vårdpersonalen behövde vara medveten om att patienter med övervikt eller fetma hade bakomliggande faktorer till deras tillstånd/situation (Brown & Thompson, 2007). Vidare menade vårdpersonalen att det fanns lösningar för alla problem och att det var individuellt vad som fungerade för den enskilde patienten (Brown & Thompson, 2007; Hansson et al. 2011; Nolan et al. 2012). Det var viktigt att ta hänsyn till patientens tankar och vara uppmärksam genom att ställa frågor kring patientens tidigare försök till viktminskning (Hansson et al. 2011).

*“How are your weight issues going? How are you doing with your eating? Something that’s kind of non-judgmental and allows them to let me know what their current issues are and what their goals are”* (Gudzune, Clark, Appel & Bennett, 2012, s. 154).

Vårdpersonalen övervägde i vissa fall att använda skrämselför teknik för att få patienten att göra en förändring och att patienten skulle utveckla allvarliga sjukdomar eller till och med dö om patienterna inte gjorde något åt sin situation (Hansson et al. 2011). För att hjälpa patienter som var omedvetna om sin ohälsosamma livsstil och vikt använde vårdpersonalen objektiva mätvärden såsom vikt och BMI för att höja patienters medvetenhet (Epstein & Ogden 2005; Hansson et al. 2011). Återgång till gamla vanor skulle inte ses som ett misslyckande, istället försökte vårdpersonalen stödja och uppmuntra patienten att fortsätta kämpa med sin viktnedgång (Gudzune et al. 2012; Hansson et al. 2011).

*“...You have to say, ‘Okay, I fell off the wagon, I’m not a bad person,’ stop all the negative stuff – tomorrow, you get back on the program”* (Gudzune, Clark, Appel & Bennett, 2012, s. 154).

Vid förbättringar var det även viktigt att uppmuntra patienten eftersom vidare uppmuntran kunde bibehålla patientens motivation till att gå ner i vikt (Gudzune et al. 2012; Hansson et al. 2011).

## Hinder i vårdpersonalens arbete

I ett flertal studier framkom det att ett stort hinder för vårdpersonalens arbete för att hjälpa patienter till viktnedgång var tidsbristen. Således kunde detta innebära att vårdpersonalen undvek att ta upp ämnet kring övervikt och fetma eftersom vårdpersonalen ansåg att det inte fanns tid till att ta itu med viktproblemen (Epstein & Ogden, 2005; Gudzune et al. 2012; Gunther et al. 2012; Hansson et al. 2011; Sonntag et al. 2012). Ytterligare en brist som oroade vårdpersonalen var bristen på ett konsekvent arbetsätt gentemot övervikt och fetma, vilket kunde leda till att patienterna fick olika typer av hjälp och behandlingar (Gunther et al. 2012). Vidare ansåg vårdpersonalen att utbildningen inte var tillräcklig för att skapa en gemensam grund att stå på för att handskas med övervikt och fetma (Ibid.). I ett flertal studier framkom det att vårdpersonalen i sitt arbete med dessa patienter hade brist på kunskap vid

kostrådgivning och pedagogisk kunskap (Gunther et al. 2012; Hansson et al. 2011; Mercer & Tessier, 2001; Nolan et al. 2012). Vidare kunde detta påverka vårdpersonalens sätt att bemöta patientens problem i samband med viktninskning (Ibid.). I ett flertal studier framkom det att vårdpersonalen undvek att ta upp ämnet direkt, om patienten inte själv såg problemet med sin övervikt eller fetma och pratade då mer allmänt kring hälsa (Brown & Thompson, 2007; Gudzone et al. 2012; Gunther et al. 2012; Hansson et al. 2011; Mercer & Tessier, 2001; Sonntag et al. 2012). Vårdpersonalen tvekade att ta upp ämnet kring övervikt och fetma, då det var ett känsligt ämne som kunde göra patienten upprörd (Brown & Thompson, 2007; Hansson et al. 2011; Sonntag et al. 2012).

I vårdpersonalens arbete visade det sig finnas brist på att kunna ge effektiva samt evidensbaserade behandlingsmöjligheter i samband med viktninskning. Det försvårade vårdpersonalens arbete vilket gjorde att resultaten uteblev (Epstein & Ogden, 2005; Hansson et al. 2011).

*”You do not get very good results. You sometimes feel you are banging your head against a brick wall”* (Mercer & Tessier, 2001, s. 250).

I ett flertal studier framkom det att vårdpersonalen fann att patienterna ville att det skulle vara lätt att åstadkomma en förändring (Brown & Thompson, 2007; Epstein & Ogden, 2005; Gudzone et al. 2012). I vårdpersonalens arbete framkom det att patienterna kom med orealistiska bortförklaringar som att patienten åt rätt och tränade men ändå inte gick ner i vikt (Brown & Thompson, 2007; Hansson et al. 2011). Således började vårdpersonalen misstro patienten om så verkligen var fallet (Ibid.). I en studie fann vårdpersonalen hinder att hjälpa patienter till viktninskning då patienterna var omedvetna om sin övervikt eller fetma (Sonntag et al. 2012). Vidare framkom att patienters brist på motivation var ytterligare ett hinder för att vårdpersonalen skulle kunna hjälpa patienterna till att gå ner i vikt (Ibid.). Vårdpersonalen tvivlade på att mötet verkligen skulle göra någon skillnad för patienternas viktninskning (Gunther et al. 2012).



# Diskussion

## Metoddiskussion

Föreliggande studie utförs som en litteraturstudie med kvalitativ ansats, då det anses vara den metod som är relevant för studiens syfte. För att få fram vårdpersonalens erfarenhet menar Polit och Beck (2008) att en kvalitativ ansats är lämplig att använda (Ibid.). Föreliggande studies syfte kunde även ha undersökts i en empirisk studie, dock menar Polit och Beck (2008) att en empirisk studie är tidskrävande (Ibid.). Litteraturstudie valdes även istället för en empirisk studie eftersom Olsson och Sörensen (2011) menar att intervju av vårdpersonalen kan störa hälso- och sjukvården som verksamhet. En litteraturstudie kan enligt Forsberg och Wengström (2008) öka resultatets tillförlitlighet eftersom en litteraturstudie kan bygga på ett större antal empiriska studier. Således går det därför att beröra fler erfarenheter utav vårdpersonalens arbete vilket vidare kan ge ett större urval än vid endast en empirisk studie. Krippendorff (2004) beskriver dock att en litteraturstudie kan vara en svaghet, då denna data redan är analyserad samt tolkad (Ibid.). Det kan göra att den första erfarenheten inte går att få fram till fullo, då den redan har tolkats av någon annan. Medan vid en empirisk studie, då vårdpersonalens erfarenhet undersöks direkt. Kvantitativ metod förklarar olika samband och hypoteser, såsom statistisk samt mätbar data (Polit och Beck, 2008). Vidare kan inte heller en kvantitativ metod till fullo spegla den mänskliga erfarenheten (Ibid.). Detta är anledningar till att en litteraturstudie med kvalitativ ansats valdes att använda som metod i föreliggande studie.

Artikelsökningarna gjordes i CINAHL, Medline, Academic Search Elite och PubMed. Sökningar gjordes först i CINAHL och därefter i Medline och så vidare. Val av databaser utökades efterhand, detta för att Willman et al. (2006) menar att sökning i ett flertal databaser gör det möjligt att se hur många relevanta artiklar det finns för studiens syfte. På så vis går det även att rensa bort eventuella dubletter, men även för att kunna se relevansen av sökorden till studiens syfte (Ibid.). Sökstrategin och sökorden förändrades en del beroende på vilken databas som användes, detta eftersom databaserna är uppbyggda olika, (Bilaga 1). Sökningen i PubMed är ett exempel då sökorden inte innehåller trunkering eller skrivs som keyword, detta för att inte sökningen skulle bli felaktig. Under artikelsökningen användes relativt många sökord detta med anledningen att inte begränsa urvalet, eftersom begreppet vårdpersonal innefattar fler engelska begrepp än svenska samt för att få en så bred sökning

som möjligt för att hitta relevanta artiklar till studies syfte. Genom att använda trunkering (\*) i slutet av begreppen kunde detta enligt Willman et al. (2006) få andra möjligheter till ändelser (Ibid.) Vidare för att inte missa artiklar som egentligen skulle funnits med i sökningen eller vara av intresse till föreliggande studie, bara för att till exempel ett "s" missats, som i general practitioner-s. I sökningen definierades vårdpersonal bland annat som "general practitioner" samt som "practice nurse".

Kvalitetsgranskningen utgick från Willman et al. (2006) granskningsprotokoll.

Kvalitetsgranskningen av artiklarna gjordes först individuellt, därefter jämfördes och diskuterades kvalitetsgranskningen gemensamt. Fördelen med detta var att det gav två perspektiv, vilket då kan stärka tillförligheten av studien (Polit & Beck, 2008). Eftersom en del förändringar gjordes i protokollet menar Forsberg och Wengström (2008) att protokollet anses vara unikt vilket kan stärka relevansen och tillförlitligheten i föreliggande studie (Ibid.). De punkter som togs bort från protokollet var datamättnad, analysmättnad, redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram samt genereras teori. Enligt Strauss och Corbin (1990) och Svensson och Starrin (1996) kan data- samt analysmättnad vara svårt att bedöma, eftersom det kan finnas svårigheter att se om något nytt hade kunnat tillföras exempelvis genom ytterligare analys (Ibid.) Punkterna, redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram samt genereras teori togs bort eftersom de inte ansågs relevanta till studiens syfte. Ett steg lades till i kvalitetsgranskningsprotokollet, etiskt godkännande, vilket enligt Forsberg och Wengström (2008) kan styrka resultatets tillförlitlighet i litteraturstudien (Ibid.). Det gjorde att en artikel med låg kvalitet exkluderades helt då denne saknade godkännande från etisk kommitté. Därmed var alla de inkluderade artiklarna från föreliggande studie godkända av etisk kommitté. Efter kvalitetsgranskningen höll åtta artiklar hög kvalitet som inkluderades till studiens resultat. Olsson och Sörensen (2011) anser att fem till sex artiklar är ett lämpligt antal för en litteraturstudie att innefatta i sitt resultat (Ibid.). Därför anses de åtta artiklar som inkluderas i föreliggande studie som tillräcklig till att svara till studiens syfte.

Innehållsanalysen som tillämpades i föreliggande studie inspirerades av Graneheim och Lundmans (2004) tolkning av Krippendorffs (2004) innehållsanalys. Innehållsanalysen kan beskrivas som en process av tolkning och skulle studien göras om av någon annan skulle bland annat kategorierna kunna bli annorlunda och därmed även resultatet. Det finns risk för missförstånd vid översättning av meningsenhet i innehållsanalysen på grund av bristande språkförståelse, vilket undveks genom att författarna diskuterade översättningen. Patton

(2002) framhåller att analysens trovärdighet kan öka när det finns ett flertal författare som noggrant går igenom samma steg i analysen och jämför sina resultat. I föreliggande studies innehållsanalys var det flera underkategorier som slutligen föll under samma kategori och eftersom underkategorierna inte gav något framträdande innehåll ingick de slutligen i kategorierna. Enligt Lundman och Graneheim (2008) är det viktigt att den information som framkommer under en kategori inte passar in under flera kategorier. Graneheim och Lundman (2004) beskriver även tema som ett steg i innehållsanalysen. Vidare beskrivs tema koppla ihop underliggande innehåll i kategorierna (Ibid.). Dock anses de fyra kategorierna för få för att bilda några teman, därför utesluts detta steg.

Det finns inte tillräckligt med artiklar för att kunna genomföra en litteraturstudie som endast inriktar sig på sjuksköterskans erfarenhet av att arbeta med patienter övervikt och fetma i samband med viktnedgång. Enligt Bocquier et al. (2005) och Brown, Stride, Psarou, Brewins och Thompson (2007) är bland annat både sjuksköterskor och läkare de yrkesgrupper som har en betydande roll på vårdcentralen i arbetet kring övervikt och fetma (Ibid.). Därför inkluderades dessa yrkesgrupper i begreppet vårdpersonal för att vidga utbudet av artiklar. Denna litteraturstudie visar att det finns uppdaterad och relevant litteratur inom ämnet. Utbudet av artiklar var dock inte tillräckligt för att endast inrikta sig på vårdpersonalens erfarenhet av att arbeta med denna patientgrupp i Sverige, därför inkluderades artiklar från västvärlden för att få en utvidgad sökning samt resultat. De artiklar som slutligen användes kom från västvärlden, vilka var Nederländerna, Storbritannien, Sverige och Tyskland samt USA. Dessa beskrivs enligt Sveriges Kommuner och Landsting [SKL] (2009) ha liknande hälso- och sjukvård, ekonomi samt sociala förhållanden (Ibid.). Vidare borde dessa västländer kunna generaliseras. En artikel som inkluderades var från USA, som enligt SKL (2009) har ett hälso- och sjukvårdssystem med privat finansiering. Arvidsson och Jönsson (1991) och Hanssen (1998) menar att sjukvårdssystemet i USA kan påverka patienter som inte har privata försäkringar att kunna ta del av vården även om patienten är i behov av vård (Ibid.). I den mån att patienter inte kom till vårdcentralen med sina problem kunde vårdpersonalens erfarenhet av att arbeta med denna patientgrupp utebli. Däremot var det bara en studie som var ifrån USA, vilket då troligtvis inte påverkade föreliggande studies resultat.

Det sattes en gräns vid 2000-talet i urvalet för att få den senaste forskningen kan ha resulterat i att den publicerade forskningen blev begränsad. Axelsson (2008) menar att begränsningar kan göra sökningen snäv. Om sökningen är begränsad kan sökningarnas tidsgräns dras

tillbaka några år för att vidare inkludera fler artiklar och i så fall få med all forskning inom ämnet (Ibid.). Tanken var dock inte att täcka all den forskning inom ämnet, utan mer av uppdaterad publicering av vetenskapliga artiklar. Axelsson (2008) anser att med ett begränsat antal artiklar som verkligen är till syftet kan öka kvaliteten, än artiklar i kvantitet som är osammanhängande till syftet.

## Resultatdiskussion

Resultatet i föreliggande studie visar att relationen mellan vårdpersonalen och patienten är viktig för patientens viktninskning. Det framkom även att samarbetet med patienten är viktigt för att uppnå viktninskning. Statens folkhälsoinstitut (2011) styrker att relationen har betydelse för hur väl vårdpersonalen och patienten kan samarbeta för att finna lösningar till viktproblemet (Ibid.). I föreliggande studie framkom det att relationen även har betydelse för att vårdpersonalen överhuvudtaget ska ta upp ämnet kring övervikt och fetma med patienten. Vidare framkom att övervikt och fetma är ett känsligt ämne att ta upp med patienten, och att vårdpersonalen ibland undviker ämnet med risk för att göra patienten upprörd. Likaså menar Nelson, Adamson och Moore (2006) att vårdpersonalen kan dra sig för att ta upp ämnet kring övervikt och fetma eftersom de inte vill göra patienterna förargade. Jallinoja et al. (2007) styrker att det kan kännas besvärande för vårdpersonalen att överhuvudtaget ta upp ämnet kring övervikt eller fetma med patienten.

Resultatet som framkom i föreliggande studie visar att vårdpersonalen behöver lära känna patienten för att i sin tur kunna hjälpa patienten till viktninskning. I fall vårdpersonalen har kännedom om patientens tidigare försök till viktninskning, möjliggör detta att stödet formas till patientens behov (Jeffrey & Kitto, 2006; Lampert, 2010; Shepherd, 2010). Det visas även i föreliggande studies resultat genom att vårdpersonalen tar reda på patientens nuvarande problem och sätter upp mål utifrån dessa. Vidare hjälper vårdpersonalen patienten att sätta upp realistiska mål för att på så vis hjälpa patienten att gå ner i vikt. I Roys teori (2009) beskrivs det att det kan vara viktigt att sätta upp individanpassade och realistiska mål för att patienten ska kunna uppnå viktninskning. Vidare för att få patienten att gå ner i vikt menas att denne kan behöva vara motiverad. Resultatet i föreliggande studie framhäver detta, att det är viktigt att patienten själv är motiverad till att göra en förändring för att vårdpersonalen ska kunna hjälpa patienten.

Resultatet i föreliggande studie visade att en livsstilsförändring är nödvändig för att patienterna ska kunna gå ner i vikt, vårdpersonalen behöver då stödja patienterna genom livsstilsförändringen. Enligt Roy (2009) kan en del patienter sakna de strategier som behövs för att kunna anpassa sig till den nya livsstilen. Vårdpersonalen behöver då främja adaptationen genom att ge råd och stöd (Ibid.). Föreliggande studie visar att det är särskilt viktigt att vårdpersonalen ger stöd och uppmuntran när patienten misslyckas med sina försök till att gå ner i vikt för att patienten inte ska tappa motivationen. Det kan relateras till Roys teori (2009), där vårdpersonalen påverkar patienten i form av stimuli exempelvis genom uppmuntran och utifrån det får vårdpersonalen respons av patienten. Då patienten kan ge positiv respons till vårdpersonalens stimuli menar Roy (2009) att en adaptation kan ske, vilket vidare kan leda till en förbättrad hälsa (Ibid.). Vårdpersonalen i föreliggande studie ger då råd som att sätta upp kortsiktiga istället för långsiktiga mål för att hjälpa patienten till viktminskning.

Resultatet i föreliggande studie visar att vårdpersonalen finner lösningar på patientens problem genom att använda en individanpassad rådgivning. Vårdpersonalen anser att det är individuellt för vad som hjälper patienten till att gå ner i vikt. Främst ger vårdpersonalen råd kring förändring av kost och motion för att viktminskningen ska bli långsiktig. Roy (2009) styrker att vårdpersonalen måste stödja patienten att fokusera på en sundare livsstil genom att förändra kostvanor och den fysiska aktiviteten samt hjälpa patienten bryta tidigare ohälsosamma mönster. Det framhävs även av Brug, Steenhuis, van Assema och de Vries (1996); Skinner, Strecher och Hospers (1994) som menar att det kan vara bättre om rådgivningen är individanpassad till dennes situation för att patienten ska kunna ta tillvara på informationen. Dock menar Jallinoja et al. (2007) att det var brist på tid för att vårdpersonalen i sitt arbete skulle kunna ge individanpassad rådgivning.

Tidsbristen är även ett stort hinder i resultatet i föreliggande studie, då vårdpersonalen ibland undviker att ta upp ämnet för att de anser att det inte finns tid att ta itu med viktproblemen. Det framkom även i föreliggande resultat där en del vårdpersonal anser sig ha brist på kunskap vid kost och rådgivning för att hjälpa patienten till viktminskning. Liknade resultat har framkommit i ett flertal studier att vårdpersonalen kan ha bristande kunskap, bland annat till att ge råd för patienter med övervikt eller fetma vid val av diet samt bristande kunskap om rådgivning kring livsstilsförändring (Cade & O'Connell, 1991; Francis et al. 1989; Jallinoja, 2007; Murray, Narayan, Mitchell & Witte, 1993). Det framkom i resultatet i föreliggande

studie att det var brist på att kunna ge effektiva samt evidensbaserade behandlingsmöjligheter. Även Burke, et al. (2003) menar att det största problemet för vårdpersonalen kan vara att effekterna inte är bestående när patienter med övervikt eller fetma behandlas. Dock menar Ogden och Hoppe (1998) att det största problemet inte ligger i de metoder som vårdpersonalen använder för att hjälpa patienten till viktminskning, utan istället patientens brist på följsamhet av råden. Vidare menas att vårdpersonalen blir osäker till att patienten följer råden eller når framgång i viktminskningen. I föreliggande studie framkom det att vårdpersonalen är osäker om de kan göra någon skillnad för patienten i samband med viktminskningen.

Resultatet i föreliggande studie visar att en del av vårdpersonalen inte ser det som sitt arbete att ansvara för patientens viktminskning. Det motsades även då en del vårdpersonal anser att det är en del i deras profession att ta itu med problemen i samband med viktminskning. Vidare visar föreliggande studie att vårdpersonalen vill göra patienten medveten om det egna ansvar som behövs vid en viktminskning. Däremot är vårdpersonalen osäker på hur stort ansvar de har för att kunna påverka patienterna i deras viktminskning. Jerden, Hillervik, Hansson, Flacking och Weinehall (2006) styrker att det både är patienterna själva samt vårdpersonalen som har ansvar för patientens hälsa dock kan det vara svårt för vårdpersonalen att veta hur mycket de bör ingripa eller hur mycket de bör förvänta sig från patienterna. (Ibid.). Majoriteten av vårdpersonalen i föreliggande studie anser att det är deras ansvar att stödja patienten genom viktminskningen, däremot var det patientens val i slutändan att göra en förändring.

## Slutsats

Slutsatsen i föreliggande studie är att relationen har betydelse för att vårdpersonalen ska kunna hjälpa patienter till viktminskning. En god relation bidrar även till att vårdpersonalen överhuvudtaget ska kunna ta upp ämnet kring övervikt och fetma med patienten.

Individanpassad rådgivning kring ökad fysisk aktivitet och ett minskat energiintag kan hjälpa patienter till viktminskning om patienten själv är motiverad. Vårdpersonalens erfarenhet av brist på framgång i patientens viktminskning gör vårdpersonalen osäkra på om de verkligen kan göra någon skillnad för patientens viktminskning. Trots det är de flesta av vårdpersonalen

överens att de har ett ansvar att stödja patienten till viktninskning. Dock har patienten i slutändan ett eget ansvar att ta itu med viktninskning.

En del av vårdpersonalen saknar dock den kunskap som krävs vid patienters viktninskning. Även tidsbrist och ineffektiva metoder hindrar vårdpersonalens arbete att hjälpa patienter till viktninskning. Det behövs därför mer forskning om vad vårdpersonalen behöver göra i sitt arbete, för att patienter ska lyckas uppnå en bestående viktninskning.

## Självständighet

Sammanställningen av bakgrunden gjordes gemensamt men materialet inhämtades enskilt i samråd med varandra. Metoden delades mestadels upp som så att Sofie gjorde sökningarna i Cinahl, Academic Search Elite samt PubMed. Elin gjorde sökningarna i Medline för att sedan gemensamt kontrollera antalet lästa abstract och under vilken sökning respektive artikel hittades. Under innehållsanalysen lästes artiklarna var för sig samt meningsbärande enheter togs ut enskilt, resterande steg i innehållsanalysen gjordes gemensamt. Resultatet, diskussionen samt slutsats var ett gemensamt arbete men samtidigt ett enskilt arbete vid sökning efter källor. Var för sig gjordes korrekturläsning, för att därefter i samråd med varandra göra eventuella ändringar. Elin och Sofie har var för sig läst på för att skaffa sig kunskap om hur en kandidatuppsats ska skrivas, till exempel vid artikelsökning, kvalitetsgranskning, innehållsanalys och resultatskrivning.

## Referenser

- Armitage, A. (2003). Motivating overweight adults to lose weight. *Clinical Excellence for Nurse Practitioners*, 7, 92-98.
- Axelsson, Å. (2008). Litteraturstudie. I M. Granskär., & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s. 173-188). Lund: Studentlitteratur.
- Blekinge Tekniska Högskola. (2008). Academic Search Elite. Hämtad: 2013-02-24.  
Tillgänglig: <<http://www.bth.se/bib/sources.nsf/visa/8f494627537cfcb3c12569f8004dcc4e>>.
- Bocquier, A., Verger, P., Basdevant, A., Andreotti, G., Baretge, J., Villani, P., & Paraponaris, A. (2005). Overweight and obesity: knowledge, attitudes, and practices of general practitioners in France. *Obesity Research*, 13, 787-795.
- Brown, I. (2006) Nurses' attitudes towards adult patients who are obese: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 53, 221-232.
- 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, 535-543.
- Brown, I. & Thompson, J., Tod, A. & Jones, G. (2006). Primary care support for tackling obesity: a qualitative study of the perceptions of obese patients. *British Journal of General Practice*, 56, 666-672.
- Brug, J., Steenhuis, I., van Assema, P., & de Vries, H. (1996). The impact of a computer-tailored nutrition intervention. *Preventive Medicine*, 25, 236-242.
- Burke, J. P., Williams, K., Narayan, K. M., Leibson, C., Haffner, S. M., & Stern, M. P. (2003). A population perspective on diabetes prevention: whom should we target for preventing weight gain? *Diabetes Care*, 26, 1999-2004.
- Cade, J., & O'Connell, S. (1991). Management of weight problems and obesity: knowledge, attitudes and current practices of general practitioners. *British Journal of General Practice*, 41, 147-150.
- Cronesten, H., Johansson, H & Öhman, A. (2003). Insikt motivation och stöd är viktiga faktorer vid viktminskning - erfarenhet från ett pilotprojekt. *Nordisk fysioterapi*, 7, 1-8.
- Ells, L. J., Lang, R., Shield, J. P., Wilkinson, J.R., Lidstone, J. S., Coulton, S, et al. (2006). Obesity and disability – a short review. *Obesity reviews*, 7, 341-345.



- \*Epstein, L., & Ogden, J. (2005). A qualitative study of GPs' views of treating obesity. *The British Journal of General Practice*, 55, (519), 750-754.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Francis, J., Roche, M., Mant, D., Jones, L., & Fullard, E. (1989). Would primary health care workers give appropriate dietary advice after cholesterol screening? *British Medical Journal*, 298, 1620-1622.
- Greeno, C. G., & Wing, R. R. (1994). Stress-induced eating. *Psychological Bulletin*, 115, 444-446.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- \*Gudzune, K. A., Clark, J. M., Appel, L. J., & Bennett, W. L. (2012). Primary care providers' communication with patients during weight counseling: A focus group study. *Patient Education and Counseling*, 89, 152-157.
- \*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. *Public Health Department*, 20, 93-103.
- \*Hansson, L. M., Rasmussen, F., & Ahlström, G. I. (2011). General practitioners' and district nurses' conceptions of the encounter with obese patients in primary health care. *BMC Family Practice*, 12, 1-10.
- Haslam, D. W., & James, W. P. (2005). Obesity. *Lancet*, 366, 1197-1209.
- Hedderson, M. M., Williams, M. A., Holt, V. L., Weiss, N.S., & Ferrara, A. (2008). Body mass index and weight gain prior to pregnancy and risk of gestational diabetes mellitus. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 198, 409.e1-409.e7.
- Hoppe, R., & Ogden, J. (1997). Practice nurses' beliefs about obesity and weight related interventions in primary care. *International Journal of Obesity*, 21, 141-146.
- Jallinoja, P., Absetzi, 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.
- Jeffrey, C. A., & Kitto, S. (2006). Struggling to care: Nurses' perceptions of caring for obese patients in an Australian bariatric ward. *Health Sociology Review*, 15, 71-83.
- Jerden, L., Hillervik, C., Hansson, A-C., Flacking, R., & Weinehall, L. (2006). Experiences of Swedish community health nurses working with health promotion and a patient-held health record. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20, 448-454.

- Krippendorff, K. H. (2004). *Content analysis, an introduction to its methodology*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Klein, S., Burke, L. E., Bray, G.A., Blair, S., Allison, D. B., Pi-Sunyer, X., & Eckel, R. H. (2004). Clinical implications of obesity with specific focus on cardiovascular disease. A statement for professionals from the American heart association council on nutrition, physical activity, and metabolism. *Circulation*, *110*, 2952-2967.
- Kris-Etherton, P., Champagne, C., & McManus, K. (2003). Attaining Successful Weight Loss With an Ideal Macronutrient Balance. *Holistic Nursing Practice*, *17*, 250-261.
- Lampert, T. (2010). Smoking, Physical Inactivity, and Obesity. *Deutsches Ärzteblatt International*, *107*, 1-7.
- Livsmedelsverket. (2012). Övervikt och fetma. Hämtad: 2012-11-02. Tillgänglig: <http://www.slv.se/sv/grupp1/Mat-och-naring/Maten-och-var-halsa/Overvikt-och-fetma/>.
- Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär., & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s. 159-172). Lund: Studentlitteratur.
- \*Mercer, S., & Tessier, S. (2001). A qualitative study of general practitioners and practice nurses attitudes to obesity management in primary care. *Health Bulletin*, *59*, 248-253.
- Murray, S., Narayan, V., Mitchell, M., & Witte, H. (1993). Study of dietetic knowledge among members of the primary health care team. *British Journal of General Practice*, *43*, 229-231.
- Nelson, P., Adamson, A., & Moore, H. (2006). Conducting randomised controlled trials in primary care: lessons from an obesity management trial. *British Journal of General Practice*, *56*, 674-679.
- \*Nolan, C., Deehan, A., Wylie, A., & Jones, R. (2012). Practice nurses and obesity: professional and practice-based factors affecting role adequacy and role legitimacy. *Primary Health Care Research & Development*, *13*, 353-363.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen (3 uppl.)*. Stockholm: Liber.
- Ogden, J., & Hoppe, R. (1998). Changing practice nurses' management of obesity. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. *11*, 249-256.
- Patel, K. A., & Schlundt, D. G. (2001). Impact of moods and social context on eating behavior. *Appetite*, *36*, 111-118.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods (3 uppl.)*. Newbury Park: Sage Publication.
- Polit, D.F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. (8 Ed.)*. Lippincott: Williams and Wilkins.

- Poon, M. Y., & Tarrant, M. (2009). Obesity: Attitudes of undergraduate student nurses and registered nurses. *Journal of Clinical Nursing, 18*, 2355-2365.
- Puhl, R., & Brownell, K. D. (2001). Bias, Discrimination, and Obesity. *Obesity Research, 9*, 788-805.
- Roy, C. (2009). *The Roy Adaptation Model/by Callista Roy. (3 Ed)*. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Education.
- Scott, K. M., Bruffaerts, R., Simon, G. E., Alonso, J., Angermeyer, M., & de Girolamo G, et al. (2008). Obesity and mental disorders in the general population: results from the world mental health surveys. *International journal of obesity, 32*, 192-200.
- Shepherd, A. (2010). Current management strategies in the treatment of obesity. *Nursing Standard, 25*, 49-56.
- Skinner, C. S., Strecher, V. J., & Hospers, H. J. (1994). Physicians' recommendations for mammography: do tailored messages make a difference? *American Journal of Public Health, 84*, 43-49.
- Socialstyrelsen. (2009). Folkhälsorapport. Hämtad: 2013-01-23. Tillgänglig: <[http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71\\_200912671.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71_200912671.pdf)>.
- \*Sonntag, U., Brink, A., Renneberg, B., Braun, V., & Heintze, C. (2012). GPs attitudes objectives and barriers in counselling for obesity – a qualitative study. *British Journal of General Practice, 18*, 9-14.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. [SBU]. (2004). *Förebyggande åtgärder mot fetma. En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. Rapport nr 173.
- Statens folkhälsoinstitut. (2011). Motiverande samtal. Hämtad: 2013-01-14. Tillgänglig: <<http://www.statensfolkhalsoinstitut.se>>.
- Stocks, T., Lindahl, B., & Stattin, P. (2007). Hälsosam livsstil tycks minska risken for cancer. Nytt stöd for hypotesen att övervikt och högt blodsocker ökar cancerrisken. *Läkartidningen, 104*, 3867-3870.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Svensson, P-G., & Starrin, B. (1996). *Kvalitativa studier i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Sveriges kommuner och landsting. [SKL]. (2009). *Svensk sjukvård i internationell belysning – en jämförelse av vårdbehov, kostnader och resultat*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.

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*, 113-116.

Visram, S., Crosland, A., & Cording, H. (2009). Triggers for weight gain and loss among participants in a primary care-based intervention. *British Journal of Community Nursing*, *14*, 495-501.

Wing, R. R., Blair, E. H., Epstein, L. H., & McDermott, M. D (1990). Psychological stress and glucose metabolism in obese and normal-weight subjects: a possible mechanism for differences in stress-induced eating. *Health Psychology*, *9*, 693–700.

Willman, A., Stoltz, P., Bahtsevani, C. (2006). Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.

World Health Organisation. [WHO]. (2012). Obesity and overweight. Hämtad: 2012-11-05. Tillgänglig: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>>.

# Bilaga 1 Databassökningar

## Sökningar i Cinahl

Sökordskombinationer	Antal träffar	Sökdatum	Lästa abstrakt	Antal valda artiklar
S1 "Overweight" (keyword)	7 468	220213		
S2 "Obes*" (keyword + trunkering)	38 164	220213		
S3 (MH "Attitude to obesity") (MeSH-term)	156	220213		
S4 (MH "Weight loss")	8 256	220213		
S5 (MH "Primary health care")	26 763	220213		
S6 "Nurs*"	550 006	220213		
S7 "Health professional*"	18 954	220213		
S8 "General practitioner*"	6 193	220213		
S9 "Physician*"	104 599	220213		
S10 (MH "Nurse practitioners")	11 255	220213		
S11 "Experience*"	145 975	220213		
S12 (MH "Attitude")	6 591	220213		
S13 "Attitude*"	137 509	220213		
S14 "Belief*"	22 531	220213		
S15 (MH "Interviews")	77 665	220213		
S16 (MH "Qualitative studies")	43 732	220213		
(Block 1) S1 OR S2	39 256	220213		
(Block 2) S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10	661 881	220213		
(Block 3) S11 OR S12 OR S13 OR S14	266 255	220213		
(Block 4) S15 OR S16	156 413	220213		
Sökningarna nedan har inklusionskriterierna: Peer reviewed + engelskspråkig +				

<b>från år 2000 + all adult</b>				
<b>S19 (Block 1) AND (Block 2) AND S4</b>	<b>120</b>	<b>220213</b>	<b>4</b>	<b>1</b>
<b>S23 (Block 1) AND (Block 2) AND (Block 3)</b>	<b>268</b>	<b>220213</b>	<b>8</b>	<b>3</b>
<b>S25 (Block 1) AND (Block 2) AND (Block 3) AND S4</b>	<b>37</b>	<b>220213</b>	<b>3</b>	
<b>S26 (Block 1) AND (Block 2) AND (Block 3) AND (Block 4)</b>	<b>31</b>	<b>230213</b>	<b>5</b>	

## Sökningar i Medline

Sökordskombinationer	Antal träffar	Sökdatum	Lästa abstrakt	Antal valda artiklar
S1 "Overweight" (keyword)	33 933	230213		
S2 "Obes*" (keyword + trunkering)	191 857	230213		
S3 "Attitude to obesity"	3	230213		
S4 (MH "Weight loss") (MeSH-term)	21 131	230213		
S5 (MH "Primary health care")	49 130	230213		
S6 "Nurs*"	594 879	230213		
S7 "Health professional*"	28 439	230213		
S8 "General practitioner*"	35 768	230213		
S9 "Physician*"	408 996	230213		
S10 (MH "Nurse practitioner")	14 641	230213		
S11 "Experience*"	640 852	230213		
S12 (MH "Attitude")	37 332	230213		
S13 "Attitude*"	286 345	230213		
S14 "Belief*"	46 850	230213		
S15 (MH "Interview")	750	230213		
S16 (MH "Qualitative Research")	14 974	230213		
(Block 1) S1 OR S2	199 807	230213		
(Block 2) S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10	1 038 120	230213		
(Block 3) S11 OR S12 OR S13 OR S14	910 986	230213		
(Block 4) S15 OR S16	353 582	230213		
Sökningarna nedan har inklusionskriterierna: Peer reviewed + engelskspråkig + från år 2000 + all adult				
S19 Block 1 AND Block 2 AND S4	361	230213	14	1
S22 Block 2 AND Block 3	129	230213	8	

<b>AND S4</b>				
<b>S23 Block 1 AND Block 2 AND Block 3</b>	<b>726</b>	<b>230213</b>	<b>19</b>	<b>3</b>
<b>S25 Block 1 AND Block 2 AND Block 3 AND S4</b>	<b>82</b>	<b>230213</b>	<b>5</b>	
<b>S26 Block 1 AND Block 2 AND Block 3 AND Block 4</b>	<b>88</b>	<b>230213</b>	<b>7</b>	



## Sökningar i Academic Search Elite

Sökordskombinationer	Antal träffar	Sökdatum	Lästa abstrakt	Antal valda artiklar
S1 "Overweight" (keyword)	46 449	230213		
S2 "Obes*"	101 637	230213		
S3 DE "CAREGIVERS -- Attitudes" (Subject-term)	202	230213		
S4 DE "WEIGHT loss"	16 233	230213		
S5 DE "PRIMARY health care"	5 618	230213		
S6 "Nurs*"	300 032	230213		
S7 "Health professional*"	22 445	230213		
S8 "General practitioner*"	34 846	230213		
S9 DE "PHYSICIAN"	22 980	230213		
S10 DE "NURSE practitioners"	3 902	230213		
S11 DE "EXPERIENCE"	7 544	230213		
S12 DE "ATTITUDE (Psychology)"	29 652	230213		
S13 "Attitude*"	235 883	230213		
S14 "Belief*"	106 211	230213		
S15 DE "INTERVIEWING")	15 241	230213		
S16 DE "QUALITATIVE research")	22 800	230213		
(Block 1) S1 OR S2	105 580	230213		
(Block 2) S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10	352 402	230213		
(Block 3) S11 OR S12 OR S13 OR S14	335 186	230213		
(Block 4) S15 OR S16	2 761	230213		
Sökningarna nedan har inklusionskriterierna: Peer reviewed + engelskspråkig + från år 2000				
S23 (Block 1) AND (Block	319	230213	10	1

<b>2) AND (Block 3)</b>				
<b>S26 (Block 1) AND (Block 2) AND (Block 3) AND (Block 4)</b>	<b>319</b>	<b>230213</b>	<b>10</b>	

Sökningar i PubMed

Sökordskombinationer	Antal träffar	Sökdatum	Lästa abstrakt	Antal valda artiklar
S1 Overweight	137 760	230213		
S2 Obesity	174 571	230213		
S3 Attitude to obesity	3 371	230213		
S4 Weight loss	89 062	230213		
S5 Primary health care	145 629	230213		
S6 Nursing	551 128	230213		
S7 Health professional	493 370	230213		
S8 General practitioner	30 753	230213		
S9 Physician	371 727	230213		
S10 Nurse practitioner	20 062	230213		
S11 Experience	406 456	230213		
S12 Attitude	262 353	230213		
S13 Belief	697 761	230213		
S14 Interviews	137 307	230213		
S15 Qualitative studies	84 799	230213		
(Block 1) S1 OR S2	185 125	230213		
(Block 2) S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10	1 241 761	230213		
(Block 3) S11 OR S12 OR S13	1 309 658	230213		
(Block 4) S14 OR S15	197 501	230213		
Sökningarna nedanför har inklusionskriterierna: engelskspråkig + från år 2000 + adult: 19+ years.				
S23 Block 1 AND Block 2 AND Block 3 AND S4	186	230213	9	
S24 Block 1 AND Block 2 AND Block 3 AND Block 4	180	230213	13	

## Bilaga 2 Granskningsprotokoll

Granskningsprotokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod, enligt Willman et al. (2006). Modifierad version.

Beskrivning av studien	Ja	Nej	Vet ej
Tydlig avgränsning/problemformulering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientkaraktäristika	Antal _____		
Är kontexten presenterad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etiskt resonemang/etiskt godkännande?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urval			
- Relevant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Strategiskt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metod för			
- Urvalsförfarande tydligt beskrivet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Datainsamling tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Analys tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Giltighet			
- Är resultatet logiskt, begripligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunicerbarhet			
- Redovisas resultatet klart och tydligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Huvudfynd

Vilken upplevelse/mening beskrivs? Är beskrivning/analys adekvat?

---

---

---

### Sammanfattande bedömning av kvalitet

Bra

Medel

Dålig

**Kommentar** \_\_\_\_\_

---

**Granskare (sign.)** \_\_\_\_\_

## Bilaga 3 Artikelöversikt

Författare/år/land	Titel	Metod	Urval	Kvalitet
Brown, I., & Thompson, J. (2007). Storbritannien.	Primary care nurses' attitudes, beliefs and own body size in relation to obesity management	Kvalitativ. Intervjuer.	9 practice nurses, 4 district nurses, 2 health visitors	Hög 100%.
Epstein, L., & Ogden, J. (2005). Storbritannien.	A qualitative study of GPs' views of treating obesity	Kvalitativ. Intervjuer.	21 GP	Hög 90%.
Gudzune, K. A., Clark, J. M., Appel, L. J., & Bennett, W. L. (2012). USA.	Primary care providers' communication with patients during weight counseling: A focus group study	Kvalitativ. Fokusgrupper.	26 GP = 24 Physicians och 2 nurse practitioner	Hög 100%
Gunther, S., Guo, F., Sinfield, P., Rogers, S., & Baker, R. (2012). Storbritannien.	Barriers and enablers to managing obesity in general practice: a practical approach for use in implementation activities,	Kvalitativ. Intervjuer.	7 GP, 7 practice nurse	Hög 100%.
Hansson, L. M., Rasmussen, F., & Ahlström, G. I. (2011). Sverige.	General practitioners' and district nurses' conceptions of the encounter with obese patients in primary health care.	Kvalitativ. Intervjuer.	10 GP, 10 district nurses.	Hög 100%.
Mercer, S. W., & Tessier, S. (2001). Storbritannien.	A qualitative study of general practitioners and practice nurses attitudes	Kvalitativ. Intervjuer.	10 GP, 10 practice nurses.	Hög 80%.

	to obesity management in primary care.			
Nolan, C., Deehan, A., Wylie, A., & Jones, R. (2012). Storbritannien.	Practice nurses and obesity: professional and practice-based factors affecting role adequacy and role legitimacy	Kvalitativ. Intervjuer.	22 practice nurses.	Hög 90%.
Sonntag, U., Brink, A., Renneberg, B., Braun, V., & Heintze, C. (2012). Tyskland.	GPs attitudes objectives and barriers in counselling for obesity – a qualitative study	Kvalitativ. Fokusgrupper.	15 GP	Hög 100%