

**Sykepleiernes erfaringer med forebygging og behandling av
overvektige i primærhelsetjenesten**

**The nurse's experiences with preventing and treatment of
overweight in primary health care**



*Skrevet av Eva Kopreitan
og Camilla Hage*

**Bachelorgradsoppgave
i sykepleie**

2013



**Avdeling for
helsefag, Namsos**

ABSTRAKT

Bakgrunn: Overvekt og fedme er et stadig økende folkehelseproblem i den vestlige verden. Flere helseundersøkelser som har blitt gjennomført i Norge etter år 2000 viser at omtrent 20 % av menn og 17% av kvinner i alderen 40-45 år har fedme. I Norge er forebygging og behandling et helsepolitisk satsningsområde. Forskning viser at sykepleieren identifiseres som en nøkkelperson til å bidra i endring av helseatferd. Ved å forstå hvordan sykepleierne tenker om møte med overvektige personer, kan forebygging og behandling av overvekt bli forbedret.

Hensikt: Oppgavens hensikt er å belyse sykepleiernes erfaringer med å bidra til livsstilsendring hos overvektige pasienter i primærhelsetjenesten.

Materiale og metode: Oppgaven er en allmenn litteraturstudie som innebærer at det har blitt søkt, analysert og sammenfattet litteratur innen et gitt problemområde. Det er blitt gjort en tekstanalyse som er inspirert av en innholdsanalyse.

Resultat: Sykepleierne bygger relasjon med pasienten for å kunne gi individuell veiledning. Sykepleierne føler mangel på- og ønsker mer veiledningskunnskap. Sykepleierne ønsker å arbeide tverrfaglig med andre profesjoner. Sykepleierne erfarer mangel på tid og pasientens holdninger som barrierer for å lykkes med livsstilsveiledning.

Diskusjon: Resultatet er diskutert i lys av Joyce Travelbee sykepleieteori, kommunikasjonsteori, ulike lovverk og retningslinjer. Resultatene samsvarer delvis med Joyce Travelbee, lovverk og retningslinjenes anbefalinger.

Konklusjon: Sentrale faktorer for å kunne lykkes med livsstilsveiledning er økt kunnskap blant sykepleiere, mer tverrfaglig samarbeid og økt samsvar mellom ledelsen og ansattes målsetninger.

Nøkkelord: Sykepleie, livsstilsveiledning, overvekt, Joyce Travelbee, primærhelsetjenesten

ABSTRACT

Background: Overweight and obesity is an increasing health issue in the western world. Severe health studies that have been conducted in Norway since year 2000 show that approximately 20% males and 17% females within the age range of 40 to 45 years are obese. In Norway, prevention and treatment of obesity is a major priority within health politics. Research shows that nurses are identified as a key person to help change health behaviour. By understanding how nurses reflect on their meetings with obese individuals one may improve the prevention and treatment given.

Objective: To highlight the nurses experiences by contributing to a life style change for obese patients within the primary health care system.

Method: The dissertation is a general literary study, which means that literature have been sought, analysed and summarized within a given area. A text analysis has been conducted, inspired by a content analysis.

Results: Nurses have shown to build relations with patients in order to provide individual guidance. Nurses feel a lack of and desire more knowledge on providing this guidance. Nurses want to cooperate with other professions at the same time. Nurses feel lack of time and that patient attitudes are barriers that prevent them from succeeding with life style guidance.

Discussion: The results have been discussed in light of Joyce Travelbee's nursing theory, communication theories and various laws and guidelines.

Conclusion: Essential factors to be successful with life style guidance for obese patients by nurses are increased knowledge, more interdisciplinary cooperation and increased consistency between management and employee objectives

Keywords: Nursing, lifestyle counselling, overweight, Joyce Travelbee, Primary health care.

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	1
1.1. Hensikt.....	3
1.2. Definisjoner	4
2. METODE	5
2.1. Inklusjonskriterier	9
2.2. Analyse	9
2.3. Etikk.....	11
3. RESULTAT	12
4. DISKUSJON	20
4.1. METODEDISKUSJON.....	26
5. KONKLUSJON	28
6. REFERANSELISTE	30

1. INNLEDNING

Introduksjon

Overvekt og fedme er et stadig økende folkehelseproblem i den vestlige verden (Borge, Christiansen & Fagermoen, 2012). Verdens helseorganisasjon (WHO) anslår at omtrent 1,4 milliarder av verdens voksne befolkning (over 20 år) var overvektige i 2008 og at minst 11 % av disse hadde fedme. Videre anslår WHO at det årlig dør 2,8 millioner voksne som et resultat av å være overvektig (WHO, 2013). Den siste HUNT undersøkelsen som ble gjennomført viser at for alle aldersgrupper (20- 80+) i Nord-Trøndelag var 74 % av mennene og 61 % av kvinnene over normal vekt (HUNT 2011). Andre helseundersøkelser som har blitt gjennomført i Norge etter år 2000, viser at omtrent 20 % av menn og 17 % av kvinner i alderen 40-45 år har fedme. Den voksne befolkningens vektøkning har fordelt seg på hele vektsskalaen, flere har blitt overvektige, flere har fått fedme, mens det er færre normalvektige (FHI 2010). I tillegg til diabetes type 2, hevder WHO at hjerte-og karsykdommer, muskel- og skjelettplager og enkelte kreftformer vil være risikofaktorer ved overvekt. Risikoen øker med økende KMI (WHO 2013). WHO anslår at 80 % av forekomsten av hjerteinfarkt, 90 % av diabetes type-2 og over 30 % av forekomsten av kreft kan forebygges eller utsettes med endringer i kosthold, fysisk aktivitet og røykevaner (St. meld 47, 2008-2009)

I Norge er forebygging og behandling et helsepolitisk satsningsområde (Borge, Christiansen & Fagermoen, 2012). Forebygging er et sentralt element i samhandlingsreformen og med utgangspunkt i de fremtidige helseutfordringene knyttet til overvekt og livsstilssykdommer, er det behov for å styrke de forebyggende helsetjenestene. En av målsetningene for samhandlingsreformen vil være å benytte og videreutvikle tiltak som reduserer, og til dels motvirker risiko for funksjonstap med frafall fra skole og yrkesliv. Disse dokumenterte tiltakene skal også bidra til individets egenmestring, og redusere risikoen for sykdomsutvikling (St. meld. 47, 2008-2009). Overvekt og fedme gir økt risiko for å utvikle sykdommer og andre uheldige helsetilstander. Forebygging av overvekt vil derfor være viktig for å unngå tilleggs lidelser og funksjonstap (Helsedirektoratet 2010a). Kommunene har en sentral rolle i dette arbeidet, der de skal sørge for et helhetlig tilbud med oversikt over helsetilstand, forebygging, tidlig intervensjon, behandling og oppfølging (St. Meld. 47, 2008-2009). Frisklivssentraler (FLS) er et kommunalt kompetansesenter med tilbud til personer og grupper i befolkningen som har behov for hjelp til å endre helseatferd. Sett i lys av

Samhandlingsreformen, Folkehelseloven, Helse- og omsorgstjenesteloven og Helse- og omsorgsplan(2011-2015), kan frisklivssentraler være et bidrag i kommunens styrking av forebyggende helsetjenester og individ- og grupperettet folkehelsearbeid(Helsedirektoratet, 2011).

Kunnskap om biologi forklarer hvorfor mennesker har ulik sårbarhet for å gå uønsket opp i vekt. Arv kan føre til at noen er mer utsatt enn andre, og mange faktorer kan bidra til ubalanse i apettittreguleringen. I dagens samfunn med redusert hverdagsaktivitet og mer energitett kosthold, er forutsetningene for overvekt individuelt betinget. Den fysiske hverdagsaktiviteten for de fleste nordmenn er kraftig redusert sammenlignet med tidligere og ernæringsvanene endres ved økte porsjoner og mer energitette måltider. Overvektige personer får ofte skylden for sin fedme og disse opplever ofte fordømmelse og stigmatisering i samfunnet. En helsepolitisk endring i holdninger i forhold til overvekt og fedme er underveis, hvor løsninger skal rettes mot både samfunnsstruktur og individ. Dette innebærer at samfunnet må legge til rette slik at sunne valg blir enkle og minste motstands vei der fokus må endres fra skam til mestring (Helsedirektoratet, 2010a).

Joyce Travelbee hevder at sykepleiens mål er å forebygge sykdom og lidelse og å fremme helse(Travelbee, 1997). For den som skal bidra til forebygging og helsefremming hos overvektige pasienter, kan utfordringene være store og mange. Den største utfordringen vil være å styrke dem som har vektrelaterte helseproblemer til å utnytte sine ressurser til livsstilsendring(Helsedirektoratet, 2011). I likhet med andre kroniske tilstander, trenger personer med overvektsproblematikk kontinuerlig oppfølging. Dette er en rolle som sykepleiere kan bidra til å fylle i en klinisk setting(Bruke & Wang, 2011). Forskning viser at sykepleieren identifiseres som en nøkkelperson til å bidra i endring av helseatferd(Hansson, Rasmussen, & Ahlstrom, 2011), men at sykepleiere i primærhelsetjenesten opplever at de har manglende ferdigheter i møtet med overvektige pasienter(Bocquier, Verger, Basdevant, Andreotti, Baretge, Villani, & Paraponaris, 2005; Brown, Stride, Psarou, Brewins, & Thompson, 2007). Ved å forstå hvordan sykepleiere tenker om møtet med overvektige pasienter kan behandlingen bli forbedret(Hansson et al., 2011).

1.1. Hensikt

Hensikten med studien er å belyse sykepleieres erfaringer med å bidra til livsstilsendring hos overvektige pasienter i primærhelsetjenesten.

1.2. Definisjoner

Livsstil:

Milio(1981) definerer livsstil som atferdsmønstre valgt ut i fra de alternativer som er tilgjengelige for menneskene ut fra deres sosioøkonomiske forutsetninger og deres evne til å velge ett alternativ framfor et annet(Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2011).

Overvekt:

Overvekt er definert som unormal eller overdreven fettakkumulering som kan være en risiko for helsen. KMI er en persons vekt i kilo delt på kvadratet av hans/hennes høyde i meter(kg/m²). En KMI større enn eller lik 25 betyr overvekt, og en KMI større enn eller lik 30 betyr fedme(WHO, 2013).

Helseatferd:

Helseatferd er atferd og levevaner som har stor betydning for helsen. Noen av de mest brukte eksemplene er kosthold, fysisk aktivitet, tobakksbruk, alkoholbruk, seksualvaner og bruk av illegale rusmidler(Helsedirektoratet, 2010b)

Helsefremmende arbeid

Helsefremmende arbeid er prosessen som gjør at den enkelte og fellesskapet får mer kontroll over forhold som virker inn på helsen, og som dermed gjør den enkelte i stand til å bedre sin egen helse(Helsedirektoratet, 2010a)

Sykdomsforebyggende arbeid

Sykdomsforebyggende arbeid er en innsats for å forhindre eller utsette sykdomsforløp(primær forebygging), eller forhindre forverring eller videreutvikling av sykdom(sekundærforebygging), eller minske følgene sykdommen får for funksjon og livskvalitet(tertiærforebygging)(Helsedirektoratet, 2010a).

2. METODE

Denne oppgaven er en allmenn litteraturstudie som innebærer at det har blitt søkt, analysert og sammenfattet litteratur innen et gitt problemområde for å kunne besvare hensikten (Forsberg & Wengstrom, 2008). For å kunne fremstille databaser og søkestrategier ble det opprettet en tabell for å vise databaser, avgrensninger, søkeord, antall treff, antall forkastede artikler, antall utvalgte artikler, antall utvalgte artikler for dypere granskning og inkluderte artikler på en oversiktlig måte. Under beskrives et eksempel på søkestrategi for hver database som ble anvendt. Databaser som ble benyttet var SagePub, PubMed og Science Direct.

Den første databasen som ble benyttet var SagePub hvor søkeordene «primary health care», «nurses», «counselling» og «experience» ble anvendt. Alle søkeordene ble kombinert med funksjonen «AND» i databasen. På grunn av svært mange treff ble søket avgrenset til årstall «2005-2013». Dette resulterte i 186 treff, hvor 184 ble ekskludert etter å ha lest titlene og en artikkel ble ekskludert etter å ha lest abstraktet. En artikkel ble lest i sin helhet, gransket og inkludert i denne oppgaven (viser til tabell 1).

Den andre databasen som ble benyttet var PubMed hvor søkeordene «primary care nurse lifestyle counseling» ble anvendt. Ingen funksjon med «AND» eller «OR» ble tillagt søket. Søket fikk 104 treff og det ble derfor ikke ansett som nødvendig å avgrense ytterligere. 89 av artiklene ble ekskludert etter å ha lest titlene og 11 artikler ble ekskludert etter å ha lest abstraktet. Videre ble 4 artikler valgt ut og tatt med til dypere granskning, hvor tre av disse ble inkludert i denne oppgaven. Flere søkestrategier ble benyttet i databasen PubMed (viser til tabell 1).

Den siste databasen som ble benyttet var Science Direct hvor søkeordene «nurse practitioners facilitators counseling» anvendt. Ingen funksjon med «AND» eller «OR» ble tillagt søket. Det ble ansett som nødvendig å avgrense søket med årstall «2009-2013» og «journal» på grunn av svært mange treff. Dette resulterte i 376 treff hvor 368 ble ekskludert etter å ha lest titlene og fire ekskludert etter å ha lest abstraktene. De 4 gjenstående artiklene ble lest i sin helhet og av disse ble to tatt med til dypere granskning og en ble inkludert i oppgaven (viser til tabell 1).

13 av artiklene som ble brukt i denne oppgaven er bygget på kvalitativ metode som tar sikte på å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle. Kvalitative

metoder kan bidra til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i og hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler. Det ble også brukt en artikkel bygget på kvantitativ metode som tar sikte på å forme informasjon om til målbare enheter for eksempel det å finne gjennomsnitt og prosent av en stor mengde(Dalland, 2007). Det har blitt brukt 14 vitenskapelige artikler i denne oppgaven hvor intervju med helsepersonell ble gjennomført. Artiklene sier noe om sykepleiernes erfaringer med å bidra til livsstilsendring og helsefremming hos overvektige pasienter både med og uten tilleggs lidelser utenfor sykehus. Søkeprosessen inkludert databaser finnes i tabell 1.

Tabell 1

Database	Avgrensinger	Søkeord	Antall treff	Forkastet	Antall utvalgte	Antall utvalgte for dypere granskning	Inkluderte
SagePub	2005-2013	Primary health care AND nurses AND counselling AND experience	186	184* 1*	1***	1***	1
PubMed		Primary care nurse lifestyle counseling	104	89* 11**	4****	4	3
PubMed		Weight management primary health care communication	143	137* 3**	3****	2	1
PubMed		Physical activity counseling experience	82	78* 2**	2****	2	1
PubMed		Health care facilitate behaviour	100	80* 16**	4****	2	1
PubMed		Practice nurses obesity management primary care	40	26* 10**	4****	2	2
ScienceDirect	2009-2013 Journal	Nurse practitioners facilitators counseling	376	368* 4**	4****	2	1
PubMed		Perception lifestyle primary health care	105	98* 4**	3****	1	1
PubMed		Facilitators Health promotion barriers nurses	18	14* 2**	2****	1	1

Tabell 1

PubMed		Health promotion primary health care nurses experience	68	59* 4**	5***	3	1
PubMed	2009-2013	Primary health care staff lifestyle	73	70* 2**	1***	1	1

*: Antall ekskluderte artikler etter leste titler.

** : Antallet ekskluderte artikler etter leste abstrakt.

***: Antall artikler som er lest i sin helhet.

2.1. Inklusjonskriterier

Søkeord ble valgt ut i fra hensikten i oppgaven. Under søkeprosessen ble det sjeldent brukt avgrensninger i forhold til publiseringsår i databasene på grunn av få treff, men artikler med publiseringsår eldre enn år 2000 ble ekskludert i prosessen. To av søkene førte til mange treff og ble derfor avgrenset med publiseringsår. Det er ikke tatt i betraktning hvilket land studiene ble gjennomført i, men artiklene ble gransket og vurdert i sin helhet for sin relevans i forhold til hensikten. Inklusjonskriteriene under søkeprosessen var at artiklene måtte ha et sykepleierrettet perspektiv og handle om deres erfaringer i forhold til veiledning, livsstilsendring, helsefremming, sykdomsforebygging og overvekt. Det ble også tatt i betraktning at studiene ble gjennomført i primærhelsetjenesten.

2.2. Analyse

Det er blitt gjort en tekstanalyse av artiklene som er inspirert av en innholdsanalyse. Analysen ble gjennomført ved at artiklene ble lest i sin helhet, og at resultatene ble gransket for å trekke ut likheter, forskjeller og mønstre i meningsenhetene. Disse ble dannet til subkategorier og videre til kategorier som ble brukt som overskrifter i resultatet (Polit & Beck, 2008).

Tabell 2 viser et eksempel på framgangsmåten for å danne kategorier ut fra meningsenheter i artiklenes resultat. Det ble også utarbeidet en tabell som viser en oversikt over forfatter, år, land, tidsskrift, tittel på artikkel, hensikt, metode, deltakere og hovedfunn i artiklene. Dette ble gjort for å danne en oversikt over materialet som ble brukt i oppgavens resultat, se vedlegg 1.

Tabell 2

Meningsenheter	Subkategorier	Kategorier
<ul style="list-style-type: none"> • Sykepleierne understreket at essensen i helsefremming var å samarbeide, vise respekt for pasienten og oppfordre pasienten til å ta ansvar for seg selv. • Mange sykepleiere var forsiktige når de gikk fram for å snakke om livsstilsendringer og vektnedgang, slik at pasienten ikke følte seg fornærmet og ikke følte behov for å forsvare seg selv. 	<p>Relasjoner mellom sykepleiere og pasient</p>	<p>At sykepleiere bygger relasjoner med pasienten for å kunne gi realistisk og individuell veiledning.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • En utfordring var at sykepleierne og pasienten hadde ulike oppfatninger av hva som var en realistisk vektnedgang. • Noen sykepleiere forsøkte å bli kjent med pasientens daglige rutiner for å kunne gi realistiske råd om livsstilsendring. • Sykepleierne understreket viktigheten av langsiktige livsstilsendringer, og at dette innebærer både kostholdsendringer og økt aktivitet. 	<p>Individuell og langsiktig livsstilsveiledning.</p>	

2.3. Etikk

Forskningsetisk sjekkliste ble anvendt for å forsikre at de vitenskapelige artiklene er etisk forsvarlige. Sjekklista er utarbeidet av Den nasjonale forskningsetiske komite for naturvitenskap og teknologi(NENT) og inneholder punkter som er ansett som viktigst å avklare i forbindelse med forskningsprosjekt(De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2013). Gjennom analysen ble artiklene vurdert opp i mot disse etiske retningslinjene.

3. RESULTAT

At sykepleierne bygger relasjoner med pasienten for å kunne gi individuell veiledning

For å skape en god relasjon og troverdighet hos pasienten var det viktig for sykepleierne å finne ut hvilke endringer pasientene ønsket, og hvordan de ville gå fram for å nå disse målene (Brobeck, Bergh, Odenrants, & Hildingh, 2011). De mente at det var viktig å ha et åpent sinn overfor pasienten og dermed begynne veiledningen ut i fra hans/hennes ståsted. Videre var det gunstig å stille mange spørsmål og ta notater, for å undersøke hvilke tanker og strategier pasienten har hatt tidligere. Noen framhevet at det var nyttig å bruke spørreskjema om helse og livsstil, eller at pasienten skrev matdagbok som et grunnlag for å snakke om livsstilsendringer. En viktig del i veiledningsarbeidet var å hjelpe pasienten til å finne egne løsninger på å endre livsstil (Hansson et al., 2011; Gudzone et al., 2012). Sykepleierne mente at for at pasienten skal kunne lykkes med livsstilsendringene måtte de ikke sette for høye krav, men heller vise respekt for valgene pasienten tok (Brobeck et al., 2011). Mange brukte deres oppfatning av pasienten og hans/hennes omstendigheter til å utvikle en plan for endring i livsstilsvaner. En sykepleier beskrev at hun så på seg selv som en motivator og en tilrettelegger, en som kjenner til pasienten og deres liv, og klarer ved dette å skape et tillitsfullt samarbeidsforhold (Buckholz, Purath, & Rittenmeyer, 2009). Mange poengterte at de ikke ønsket å være dømmende og var derfor nølende til å bringe samtalen inn på livsstilsatferd. Sykepleierne trodde at dette ville påvirke relasjonen med pasienten i negativ retning (Jansink, Braspenning, Weijden, Elwyn, & Grol, 2010). At overvektsproblematikk burde håndteres over lengre tid og at kontinuitet er viktig ble understreket av flere (Gudzone, Clark, Appel, & Bennett, 2012). På grunn av den korte veiledningstiden enkelte hadde ble det uttrykt at de så mer framgang hos pasienter som hadde møtt til livsstilsveiledning over lengre tid. Sykepleierne framhevet viktigheten av at pasienten hadde få personer å få veiledning av. På denne slipper pasienten å fortelle sine historier flere ganger og unngår å få motstridende råd (Hansson et al., 2011).

En utfordring var at sykepleierne og pasienten hadde ulike oppfatninger av hva som var en realistisk vektnedgang(Gudzune et al., 2012; Jansink, Braspenning, Weijden, Elwyn & Grol, 2010). Noen sykepleiere forsøkte å bli kjent med pasientens daglige rutiner, for å kunne gi realistiske råd om livsstilsendring(Gudzune et al., 2012). Mange beskrev at flere pasienter hadde urealistiske forventninger og mål til vektnedgang, og at de måtte veilede dem til å tenke mer realistisk og langsiktig(Gudzune et al., 2012; Hansson et al., 2011; Mercer & Tessier, 2001). Ved å informere om en realistisk vektnedgang, ble det erfart at pasienten ble mindre frustrert og hadde lettere for å nå sine mål. Sykepleierne understrekte viktigheten av langsiktige livsstilsendringer, og at dette innebar både kostholdsendringer og økt aktivitet(Mercer & Tessier, 2001). Det ble beskrevet ulike barrierer som hindret samsvaret mellom sykepleiernes og pasientenes oppfatninger i livsstilsveiledningen. Eksempler på disse var mangel på umiddelbare resultater, mangel på disiplin for opprettholdelse og potensielle tilbakefall i situasjoner hvor pasienten blir fristet til usunn atferd(Jansink et al., 2010). Noen erfarte at mangel på kunnskap ikke var en utfordring for de fleste av pasientene. Utfordringen var derimot hvordan pasienten skulle utrette kunnskapen i praksis. Mange mente at pasientene ofte klarte å opprettholde sine nye livsstilsvaner i noen måneder, men at de ofte falt tilbake til gamle vaner. Sykepleierne så nytten i å ta små steg om gangen ved at pasienten øker den daglige aktiviteten, som for eksempel å gå eller sykle til jobben(Hansson et al., 2011).

At sykepleierne føler mangel på- og ønsker mer veiledningskunnskap

Sykepleierne fremhevet gjentatte ganger at de manglet tilstrekkelig veiledningskunnskaper og kunnskap om fysisk aktivitet og kosthold. På grunn av den manglende kunnskapen og usikkerhet rundt sin egen kompetanse, så sykepleierne på livsstilsveiledning som en utfordrende jobb(Jansink et al., 2010; Hansson et al., 2011; Wiley, Irwin, & Morrow, 2012). En sykepleier fortalte at hun hadde kunnskap om konseptene innen motivasjon og livsstilsendringer, men visste ikke hvordan hun kunne dra nytte av disse i praksis(Wiley et al., 2012).

Noen var usikre på hvordan de skulle starte en livsstilsveiledning og følte at de ofte satt fast dersom pasienten ikke var mottakelig. Sykepleierne følte at dersom pasienten ikke var mottakelig og interessert for å skape en endring, kunne dette være en stor barriere. Pasientens

manglende avtaleoppfølging og lav suksess med resultater av atferdsendringer, gjorde at sykepleierne følte at egen kompetanse var for lav til å veilede pasienten mot en vellykket livsstilsendring(Wiley et al., 2012).

Sykepleierne anså at de trengte pedagogiske ferdigheter for å kunne hjelpe pasienten til å ta valg i sin livsstil, og møte pasienten på hans/hennes nivå(Hansson et al., 2011; Jansink et al., 2010, Mercer & Tessier, 2001, Gudzone et al., 2012). Flere rapporterte at de hadde problemer med å tilpasse livsstilsveiledningen til det nivået pasienten befant seg(Jansink et al., 2010). Når pasienten hadde nådd et aktivt nivå i forhold til å endre livsstil, erfarte sykepleierne at deres veiledning kunne bli for ivrig, og at de dermed presset pasienten til å ta avgjørelser han/hun ikke var klare til å ta(Brobeck, Bergh, Odenrants, & Hildingh, 2011). Videre ble det beskrevet at det var vesentlig å kartlegge hvilke utfordringer pasienten har i forhold til vektnedgang(Timmermann, Reifsnider, & Allan, 2000). Det som oftest ble kartlagt ved det første veiledningsmøtet var vekt, endokrine sykdommer, aktivitetsnivå, stressnivå, familiehistorikk i forhold til overvekt, vekthistorikk og kostholdsvaner(Timmermann et al., 2000). En sykepleier fremhevet at det var viktig å individualisere veiledning om fysisk aktivitet for pasienten. Flere erfarte at ved å individualisere aktiviteten ut fra pasientens egne interesser og ressurser, ville dette bidra til økt aktivitet(Buchholz, Purath, & Rittenmeyer, 2009; Hansson et al., 2011).

Sykepleierne mente at å formidle informasjon, motivere og støtte pasienten i en livsstilsendring er en del av deres jobb. 58 % av sykepleierne uttrykte at de ikke hadde nok veiledningskunnskaper i livsstilsrådgiving. Likevel erfarte 50 % at de hadde hjulpet mange pasienter til en bedre helse til tross for begrensede kunnskaper(Jallinoja, Absetz, Kuronen, Nissinen, Talja, Uutela, & Patja, 2007). Mange sykepleiere uttalte at de var forsiktige når de gikk fram for å snakke om livsstilsendringer og vektnedgang, slik at pasienten ikke følte seg fornærmet, og ikke følte behov for å forsvare seg selv(Brobeck et al., 2011; Hansson et al., 2011). Flere erfarte at mange pasienter følte skam, skyld og håpløshet(Hansson et al., 2011). Mange unngikk å bruke ordet «slanking» når de diskuterte hensikten med livsstilsendringene, og valgte heller å beskrive endringene i forhold til å forbedre den generelle helsen(Gudzone et al., 2012). For å fremme håp og mot hos pasientene følte sykepleierne at det var viktig å lytte, være følelsesmessig støttende, trøste og erkjenne pasientens følelser. Videre ble det understreket at det å samarbeide, vise respekt for pasienten og oppfordre pasienten til å ta

ansvar for seg selv, var essensen i helsefremming(Hansson et al, 2011; Brobeck et al., 2011; Wilhelmsson & Lindberg, 2009). Når pasienten ikke lyktes med en livsstilsendring ble ikke dette sett på som noe negativt, men heller noe positivt som kunne bidra til at pasienten lærte av erfaringene(Brobeck et al., 2011; Gudzone et al., 2012). Det ble ansett som viktig å gi positive tilbakemeldinger på pasientens fremgang underveis i prosessen(Hansson et al., 2011).

Flere opplevde at pasienter ofte skammer seg over å være overvektig fordi det i samfunnet blir stigmatisert. Dette kunne dermed være en motiverende faktor for pasienten til å gå ned i vekt(Hansson et al., 2011). Noen mente at en annen motiverende faktor var å bevisstgjøre hvordan vektreduksjon kan føre til betydelige helsegevinster og forbedring av medisinske tilleggslidelser(Gudzune et al., 2012; Hansson et al., 2011). Sykepleierne informerte ofte pasientene om flere mål enn selve vektnedgangen, blant annet forebygging av diabetes og hypertensjon(Gudzune et al., 2012; Buchholz et al., 2009). Flere opplevde at pasienter ofte oppsøker hjelp på grunn av smerter i nakke, rygg, kne, hjerte-lungeproblemer eller for generell utslitthet. Milde smerter i rygg og knær kunne også være motiverende faktorer for vektnedgang, men sykepleierne erfarte at disse pasientene ikke søkte hjelp før plagene påvirker dem i svært stor grad(Hansson et al., 2011).

Mange sykepleiere innrømmet at de ikke visste den beste måten å forbedre motivasjonen til umotiverte pasienter, men alle uttrykte sterkt at pasienten må være motivert og entusiastisk for å gå ned i vekt(Mercer & Tessier, 2001; Carlkjord, Lindberg, & Andersson, 2012). Forebyggende tiltak bør bli tilbudt, men valget om å takke ja er pasientens eget valg(Carlkjord, Lindberg, & Andersson, 2012). Flere fortalte at de delte positive vektnedgangshistorier med pasienten, noe som bidro til økende motivasjon til vektnedgang. En sykepleier fremhevet at hun fortalte sin personlige historie om utfordringer og triumfer ved sin vektnedgang. En annen motiverende faktor hos pasienten var sykepleiernes kommunikasjonsevner for å bedre selvfølelsen og egen mestringstro for vektnedgang, og gjennom dette bidra til livsstilsendring(Gudzune et al., 2012).

Sykepleierne følte at de kunne ha nytte av flere kurs, møter og konferanser. De ville ha oppdatert informasjon om kosthold og hvordan de på best mulig måte kunne motivere eller forstå motivasjon til overvektige pasienter(Mercer & Tessier, 2001). Sykepleiere som deltok på kurs i motiverende intervju, opplevde at det var befriende å forstå hvordan de kunne bidra

til å motivere pasienter til livsstilsendring(Brobeck et al., 2011). En forutsetning for å bruke kommunikasjonsteknikker som et verktøy i helsefremming, var at interessen måtte være til stede(Brobeck et al., 2011). En risiko ved ikke å være interessert i å utvikle sine veiledningskunnskaper, er å glemme eller lettere falle tilbake til gamle rutiner(Brobeck et al., 2011; Jansink et al., 2010). Flere erfarte at utdanning innen motiverende intervju og andre kognitive atferdsteknikker vil føre til mer meningsfylte og gode livsstilsveiledninger(Hansson et al., 2011;Wiley et al., 2012). Mange ville ha praktiske verktøy som kunne samle prinsipper om livsstilsendringer. Ved at sykepleierne fikk mer motivasjon og inspirasjon for å tilrettelegge for livsstilsendring etter opplæring i en kommunikasjonsmetode, la de merke til at det virket positivt inn på pasientene(Brobeck et al.,2011).

En gruppe sykepleiere som hadde fått opplæring i en kommunikasjonsmetode beskrev at de manglet verktøy for å kunne tilrettelegge for livsstilsendring. Fire uker etter opplæringen ble de ble mer trygge på å utføre en veiledning(Wiley et al., 2012). Flere fordeler ble beskrevet ved bruk av kommunikasjonsmetode i veiledning. Fordelene var at pasienten hadde stor medvirkning på samtalen og at pasientens autonomi ble ivaretatt. Ulemper som ble framhevet var mangel på tid, og at veilederen får en begrenset rolle med å gi informasjon(Miller & Beech, 2008). I opplæring av kommunikasjonsmetoder følte sykepleierne at det var en nær sammenheng mellom teori og praksis for å utvikle deres veiledningsferdigheter. De trodde at kombinasjon av øvingsøkter og det de hadde lært i kliniske settinger gjorde at gjennomføringen av kommunikasjonsmetoder ble mer effektiv. Selv om sykepleierne lærte nye metoder, uttrykte mange at de hadde vanskelig for å glemme de gamle vanene. Ved å lytte til pasienten uten å forstyrre med råd og instruksjoner, stille åpne spørsmål, og tillate pasienten å komme med egne refleksjoner, var dette kontraster til de tradisjonelle tilnæringsmetodene de hadde anvendt tidligere. Sykepleierne synes det var vanskelig å oppnå effektiv kommunikasjon ved bruk av kommunikasjonsmetoder i møte med pasienter som ikke ville ta ansvar for sin egen helse(Soderlund, Nilsen, & Kristensson, 2008).

At sykepleierne ønsker å arbeide tverrfaglig med andre profesjoner

Sykepleierne opplevde at det var utfordrende å bidra til livsstilsendring hos pasientene(Hansson, Rasmussen & Ahlstrom, 2011). De fremhevet at sykepleierne var den rette profesjonen i dette arbeidet, og de hadde en sentral rolle i både forebygging og behandling av overvekt og fedme(Wilhelmsson & Lindberg, 2009; Hansson et al., 2011). Svært få av pasientene hadde suksess med å gå ned i vekt, noe som bidro til at sykepleierne ble mindre optimistisk til sine egne muligheter for å bidra til suksessfull livsstilsendring(Hansson, Rasmussen, & Ahlstrom, 2011). For å kunne bidra til at livsstilsveiledningen ble mindre utfordrende, hadde sykepleierne stor interesse av å ha en ernæringsfysiolog knyttet opp mot deres praksis. Dette var spesielt viktig i vanskelige eller komplekse tilfeller(Mercer & Tessier, 2001). Det var bred enighet om at det er viktig å danne et team hvor det er flere ulike kompetansepersoner, for å oppnå en helhetlig livsstilsveiledning. En sykepleier fortalte at det var positivt å arbeide på en arbeidsplass hvor det var leger, ernæringsfysiologer og i tillegg sykepleiere med kunnskap om kognitiv terapi. Ved å samle disse profesjonene i tverrfaglige team, kunne dette være et grunnlag for å skape et kunnskapsrikt team i arbeidet med overvektige(Hansson et al., 2011). Sykepleierne erfarte at nøkkelen til suksess i helsefremming var at arbeidsplassen hadde dokumenterte felles mål, og at personalet prioriterte de samme målene. En annen inspirerende faktor for å lykkes, var å inspirere og dele kunnskap med hverandre(Wilhelmsson & Lindberg, 2009). Samarbeidet mellom ulike profesjoner var bra i de fleste tilfellene, men noen sykepleiere følte at de ikke fikk nok tilbakemeldinger fra ernæringsfysiologene. Det var også mangel på tydelige rollefordelinger og ansvarsområder mellom sykepleierne og ernæringsfysiologene(Jansink, Braspenning, Weijden, Elwyn, & Grol, 2010).

At sykepleierne erfarte mangel på tid og pasientens holdninger som barrierer for å lykkes med livsstilsendring

Sykepleierne erfarte at mangel på tid var en barriere for å kunne lykkes med å bidra til livsstilsendring(Brobeck, Bergh, Odenrants, & Hildingh, 2011; Wilhelmsson & Lindberg, 2009; Poskiparta, Kasila, & Kiuru, 2006; Hansson, Rasmussen, & Ahlstrom, 2011; Mercer & Tessier, 2001; Buchholz, Purath, & Rittenmeyer, 2009; Gudzone, Clark, Appel, & Bennett,

2012; Timmermann, Reifsnider, & Allan, 2000). En av oppfatningene var basert på at sykepleierne var underbemannet, og at de følte manglende støtte fra ledelsen om hvordan de skulle prioritere. Sykepleierne måtte gjøre grunnleggende medisinske oppgaver som tok tiden bort fra helsefremming(Wilhelmsson & Lindberg, 2009). Videre beskrev noen at hovedoppgaven til sykepleiere var å bidra i behandling av sykdommer, og at overvekt og fedme ble sett på som en tilstand som kunne føre til diabetes og andre tilleggssykdommer. Flere sykepleiere ønsket at det skulle bevilges mer tid til forebyggende arbeid slik at ikke alt handlet om sykdommer og behandlingen av disse(Hansson et al., 2011). Mangel på tid gjorde at livsstilsveiledningene ofte ble formulert med minimale tilbakemeldinger eller kommentarer som understøttet det pasienten snakket om. Selv om pasientene tok opp forhold under veiledningen som motiverte eller demotiverte til livsstilsendring, ble ikke dette fulgt opp av sykepleierne på grunn av tidsbegrensninger(Poskiparta et al., 2006). Noen sykepleiere ønsket å ha en helhetlig og kreativ tilnærming, men at dette ble sett på som vanskelig på grunn av at veiledningen var satt til kun 15 minutter(Buchholz et al., 2009). Løsningen ble å gi standard veiledning om livsstilsendring og vektnedgang, og dele ut brosjyrer i stedet for å individualisere veiledningen(Gudzune et al., 2012).

Sykepleierne erfarte at livsstilsendringer var en lang prosess, og at det var viktig å tillate at endringene tar tid(Brobeck et al., 2011). Mange opplevde at pasienter hadde falske forhåpninger når det gjaldt veiledningen og at de trodde det skulle gå raskt å endre livsstil(Carlfjord, Lindberg, & Andersson, 2012). Flere pasienter ville ha noe som førte til resultater med en gang, noe sykepleierne følte var frustrerende. En sykepleier beskrev at slik samfunnet har blitt nå, ønsker man resultater umiddelbart uten å bruke tid på det(Buchholz et al., 2009). Flere fortalte at pasienten ofte benekter problemene som er relatert til sin livsstil, og at de ikke selv ser hvordan de kan bidra til å forbedre egen helse(Carlfjord et al., 2012; Jansink, Braspenning, Weijden, Elwyn, & Grol, 2010). Noen uttrykte også at livsstilsveiledning var hardt arbeid og at sykepleierne noen ganger følte de gjorde all jobben. Dette gjorde at de følte seg frustrert og fikk dermed redusert motivasjon for å praktisere livsstilsveiledning(Wiley, Irwin, & Morrow, 2012). Andre fortalte at noen pasienter forventet at de skulle finne en løsning som fungerte og at pasienten dermed la alt ansvaret over på dem, i stedet for å ta ansvar selv(Hansson et al., 2011).

Sykepleierne fortalte at en av de største barrierene var pasientens egne holdninger og vaner. Blant annet uttrykte de frustrasjon over pasientens mangel på engasjement for fysisk aktivitet som en del av livsstilsendringen. Noen beskrev også at de kunne gi veiledning i flere timer, men om pasienten bestemte seg for å følge rådene gitt under veiledningen var pasientens eget valg (Buchholz et al., 2009). Sykepleierne erfarte at overvektige pasienter ofte kom med unnskyldninger for å ikke møte til avtaler og følge rådene som var gitt. De nevnte også at pasienten skyldte på familieproblemer, mangel på tid, mangel på penger og av og til smerter (Hansson et al., 2011). De fleste mente at det var pasientens uvilje til å endre livsstil som var en stor barriere, og ikke pasientens utilstrekkelige kunnskap om hvilke risikoer en usunn livsstil kan føre til (Jallinoja, Absetz, Kuronen, Nissinen, Talja, Uutela, & Patja, 2007). Noen mente at hovedbarrierene var at pasientene falt tilbake til usunn livsstil og hadde mangel på interesse for å endre livsstil. Videre beskrev sykepleierne at manglende planlegging av avtaleoppfølging og lav suksess med atferdsendingsresultater var faktorer som førte til følelse av lav selvtilit og kompetanse for å effektivt tilrettelegge for atferdsendring (Timmermann et al., 2000). Av og til opplevde sykepleierne også mangel på empati og følte seg motløs på grunn av dette. Det oppstod når de ikke forsto hvorfor det var vanskelig å forandre en bestemt livsstil, da dette ikke var en barriere for sykepleierne selv (Jansink et al., 2010). Andre faktorer som førte til at sykepleierne mistet motivasjon selv var at de stadig måtte gjenta livsstilsrådene og at de hadde lite håp om at pasienten skulle endre sine levevaner (Jansink et al., 2010). Noen sykepleiere opplevde at pasientene har motivasjonen som skal til for å endre livsstil, men at de er motvillige til å gjøre de nødvendige endringene i praksis (Hansson et al., 2011).

4. DISKUSJON

Hensikten med oppgaven er å belyse sykepleiernes erfaringer med å bidra til livsstilsendringer hos overvektige pasienter i primærhelsetjenesten. Resultatet viser at sykepleieren bygger relasjon med pasienten for å kunne gi individuell veiledning, at sykepleieren føler mangel på og ønsker mer veiledningskunnskap, at sykepleieren mener det er viktig å arbeide tverrfaglig med andre profesjoner og at sykepleieren erfarer mangel på tid og pasientens holdninger som barrierer for å lykkes med livsstilsendring (Travelbee, 1997). Resultatet vil bli diskutert i lys av Joyce Travelbee's sykepleieteori, ulike lovverk og retningslinjer.

Resultatet viser at sykepleieren bygger relasjon med pasienten for å kunne gi individuell veiledning. Det viser også at de fleste sykepleierne mener det er viktig å ha et åpent sinn, bli kjent med pasienten og hans/hennes liv og bevare pasientens autonomi for å opprette et tillitsfullt samarbeidsforhold med pasienten. Dette samsvarer med det som står i Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging, utredning av overvekt og fedme hos voksne der genuin respekt i møtet med pasienten blir beskrevet som avgjørende for enhver forandring i livsstil. Det er viktig å kunne forstå hva som hindrer den overvektige pasienten til fysisk aktivitet, sosiale relasjoner og hva som gir økt spisetrang. Langvarig oppfølging og vedvarende støtte er helt avgjørende for et godt resultat (Helsedirektoratet 2010a). Joyce Travelbee (1997) støtter det retningslinjene sier, at å etablere et menneske-til-menneske-forhold med gjensidig kontakt og forståelse er det overordnede målet for all sykepleie. I dette tilfellet kan menneske-til-menneske-forhold bety relasjon mellom sykepleieren og pasienten, og at gjensidig kontakt og forståelse speiler et tillitsfullt samarbeidsforhold. Videre viser resultatet at sykepleierne var nølende til å bringe samtalen inn på livsstilsendring, på grunn av en antakelse om at dette ville påvirke relasjonen i negativ retning. Samtidig ble det beskrevet at de ønsket å finne ut hvilke endringer pasienten ønsket og hvordan de skulle gå frem, og at dette styrket relasjonen i positiv retning. Ved at sykepleierne nølte med å bringe samtalen inn på temaer de antok var sårbare for pasienten, ble det vanskelig for sykepleieren å kartlegge aktuelle utfordringer, tanker og følelser hos pasienten, og dermed kunne skape en god relasjon. I tillegg kan den nølende framgangsmåten vekke usikkerhet hos pasienten ved inkongruens i kommunikasjonen. Inkongruens betyr her at formidlingen verbalt og nonverbalt ikke stemmer overens. En hjelper vil forvente av seg selv å være til hjelp og bidra til det beste hos den andre personen, men dersom en står overfor en person man ikke tror eller er usikker på om man kan hjelpe, vil ens nonverbale respons lett gjenspeile noe av den usikkerheten. Videre bekreftes

det at slik inkongruens vil kunne skape utrygghet og mistillit og undergrave relasjonsarbeidet. Ved at sykepleieren observerer, gjenkjenner og arbeide med denne typen av inkongruens, vil dette øke tryggheten og styrke arbeidsalliansen(Eide & Eide, 2007).

Resultatet viser at sykepleieren så viktigheten med å veilede pasienten om en realistisk vektnedgang. Det viser også at sykepleieren og pasienten hadde ulike oppfatninger av hva som var realistisk vektnedgang, og at pasienten ofte forventet umiddelbare resultater. Nasjonale retningslinjer støtter sykepleierens erfaringer, at målene må oppleves som relevante, nærliggende i tid, og som aktuelle i forhold til pasientens psykososiale liv. Videre bør pasienten sette opp egne mål, mens behandler hjelper til med at realistiske mål blir satt. I tillegg til det resultatet viser, beskriver retningslinjene at målene må være spesifikke og at de må formuleres som delmål som kan bygges på nye delmål, hvor man jobber mot varige endringer som blir en vane(Helsedirektoratet 2010a). Videre hadde noen sykepleiere en oppfatning av at pasientens kunnskaper ikke er en utfordring. Derimot kan pasientens urealistiske forventninger om et umiddelbart resultat gjenspeile at kunnskapen til pasienten ikke er tilstrekkelig, og at det derfor kan være en utfordring i livsstilsveiledningen.

Resultatet viser at sykepleiere føler mangel på og ønsker mer veiledningskunnskap. Det viser også at de mener det er vesentlig å kartlegge pasientens utfordringer, men at de mangler pedagogiske ferdigheter for å hjelpe pasienten til å endre livsstil ut i fra hans/hennes nivå. Joyce Travelbee(1997) støtter viktigheten med kartlegging, og hevder at gjennom observasjon og kommunikasjon kan sykepleieren identifisere pasientens behov og at dette er det første nødvendige skrittet ved planlegging av sykepleieintervensjoner(Travelbee, 1997). I dette tilfellet vil identifisering kunne bety kartlegging, mens sykepleieintervensjon kan bety sykepleiernes livsstilsveiledning. Nasjonale retningslinjer sier at en grundig kartlegging av pasientens vekthistorie kan gi indikasjoner om hvilke årsaksforhold som har størst betydning for akkurat denne personen, og bygger dermed opp under sykepleierens antakelser om at kartlegging er viktig for livsstilsveiledning(Helsedirektoratet 2010a). Mangel på kunnskap hos sykepleierne kan tyde på at opplæringen i utdanningen er mangelfull i forhold til veiledningskunnskap. Utdanning og forskning er i følge Stortingsmelding nr. 13 nøkkelfaktorer for å møte de store utfordringene i helse-og velferdstjenestene, og utdanningene må forbedres for å kunne svare bedre på framtidens kompetansebehov og bidra til tjenester av høy kvalitet(St. meld 13, 2011-2012). Yrkesetiske retningslinjer for

sykepleiere(2011) fremhever at sykepleieren skal oppdatere seg om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen sitt eget fagområde og dermed bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis(NSF, 2011) I dette tilfellet har sykepleieren mangel på veiledningskunnskap, og forbedring av opplæring i veiledningskunnskaper basert på forskning under utdanningen kan føre til økt kompetanse i livsstilsveiledningen for overvektige pasienter.

Resultatet viser at flere sykepleiere hjalp mange pasienter til en bedre helse, til tross for begrensede kunnskaper og manglende ferdigheter i kommunikasjonsteknikker. Joyce Travelbee(1997) hevder at det er mulig for en sykepleier å være en dyktig observatør uten nødvendigvis å være i stand til å utnytte kommunikasjonsprosesser på en målrettet måte, men at det er umulig å kommunisere meningsfylt og målrettet uten å være en dyktig observatør(Travelbee, 1997). I dette tilfellet kan det antas at sykepleieren har hjulpet flere til en bedre helse på grunn av utnyttelse av observasjonsevner til å kommunisere målrettet med pasienten. Videre beskrev noen sykepleiere at de så på manglende suksess i livsstilsendringen som noe positivt fordi pasienten kan lære av erfaringen. Samtidig så noen på dette som negativ fordi det bidro til å svekke sykepleierens tro på sin egen kompetanse. Dette kan tyde på at sykepleieren er utrygg på sin egen kunnskap og at dette kan føre til at deres selvtillit som hjelper kan bli nedsatt og sårbar når pasienten mislykkes.

Resultatet viser at sykepleierne forsøkte å oppmuntre til livsstilsendring selv om pasienten ikke lyktes med endringene, og at en motivasjon for å gå ned i vekt var pasientens følelse av stigmatisering i samfunnet. I følge Nasjonale retningslinjer er behandlerens oppgave å motivere pasienten til å fortsette eller gjenoppta innsatsen når det kommer skuffelser og korte/lengre tilbakefall som er en naturlig del av endringsprosessen. Videre er det også nevnt at utgangspunktet for endringsbehovet er at pasienten skammer seg over eller er misfornøyd med sin overvekt. Samtidig er det akkurat denne misnøyen som kan være drivkraften i en endringsprosess(Helsedirektoratet, 2010a). I dette tilfellet er sykepleiernes meninger og handlinger i tråd med retningslinjenes anbefalinger. Resultatet viser også at mange sykepleiere var forsiktige når de gikk fram for å snakke om livsstilsendringer og vektnedgang slik at pasienten ikke følte seg fornærmet og følte behov for å forsvare seg. Det ble understreket at å vise respekt for pasienten var essensen i helsefremming. Joyce Travelbee (1997) mener at et kjennetegn på den ikke-dømmende holdningen er vidsyn og ydmykhet, men at den ikke-dømmende holdningen er en myte fordi alle mennesker har en tendens til å

bedømme andres adferd. Kriterier en ofte dømmer ut i fra er som regel basert på i hvor stor grad den andre følger eller avviker fra ens egne atferdsnormer(Travelbee, 1997). I dette tilfellet kan sykepleiernes tilbakeholdenhet i samtalen om livsstilsendringer knyttes til at de forsøker å ha en ikke-dømmende holdning ved å være ydmyk. Yrkesetiske retningslinjer(2011) understreker at sykepleiere skal ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet og herunder ivareta retten til ikke å bli krenket(Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011). Den ikke-dømmende holdningen til sykepleierne kan være en måte å ivareta disse yrkesetiske retningslinjene på.

Resultatet viser at sykepleierne erfarte at opplæring i ulike kommunikasjonsteknikker kunne være nyttig i arbeidet med livsstilsveiledning. Alle sykepleierne ønsket å få mer opplæring i kommunikasjonsmetoder og at de mente dette kunne bidra til mer meningsfulle og gode livsstilsveiledninger. I primærhelsetjenesten er frisklivssentraler en aktuell arena for å gjennomføre livsstilsveiledninger. I veilederen for kommunale frisklivssentraler (2011) anbefales det at sykepleiere har grunnopplæring i motiverende intervju eller annen tilsvarende kommunikasjonsmetoder om endring av helseatferd (Helsedirektoratet 2011). Joyce Travelbee (1997) advarer mot å tro at kommunikasjonsteknikker er mirakelkurer for problematiske interaksjoner, men at det likevel er viktig å mestre de ulike metodene for å oppnå sykepleiens hensikt(Travelbee, 1997). I dette tilfelle støtter både Joyce Travelbee og Veilederen for kommunale frisklivssentraler at mer kunnskap om kommunikasjonsteknikker er essensielt i livsstilsveiledning. Resultatet viser også at selv om enkelte sykepleiere har fått opplæring i ulike kommunikasjonsteknikker har de vanskelig for å glemme gamle kommunikasjonsvaner. For at sykepleieren skal kunne opprettholde anvendelsen av kommunikasjonsteknikker i praksis, kan det være nødvendig at organisasjonen har mer fokus på opplæring, og at fagutviklende kurs får en større plass i sykepleiernes arbeidshverdag.

Resultatet viser at sykepleiere ofte bevisstgjorde pasienten om helsegevinster, hvordan vektnedgang kan forbedre medisinske tilleggslidelser og noen delte positive vektnedgangshistorier. Nasjonale retningslinjer støtter sykepleiernes meninger ved at det er viktig å informere pasienten om at selv en moderat vektreduksjon kan gi relativt stor helsegevinst(Helsedirektoratet, 2010a). Yrkesetiske retningslinjer (2011) hevder at sykepleieren skal holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen sitt fagområde og dermed bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis(NSF, 2011). For at

sykepleieren skal kunne gi informasjon om helsegevinster og medisinske tilleggs lidelser bør sykepleieren gi oppdatert informasjon til pasienten. Likevel skal sykepleieren erkjenne grensene for sin egen kompetanse og søke veiledning i vanskelige situasjoner (Yrkesetiske retningslinjer, 2011).

Resultatet viser at sykepleierne ønsker å arbeide tverrfaglig med andre profesjoner. I denne sammenhengen er tverrfaglighet flere forskjellige yrkesgrupper/profesjoner som har et forpliktende samarbeid der alle bidrar aktivt og tar felles beslutninger. Et annen type faglig samarbeidsmetode kalles flerfaglighet som i denne sammenheng er autonome profesjonsutøvere som jobber selvstendig, men som har fokus på å informere hverandre. Faggruppene påvirker hverandre i liten grad i konkrete tiltak (Orvik, 2004). Noen sykepleiere beskrev at det var viktig å danne et team for å gi helhetlig rådgivning, mens andre forklarte at det var positivt å jobbe på en arbeidsplass der hvor det var tilgang på leger og sykepleiere. Det første stemmer overens med definisjonen av tverrfaglighet, mens det andre kan tolkes som et flerfaglig samarbeid. Det kan derfor være rom for tolkning i hva sykepleierne i studiene mener med begrepet tverrfaglighet. I samarbeid med andre yrkesprofesjoner viser resultatet at sykepleierne opplever mangel på tydelige rolleavklaringer og ansvarsområder. Stortingsmelding 47 (2008-2009) beskriver at forebyggende helsearbeid skal styrkes i kommunene og at helsepersonell har det største ansvaret for dette. Samhandlingsreformen refererer til «helsepersonell» som et samlebegrep og det kan føre til at det kan bli vanskelig for ulike profesjoner å se sine ansvarsområder i et tverrfaglig helseforebyggende arbeid. I likhet med samhandlingsreformen refererer Folkehelseloven ansvaret over til «kommunen» generelt, og at dette også kan bidra til uklare rolleavklaringer for de ulike profesjonene. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) nevner at det er viktig at sykepleieren skaper gode tverrfaglige samarbeidsforhold i alle deler av helsetjenesten (NSF, 2011). Sykepleierens rolle i et tverrfaglig samarbeid kan oppleves som uklar i både samhandlingsreformen, folkehelseloven og i yrkesetiske retningslinjer. Dette kan derfor bidra til at sykepleierne føler usikkerhet rundt sitt eget ansvarsområde, og at de dermed blir usikker på andre profesjoners ansvar i et tverrfaglig samarbeid i helseforebyggende arbeid.

Resultatet viser at sykepleieren erfarte mangel på tid som en barriere for å kunne lykkes med å bidra til livsstilsendring. Det viser også at sykepleierne måtte prioritere medisinske oppgaver og at de ønsket å få bevilget mer tid til forebyggende arbeid. Ifølge Samhandlingsreformen(2008-2009) gjør helsetjenesten for liten innsats for å forebygge sykdom og igangsette tidlig intervensjon og at det er behov for å styrke helsefremmende og forebyggende tiltak(St. meld 47, 2008-2009). I dette tilfellet viser det at sykepleiernes forebyggende rolle er begrenset på grunn av mangel på tid, og at samhandlingsreformen støtter ønsket til sykepleierne ved å forsøke å øke innsatsen, slik at forebyggende tiltak får et større fokus i primærhelsetjenesten. I tillegg til at samhandlingsreformen vil styrke de forebyggende tiltakene i kommunehelsetjenesten, beskrives det også at kommunene skal få et større ansvar for å kunne behandle enklere medisinske tilstander(St. meld 47, 2008-2009). I dette tilfellet kan samhandlingsreformens fokus på både forebygging og mer avansert behandling i kommunene føre til at sykepleierne som nevnt tidligere, fortsatt må prioritere de medisinske oppgavene fremfor helseforebygging. Videre viser resultatet at underbemanning, manglende støtte fra ledelsen og ulike målsettinger mellom ledelsen og ansatte er store barrierer for sykepleierne, for å kunne styrke det helsefremmende arbeidet og bidra til livsstilsendringer. Disse barrierene kan ha forankring i at helsefremming har for lite fokus på høyere ledernivå, og at det derfor blir nedprioritert på ansattnivå. Organisasjonen i kommunen har et ansvar for tiltak i forhold til folkehelsens utfordringer og helsefremming. I Folkehelseloven jf. 5 står det at: «Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer» (Lov om folkehelsearbeid, 2011). Denne loven sier ikke noe om hvordan organisasjoner skal prioritere å tilrettelegge for og kunne iverksette disse tiltakene. Likevel kan sykepleierne bidra ved å ta initiativ til fagutviklingstiltak og engasjere seg helsepolitisk. Dette kan gi de mulighet til å påvirke utviklingen i ønsket retning på lang sikt(Orvik, 2004). Prioriteringen og tilretteleggingen av helsefremming i organisasjonen kan dermed bli styrket.

Resultatet viser at sykepleierne opplever pasientens uvilje til å endre livsstilsvaner, mangel på engasjement og manglende interesse, som barrierer for livsstilsendring. I tillegg følte mange sykepleiere frustrasjon over at de gjorde all jobben, og at ansvaret ble lagt over på dem. Barrierene hos pasienten kan sammenkobles til at pasientens egen motivasjon er manglende. Nasjonale retningslinjer hevder at motivasjon er en grunnleggende faktor i all behandling, og uten pasientens deltakelse og utholdenhet skjer ingen endring. Endringsprosesser drives av en

indre motivasjon som er en følelse av positiv holdning til seg selv, en følelse av mestring og selvaktelse. Ytre motivasjon har trolig mindre virkning spesielt når det handler om kompliserte forhold som vekt, kropp og levevaner (Helsedirektoratet, 2010a). I dette tilfellet kan sykepleiernes oppfatning av barrierene ha opphav i manglende motivasjon hos pasienten, og at indre motivasjon hos pasienten er nødvendig for å takle disse barrierene. Videre kan sykepleierne i dette tilfellet være den ytre motivasjonen, og at de dermed har mindre virkning enn pasienten selv. Utfordringer for sykepleieren kan være å finne ut hva som skal til for å øke den indre motivasjonen. Travelbee (1997) betegner håp som en motiverende faktor bak menneskelig atferd, fordi håpet representerer en lysere fremtid (Travelbee, 1997). Håp kan karakteriseres som en faktor som sykepleierne kan bidra med i sin livsstilsveiledning. På en annen side kan det være vanskelig for sykepleierne å vite hva som kan bidra til økt motivasjon og håp, fordi det som virker oppmuntrende og motiverende for noen pasienten kan demotivere og ta motet fra andre (Helsedirektoratet, 2010a).

4.1. METODEDISKUSJON

På grunn av få funn av artikler som direkte svarte opp mot hensikten, ble det ansett som nødvendig å benytte artikler knyttet til livsstilsveiledning om motiverende intervju og livsstilssykdommer som diabetes type 2. Årsaken til at kommunikasjonsteknikken motiverende intervju ble benyttet, er fordi den ofte ble referert til i litteraturstudier innen livsstilsendring. Valget begrunnes ved å kunne belyse hvilke erfaringer sykepleiere har etter å ha fått opplæring i en teknikk som kan gjøre livsstilsveiledning til en mindre utfordring. Studier med utgangspunkt i tilleggssykdommer ble valgt på grunn av at livsstilsendring hos overvektige ofte er forbundet med diabetes type 2. Det ble søkt på artikler i flere databaser, men de fleste ble funnet i fulltekst på PubMed. Dette er årsaken til at denne databasen ble mest anvendt. Artikler som ble ekskludert var ofte på grunn av feil perspektiv i forhold til hensikten, at det omhandlet barn eller at de hadde mangler i den vitenskapelige oppbygningen av studien. Det ble ikke søkt spesifikt på årstall i store deler av søkeprosessen, men artikler eldre enn 2000 ble ekskludert av hensyn til at det er ønsket et oppdatert resultat. Alle studiene er blitt gjennomført i andre land, og dette kan gjøre resultatet noe utfordrende å knytte opp mot helsevesenet i Norge. Artikkene som ble gjennomført i Norden kan bli sett på som mer relevante og lettere å relatere til det norske helsesystemet. Alle artikkene ble skrevet på engelsk

uavhengig av land. Oversettelsen fra engelsk til norsk vil kunne gi rom for tolkning, dannelse av sammenhenger og ufullstendig språk. På grunn av oppgavens ordbegrensning og lite forskning på området, kan antall artikler som har blitt brukt føre til at resultatet kan bli vanskelig å generalisere. Likevel kan oppgaven ses på som et verdifullt bidrag til sykepleierne fordi den viser en god oversikt over forskningen som er gjort på området. I tillegg til å belyse sykepleiernes erfaringer med livsstilsveiledning , kan oppgaven også bidra til at sykepleierne kan forstå hvilke barrierer som kan oppstå i helsefremming generelt.

5. KONKLUSJON

Hensikten i studien var å belyse sykepleiernes erfaringer med å bidra til livsstilsendring hos overvektige pasienter i primærhelsetjenesten.

- Sykepleierne erfarte at å bygge relasjon med pasienten var det viktigste grunnlaget for å kunne gi individuell veiledning. Relasjonen blir skapt gjennom at sykepleieren viser respekt for pasienten, har et åpent sinn og bevarer pasientens autonomi. Dette samsvarer med Joyce Travelbee som beskriver viktigheten med dannelse av et menneske-til-menneske-forhold og Nasjonale retningslinjer som hevder genuin respekt for pasienten blir ansett som avgjørende for et godt resultat.
- Sykepleierne understreket viktigheten med å kunne veilede pasienten mot en realistisk vektnedgang. Nasjonale retningslinjer støtter sykepleierens erfaringer med at målene må oppleves som relevante, nærliggende i tid og som aktuelle i forhold til pasientens psykososiale liv.
- Sykepleierne følte mangel på tilstrekkelig veiledningskunnskaper og pedagogiske ferdigheter innen ulike kommunikasjonsteknikker. Joyce Travelbee og Nasjonale retningslinjer støtter viktigheten med kartlegging. En løsning kan være flere kurs, møter, konferanser om kosthold og motivering hos overvektige pasienter. Stortingsmelding nr. 13 og Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere beskriver at utdanning og forskning er nøkkelfaktorer for å svare bedre på framtidens kompetansebehov og bidra til tjenester av høy kvalitet.
- Sykepleierne forsøkte å oppmuntre til livsstilsendring selv om pasienten ikke lyktes med endringene, og at en motivasjon for å gå ned i vekt var pasientens følelse av stigmatisering i samfunnet. Dette samsvarer med Nasjonale retningslinjer som mener det er behandlerens oppgave å motivere pasienten til å gjenoppta innsatsen når tilbakefall i endringsprosessen oppstår. Videre beskriver Travelbee at sykepleierens ikke-dømmende holdning er viktig, men at alle mennesker har en tendens til å bedømme andres atferd
- Sykepleierne hadde ønsker om å arbeide sammen med andre profesjoner for å oppnå en helhetlig livsstilsveiledning, men det ble også beskrevet mangel på tydelige rollefordelinger og ansvarsområder hvor dette ble gjort i praksis. Ansvarsområder og rollefordelinger er også uklare i Stortingsmelding nr.47 og Folkehelseloven, hvor det blir referert til «kommunen» og «helsepersonell». En løsning kan være at det blir

redegjort for hvilke ansvarsområder de ulike profesjonene har og hvilke rolle de skal ha i et tverrfaglig samarbeid.

- Sykepleierne erfarte at mangel på tid var en barriere for å lykkes med livsstilsveiledning, og at sykepleiernes forebyggende rolle derfor ble begrenset. Underbemanning, manglende støtte fra ledelsen, og ulike målsetninger mellom ledelsen og ansatte er store barrierer for sykepleierne for å styrke det helsefremmende arbeidet og bidra til livsstilsendring.
- Sykepleierne opplevde at pasientens uvilje, mangel på interesse og manglende engasjement, var barrierer for livsstilsveiledning. I tillegg mistet sykepleierne ofte motivasjonen da pasienten ofte la ansvaret over på dem.

Gjennom denne oppgaven har det blitt belyst sykepleiernes erfaringer med å bidra til livsstilsendringer. Forebygging og helsefremming med fokus på endring er en relativt ny tenkemåte blant helsepersonell, og dette kan være grunnen til at forskningsområdet er begrenset. Forslag til videre forskning kan være studier som belyser effekt av ulike kommunikasjonsteknikker, hvordan sykepleiere kan håndtere barrierer som oppstår under veiledningen, og hvordan sykepleiere kan jobbe helsefremmende med mennesker som har en risiko for overvekt og medisinske tilleggslidelser.

6. REFERANSELISTE

Bocquier, A., 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*(4), 787-795. doi: 10.1038/oby.2005.89

Borge, L., Christiansen, B., & Fagermoen, M.S. (2012). Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykkelig overvekt. *Sykepleien Forskning, 1*(7), 14-22. doi: 104220/sykepleienf.2012.0024

Brobeck, E., Bergh, H., Odencrants, S., & Hildingh, C. (2011). Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. *Journal of Clinical Nursing, 20*, 3322-3330. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03874.x

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. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04297.x

Buchholz, S. W., Purath, J., & Rittenmeyer, L. (2009). How outpatient nurse practitioner define the barriers and facilitators to physical activity counseling. *The Journal of Nurse Practitiners, 5*(9), 678-683. doi: 10.1016-j.nurpra.2009.05.016

Burke, L.E., & Wang, J. (2011) Treatment Strategies for Overweight and Obesity. *Journal of Nursing Scholarship, 43*(4), 368-375. Doi: 10.1111/j.1547-5069.2011.01424.x

Carlfjord, S., Lindberg, M., & Andersson, A. (2012). Staff perceptions of addressing lifestyle in primary health care: a qualitative evaluation 2 years after the introduction of a lifestyle intervention tool. *Biomedcentral Family Practice, 13*(99). Doi: 10.1186/1471-2296-13-99

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter. 4. utgave*. Oslo, Norge: Gyldendal Norsk Forlag AS.

De nasjonale forskningsetiske komiteer. [Online]. Tilgjengelig på:
<http://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Forskningsetisk-sjekkliste/>.
[Lastet 19. mars 2013]

Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. utgave. Oslo, Norge: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Folkehelseinstituttet (2010). *Folkehelse rapport 2010 – Helsetilstanden i Norge*. Oslo, Norge: Nasjonalt folkehelseinstitutt

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. 2. utgave. Stockholm, Sverige: Natur och kultur.

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. *Elsevier*, 89, 152-157. doi: 10.1016-j.pec.2012.06.033

Hansson, L.M., Rasmussen, F., & Ahlstrom, G. I. (2011). General practitioners' and district nurses' conceptions of the encounter with obese patients in primary health care. *Biomedcentral Family Practice*, 12(7). Doi: 10.1186/1471-2296-12-7

Helsedirektoratet. (2011). *Veileder for kommunale frisklivssentraler – Etablering og organisering*. Oslo, Norge: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2010a). *Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne. Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten*. Oslo, Norge: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2010b). *Folkehelsearbeidet – veien til god helse*. Oslo, Norge: Helsedirektoratet.

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. doi: 10.1080/02813430701691778

Jansink, R., Braspenning, J., Weijden, T., Elwyn, G., & Grol, R. (2010). Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis. *Biomedcentral Family Practice*, 11(41). Doi: 10.1186/1471-2296-11-41

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (2011). *Grunnleggende sykepleie. Bind 3*. 2.utgave. Oslo, Norge: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Krokstad, S., & Knudtsen, M.S. (2011). *Folkehelse i endring – Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag*. Levanger, Norge: HUNT forskningscenter.

Lov om folkehelsearbeid. (2011). Folkehelseloven 26.06.2011. [Online]. Tilgjengelig på: <http://www.lovdatab.no/all/hl-20110624-029.html> [Lastet ned 5.april 2013]

Mercer, S.W, & Tessier, S. (2001). A qualitative study of general practitioners' and practice nurses' attitudes to obesity management in primary care. *Health Bulletin*, 59(4), 248-253.

Miller, S.T., & Beech, B.M. (2009). Rural healthcare providers question the practicality of motivational interviewing and report varied physical activity counseling experience. *Elsevier*, 76, 279-282. doi: 10.1016/j.pec.2008.12.022

Norsk sykepleierforbund.(2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo, Norge: Norsk sykepleierforbund.

Orvik, A. (2004). *Organisatorisk kompetanse – i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo, Norge: J.W Cappelens Forlag AS.

Poskiparta, M., Kasila, K., & Kiuru, P. (2006). Dietary and physical activity counselling on type 2 diabetes and impaired glucose tolerance by physicians and nurses in primary healthcare in Finland. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 24, 206-210. doi: 10.1080/02813430600866463

Stortingsmelding nr. 13. (2011-2012). *Utdanning for velferd*. [Online]. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/pages/37006956/PDFS/STM201120120013000DDDPDFS.pdf>
[Lastet ned 6.april 2013]

Stortingsmelding nr. 47. (2008-2009). *Samhandlingsreformen*. [Online]. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf>
[Lastet ned 23.mars 2013]

Söderlund, L.L., Nilsen, P., & Kristensson, M. (2008). Learning motivational interviewing: exploring primary health care nurses' training and counselling experiences. *Health Education Journal*, 67(2), 102-109. doi: 10.1177/0017896908089389

Timmermann, G.M., Reifsnider, E., Allan, J.D. (2000). Weight management practices among primary care providers. *Journal of American Academy of Nurse Practitioners*, 12(4), 113-116.

Travelbee, T. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo, Norge: Universitetsforlaget AS.

Wiley, E.J., Irwin, J.D., & Morrow, D. (2012). Health care practitioners' perceptions of motivational interviewing training for facilitating behaviour change among patients. *Journal of Allied Health*, 41(3), 131-139.

Wilhelmsson, S., & Lindberg, M. (2009). Health promotion: facilitators and barriers perceived by district nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 15, 156-163. doi: 10.1111/j.1440-172x.2009.01740.x

World Health Organization (2013). *Obesity and overweight – Fact sheet*.

VEDLEGG 1

Forfatter År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode	Deltagere/Frafall	Hovedfunn
Elisabeth Brobeck, Håkan Bergh, Sigrud Odencrants & Cathrine Hildingh. 2011 Sverige Journal of Clinical Nursing	Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice.	Å beskrive sykepleierens erfaringer ved å bruke motiverende intervju som metode til helsefremming	Kvalitativ studie Intervju	20 sykepleiere	Sykepleierne opplevde at motiverende intervju som metode var krevende, berikende og nyttig. Resultatet viser også at motiverende intervju er et verdifullt verktøy for sykepleiere i primærhelsetjenesten som jobber med helsefremmende arbeid.
Susan W. Buchholz, Janet Purath, & Leslie Rittenmeyer 2009 USA The Journal for Nurse Practitioners	How to Outpatient Nurse Practitioners Define the Barriers and Facilitators to Physical Activity Counseling	Å bruke fokusgrupper til å undersøke hvilke barrierer som oppstår, og hvordan sykepleieren kan tilrettelegge for fysisk aktivitet gjennom veiledning.	Kvalitativ studie Fokusgruppeintervjuer	9 sykepleiere	Sykepleierne mente at veiledning om fysisk aktivitet ikke kom alene, men at pasienten i utgangspunktet kom med sykdomsrelaterte problemer. Sykepleierne mente at kreativitet var viktig i veiledningen. Tidsbegrensninger ble sett på som en barriere. Deltagerne diskuterte sin egen frustrasjon og fordømming.

VEDLEGG 1

<p>Siw Carlfjord, Malou Lindberg & Agneta Andersson. 2012 Sverige Biomedcentral</p>	<p>Staff perceptions of addressing lifestyle in primary health care: a qualitative evaluation 2 years after the introduction of a lifestyle intervention tool</p>	<p>Å undersøke helsepersonells opplevelser av å håndtere livsstilsproblemer, inkludert veiledningssituasjon og nytten av et databasert verktøy for livsstilsintervensjon.</p>	<p>Kvalitativ studie Fokusgruppeintervju</p>	<p>30 helsepersonell (12 sykepleiere, 9 allmennleger, 6 sykepleieassistenter og 3 «allied professionals»)</p>	<p>Helsepersonellet mente veiledning i livsstil er utfordrende, og at de ikke var trygg nok på egen kompetanse innen livsstilsproblematikk. Deltagerne mente at et databasert verktøy for livsstilsintervensjon er et supplement til livsstilsveiledning, men at det ikke ble sett på som et viktig verktøy for helsefremming.</p>
<p>Kimberly A. Gudzone, Jeanette M. Clark, Lawrence J. Appel, & Wendy L. Bennett. 2012 Irland Elsevier Irland</p>	<p>Primary care providers' communication with patients during weight counseling: A focus group study</p>	<p>Å undersøke hvordan helsepersonell kommuniserer med pasienter om vektkontroll.</p>	<p>Kvalitativ studie Fokusgruppeintervjuer</p>	<p>30 helsepersonell / 4 frafall</p>	<p>Studien indentifiserte tre kommunikasjonsbaserte temaer. 1. Å kunne motivere pasienten til vektnedgang. 2. Å kunne samarbeide med pasienten for å oppnå vektnedgang. 3. Å håndtere utfordringer som oppstår under vektveiledning.</p>

VEDLEGG 1

<p>Lena M. Hansson, Finn Rasmussen & Gerd I Ahlstrom. 2011 Sverige Biomedcentral</p>	<p>General practitioners' and district nurses' perceptions of the encounter with obese patients in primary health care.</p>	<p>Å undersøke allmennleger og sykepleieres forestillinger om å møte pasienter med fedme i primærhelsetjenesten.</p>	<p>Kvalitativ studie Intervju</p>	<p>20 deltagere (10 allmennleger og 10 sykepleiere)</p>	<p>Fem kategorier ble identifisert: Å øke tilstrekkelig helsetilbud, fremme livsstilsendringer, øke kompetanse, danne nye vaner og forstå pasientens holdninger. Deltagerne synes pasienter med overvekt må prioriteres, men at en rekke barrierer hos pasienten gjorde det utfordrende.</p>
<p>Piia Jallinoja, Pilvikki Absetz, Risto Kuronen, Aulikki Nissinen, Martti Talja, Antti Uutela & Kristiina Patja 2007 Finland Scandinavian journal of primary health care</p>	<p>The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses</p>	<p>Å undersøke leger og sykepleieres syn på pasienter og profesjonelle roller i håndteringen av livsstilsrelaterte sykdommer og risikofaktorer forbundet med disse.</p>	<p>Kvantitativ studie Spørreskjema</p>	<p>220 deltagere (161 sykepleiere og 59 leger)</p>	<p>Deltakerne var enig om at den største barrieren er pasientens uvilje for å endre vaner. Pasientens utilstrekkelig kunnskap var regnet som en mindre barriere. Selv om flestparten av både leger og sykepleiere var enig om å gi veiledning, å motivere og støtte pasienten i livsstilsending er en del av deres oppgave, innrømte mer enn halvparten av deltakerne at de hadde utilstrekkelig ferdigheter i livsstilsveiledning.</p>

VEDLEGG 1

<p>Renate Jansink, Jozè Braspenning, Trudy van der Weijden, Glyn Elwyn, & Richard Grol. 2010 Nederland Biomedcentral</p>	<p>Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis</p>	<p>Å undersøke hvilke barrierer sykepleiere møter i livsstilsrådgivning til pasienter med diabetes type 2.</p>	<p>Kvalitativ studie Intervju</p>	<p>12 sykepleiere</p>	<p>Sykepleierne mente at de fleste barrierene handlet om pasientens kunnskap om sunn livsstil, begrenset innsikt i egen atferd og at pasientene manglet motivasjon til å endre livsstil eller manglende disiplin for å opprettholde en forbedret livsstil. Mangel på veiledningsferdigheter og mangel på tid var også barrierer i effektiv livsstilsveiledning.</p>
<p>Stewart W. Mercer & Sophie Tessier. 2001 Storbritannia Health Bulletin</p>	<p>A qualitative study of general practitioners' and practice nurses' attitudes to obesity management in primary care.</p>	<p>Å undersøke allmennleger og sykepleieres syn på fedme, deres strategier og holdninger angående vektkontroll, og deres syn på hindringer for å bedre overvektshåndtering i primærhelsetjenesten.</p>	<p>Kvalitativ studie Intervju</p>	<p>20 deltagere (10 allmennleger og 10 sykepleiere)</p>	<p>Deltagerne forsto at overvekt var et stort problem, men hadde liten entusiasme for livsstilsveiledning. Flere poengterte at urealistisk vekttap, mangel på suksess og mangel på motivasjon var hovedbarrierene. Forslag for å bedre overvektshåndteringen var bedre tid, bedre tilrettelegging, flere ernæringsfysiologer og mer veiledning om fysisk aktivitet i primærhelsetjenesten.</p>

VEDLEGG 1

<p>Stephania T. Miller & Bettina M. Beech. 2008 USA Elsevier Ireland</p>	<p>Rural healthcare providers question the practicality of motivational interviewing and report varied physical activity counseling experience.</p>	<p>Å vurdere helsepersonells erfaringer med veiledning om fysisk aktivitet og meninger om motiverende intervju som metode.</p>	<p>Kvalitativ studie Fokusgruppeintervju</p>	<p>33 helsepersonell (64 % sykepleiere)</p>	<p>54 % rapporterte at de følte seg lite komfortabel med å veilede om fysisk aktivitet på grunn av mangel på kunnskaper, mangel på kjennskap til anbefalinger og individuelle utfordringer ved å bli fysisk aktiv. Motiverende intervju ble sett på som en effektiv tilnæringsmetode, men helsepersonellet synes veilederens rolle i å gi råd ble svært begrenset.</p>
<p>Marita Poskiparta, Kirsti Kasila & Paivi Kiuru 2006 Finland Scandinavian Journal of Primary Health Care.</p>	<p>Dietary and physical activity counselling on Type 2 diabetes and impaired glucose tolerance by physicians and nurses in primary healthcare in Finland.</p>	<p>Å undersøke veiledning om kosthold og fysisk aktivitet, og argumentene som blir brukt når man diskuterer fysisk aktivitet og forbruk av fettstoffer.</p>	<p>Kvalitativ studie Videotapet 129 livsstilsveiledninger</p>	<p>12 deltagere (7 leger og 5sykepleiere)</p>	<p>Leger og sykepleiere brukte liten tid på veiledning i kosthold og fysisk aktivitet. Veiledningen besto hovedsakelig av korte spørsmål med minimale tilbakemeldinger fra begge parter. Selv om pasientene beskrev hvilke faktorer som oppmuntret eller demotiverte til fysisk aktivitet ble ikke disse faktorene vanligvis ikke fulgt opp av helsepersonell.</p>

VEDLEGG 1

<p>Lena Lindhe Soderlund, Per Nilsen, & Margareta Kristenson 2008 Sverige Health Educational Journal</p>	<p>Learning motivational interviewing: exploring primary health care nurses' training and counselling experiences</p>	<p>Å undersøke sykepleieres opplevelser med opplæring av motiverende intervju med formål å identifiser viktige elementer i prosessen ved å lære å bruke motiverende intervju.</p>	<p>Kvalitativ studie Intervju</p>	<p>20 sykepleiere</p>	<p>Intervjuene avdekket flere viktige faktorer for å lykkes med å lære å bruke motiverende intervju som metode. Sykepleierne mente at omfattende opplæring over lengre tid både teoretisk og i praktisk ble sett på som viktige aspekter for læring. En barriere var at sykepleierne synes det var vanskelig å glemme gamle kommunikasjonsmetoder.</p>
<p>Gayle M. Timmermann, Elizabeth Reifsnider & Janet D. Allan. 2000 USA Journal of the american academy of nurse practitioners</p>	<p>Weight management practices among primary care providers.</p>	<p>Å undersøke hvordan helsepersonell håndterer pasienter med overvekt.</p>	<p>Kvalitativ studie Intervju</p>	<p>32 deltagere/ 2 frafall</p>	<p>Sykepleierne anså at det var viktig å kartlegge hvilke utfordringer pasienten har i forhold til vektkontroll. Det som oftest ble kartlagt av sykepleierne ved det første veiledningsmøtet var vekt, endokrine sykdommer, aktivitetsnivå, stressnivå, familiehistorikk i forhold til overvekt, vekthistorikk og kostholdsvaner.</p>

VEDLEGG 1

<p>Erin J. Wiley, Jennifer D. Irwin & Don Morrow. 2012 Canada Journal of Allied Health</p>	<p>Health Care Practitioners' Perceptions of Motivational Interviewing Training for Facilitating Behaviour Change among Patients</p>	<p>Å undersøke helsepersonells meninger om en 1-dags workshop i motiverende intervju.</p>	<p>Kvalitativ studie Intervju</p>	<p>10 helsepersonell (Uspesifisert antall ernæringsfysiologer, farmasøyter, sykepleiere og sosionomer)</p>	<p>Før workshop veiledning, sett på som hardt arbeid for helsepersonell. Liten trygghet på egen kompetanse til å hjelpe og følelse av frustrasjon som barriere tatt opp. Etter workshop ble deltagerne mer motivert og inspirert. De følte at livsstilsveiledningen kunne bli enklere og mindre stressfullt ved bruk av motiverende intervju.</p>
<p>Susan Wilhelmsson & Malou Lindberg. 2009 Sverige International Journal of Nursing Practice</p>	<p>Health promotion: Facilitators and barriers perceived by district nurses.</p>	<p>Å undersøke spesialsykepleieres meninger om tilrettelegging og barrierer i arbeid med helsefremming.</p>	<p>Kvalitativ studie Intervju</p>	<p>54 spesialsykepleiere</p>	<p>Spesialsykepleierne uttrykte at sykepleie var den rette profesjonen til å jobbe med helsefremmende arbeid. De opplevde å bli sittende fast mellom sykdomsorientert og helsefremmende arbeid, og at prioriteringene var feil på grunn av tidsmangel.</p>