



Självständigt arbete (examensarbete), 15 hp, för  
Kandidatexamen i omvårdnad  
VT 2020

## Att prata om levnadsvanor

En litteraturstudie om sjuksköterskors erfarenheter

Sofie Olsson och Lilly Olander

**Författare**

Sofie Olsson och Lilly Olander

**Titel**

Att prata om levnadsvanor. En litteraturstudie om sjuksköterskors erfarenheter.

**Engelsk titel**

To talk about living habits. A literature study about nurses' experiences.

**Handledare**

Fredrik Gasser

**Examinator**

Marie Rask

**Sammanfattning**

**Bakgrund:** Ohälsosamma levnadsvanor är ett utbrett problem hos Sveriges befolkning. Sjuksköterskan har ett ansvar att starta upp samtal kring levnadsvanor med patienterna och hjälpa dessa till en hälsosammare livsstil. Det finns dock brister som gör att dessa samtal sker alltför sällan. **Syfte:** Syftet var att belysa sjuksköterskors erfarenheter av samtal om levnadsvanor. **Metod:** Föreliggande studie har genomförts som en litteraturstudie där kvalitativa artiklar har sammanställts till olika kategorier. De använda artiklarna hämtades ur databaserna CINAHL och PubMed, granskades utifrån HKR:s granskningsmall för kvalitativa studier och analyserades med hjälp av Fribergs analysmodell. **Resultat:** Sjuksköterskorna var medvetna om sitt ansvar kring att ta upp samtalet med patienterna men uttryckte att flera saker stod i vägen. Sjuksköterskorna tyckte framförallt att brist på tid och kunskap var hinder för ett optimalt samtal om levnadsvanor. Även patienten hade en central roll och inverkan på arbetet för att förbättra levnadsvanorna menade sjuksköterskorna. **Diskussion:** De tre centrala fynd som identifierades och diskuterades var; att det finns en konflikt i ansvarstagandet kring levnadsvanor, att vissa menar att sjuksköterskor alltid ska vara en förebild i hälsosamma levnadsvanor medan andra påstår att sjuksköterskan ska spegla verkligheten, samt att motiverande samtal är en uppskattad metod som upplevs fungera.

**Sökord**

Erfarenheter, levnadsvanor, samtal, sjuksköterskor.

# Innehåll

Inledning.....	5
Bakgrund .....	5
Syfte.....	7
Metod.....	7
Design.....	7
Sökvägar och Urval .....	7
Granskning och Analys .....	8
Etiska överväganden.....	9
Förförståelse .....	9
Resultat .....	10
Sjuksköterskan har ett viktigt ansvar vid samtal om levnadsvanor.....	10
Sjuksköterskans samtal om levnadsvanor pågår ständigt.....	10
Sjuksköterskans egen livsstil påverkar vid samtal om levnadsvanor .....	11
Bristen på tillgångar hindrar samtal om levnadsvanor .....	11
Tidsbrist utgör ett hinder för samtal om levnadsvanor.....	11
Kunskapsbrist står i vägen för samtal om levnadsvanor .....	12
Patienten behöver vara i fokus vid samtal om levnadsvanor .....	12
En intresserad och motiverad patient gör samtal om levnadsvanor meningsfullt .....	12
En god relation mellan patient och sjuksköterska är av betydelse vid samtal om levnadsvanor.....	13
Diskussion .....	14
Metoddiskussion.....	14
Resultatdiskussion .....	15
Slutsats.....	19

Referenser.....	20
Bilaga 1. Sökschema CINAHL .....	
Bilaga 2. Sökschema PubMed.....	
Bilaga 3. Artikelöversikt .....	
Bilaga 4. HKR:s granskningsmall för KVALITATIVA studier .....	

# Inledning

Mer än hälften av Sveriges befolkning har ohälsosamma levnadsvanor, vilket ökar risken för att utveckla bland annat hjärt-kärlsjukdomar, typ 2-diabetes och cancer. Oftast rekommenderas sjuksköterskor till att hålla i samtal som åtgärd till patienter med ohälsosamma levnadsvanor (Socialstyrelsen, 2018). Föreliggande studie genomförs för att sammanställa kunskap kring sjuksköterskors erfarenheter av samtal om levnadsvanor, för att på så sätt utveckla både hälsosamtal och sjuksköterskors utbildning så att fler patienter kan hjälpas till bättre levnadsvanor.

# Bakgrund

Med levnadsvanor avses enligt Folkhälsoguiden (2017) sådana vanor som påverkar människans fysiska och psykiska mående antingen positivt eller negativt, beroende på om levnadsvanorna är hälsosamma eller ohälsosamma. I Sveriges befolkning är ohälsosamma levnadsvanor i form av högt alkoholintag, tobaksanvändning, bristande kostvanor och/eller för lite motion vanligt förekommande (Socialstyrelsen, 2018). Att förbättra människors levnadsvanor är ett av de totalt åtta målområdena inom folkhälsopolitiken, uppger Folkhälsomyndigheten (2019). Ohälsosamma levnadsvanor ligger ofta till grund för olika sjukdomar och det krävs därför att åtgärder vidtas av hälso- och sjukvården för att förhindra och förebygga en ohälsosam livsstil hos patienterna (Socialstyrelsen, 2018). Sjuksköterskans största ansvar är enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor att ge vård till människor som behöver den. I detta ansvar ingår att sjuksköterskan i samspel med patienten ska erbjuda stöd för att främja hälsa och förebygga sjukdom (Svensk sjuksköterskeförening, 2012). Hörnsten, Lindahl, Persson och Edvardsson (2013) förklarar dock att ansvaret kring förbättrade levnadsvanor till största del ligger hos patienten. De menar att sjuksköterskan med sin kunskap kan erbjuda verktyg samt ge råd kring livsstilsförändringar men att det är först när patienten tar sitt ansvar som en förändring kan ske. Angående ansvar skriver Sandman och Kjellström (2013) att det finns både retrospektivt och prospektivt ansvar. Det retrospektiva ansvaret syftar på ansvaret till att någonting har uppstått, alltså orsakerna. Vem som ska hålla ansvarig för individers levnadsvanor är omdebatterat och det finns ännu inget tydligt svar på frågan, även om ansvaret i västvärlden mer och mer läggs på individen. Det kan dock finnas bakomliggande orsaker i form av socioekonomisk ställning, kultur, fysiska hinder och liknande som påverkar möjligheten att ta ansvar. Frågan bör också ställas om huruvida patienten kan hållas ansvarig om denne inte var medveten om konsekvenserna av sitt handlande. Oavsett orsakerna till att en patient har ohälsosamma

levnadsvanor menar Sandman och Kjellström (2013) att det inte är av intresse att kartlägga händelserna eller individen som bär ansvaret, eftersom detta bidrar till negativitet och bakåtsträvande. I stället bör det prospektiva ansvaret vara i fokus. Det prospektiva ansvaret har den person som ansvarar inför framtiden. Vid ett prospektivt ansvar kan det behöva klargöras hur ansvaret ser ut och för vems skull ansvarstagaren är ansvarig.

Nymberg och Drevenhorn (2016) påstår att det är viktigt med en bra personkemi mellan patient och sjuksköterska för att samtalet om levnadsvanor ska bli positivt. Patienter har i olika studier berättat att en fungerande personkemi och känsla av trygghet är viktigt för att samtalet om levnadsvanor ska fungera (Brobeck, Bergh, Odencrants & Hildingh, 2014; Bräutigam-Ewe, Lydell, Månsson, Johansson & Hildingh, 2016; Nymberg & Drevenhorn, 2016; Walseth, Abildsnes & Schei, 2011). Några patienter har även tagit upp att deras partner eller nära vänner varit en viktig del i att lyckas förändra levnadsvanorna (Bräutigam-Ewe et al., 2016). Bräutigam-Ewe et al. (2016) påvisar att samtal om levnadsvanor kan leda till nya insikter och beteendeförändringar hos patienten. De nya insikterna innebär en djupare förståelse för hur levnadsvanor påverkar en människas hälsa och liv. För att det ska kunna ske en förändring i patientens levnadsvanor förklarar Sagsveen, Rise, Grønning, Westerlund och Bratås (2018a) att relationen mellan patienten och vårdgivaren måste bygga på respekt och att en öppen kommunikation är viktig. Sagsveen et al., (2018a) påpekar att det ofta finns en underliggande motivation hos patienter med en bristande livsstil att ta tag i problemen, men att relationen med vårdpersonal kan försvåra arbetet. De menar att vårdpersonalen uppfattas som makthavare som använder en opassande attityd vid kunskapsdelning. Eriksson och Nilsson (2007) förklarar att det finns svårigheter med att skapa en tillförlitlig relation mellan patient och sjuksköterska. De menar att det är först efter att patienten känner sig accepterad och ett förtroende byggts upp som denne blir mottaglig för information från sjuksköterskan.

Trots ansvaret i yrkesrollen, tydliga riktlinjer från Socialstyrelsen (2018) och utarbetade metoder för hälsosamtal har det dock visat sig att få patienter får ett samtal om levnadsvanor då de söker vård (Brobeck, Bergh, Odencrants & Hildingh, 2015). Vidare visar Mendonca, Santos, Buso och Malaquias (2017) att vårdpersonal, inkluderande sjuksköterskor, inte känner sig beredda för att hålla i hälsosamtal trots att det ingår i arbetsuppgifterna. Bradach och Schoenberg (2014) lyfter fram att ett samtal om levnadsvanor ofta genomförs vid ett primärvårdsbesök för äldre men att det endast varar i genomsnitt i en och en halv minut. Det leder till att det inte hinner bli något djupare samtal och att varken rekommendationer eller patientens eventuella frågor hinns med. I föreliggande studie kommer sjuksköterskors

erfarenheter av samtal gällande levnadsvanor att belysas. Detta kan sedan ligga till grund för vidare forskning kring hur kvaliteten på de hälsosamtal som genomförs kan utvecklas samt hur sjuksköterskors ansvar att samtala om ohälsosamma levnadsvanor kan genomföras i större utsträckning.

## **Syfte**

Syftet var att belysa sjuksköterskors erfarenheter av samtal gällande levnadsvanor.

## **Metod**

### **Design**

Föreliggande studie har genomförts som en litteraturstudie, vilket innebär att olika forskningsresultat sammanställts utifrån ett specifikt syfte (Segesten, 2017). Studien har baserats på en systematisk sökning av kvalitativ forskning.

### **Sökvägar och Urval**

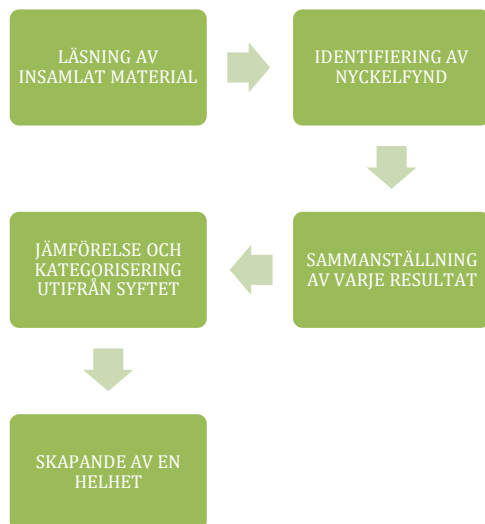
En pilotsökning gjordes för att kontrollera att det fanns tillräckligt med information kring ämnet för föreliggande studie. I pilotsökningen användes databasen CINAHL, som står för Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature och användes eftersom det är en databas som innehåller omvårdnadsvetenskapliga artiklar (Östlundh, 2017). Artiklarna till litteraturstudien skulle undersöka sjuksköterskors erfarenheter av samtal om levnadsvanor och sökningarna utgick från de nyckelord som återfinns i syftet. Nyckelorden blev efter översättning till engelska; nurses, patients, perception, counseling och health behavior. Till varje nyckelord lades synonymer för att tillsammans skapa ett så kallat block. På en del av orden användes trunkering (\*), vilket gör att alla kombinationer av ändelser av ordet ingår i sökningen (Karlsson, 2017). Totalt blev det av nyckelorden sex olika block. Blocken utgjorde i sin tur grunden för en blocksökning. I varje block användes funktionen OR mellan de olika synonymerna. När en individuell sökning av varje block var gjord, gjordes en sökning med alla sex blocken i kombination. I stället för OR användes här funktionen AND, för att på så sätt kombinera de olika blocken med varandra. Detta ledde i pilotsökningen till en träff på 442 artiklar. I den använda sökningen, som grundade sig på samma nyckelord men med fler synonymer, gavs en träff på 694 träffar i CINAHL (Bilaga 1). Att använda funktionerna AND och OR samt olika synonymer för att hitta artiklar innebär att det görs en boolesk sökteknik. Detta görs för att få fram ett så relevant urval som möjligt (Östlundh, 2017). För att få fram fler

relevanta artiklar gjordes en sökning även i PubMed. PubMed är en databas med material från medicinskt område, vilket inkluderar medicin och omvårdnad (Karlsson, 2017). Sökningen i PubMed grundade sig också i blocksökning. Nyckelorden för de enskilda blocken blev här; nurses, counseling och interview. Sökningen gav en träff på 747 artiklar (Bilaga 2). Även en manuell sökning gjordes vilket ledde till att ytterligare en artikel togs med. Inklusionskriterierna för artiklarna var att de skulle vara på engelska, att artiklarna skulle vara publicerade mellan år 2010 och 2020 samt att de skulle vara peer reviewed. Sökningen i PubMed hade inte funktionen att endast kunna inkludera artiklar som var peer reviewed, varpå inklusionskriteriet inte användes. Att en artikel är peer reviewed innebär att utomstående forskare har läst och granskat artikeln för att på så sätt fastställa att den är av god kvalitet (Karlsson, 2017).

## **Granskning och Analys**

För att föreliggande litteraturstudie skulle bli så objektiv som möjligt har alla artiklar granskats gemensamt av författarna. De artiklar som ansågs lämpliga för studien kvalitetsgranskades sedan utifrån Högskolan Kristianstads (HKR:s) granskningsmall för kvalitativa studier (Blomkvist, Orrung Wallin & Beck, 2016), se Bilaga 3. De artiklar som återstod efter granskningen analyserades utifrån den analysmodell som beskrivs av Friberg (2017b), se Figur 1. Modellen utgår från fem olika steg i vilka en artikel analyseras. I det första steget lästes artiklarnas resultat upprepade gånger, för att på så sätt få en tydlig uppfattning om vad studierna handlade om. I steg två skulle nyckelfynd i de olika artiklarna identifieras. Genom att göra detta blev det tydligt vad resultatet visade på. I det tredje steget i analysmodellen skulle resultatet i varje artikel sammanställas så att det blev lätt att få en överblick av det. De olika artiklarnas resultat skulle i steg fyra jämföras och kategoriseras utifrån syftet med litteraturstudien och analysen. I det femte och sista steget av analysen skapades en sammansatt helhet av de olika resultatdelarna och de kategorier som vuxit fram under steg fyra (Friberg, 2017b).





Figur 1. Tolkning av Fribergs (2017b) analysmodell.

## Etiska överväganden

Forskningsetik används för att säkerställa att de studier som genomförs är rättvisa och respektfullt utförda (Sandman & Kjellström, 2013). Alla de artiklar som använts hade blivit etiskt granskade. Vid översättning av texter förklarar Kjellström (2017) att det finns risk för att texterna kan tolkas fel. I föreliggande studie har artiklar på engelska granskats och samma text har analyserats av två olika personer. Detta gjordes för att inte missa viktig information och för att få två olika perspektiv på den text som analyserades. För att inte missa viktiga fynd är det enligt Carlsson (2017) viktigt att hålla ett objektiva synsätt till det ämne som studeras. I föreliggande studie har författarnas förförståelse presenterats, vilket gör det tydligt att se om analyserna och resultatet färgats av denna.

## Förförståelse

De allra flesta människor är medvetna om att rökning, hög alkoholkonsumtion, stillasittande och bristande kostvanor är ohälsosamt. Trots det undviker många som har ohälsosamma levnadsvanor att söka vård och prata om dem. Detta eftersom det finns en risk att känna sig dömd eller dålig. Dagens samhällsideal är väldigt inriktat på träning och att ha en hälsosam livsstil. Om någon inte lever upp till detta ideal blir konsekvenserna ofta skuld känslor och kanske psykisk ohälsa. Som sjuksköterska blir det svårt att ta upp samtalet om levnadsvanor eftersom det känns kritiserande och kränkande mot patienten. Det kan också bli svårt att starta diskussionen om levnadsvanor på grund av den utbredda kunskap som finns angående hälsa och ohälsa i dagens samhälle. Är det verkligen sådana självklarheter som sjuksköterskan ska lägga sin energi på att berätta för patienten? I situationer där patienten söker för något som inte

ens har med levnadsvanor att göra, ska sjuksköterskan fortfarande ta den diskussionen? Sjuksköterskeyrket kantas av mycket stress och brist på tid, vilket kan leda till att hälsosamtal helt enkelt prioriteras bort.

## Resultat

Resultatet utgår från elva artiklar som på ett eller annat sätt studerat sjuksköterskors erfarenheter av samtal gällande levnadsvanor. Artiklarna som använts hade inhämtat sin data från sex olika länder enligt följande; Sverige (5), Norge (1), Nederländerna (1), Brasilien (1), USA (1), Spanien (1) och Australien (1). Majoriteten av studierna hade gjorts inom primärvården men även inom barnhälsovård samt universitetssjukhus. Det tema som analyserats fram och upplevs genomsyra alla artiklarna är att *det finns inget enkelt sätt att prata om levnadsvanor*. Inom temat framkom även tre olika huvudkategorier med totalt sex underkategorier. Kategorierna som framkom visas i tabell 1.

Tabell 1. Resultatets huvudkategorier och underkategorier

Huvudkategori	Underkategori	Underkategori
Sjuksköterskan har ett viktigt ansvar vid samtal om levnadsvanor	Sjuksköterskans samtal om levnadsvanor pågår ständigt	Sjuksköterskans egen livsstil påverkar vid samtal om levnadsvanor
Bristen på tillgångar hindrar samtal om levnadsvanor	Tidsbrist utgör ett hinder för samtal om levnadsvanor	Kunskapsbrist står i vägen för samtal om levnadsvanor
Patienten behöver vara i fokus vid samtal om levnadsvanor	En intresserad och motiverad patient gör samtal om levnadsvanor meningsfullt	En god relation mellan patient och sjuksköterska är av betydelse vid samtal om levnadsvanor

### Sjuksköterskan har ett viktigt ansvar vid samtal om levnadsvanor

Sjuksköterskans samtal om levnadsvanor pågår ständigt

Sjuksköterskorna påpekade att arbetet kring en hälsosam livsstil var ständigt pågående och att små korta tips kring levnadsvanor ofta kunde flikas in under ett patientsamtal men utan att det blev någon riktig diskussion (Röing, Hederberg & Holmström, 2015; Moura de Oliveira et al.,

2016). ”We work with health promotion in almost each and every call. If we do, we don’t have any in-depth lectures, but we give these little tips. You do that all the time” (Röing et al., 2015, s. 34).

Det var enligt sjuksköterskorna själva en stor del i deras yrkesroll att bidra till patienters förbättrade levnadsvanor (Westland et al., 2018). Sjuksköterskor som arbetade med barnhälsovård såg det som deras ansvar att inleda ett samtal om levnadsvanor med föräldrarna. Även om det var ett känsligt ämne som kunde röra upp starka känslor hos föräldrarna menade sjuksköterskorna att det var viktigt att inte undvika samtalet (Regber, Mårild och Johansson Hanse, 2014).

### Sjuksköterskans egen livsstil påverkar vid samtal om levnadsvanor

Även sjuksköterskor kunde ha ohälsosamma levnadsvanor och personliga åsikter kring detta, något som påverkade deras självförtroende i samtalet med patienten (Bornhoeft, 2018).

It is absurd, totally. Yeah, it’s complete unconsciousness because we, nurses, that are seeing the effects of tobacco directly ... the basis I have to say “I have to quit smoking” ... Because we supposedly try to take care of health ... and all of a sudden you do that [smoking]. I think it’s absurd. I mean ... I feel ashamed (Mujika et al. (2017, s. 2637-2638).

Sjuksköterskorna ansåg att det fanns en konflikt i huruvida en sjuksköterska som själv hade en ohälsosam livsstil kunde och borde påpeka en patients ohälsosamma levnadsvanor (Bornhoeft, 2018; Mujika, Arantzamendi, Lopez-Dicastillo & Forbes, 2017). Andra sjuksköterskor menade i stället enligt Mujika et al. (2017) att det var skillnad på privatliv och yrkesliv och att sjuksköterskornas egna levnadsvanor inte hade någon påverkan på deras arbete.

### **Bristen på tillgångar hindrar samtal om levnadsvanor**

#### Tidsbrist utgör ett hinder för samtal om levnadsvanor

Den tidsbrist som sjuksköterskorna påpekade var en stor anledning till att samtal om levnadsvanor prioriterades bort eller förkortades (Brobeck et al, 2011; Moura de Oliveira et al., 2016; Röing et al., 2014; Östlund, Wadensten, Kristofferzon & Häggström, 2015). Sjuksköterskorna påpekade att det inte var optimalt att hålla i ett samtal om levnadsvanor under en telefonrådgivning, eftersom telefonsamtalen helst skulle gå på ett par minuter. Därför bokade sjuksköterskorna hellre in ett fysiskt möte om de upplevde att patienten var i behov av en djupare diskussion kring levnadsvanor (Röing et al., 2014). Sjuksköterskorna var tydliga med

att ett givande samtal om levnadsvanor var tidskrävande (Brobeck, Bergh, Odencrants & Hildingh, 2011). ”I think it takes too much time to do it in such an extensive way. You also need to check patients and discuss their medications, insulin and whatever” (Westland et al., 2018, s. 8). Motiverande samtal (MI) var den metod som ansågs vara mest effektiv men även den metod som tog längst tid att genomföra. Sjuksköterskorna menade att metoden innebar att låta patienten komma fram till egna lösningar och beslut. Detta tog ofta väldigt lång tid, vilket kunde ses som en nackdel i arbetet (Brobeck et al., 2011; Östlund et al., 2015).

### Kunskapsbrist står i vägen för samtal om levnadsvanor

Sjuksköterskorna menade att de saknade tillräcklig kunskap kring levnadsvanor och påpekade svårigheter med att riktlinjer ständigt reviderades, eftersom det då blev svårt att avgöra vilka råd de skulle delge patienterna (Röing et al., 2014; Ljungkrona-Falk, Brekke & Nyholm, 2014; Bornhoeft, 2018, Östlund et al., 2015). Enligt sjuksköterskorna krävdes inte bara utbildning för att förbättra samtalen om levnadsvanor, utan även praktisk erfarenhet och en motivation att vilja utvecklas, framför allt vid motiverande samtal (Brobeck et al., 2011).

I don't want to offend my patient's, if they are not open to it, I back right off, I don't want to embarrass them, I am not really sure on how to approach or broach the subject without offending them. If I had more obesity counseling training like smoking cessation training, I would be able to bring it up more often. I just wonder if I am even qualified to discuss this topic. Isn't there some kind of motivational interviewing technique? (Bornhoeft, 2018, s. 93).

Sjuksköterskor som hade kännedom om motiverande samtal men inte använde sig av metoden ansåg att det berodde på en osäkerhet hos de själva. De kände rädsla för att göra fel, vilket resulterade i att de i stället frångick metoden helt och hållet (Östlund et al., 2015).

Sjuksköterskorna tydliggjorde att motiverande samtal var en metod som krävde mycket erfarenhet och träning (Brobeck et al, 2011).

### **Patienten behöver vara i fokus vid samtal om levnadsvanor**

En intresserad och motiverad patient gör samtal om levnadsvanor meningsfullt

Det krävdes enligt sjuksköterskorna att patienten visade intresse för ett samtal om levnadsvanor för att det skulle kännas meningsfullt att genomföra ett (Röing et al., 2014; James McInnes, Halcomb & Deborough, 2020). En del sjuksköterskor menade att deras egen motivation berodde på patientens motivation och förändring. Med andra ord blev sjuksköterskan mer

motiverad till att hjälpa en patient som genomförde förändringar och tog till sig det sjuksköterskan sa, än en patient som fortsatte med samma ohälsosamma levnadsvanor som den hade innan samtalet (Westland et al., 2018).

For me, it's more fun to support a motivated patient who does his homework perfectly compared to a patient who brings a completely empty diary and says, 'Yes, I did not really keep up'. Then, you think this cost me forty-five minutes, and that patient actually does not do anything. It's a lot more fun when they say, 'I deliberately went cycling to reach my goal.' Yes, then you really feel like that's what I am doing it for (Westland et al., 2018, s. 6).

En sjuksköterska påpekade att det inte spelade någon roll hur entusiastisk och motiverad hon som sjuksköterska var till att hjälpa patienten, utan att det alltid var patienten som måste lösa sina egna problem (Westland et al., 2018). Sjuksköterskorna nämnde vikten av att hålla sig till patientens agenda och tala om sådant som patienten var intresserad av att få veta, snarare än sådant som sjuksköterskan kände för att berätta (James et al., 2020).

En god relation mellan patient och sjuksköterska är av betydelse vid samtal om levnadsvanor

Sjuksköterskorna betonade vikten av en fungerande relation med patienten när det kom till att diskutera levnadsvanor (James et al., 2020; Sagsveen, Rise, Grønning, Westerlund & Bratås, 2018b). En långvarig relation ledde enligt sjuksköterskorna ofta till att patienten kände sig mer bekväm och vågade berätta öppet om sina levnadsvanor för sjuksköterskan (James et al., 2020). Enligt sjuksköterskornas erfarenheter uppskattade patienterna när sjuksköterskan tog sig tid till att lyssna och försöka förstå patienten (Östlund et al., 2015). Sjuksköterskorna beskrev enligt Brobeck et al. (2011) att patienten hade en central roll i interaktionen dem emellan och att patienten dessutom hade möjlighet att agera och förändra sin situation helt utan sjuksköterskans inblandning. Det var patienten som skulle förändra sina levnadsvanor och det var därför patienten som skulle vara i fokus. Sjuksköterskorna menade att deras uppgift under samtalen var befinna sig i bakgrunden, ge sin tillit till patienten och samtidigt stötta denne i rätt riktning (Brobeck et al., 2011).

The HLC is based a lot on user involvement. That you ask and that you are totally dependent on that you see the other person who stands in front of you as an equal individual ... and that you actually get used to listening to the user,

as the user has been used to listening to the professionals as an authority before. You are much more equal (Sagsveen et al., 2018b).

Sjuksköterskorna uppfattade att ett samtal om levnadsvanor kunde röra upp starka känslor och leda till att patienten kände minskad tillit till sjuksköterskan och mottagningen (Regber et al., 2013). Det ansågs därför vara viktigt för många sjuksköterskor att skapa en god relation med patienten och försöka att inte på något sätt vara dömande i samtalet om levnadsvanor (James et al., 2020; Regber et al., 2013). En del sjuksköterskor påpekade svårigheter med att nå fram till de patienter som inte hade kunskap i området som deras levnadsvanor brast i. De påpekade att det var viktigt att lägga kommunikationen på en sådan nivå att patienten förstod informationen och kände sig delaktig i samtalet (Moura de Oliveira et al., 2016).

## **Diskussion**

### **Metoddiskussion**

Att skriva en litteraturstudie innebär enligt Segesten (2017) att litteratur söks och sammanställs för att svara på ett specifikt syfte. Eftersom syftet i föreliggande studie var att belysa sjuksköterskors erfarenheter hade forskningen även kunnat genomföras som en kvalitativ studie. Att i stället göra en litteraturstudie innebär att olika kvalitativa studier sammanställdes, vilket kunde ge en bredare överblick med flera olika perspektiv. Genom att använda kvalitativa artiklar i stället för kvantitativa gavs mer relevanta svar på syftet. En kvalitativ studie görs enligt Segesten (2017) med anledning att beskriva någons upplevelser och erfarenheter, vilket är det samma som vad som skulle belysas i föreliggande uppsats.

För att bedöma kvaliteten på föreliggande studie användes Lincoln och Gubas (1985) fyra trovärdighetsbegrepp; tillförlitlighet, verifierbarhet, pålitlighet och överförbarhet. Shenton (2004) påpekar att en studie får högre tillförlitlighet om den svarar på syftet samt redovisar relevanta resultat. I föreliggande studie användes databaserna CINAHL och PubMed, som enligt Karlsson (2017) och Östlundh (2017) är databaser med omvårdnadsinriktade artiklar, vilket grundar sig i syftet att belysa erfarenheter i ett vårdssammanhang. Resultatet bygger på kategorier som framkommit med tydlig utgångspunkt från syftet. Genom att använda en granskningsmall för att kvalitetsgranska artiklarna stärks tillförlitligheten till studien.

Ett annat sätt att mäta en studies kvalitet är genom verifierbarheten. För att en studie ska ha hög verifierbarhet krävs det att metoden är så utförligt beskriven att det skulle gå att göra om studien (Shenton, 2004). I föreliggande studie beskrivs vilka databaser som använts, hur sökningarna

gjorts, vilka inklusionskriterier som använts, hur gransknings- och analysprocessen gått till och det finns ett sökschema som bilaga där alla ämnesord och synonymer framgår. Detta gör det lätt för utomstående att förstå metoden, vilket Shenton (2004) menar ökar verifierbarheten. Kategorierna omarbetades därför flera gånger samt diskuterades med handledare och kurskamrater för att öka möjligheterna att se nya samband och perspektiv.

Pålitligheten för en studie bestäms utifrån hur processen för datainsamling och analys har gått till samt om forskarnas förförståelse finns tydligt beskriven eller inte (Shenton, 2004). Genom att vara två som sökte och analyserade artiklarna ökade författarna pålitligheten till föreliggande studie. Bland det första som skrevs var dessutom förförståelsen, för att inte låta denna påverkas av data eller tvärtom. Hade sökning och bearbetning av data startat innan förförståelsen skrevs hade det kunnat bli svårare att skilja nya kunskaper från tidigare. Förförståelsen kan dock ha påverkat en del i framtagandet av kategorier och underkategorier till studien, eftersom det var lätt att se samband mellan sådant som redan förutsetts. Samtliga artiklar som använts har varit skrivna på engelska. Eftersom detta inte är modersmålet för författarna av föreliggande studie kan en del feltolkningar ha skett, vilket kan påverka pålitligheten negativt. Risken har dock minimerats genom användning av lexikon och genom att artiklarna lästs och analyserats flertalet gånger av båda författarna.

Om en studies resultat skulle gå att applicera även på andra ställen än det som först var menat innebär det att studien har en överförbarhet. Det som avgör huruvida en studies resultat skulle kunna appliceras på andra kontexter och sammanhang avgörs utifrån parametrar som urval och kontext samt om studien uppfyller kraven för tillförlitlighet, verifierbarhet och pålitlighet (Shenton, 2004). Föreliggande studie belyser sjuksköterskors erfarenheter av samtal gällande levnadsvanor och är därför överförbar till sjuksköterskor men även troligtvis till övrig vårdpersonal som håller i samtal om levnadsvanor. Eftersom utbildning och hälsoarbete skiljer sig åt i olika länder kan det diskuteras huruvida resultatet i föreliggande studie kan överföras till sjuksköterskor i alla kontexter och vård situationer. Det framgår i majoriteten av de använda artiklarna hur pass erfarna sjuksköterskorna som intervjuats var, både inom sitt yrke och inom olika metoder till hälsosamtal, något som stärker överförbarheten ytterligare.

## **Resultatdiskussion**

Det tema som genomsyrade resultatet var att *det finns inget enkelt sätt att prata om levnadsvanor*. De fynd som identifierades var; *Det finns en konflikt i huruvida sjuksköterska*

*behöver vara en hälsosam förebild eller inte, Det är inte sjuksköterskans ansvar att lösa problemet samt Motiverande samtal (MI) är en givande och uppskattad metod som fungerar.*

Utifrån resultatet framgår att det finns en konflikt i huruvida sjuksköterskan behöver vara en hälsosam förebild för patienten eller inte. I ICN:s etiska kod framgår det att sjuksköterskan är ansvarig för att sköta sin egen hälsa så att en god vård kan ges, samt att arbeta på ett sådant sätt att allmänhetens förtroende för yrket stärks (Svensk sjuksköterskeförening, 2012). Kelly, Wills och Sykes (2017a) styrker påståendet att sjuksköterskor bör vara hälsosamma förebilder, då de menar att sjuksköterskor som lever med ohälsosamma levnadsvanor har svårare att hjälpa patienter att uppnå förändring inom samma levnadsvana. Även Heidke et al. (2020) och Kelly, Wills, Jester och Speller (2017b) styrker detta då de påpekar att de ohälsosamma val som syns utåt på sjuksköterskan gör att förtroendet för denne blir negativt. Kelly et al. (2017a) motsäger dock, eftersom de menar att sjuksköterskor som har samma ohälsosamma levnadsvanor som patienten upplever att de förstår och kan relatera till patienten på ett djupare plan. Kelly et al. (2017b) menar på att den perfekta bilden av en sjuksköterska som målas upp inte ger någon större fördel vid hälsofrämjande samtal. De förklarar att det är kommunikationen som är det viktiga i samtalet och att sjuksköterskan genom att ha egna ohälsosamma levnadsvanor kan ses som mer mänsklig. En sjuksköterska med attityden ”jag är perfekt och du ska göra som jag” kommer enligt Kelly et al (2017b) inte leda till att patienten ändrar sitt beteende, utan snarare motsätter sig bemötandet. Det ses med andra ord som viktigare med en fungerande kommunikation och ett gott bemötande, hellre än att som sjuksköterska vara en hälsosam förebild (Kelly et al., 2017b). Sjuksköterskorna själva upplever dock skam och en känsla av hyckleri vid uppmuntrande av hälsosamma levnadsvanor som de själva inte har (Heidke et al., 2020), vilket styrker påståendet att sjuksköterskor behöver vara en hälsosam förebild. Hasson et al. (2018) visar i sin studie att sjuksköterskor med ohälsosamma levnadsvanor inte känner samma belägenhet att ta upp ämnet med sina patienter, vilket bestrider det ansvar som sjuksköterskan enligt Svensk sjuksköterskeförening (2012) har att främja hälsosamma levnadsvanor. Det behöver utifrån framkomna fynd tydliggöras huruvida sjuksköterskan ska vara en hälsosam förebild för patienten eller inte. Genom att uppmärksamma de brister som finns vid samtal om levnadsvanor kan utvecklingsarbete påbörjas för att i stället skapa fler möjligheter.

I flertalet av artiklarna från resultatet framkom dock sjuksköterskornas uppfattningar om att det inte var deras ansvar att lösa någons livsstilsproblematik. Jallinoja, Absetz, Kuronen, Nissinen, Talja och Patja (2007) styrker fransägandet av ansvar då sjuksköterskorna i deras studie menar



att det är patienterna själva som måste ta ansvaret för deras hälsoproblem och att dessa förbättrades. Sjuksköterskorna påpekar att det är tydligt att patienterna saknar motivation och en vilja att förändra sin livsstil. Denna brist på motivation är enligt sjuksköterskorna den stora anledningen till att patienterna inte tog ansvar för sin hälsa, medan avsägandet av ansvar leder till att en hälsosammare livsstil förhindrades. Enligt Marshall, Floyd och Forrest (2011) motsäger sjuksköterskorna påståendet då de anser att det är deras ansvar att delge information som kan hjälpa patienterna att komma vidare i sin process mot hälsosammare levnadsvanor. Sjuksköterskorna beskriver att patienterna ofta saknar kunskap kring levnadsvanor. Den bristande kunskapen leder till att patienterna sällan lyckas i sina livsstilsförändringar då de inte vet hur de kan lösa problemen. Sjuksköterskorna påstod att patienterna kunde ta ansvar först då de förstod konsekvenserna av sin ohälsosamma livsstil. Innan dess att patienterna förstod riskerna med sitt handlande upplevdes de som likgiltiga kring sin livsstil. Enligt både Carlfjord, Lindberg och Andersson (2012), Jallinoja et al. (2007) och Marshall et al. (2011) menar sjuksköterskorna att patienterna behövde stå för de handlingar som lett till deras ohälsosamma livsstil och att nyckeln till förändring endast kunde hittas av patienterna själva, medan sjuksköterskornas enda uppgift var att stå bredvid och vägleda patienten i rätt riktning. Det är med andra ord viktigt att patienten är den som utför arbetet, vilket styrker påståendet att det inte är sjuksköterskornas ansvar att lösa problemen. Clavein och Hurst (2020) framställer motargument eftersom de menar att patienter inte kan hållas ansvariga för sina ohälsosamma levnadsvanor om de inte fått information om riskerna. Det kan även diskuteras huruvida det är etiskt rätt att någon annan än individen själv påpekar dennes levnadsvanor. Om en patient finner livsglädje i att exempelvis röka, är det då verkligen rätt av sjuksköterskan att arbeta för ett rökstopp? Enligt Sandman och Kjellström (2013) har varje människa rätt till autonomi, vilket betyder att varje människa har rätt att bestämma över sig själv och sitt eget liv. Eftersom en individs ohälsosamma levnadsvanor påverkar samhället och andras liv genom att förbruka mer av samhällets resurser menar Sandman och Kjellström (2013) att varje individ har en skyldighet att ta hand om sin hälsa men att hälsofrämjandet även ligger i samhällets intresse. De påpekar också att individer som lever i nära relationer med andra människor borde ta ansvar för sin hälsa även av hänsyn till sina närstående. Carlfjord et al. (2012) påpekar att patienter som inte tog ansvar för sina ohälsosamma levnadsvanor och därmed inte var beredda att ta tag i att förändra dessa, ofta ville ha en snabb väg ut från de tillstånd som levnadsvanorna orsakat, exempelvis i form av medicinering. Enligt Sagsveen et al. (2018b) menar sjuksköterskorna att en del patienter inte ville behöva tänka själva, utan bara få tydliga direktiv från sjuksköterskan om vad de skulle förändra. Patienterna anses i dessa fall inte ta ansvar för sin situation.

Sjuksköterskorna påpekar att det i sådana fall är svårt att motivera och involvera patienten i sin livsstil (Sagsveen et al., 2018b).

Resultatet visar att det finns många olika sätt att hålla i ett samtal om levnadsvanor med en patient. En metod som är återkommande i artiklarna och ofta uppskattad av sjuksköterskorna är motiverande samtal, även kallat MI. Sjuksköterskorna menar att metoden hjälper patienterna att inse problemen med sina ohälsosamma levnadsvanor och bli motiverade att förändra dessa. Motiverande samtal gör det enligt sjuksköterskorna möjligt att nå fram till en patient som tidigare inte kunnat se brister i sin livsstil. Enligt Miller och Rollnick (2013) är motiverande samtal är en metod som används för att motivera en patient till att göra hälsosamma val och kan utgöra grunden i ett hälsosamtal. Metoden innebär att samtalsledaren ger positiv förstärkning, stärker tilltron till den egna förmågan och lockar fram självmotiverande uttalanden. Motiverande samtal kan leda till en ökad medvetenhet som kan reducera ambivalens och beslut om förändring kan därmed underlättas. För att samtalet ska ligga på rätt nivå kan personens motivation till förändring utvärderas. Detta kan enligt Prochaska och DiClemente (1983) ske genom den transteoretiska modellen (TTM). TTM innehåller fem stadier som en person går igenom vid en beteendeförändring. Det första stadiet är förnekelse och innebär att personen inte vill inse problemet och inte är redo för förändring. I nästa steg, begrundande, har personen en viss insikt i problemen och börjar bli mottaglig för förändring. Tredje steget, förberedelse, innefattar att personen har för avsikt att påbörja en förändring. Handling är det fjärde steget, där personen genomför förändringar. När personen upprätthåller och står fast vid de nya beteendeförändringarna är personen inne i den femte och sista fasen, som kallas vidmakthållande (Prochaska & DiClemente, 1983). Sjuksköterskorna menar på att erfarenhet avgör hur bra metoden fungerade och påpekade att som nyexaminerad kunde det vara svårt att använda metoden. De tillägger även att motivation och en vilja att lära sig metoden krävs för att kunna använda den på bästa sätt. På grund av den tidsbrist som sjuksköterskor upplever anses det inte alltid vara optimalt med en så pass tidskrävande metod som motiverande samtal. Patienterna styrker enligt Brobeck et al. (2014) påståendet om motiverande samtal som en uppskattad och fungerande metod då de menar att motiverande samtal ofta leder till att de känner sig motiverade och redo att ta tag i sina problem. Patienterna uppskattar det stöd de får och känslan av att inte vara ensamma med sina problem. Metoden gör att patienterna känner sig respekterade även om de misslyckas och att de inte får några skuld känslor (Brobeck et al., 2014). Sjuksköterskor upplever att motiverande samtal som metod är utvecklande för både patient och sjuksköterska och att metoden leder till förbättrade levnadsvanor hos patienterna.

## Slutsats

Ohälsosamma levnadsvanor har blivit ett folkhälsoproblem (Socialstyrelsen, 2018). Det krävs en motiverad patient som är villig att ta ansvar för sin hälsa för att en positiv förändring i levnadsvanorna ska kunna ske. Eftersom det än så länge ligger i sjuksköterskans ansvar att starta en dialog och arbeta för att främja patienters levnadsvanor, krävs en insikt i hur detta görs på bästa och mest effektiva sätt. Sjuksköterskor som använt motiverande samtal (MI) i sitt arbete anser att det är en bra metod vid samtal om levnadsvanor. De saknar dock den kunskap, tid och erfarenhet som de påpekar att ett givande samtal om levnadsvanor kräver. Det behöver därför skapas större möjligheter att använda metoden. Det behövs mer forskning kring patienternas upplevelser av vad som fungerar och vad som inte fungerar i samtalen om levnadsvanor. Det krävs enligt författarna till föreliggande studie även att både individ, hälso- och sjukvård samt samhälle tar sitt ansvar i frågan om att förbättra människors levnadsvanor.

## Referenser

- Bardach, S. H., & Schoenberg, N. E. (2014). The content of diet and physical activity consultation with older adults in primary care. *Patient Education and Counseling*, 95, 319-324. doi: 10.1016/j.pec.2014.03.020
- Blomqvist, K., Orrung Wallin, A., Beck, I. (2016). *HKR:s granskningsmall för KVALITATIVA studier*. Kristianstad: Högskolan Kristianstad.
- Bornhoeft, K. (2018). Perceptions, Attitudes, and Behaviors of Primary Care Providers Toward Obesity Management: A Qualitative Study. *Journal of Community Health Nursing*, 35(3), 85-101. doi: 10.1080/07370016.2018.1475792
- Brobeck, E., Bergh, H., Odencrants, S., & Hildingh, C. (2011). Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. *Journal of Clinical Nursing*, 20(23-24), 3322-3330. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03874.x
- Brobeck, E., Bergh, H., Odencrants, S., & Hildingh, C. (2014). Patients' experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing: a qualitative study. *BMC Nursing*, 13(13), 1-14. doi: 10.1186/1472-6955-13-13
- Brobeck, E., Bergh, H., Odencrants, S., & Hildingh, C. (2015). Lifestyle advice and lifestyle change: to what degree does lifestyle advice of healthcare professionals reach the population, focusing on gender, age and education?. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(1), 118-125. doi: 10.1111/scs.12139
- Bräutigam-Ewe, M., Lydell, M., Månsson, J., Johansson, G., & Hildingh, C. (2016). Dietary advice on prescription: experiences with a weight reduction programme. *Journal of Clinical Nursing*, 28(4), 795–804. doi: 10.1111/jocn.13532
- Carlfjord, A., 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. *BMC Family Practice*, 13(99), 1-8. doi: 10.1186/171-2296-13-99
- Carlsson, E. (2017). Etnografi och deltagande observation. I Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* [Elektronisk resurs] (2. Uppl., s. 189–204). Lund: Studentlitteratur.

- Clavein, C., & Hurst, S. (2020). The Undeserving Sick? An Evaluation of Patients' Responsibility for Their Health Condition. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 29(2), 175-191. doi: 10.1017/S0963180119000975
- Eriksson, I., & Nilsson, K. (2007). Preconditions needed for establishing a trusting relationship during health counselling - an interview study. *Journal of Clinical Nursing*, 17(17), 2352–2359. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02265.x
- Folkhälsoguiden. (2017). Levnadsvanor. Hämtad 2020-03-30 från <https://www.folkhalsoguiden.se/amnesomraden1/levnadsvanor/>
- Folkhälsomyndigheten. (2019). Folkhälsopolitikens åtta målområden. Hämtad 2020-04-12 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsoarbete/folkhalsopolitikens-mal/de-atta-malomradena-inom-folkhalsopolitiken/>
- Friberg, F. (2017b). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad. I F. Friberg (Red.). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3. uppl., s. 129–139). Lund: Studentlitteratur.
- Heidke, P., Madsen, W. L., Langham, E. M. (2020). Registered nurses as role models for healthy lifestyle. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 37(2), 11-18. doi: 10.37464/2020.372.65
- Henricson, M. (2017). Opponentskap och försvar. I Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* [Elektronisk resurs] (2. Uppl., s. 475–482). Lund: Studentlitteratur.
- Hörnsten, Å., Lindahl, K., Persson, K., & Edvardsson, K. (2013). Strategies in health-promoting dialogues – primary healthcare nurses' perspectives – a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(2), 235-244. Doi: 10.1111/scs.12045
- Jallinoja, P., Absetz, P., Kuronen, R., 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(4), 244-249. doi: 10.1080/02813430701691778
- James, S., McInnes, S., Halcomb, E., & Deborough, J. (2020). Lifestyle risk factor communication by nurses in general practice: Understanding the interactional elements. *Journal of Advanced Nursing*, 76(1), 234-242. doi: 10.1111/jan.14221

Karlsson, E. K. (2017). Informationssökning. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* [Elektronisk resurs] (2. uppl., s. 81–97). Lund: Studentlitteratur.

Kelly, M., Wills, J., & Sykes, S. (2017). Do nurses' personal health behaviours impact on their health promotion practice? A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 76, 62-77. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.08.008

Kelly, M., Wills, J., Jester, R., & Speller, V. (2017b). Should nurses be role models for healthy lifestyles? Results from a modified Delphi study. *Journal of Advanced Nursing*, 73(3), 665-678. doi: 10.1111/jan.13173

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* [Elektronisk resurs] (2. uppl., s. 57–80). Lund: Studentlitteratur.

Lincoln, Y.S., & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills: Sage Publications.

Ljungkrona-Falk, L., Brekke, H., & Nyholm, M. (2014). nurses encounter barriers when promoting healthy habits in children. *Health Promotion International*, 29(4), 730-738. doi: 10.1093/heapro/dat023

Marshall, B., Floyd, S., & Forrest, R. (2011). Clinical outcomes and patients' perceptions of nurse-led healthy lifestyle clinics. *Journal of primary health care*, 3(1), 48-52. doi: 10.1071/HC11048

Mendonca, F. T. N. F., Santos, Á. S., Buso, A. L. Z., & Malaquias, B. S. S. (2017). Health education with older adults: action research with primary care professionals. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(4), 792–799. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0349.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motiverande samtal. Att hjälpa människor till förändring*. (3. uppl.) Stockholm: Natur och kultur.

Moura de Oliveira, D., Xavier dos Santos, A. M., Montezano de Paula, A., Andrade e Silva, E., Ribeiro, L., & Toledo de Mendonça, E. (2016). Conceptions and practices of health education: nurses' perspective of the family health strategy. *Journal of Nursing*, 10(11), 3901-3910. doi: 10.5205/reuol.9881-87554-1-EDSM1011201611

Mujika, A., Arantzamendi, M., Lopez-Dicastillo, O., & Forbes, A. (2017). Health professionals' personal behaviours hindering health promotion: A study of nurses who smoke. *Journal of Advanced Nursing*, 73(11), 2633-2641. doi: 10.1111/jan.13343

- Nymberg, P., & Drevenhorn, E. (2016). Patients' experience of a nurse-led lifestyle clinic at a Swedish health centre. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(2), 349-355. doi: 10.1111/scs.12254
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395. doi: 10.1037//0022-006X.51.3.390
- Regber, S., Mårild, S., & Johansson Hanse, J. (2013). Barriers to and facilitators of nurse-parent interaction intended to promote healthy weight gain and prevent childhood obesity at Swedish child health centers. *BMC Nursing*, 12(27), 1–11. doi: 10.1186/1472-6955-12-27
- Röing, M., Hederberg, M., & Holmström, I. K. (2014). (Tele)health promotion in primary healthcare centers – an exploratory study. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies*, 34(3), 33-37. doi: 10.1177/010740831403400308
- Sagsveen, E., Rise, M. B., Grønning, K., Westerlund, H., & Bratås, O. (2018a). Respect, trust and continuity: A qualitative study exploring service users' experience of involvement at a Health Life Centre in Norway. *Original research paper*, 22(2), 226-234. doi: 10.1111/hex.12846
- Sagsveen, E., Rise, M. B., Grønning, K., Westerlund, H., & Bratås, O. (2018b). Individual user involvement at Healthy Life Centres: a qualitative study exploring the perspective of health professionals. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 13(1), 1-15. doi: 10.1080/17482631.2018.1492291
- Sandman, L., & Kjellström, S. (2013). *Etikboken. Etik för vårdande yrken*. Lund: Studentlitteratur.
- Segesten, K. (2017). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I F. Friberg (Red.) *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3. uppl., s. 105–108). Lund: Studentlitteratur.
- Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for information*, 22(2), 63-75. doi: 10.3233/EFI-2004-22201
- Svensk sjuksköterskeförening. (2012). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Hämtad 2020-03-09 från [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas\\_etiska\\_kod\\_2017.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf)

Socialstyrelsen. (2018). Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Hämtad 2020-03-17 och 2020-05-08 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-24.pdf>

Walseth, L. T., Abildsnes, E., & Schei, E. (2011). Patients' experiences with lifestyle counselling in general practice: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 29(99), 99-103. doi: 10.3109/02813432.2011.553995

Westland, H., Koop, Y., Schröder, C. D., Schuurmans, M. J., Slabbers, P., Trappenburg, J. C. A., & Vervoort, S. C. J. M. (2018). Nurses' perceptions towards the delivery and feasibility of a behavior change intervention to enhance physical activity in patients at risk for cardiovascular disease in primary care: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 19(1), 1-12. doi: 10.1186/s12875-018-0888-1

Östlund, A-S., Wadensten, B., Kristofferzon, M-L., & Häggström, E. (2015). Motivational interviewing: Experiences of primary care nurses trained in the method. *Nurse Education in Practice*, 15(2), 111-118. doi: 10.1016/j.nepr.2014.11.005

Östlundh, L. (2017) Informationssökning. I F. Friberg (Red.) *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3 uppl., s. 59–82). Lund: Studentlitteratur.



## Bilaga 1. Sökschema CINAHL

<b>Databas:</b> CINAHL			
<b>Datum:</b> 2020-04-10			
<b>Syfte:</b> Att belysa sjuksköterskors och patienters upplevelser av ett samtal om levnadsvanor.			
<b>Sökning nr och namn</b>	<b>Sökord</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Valda artiklar</b>
1 – Nurses	Nurses [MH] OR Community Health Nursing [MH] OR Registered Nurses [MH] OR Primary Nursing [MH] OR Patients [MH] OR Nurs* [fritext] OR “Public health nurs*” [fritext] OR “Primary health nurs*” [fritext]	973,100	
2 – Perception	Perception [MH] OR Nurse attitudes [MH] OR Patient Attitudes [MH] OR Attitude of Health Personnel [MH] OR Interviews [MH] OR Qualitative studies [MH] OR “Qualitative stud*” [fritext] OR “Qualitative research” [fritext]	383,397	
3 – Counseling	Counseling [MH] OR Motivational interviewing [MH] OR Health promotion [MH] OR Lifestyle counseling [fritext] OR Advice* [fritext] OR “Health interview” [fritext] OR “Health communicat*” [fritext] OR Dialog* [fritext] OR	150,585	
4 – Health behavior	Health behavior [MH] OR Life Style Changes [MH] OR Life Style [MH] OR Behavioral Changes [MH] OR Attitude to health [MH] OR Habit* [fritext] OR Routines [fritext] OR “Way of life” [fritext] OR “Physical activit*” [fritext] OR “Risk factor*” [fritext]	788,601	
5	1 AND 2 AND 3 AND 4	1,245	
<b>Begränsningar</b>	Sökning nr 5 + Engelspråkiga artiklar + Peer reviewed + Publicerade år 2010–2020	694	13

**Bilaga 2. Sökschema PubMed**

<b>Databas:</b> PubMed			
<b>Datum:</b> 2020-04-20			
<b>Syfte:</b> Att belysa sjuksköterskors upplevelser av att hålla i ett samtal om levnadsvanor.			
<b>Sökning nr och namn</b>	<b>Sökord</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Valda artiklar</b>
1 – Nurses	Aide, nurses [MeSH Terms] OR Primary nursing [MeSH Terms] OR "Nurses" [MeSH Major Topic] OR Nurse [Fritext]	380,303	
2 – Counseling	Counseling [MeSH Terms] OR Health promotion [MeSH Terms] OR "Health interview" OR Motivational interviewing [Fritext]	125,225	
3 – Interview	Interview [MeSH Terms] OR Qualitative research [MeSH Terms] OR Perception OR "Nurse attitudes"	628,208	
5	1 AND 2 AND 3	778	
<b>Begränsningar</b>	Engelspråkiga artiklar + Publicerade år 2010–2020	747	2

## Bilaga 3. Artikelöversikt

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>Röing, M., Hederberg, M., &amp; Holmström, I. K.</p> <p>(Tele)health promotion in primary healthcare centers – an exploratory study</p> <p>Sverige, 2014.</p>	<p>Att undersöka om och hur sjuksköterskor som arbetar med telefonrådgivning i Sveriges vårdcentraler aktivt arbetar med hälsorådgivning samt deras uppfattningar av faktorer som kan hindra och/eller underlätta arbetet.</p>	<p>Ändamålsenligt urval. 8 kvinnliga sjuksköterskor (2 allmänsjuksköterskor och 6 med specialistutbildning).</p> <p>Inklusionskriterier: Legitimerade sjuksköterskor verksamma på svenska vårdcentraler med telefonrådgivning som en del i arbetsuppgifterna. Bortfall redovisas inte.</p> <p>Strukturerade intervjuer.</p>	<p>Chefer för 22 olika vårdcentraler kontaktades genom telefon och mail, varav 7 chefer godkände studien. Intervjuer genomfördes under 2011 och varade mellan 20–60 minuter. Intervjuguide användes. Intervjuerna spelades in och transkriberades. Etiskt granskad.</p> <p>Kvalitativ innehållsanalys.</p>	<p>Sjuksköterskorna upplevde många hinder till att hålla i hälsosamtal under telefonrådgivningen men föreslog även främjande faktorer i form av t.ex. en egen telefonlinje för samtal om levnadsvanor.</p>	<p><b>Tillförlitlighet:</b> Stärks genom tydliga citat som visar sjuksköterskornas upplevelser.</p> <p><b>Verifierbarhet:</b> Stärks då intervjufrågor och analysmetod är tydligt beskrivna.</p> <p><b>Pålitlighet:</b> Sänks då ingen förförståelse finns beskriven.</p> <p><b>Överförbarhet:</b> Stärks då kontexten är tydligt beskriven.</p>
<p>Westland, H., Koop, Y., Schröder, C. D., Schuurmans, M. J., Albers, P., Trappenburg, J. C. A., &amp; Vervoort, S. C. J. M.</p> <p>Nurses' perceptions towards the delivery and feasibility of a behavior change intervention to enhance physical activity in patients at risk for cardiovascular disease in primary care: a qualitative study.</p> <p>Nederländerna, 2018.</p>	<p>Att undersöka sjuksköterskors uppfattningar av att erbjuda en aktivitetsintervention till patienter med risk att utveckla hjärt-kärlsjukdomar. Undersöka sjuksköterskornas tankar om att ha interventionen som rutin.</p>	<p>Strategiskt urval. 14 sjuksköterskor.</p> <p>Inklusionskriterier: Sjuksköterskor som avslutat utbildningen och genomfört interventionen till minst två patienter. Bortfall: 5 st.</p> <p>Individuella intervjuer.</p>	<p>Kontakt genom e-post. Intervjuerna hölls av 3 forskare och genomfördes antingen på sjuksköterskans arbetsplats eller hemma hos sjuksköterskan och varade mellan 35–62 minuter. Intervjuerna spelades in. Etiskt granskad.</p> <p>Kvalitativ innehållsanalys.</p>	<p>Sjuksköterskorna upplevde att när de lyckades hjälpa till med förändring så stärktes motivationen till att fortsätta arbetet. Upplevdes som svårt att förändra utifrån flera faktorer.</p>	<p><b>Tillförlitlighet:</b> Stärks då resultatet svarar på syftet.</p> <p><b>Verifierbarhet:</b> Sänks då datainsamlingen inte är tydligt beskriven.</p> <p><b>Pålitlighet:</b> Sänks då förförståelsen inte finns beskriven.</p> <p><b>Överförbarhet:</b> Sänks då beskrivning av deltagare är väldigt begränsad.</p>

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>Regber, S., Mårild, S., &amp; Johansson Hanse, J.</p> <p>Barriers to and facilitators of nurse-parent interaction intended to promote healthy weight gain and prevent childhood obesity at Swedish child health centers</p> <p>Sverige, 2013.</p>	<p>Att undersöka sjuksköterskors uppfattning av interaktionen mellan sjuksköterska och förälder vid barnhälsocenter och utvärdera hinder och möjligheter av interaktion avsedd att främja hälsosam viktökning och förebygga fetma.</p>	<p>Bekvämlighetsurval. 15 kvinnliga sjuksköterskor som jobbade i olika demografiska områden, (9 distriktssjuksköterskor och 6 barnsjuksköterskor).</p> <p>Inklusionskriterier: Barn- eller distriktssköterska, aktivt arbetande i Västra Götaland samt frivilligt deltagande i studien. Bortfall: 4 st.</p> <p>Semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>Sjuksköterskorna kontaktades personligen av forskarna, hur detta gjordes redovisas inte. Intervjuerna genomfördes under 2011–2012 och varade mellan 27–35 minuter. Intervjuerna spelades in och transkriberades. Intervjufrågorna utgick från en semistrukturerad ämnesguide. Etiskt granskad.</p> <p>Deduktiv innehållsanalys.</p>	<p>Sjuksköterskorna upplevde att samtalet kring barnens vikt var ett behövligt men känsligt ämne som kunde röra upp starka reaktioner hos föräldrarna, en del positiva och en del negativa.</p>	<p><b>Tillförlitlighet:</b> Stärks då resultatet svarar på syftet. <b>Verifierbarhet:</b> Stärks då metoden är väl beskriven. <b>Pålitlighet:</b> Sänks på grund av att förståelsen inte finns beskriven. <b>Överförbarhet:</b> Stärks genom att resultatet skulle kunna föras över till sjuksköterskor inom samma område.</p>
<p>Mujika, A., Arantzamendi, M., Loopez-Dicastillo, O., &amp; Forbes, A.</p> <p>Health professionals' personal behaviours hindering health promotion: A study of nurses who smoke</p> <p>Spanien, 2017.</p>	<p>Att undersöka åsikterna från rökande och tidigare rökande sjuksköterskor angående deras roll i att stötta patienter till att sluta röka.</p>	<p>Strategiskt urval. 11 kvinnliga sjuksköterskor (6 rökare och 5 tidigare rökare) i åldrarna 27–55 år. Yrkeserfarenhet 7–35 år. Arbetade på ett akutsjukhus i Spanien.</p> <p>Inklusions- och exklusionskriterier redovisas inte. Bortfall redovisas inte.</p> <p>Individuella intervjuer.</p>	<p>Informationsbrev om studien skickades till avdelningar på sjukhuset. Deltagare kontaktades personligen av huvudforskare för att bestämma datum, tid och plats. Intervjuerna skedde på sjukhuset eller på forskarkontoret och varade mellan 17–38 minuter. Etiskt granskad.</p> <p>Sekundäranalys.</p>	<p>En del sjuksköterskor resonerade att rökningen var en del av deras privata liv som inte hade med deras yrkesroll att göra, en del menade att det var moraliskt fel att röka själv och samtidigt prata om levnadsvanor.</p>	<p><b>Tillförlitlighet:</b> Stärks genom att olika upplevelser beskrivs med citat från deltagarna i studien. <b>Verifierbarhet:</b> Sänks då varken bortfall eller inklusions- och exklusionskriterier finns beskrivna. <b>Pålitlighet:</b> Sänks då det inte finns mycket information om datainsamling. <b>Överförbarhet:</b> Stärks då data samlats in från tidigare studie och sammanställts.</p>

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
James., S., McInnes, S., Halcomb, E., & Desborough, J.  Lifestyle risk factor communication by nurses in general practice: Understanding the interactional elements  Australien, 2019.	Att upptäcka sjuksköterskor s uppfattningar om interaktionsfak torer som stödjer kommunikatio n kring livsstilsrisker hos patienter.	Bekvämlighetsurval. 15 kvinnliga sjuksköterskor. Ålder: 25–66 år. Hade arbetat 2–35 år. Alla arbetade inom primärvården.  Inklusions- och exklusionskriterier redovisas inte. Bortfall redovisas inte.  Individuella, deskriptiva intervjuer.	Deltagarna tillfrågades genom e-post. Intervjuerna varade mellan 16,3–36 min. Öppna frågor. 15 sjuksköterskor verksamma inom primärvården ingick. Videoinspelning i samband med intervjuerna som skedde ansikte mot ansikte eller via telefon. Intervjuerna spelades in och transkriberades. Etiskt granskad.  Tematisk innehållsanalys inspirerad av Braun och Clarke.	Sjuksköterskorna upplevde att det var svårt att hjälpa patienter till förändring om patienterna inte är öppna för det. Olika tekniker beskrevs för att patienten ska inse och vilja ändra levnadsvanor. Viktigt att patienten var den som var i centrum i samtalen.	<b>Tillförlitlighet:</b> Stärks då sjuksköterskorna får svara på öppna frågor och inte vinklas till specifika svar. <b>Verifierbarhet:</b> Stärks då intervjufrågor finns tydligt beskrivna. <b>Pålitlighet:</b> Stärks då det finns beskrivet hur materialet samlats in. Sänks då det inte finns någon förståelse beskriven. <b>Överförbarhet:</b> Stärks genom att innehållet från resultatet är väl beskrivet.
Brobeck, E., Bergh, H., Odenrants, S., & Hildingh, C.  Primary healthcare nurses’ experiences with motivational interviewing in health promotion practice  Sverige, 2011.	Att beskriva primärvårdssju ksköterskors erfarenheter av MI som metod för hälsofrämjand e.	Strategiskt urval. 20 kvinnliga sjuksköterskor från vårdcentraler i sydvästra Sverige. 12–40 års erfarenhet. Spridda över 13 olika vårdcentraler. Alla sjuksköterskor jobbade med hälsofrämjande arbete. Aktivt tränat MI 3–10 år.  Inklusionskriterier: Deltagit i MI-utbildning samt erfarenhet av MI. Bortfall: 4 st.  Intervjuinstrument.	Den lokala MI- utbildningsenheten kontaktades för att komma i kontakt md sjuksköterskor som använder sig av MI aktivt. Totalt namngavs 24 sjuksköterskor. Intervjuerna genomfördes på sjuksköterskornas arbetsplats. Intervjutid: 40-55min. Etiskt granskad.  Kvalitativ innehållsanalys.	Sjuksköterskorna upplevde att MI var ett värdefullt och effektivt verktyg för hälsofrämjande inom primärvården men som krävde professionell erfarenhet, träning, intresse, tid samt respekt och förståelse för patienten.	<b>Tillförlitlighet:</b> Stärks genom att olika upplevelser beskrivs med citat från deltagarna i studien. <b>Verifierbarhet:</b> Sänks då det inte är tydligt vilka frågor deltagarna besvarar utan endast ”samlingsnamn” förklaras. <b>Pålitlighet:</b> Sänks då det inte förklaras hur många personer som analyserat och då ingen förståelse finns förklarad. <b>Överförbarhet:</b> Stärks genom att resultatet kan överföras till andra vårdcentraler.

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlings-metod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>Ljungkrona-Falk, L., Brekke, H., &amp; Nyholm, M.</p> <p>Swedish nurses encounter barriers when promoting healthy habits in children</p> <p>Sverige, 2013.</p>	<p>Att beskriva sjuksköterskors uppfattningar av ett nystartat hälsoprogram där målet var att främja hälsosam kost och fysisk aktivitet till föräldrar för att förhindra deras barns övervikt.</p>	<p>17 sjuksköterskor. Ytterligare information om deltagarna redovisas ej.</p> <p>Inklusions- och exklusionskriterier redovisas inte. Bortfall: 7 st.</p> <p>Fokusgruppsintervjuer.</p>	<p>Sjuksköterskor på Barnhälsocenter blev tillfrågade genom mail. Frågeformulär skickades ut och samlades in. Frågeformulär skickades till 76 st. 62 st återlämnades. Intervjuerna utfördes av oberoende moderator och observatör. Intervjuerna genomfördes på forskningscentrum utifrån en intervjuguide. Intervjulängd: 20–120 min. Intervjuerna spelades in och transkriberades. Etiskt granskad.</p> <p>Kvalitativ innehållsanalys.</p>	<p>Sjuksköterskorna upplevde hinder i arbetet kring att förbättra barns övervikt, i form av rädsla och osäkerhet, icke fungerande interaktion med föräldrarna samt att det moderna samhället hindrar föräldrars förmåga att främja hälsosamma levnadsvanor.</p>	<p><b>Tillförlitlighet:</b> Mycket data som samlades in så det har tittats på med ”olika ögon” då både intervjuer och frågeformulär gjorts.</p> <p><b>Verifierbarhet:</b> Stärks då det är beskrivet hur frågeformulär samt intervjuer är utformade. Figur bifogad som beskriver process.</p> <p><b>Pålitlighet:</b> Sänks på grund av att inte förståelse framkommer. Stärks på grund av att 2 av författarna analyserat samt 3 författare tittat över resultatet och sammanställt det.</p> <p><b>Överförbarhet:</b> Stärks då resultatet kan överföras till andra kontexter.</p>
<p>Östlund, A-S., Wadensten, B., Kristofferzon, M-L., &amp; Haggström, E.</p> <p>Motivational interviewing: Experiences of primary care nurses trained in the method</p> <p>Sverige, 2014</p>	<p>Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av motiverande samtal inom primärvården.</p>	<p>Ändamålsenligt urval. 20 sjuksköterskor från 18 vårdcentraler, (19 kvinnor och 1 man). Medelåldern var 51 år. Genomsnittlig yrkeserfarenhet var 24,8 år.</p> <p>Inklusionskriterier: Sjuksköterskor med MI-utbildning som träffat patienter med hälsoproblem. Bortfall redovisas inte.</p> <p>Semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>Sjuksköterskorna kontaktades och informerades om syftet. Sjuksköterskor valde datum och tid för intervjun. Huvudforskaren skötte allt detta.</p> <p>Intervjulängden var 11–59 minuter. Öppna frågor med fokus på erfarenhet. Ljudinspelades och transkriberades. Etiskt granskad.</p> <p>Kvalitativ innehållsanalys.</p>	<p>Motiverande samtal öppnar dörrar, när ömsesidigt intresse finns.</p>	<p><b>Tillförlitlighet:</b> Stärks då intervjuguiden testades på två intervjuer för att se om det besvarade på syftet.</p> <p><b>Verifierbarhet:</b> Sänks då det bara är förklarat ungefär hur frågorna är utformade och inte exakt. Inga bifogade frågor som användes i studien.</p> <p><b>Pålitlighet:</b> Sänks då ingen förståelse är beskriven. Det är inte förklarat hur många som analyserar vilket sänker pålitligheten.</p> <p><b>Överförbarhet:</b> Stärks då resultatet skulle kunna överföras till andra sjuksköterskor som arbetar med motiverande samtal.</p>

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlings-metod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>Sagsveen, E., Rise, M. B., Grønning, K., &amp; Bratås, O.</p> <p>Individual user involvement at Healthy Life Centres: a qualitative study exploring the perspective of health professionals</p> <p>Norge, 2018.</p>	<p>Att undersöka personalens erfarenheter av brukarmedverkan på individnivå samt hur de beskriver involvering av brukare på ett hälsocenter.</p>	<p>Strategiskt urval. 23 deltagare (läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter). Ålder: 18–60 år. 22 kvinnor och 1 man. Erfarenhet: 2–5 år.</p> <p>Inklusionskriterier: Hälsocenter som erbjöd 12 v. uppföljningsperiod med individuell hälsorådgivning, erfarenhet av individuell/grupphandledning med tobak, fysisk träning, kost. Bortfall redovisas inte.</p> <p>Semifokusgruppsintervjuer</p>	<p>Fyra fokusgruppsintervjuer. Hälsokoordinatorer informerade deltagarna i fokusgrupp 1–2 om studien och skickade dem som ville delta till första forskare. Fokusgrupp 3–4 kontaktades av forskare per telefon. De som ville delta fick information genom mail. Intervjutid 90 min. Storlek på grupp: 4–8 deltagare. Intervjuer ägdes rum i kontor eller på hälsocenter. Intervjuguide användes. Spelades in och transkriberades. Etiskt granskad.</p> <p>Systematisk textkondensering</p>	<p>Framkom att det upplevdes viktigt att den som utför MI befinner sig på patientens kunskapsnivå, ser patienten som en individ, patient ska vara i fokus. Svårt att involvera patient i samtal om de vill ha enkla lösningar.</p>	<p><b>Tillförlitlighet:</b> Stärks Svarar på syftet.</p> <p><b>Verifierbarhet:</b> Stärks då det är bra beskrivet hur informanterna blev tillfrågade samt vem som gjorde vad.</p> <p><b>Pålitlighet:</b> Sänks så det inte finns förförståelse beskrivet.</p> <p><b>Överförbarhet:</b> Resultatet skulle kunna användas inom arenor där MI används.</p>
<p>Moura de Oliveira, D., Xavier dos Santos, A. M., Montezano de Paula, A., Andrade e Silva, E., Ribeiro, L., &amp; Toledo de Mendonça, E.</p> <p>Conceptions and practices of health education: nurses' perspective of the family health strategy</p> <p>Brasilien, 2016.</p>	<p>Att analysera uppfattningar och hälsoundervisning spraxis ur sjuksköterskors perspektiv i familjehälsostategin.</p>	<p>Ändamålsenligt urval.</p> <p>13 sjuksköterskor från primärvården i en stad i Brasilien. 28–44 år. 11 kvinnor och 2 män. Erfarenhet från 2–10 år. 9 av de som intervjuades var specialister inte familje- och folkhälsa.</p> <p>Inklusions- och exklusionskriterier redovisas inte.</p> <p>Bortfall: 2.</p> <p>Semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>Sjuksköterska inbjöds till att delta, oklart hur. Intervjuerna bokades in genom telefon och genomfördes på avdelningarna där sjuksköterskorna jobbade. Alla deltagande skrev under en samtyckesform som utformats av forskarna. Etiskt granskad.</p> <p>Innehållsanalys.</p>	<p>Sjuksköterskor ansåg att hälsosamtal är en röd tråd i arbetet då ämnet är relevant i många områden, att sjuksköterskor ska vara trygga stöttepelare för patienter, att det är viktigt med utbildning för att göra ett så bra samtal som möjligt.</p>	<p><b>Tillförlitlighet:</b> Stärks, resultatet svarar på syftet</p> <p><b>Verifierbarhet:</b> Stärks då frågorna som använt i intervjuerna redovisas.</p> <p><b>Pålitlighet:</b> Sänks då förförståelse inte finns beskriven, inte heller något kring inkl- och exklusionskriterier/bortfall.</p> <p><b>Överförbarhet:</b> Resultatet skulle kunna överföras till liknande vårdplatser där hälsosamtal utförs.</p>

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>Bornhoeft, K.</p> <p>Perceptions, Attitudes, and Behaviors of Primary Care Providers Toward Obesity Management: A Qualitative Study</p> <p>USA, 2018.</p>	<p>Att utveckla en förståelse om de uppfattningar, attityder och övertygelser som personal inom primärvården har kring ämnet fetma, för att belysa de hinder som förhindrar effektiv hantering av fetma.</p>	<p>Ändamålsenligt urval.</p> <p>12 deltagare (6 läkare och 6 sjuksköterskor) som arbetade inom primärvården Frivilligt deltagande.</p> <p>Inklusionskriterier: Minst ett års erfarenhet av primärvård, 25–65 år, regelbundet vårda patienter med fetma.</p> <p>Inget bortfall.</p> <p>Semistrukturerad intervju.</p>	<p>Tillfrågades på 12 olika arbetsplatser av huvudforskare.</p> <p>Intervjuerna genomfördes av forskaren på plats vald av deltagare, ett lugnt rum/kontor på arbetsplatsen.</p> <p>Intervjuerna tog inte längre än 45 min.</p> <p>Digital inspelare användes. Etiskt granskad.</p> <p>Tematisk analys.</p>	<p>Sjuksköterskor upplever brist på kunskap kring ämnet, de känner en osäkerhet att närma sig patienter om de har samma problem (fetma), upplever att patienter inte vet hur de ska använda verktygen de får samt att det är svårt att förändra patienters levnadsvanor.</p>	<p><b>Tillförlitlighet:</b> Stärks genom att de har använt sig av intervjuer för att få ett så fritt svar som möjligt av deltagarna. Med olika sorters svar stärks det för att alla har fått säga sin sanna bild.</p> <p><b>Verifierbarhet:</b> Sänks då de specifika frågorna inte framställs i studien.</p> <p><b>Pålitlighet:</b> Enbart en forskare som analyserat samt intervjuat. Dock framkommer det att det finns en förståelse kring ämnet men att forskaren gjort allt för att inte påverka deltagarna. Forskaren kände även deltagarna vilket sänker pålitligheten.</p> <p><b>Överförbarhet:</b> Resultatet skulle kunna användas på vårdcentraler där samtal kring fetma förs.</p>



## Bilaga 4. HKR:s granskningsmall för KVALITATIVA studier

1. Författare, titel, land och publiceringsår	
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Vilka var författarna? Vad får vi veta om dem?</li> <li>b. Vad var titeln på artikeln? Vilka tankar ger titeln om vad studien kommer att handla om?</li> <li>c. I vilket land genomfördes studien?</li> <li>d. Vilket år publicerades artikeln?</li> </ul>	
2. Syfte (Aim)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Vad var syftet med studien - översatt till svenska?</li> <li>b. Vilka centrala begrepp finns i syftet?</li> </ul>	
3. Bakgrund (Background/Introduction)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Finns de centrala begreppen i syftet definierade i bakgrunden?</li> <li>b. Finns det en problematisering tidigt i bakgrunden? En problematisering är ett stycke där forskarna ger sina motiv till varför denna studie behövs.</li> <li>c. Finns tidigare forskning inom området beskriven? Vad handlar denna forskning om? Någon forskning som saknas?</li> <li>d. Finns det en teori, modell eller något centralt begrepp i bakgrunden? Vilken/vilket?</li> <li>e. Kan du tänka dig någon teori/modell/centralt begrepp som hade passat att ta med i bakgrunden?</li> </ul>	
4. Metoden – Urval och datainsamling (Sample and Datacollection)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Vilken typ av urval användes? Använd det vetenskapliga begreppet.</li> <li>b. Hur många personer ingick i studien?</li> <li>c. Hur många tillfrågades/hur stort var bortfallet?</li> <li>d. Hur såg urvalet ut? Antal, kön, ålder osv.</li> <li>e. I vilket kontext (sammanhang, miljö) genomfördes studien?</li> <li>f. Vilka var inklusions- respektive exklusionskriterierna?</li> <li>g. Vilken slags datainsamling användes? Använd det vetenskapliga begreppet.</li> </ul>	

5. Metoden – Genomförande och analys (Procedure and Analysis)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Vem rekryterade deltagarna?</li> <li>b. Var skedde datainsamlingen? Hur gick forskarna rent praktiskt tillväga vid datainsamlingen? Tidsaspekter? Utskrifter?</li> <li>c. Vilka frågor ställdes?</li> <li>d. Vilket slags kvalitativ analys användes? Vetenskapligt begrepp.</li> <li>e. Vem/vilka genomförde analysen?</li> <li>f. Redovisas forskarnas förförståelse?</li> <li>g. Hur gick analysen till?</li> <li>h. Vilka etiska överväganden gjordes? Fanns forskningsetiskt tillstånd?</li> </ul>	
6. Fynd (Findings)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Vilka var de övergripande resultaten (kategorier &amp; subkategorier alt. teman &amp; subteman)?</li> </ul>	
7. Diskussion (Discussion/ Comprehensive interpretation)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Vilka fynd väljer forskarna att fokusera i sin diskussion?</li> <li>b. Vilken ny forskning/vilka nya teorier för forskarna in i diskussionen?</li> </ul>	
8. Slutsats och kliniska implikationer (Conclusion, clinical implications)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Vilka slutsatser drar forskarna?</li> <li>b. Vilka kliniska tillämpningar av fynden föreslås?</li> <li>c. Vilken ytterligare forskning föreslås?</li> </ul>	
9. Kvalitet (Se Shenton, 2004)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Hur bedömer du studiens tillförlitlighet <sup>a)</sup> (Credibility)?</li> <li>b. Hur bedömer du studiens verifierbarhet <sup>b)</sup> (Dependability)?</li> <li>c. Hur bedömer du studiens pålitlighet <sup>c)</sup> (Confirmability)?</li> <li>d. Hur bedömer du studiens överförbarhet <sup>d)</sup> (Transferability)?</li> </ul>	

- a) En kvalitativ studies tillförlitlighet bestäms framför allt av om studien svarar på syftet, om citaten som redovisas antyder att intervjuerna blivit djupa dvs. verkligen speglar deltagarnas upplevelser samt av urvalet.
- b) En kvalitativ studies verifierbarhet bestäms framför allt av om metoden (intervjuerna, genomförandet, analysen) är beskriven på ett sätt som gör att det skulle gå att göra om studien.
- c) En kvalitativ studies pålitlighet bestäms framför allt av om fler än en person har deltagit i analysen, om forskarna har beskrivit sin förståelse, om de visar att de inte bara har sett det de trodde och hoppades att de skulle finna samt av vilken relation det finns mellan forskarna och deltagarna.
- a) En kvalitativ studies överförbarhet bestäms framför allt av urvalet, om sammanhanget där studien genomfördes (kontexten) är väl beskrivet och av kategorierna/temanans abstraktionsnivå.