

FYSIOTERAPEUTERS ERFARENHETER AV ARBETET ATT FÖRÄNDRA MOTIONSVANOR HOS GRAVIDA MED FETMA

En kvalitativ intervjustudie

CAJSA ÅKERBERG

FRIDA SUNDBERG

Huvudområde: Fysioterapi

Nivå: Grundnivå

Högskolepoäng: 15 hp

Program: Fysioterapeutprogrammet

Kursnamn: Fysioterapi: Examensarbete
med inriktning mot beteendemedicin

Kurskod: FYS063

Handledare: Anna Karin Andersson

Examinator: Birgitta Widerström

Seminariedatum: 2023-09-27

Betygsdatum: 2023-11-20

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Fetma hos gravida är ett ökande problem och kan leda till flertalet komplikationer för både mamma och foster. Fetma kan bland annat utvecklas på grund av levnadsvanor, hormoner, genetik och psykosociala faktorer. Behandlingen är heterogen och stora delar av den syftar till att förändra de gravidas kost- och motionsvanor. Beteendeförändring är en dynamisk process och där kan fysioterapeuten och implementeringen av beteendeförändringsstrategier ha en betydande roll i förändring av motionsvanor hos gravida med fetma.

Syfte: Att utforska fysioterapeuters erfarenheter av att arbeta med beteendeförändring av motionsvanor hos gravida kvinnor med fetma.

Metod: Explorativ deskriptiv kvalitativ design med semistrukturerad intervjuguide och manifest innehållsanalys med induktiv ansats tillämpades. Sju kvinnliga sjukgymnaster/fysioterapeuter som hade arbetet med minst fyra gravida kvinnor med fetma var inkluderades.

Resultat: Dataanalysen resulterade i fyra kategorier och elva underkategorier. Kategorierna var: *Bygga en terapeutisk allians, Informera och utbilda med varierande kunskap, Individanpassa fysisk aktivitet och träning och Samarbeta med andra parter.*

Slutsats: Fysioterapeuten har en viktig roll som socialt stöd under beteendeförändringen av motionsvanor. Resultatet indikerar på att mer utbildning och forskning behövs om fetma och i bemötandet av den gravida med fetma. Fysioterapeuterna upplevde att ett multidisciplinärt team för behandling av patientgruppen skulle kunna gynna patientens beteendeförändring.

Nyckelord: Beteendeförändring, fysioterapi, fysisk aktivitet, graviditet, obesitas, upplevelser

ABSTRACT

Background: Obesity in pregnant women is an increasing problem that can lead to numerous complications for both mother and fetus. Obesity can develop due to, among other things, lifestyle, hormones, genetics, and psychosocial factors. The treatment is heterogeneous and largely aims to change the diet and exercise habits of pregnant women. Behavior change is a dynamic process where the physiotherapist and the implementation of behavior change strategies can have a significant role in changing exercise habits in pregnant women with obesity.

Aim: To explore physiotherapists' experiences of working with behavioral change of exercise habits in pregnant women with obesity.

Method: Exploratory descriptive qualitative design with semi-structured interview guide and manifest content analysis with an inductive approach was used. Seven female physiotherapists who had worked with at least four pregnant women with obesity each were included in the study.

Result: The data analysis resulted in four categories and eleven subcategories. The categories were: *Building a therapeutic alliance*, *Informing and educating with varying knowledge*, *Customize physical activity and training* and *Collaborating with other parties*.

Conclusion: The physiotherapist has an important role as social support during the behavioral change of exercise habits. The result indicates that more education and research is needed about obesity and in the treatment of pregnant women with obesity. The physiotherapists felt that a multidisciplinary team for the treatment of the patient group could benefit the patient's behavior change.

Keywords: Behavioral change, experiences, obesity, physical activity, physiotherapy, pregnancy

INNEHÅLL

1	BAKGRUND	1
1.1	Fetma.....	1
1.2	Fetma under graviditeten.....	2
1.3	Åtgärder av fetma.....	2
1.3.1	Åtgärder för fetma under graviditet.....	3
1.4	Fysioterapeutens roll.....	3
1.5	Beteendemedicin inom fysioterapi.....	4
1.5.1	Social kognitiv teori.....	4
1.6	Problembeskrivning.....	5
2	SYFTE	5
3	METOD OCH MATERIAL	6
3.1	Design.....	6
3.2	Urval.....	6
3.3	Datainsamling.....	7
3.4	Tillvägagångssätt.....	8
3.4.1	Rekrytering.....	8
3.4.2	Intervjuer.....	8
3.5	Dataanalys.....	9
3.6	Etiska överväganden.....	10
4	RESULTAT	11
4.1	Bygga en terapeutisk allians.....	12
4.1.1	Skapa ett förtroende.....	12
4.1.2	Tillämpa samtalstekniker.....	12
4.1.3	Skapa sig en helhetsbild.....	12
4.2	Informera och utbilda med varierande kunskap.....	13
4.2.1	Informera och ge råd om fysisk aktivitet.....	13
4.2.2	Informera om övervikt och graviditet.....	14

4.2.3	<i>Det saknas utbildning och forskning.....</i>	15
4.3	Individanpassa fysisk aktivitet och träning	15
4.3.1	<i>Erbjuda och anpassa träning.....</i>	15
4.3.2	<i>Sätta mål och följa upp.....</i>	16
4.3.3	<i>Stötta i träning.....</i>	17
4.4	Samarbeta med andra parter	18
4.4.1	<i>Inkludera anhöriga</i>	18
4.4.2	<i>Inkludera andra professioner.....</i>	18
5	DISKUSSION.....	19
5.1	Resultatsammanfattning.....	19
5.2	Resultatdiskussion.....	20
5.3	Metoddiskussion	23
5.4	Etikdiskussion	25
6	SLUTSATS.....	26
7	KLINISK BETYDELSE OCH VIDARE FORSKNING	27
	REFERENSLISTA	28

BILAGA A - INTERVJUGUIDE

BILAGA B - INFORMATIONSBREV

BILAGA C - INTYG OM TILLSTÅND

BILAGA D - SAMTYCKESBLANKETT

1 BAKGRUND

1.1 Fetma

Fetma även kallat obesitas är en kronisk sjukdom och innebär en ökad risk att drabbas av folksjukdomarna diabetes typ 2, cancer och hjärt- och kärlsjukdomar, även social stigmatisering kan förekomma (Folkhälsomyndigheten, 2022). Body mass index (BMI) ≥ 30 definieras som fetma och är ett ökande världspå problem enligt World Health Organisation (WHO)(WHO, 2021). I Sverige har fetma ökat från 14,3% år 2012 till 16,3% år 2022 i åldrarna 16-84 år (Folkhälsomyndigheten, 2023). År 2022 bestod Sveriges befolkning av ca 10,5 miljoner människor, vilket innebär att cirka 1 711 500 personer kan beräknats haft fetma då (Statistikmyndigheten, 2022).

Fetma beror på en långvarig obalans i energiomsättningen, det intas mer energi än det förbrukas (WHO, 2021). Det finns kopplingar mellan dysfunktioner i hormonbalansen och utvecklingen av fetma, exempelvis kan hormonerna tyroxin (T4), trijodotyronin (T3) och insulin påverka vikten (Hayes, 2020). Även vissa gener har kopplats till en ökad risk att utveckla fetma, vilket innebär att det finns individer som löper en större risk att utveckla fetma redan från födseln. Psykosociala faktorer kan också spela en roll i utvecklingen av fetma. Det fanns ett samband mellan depression och fetma, depression ökade risken att utveckla fetma och fetma ökade i sin tur risken att utveckla depression (Luppino et al., 2010).

Stora mängder stillasittande påverkar energiomsättningen negativt och är starkt kopplat till vår livsstil. Metabolismen sjunker av stillasittande vilket ökar risken för att extra energi i kroppen lagras som fett (Hayes, 2020). Att fetma ökar relateras till en alltmer stillasittande vardag då jobb, transporter och fritid blivit mindre fysiskt krävande samt en ökad tillgång till energirik mat (WHO, 2021). Levnadsvanor innefattar vanor som är av stor vikt för vår hälsa. Det kan till exempel vara alkohol-, tobak-, fysisk aktivitet (FA)- och matvanor som har betydelse för hur vi mår både psykiskt och fysiskt (Folkhälsoguiden, 2017). De levnadsvanor en individ skapar sig grundar sig i självkänsla, hälsofrämjande stöd i omgivning, samspel med andra samt livslång erfarenhet. Det behöver inte ha något med slump, bristande förståelse eller kunskap att göra (Pellmer & Wramner, 2018). Miljön runt en människa påverkar deras val av dagliga aktiviteter, exempelvis skolan, hemmet, arbetsmiljöer och hälsovårdsenheter (Hayes, 2020).

1.2 Fetma under graviditeten

Fetma och övervikt hos gravida blir ett allt vanligare problem. Under en 10-årsperiod ökade antalet gravida med fetma i Sverige från 12,6% (2010) till 16,3% (2020) (Socialstyrelsen, 2021). BMI uträknas vid andra inskrivningsbesöket hos barnmorskan som vanligen sker mellan vecka tio till tolv av graviditeten och används som ett referensmått för normal viktuppgång enligt Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG), (SFOG, 2016). Fetma medför ytterligare komplikationer under graviditeten som kan beröra mamma och barn, både under och efter förlossningen. Övervikt och fetma vid graviditet ökar riskerna för tidiga missfall, fostermissbildningar, axeldystoki (axlarna fastnar under förlossningen), graviditetsdiabetes, havandeskapsförgiftning, makrosomi (för stort barn vid födsel), förtidig födsel samt dödsfall (Poston et al., 2016). Fostret har ökad risk att drabbas av överväxt, tillväxthämning, förlossningsskada och dödsfall samt kan ge negativa hälsoeffekter på lång sikt för barnet, såsom hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes, högt blodtryck, framtida fetma och tidig död (Simon et al., 2020).

Under graviditeten finns det flera levnadsvanor som kan komma att behöva förändras. Om den gravida snusar, röker eller dricker alkohol så rekommenderas de i Sverige att avstå från dessa levnadsvanor under graviditeten och ibland även efter förlossningen då de kan komma att skada fostret och sedan barnet. Ohälsosamma matvanor och brist på FA kan komma att drabba både mamman och fostret och det rekommenderas därför att följa det riktlinjerna om FA som finns för vuxna, dock med en viss anpassning av aktivitet vid behov (Socialstyrelsen, 2018). Rekommendationer för FA vid graviditet innefattar minst 150 minuter aerob FA samt muskelstärkande FA 2 gånger per vecka. Regelbundna korta pauser för att undvika långvarigt stillasittande, styrketräning av bäckenbottenmuskulatur samt aktiviteter som innebär en minimal risk för fall och fosterskada rekommenderas (Josefsson et al., 2017).

1.3 Åtgärder av fetma

Heterogeniteten av fetma gör vikthanteringen komplex och behandlingen blir en dynamisk process som innefattar förbehandlingsfas, behandlingsfas samt en underhållandefas efter behandling, för att minska de höga riskerna för återfall (Stubbs et al., 2011). I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid obesitas (2023), beskriver de att behandling av fetma kan ske genom en kombinerad levnadsvanebehandling, läkemedel samt kirurgi. Kombinerad levnadsvanebehandling innefattar individuell anpassning av kost, FA, stillasittande och stöd för beteendeförändringar. Det enklaste sättet att höja metabolismen är genom att vara FA (Hayes, 2020). Vid fetma och övervikt rekommenderas aerob FA 300 min på måttlig intensitet respektive 150 min på hög intensitet varje vecka. En kombination av ökad FA och kostomläggning behövs för att gå ner i vikt men också för att bibehålla viktnedskningen. Muskelstärkande FA bör följas enligt rekommendationerna för friska vuxna då det saknas evidens för specifika rekommendationer vid fetma och övervikt. Det rekommenderas att börja träna försiktigt med succesiv ökning för att undvika risk för skador

och värk i muskler och leder (Trolle Lagerros & Rössner, 2017). Att tillämpa målsättning och självmonitorering av beteenden har visats vara gynnsamma och effektiva beteendeförändringstekniker för FA och kost för personer med övervikt och fetma både på kort och lång sikt. Beteendeförändringstekniker och personcentrerad, autonomt stödjande rådgivning är även viktiga faktorer för vidmakthållande av en beteendeförändring (Samdal et al., 2017).

1.3.1 Åtgärder för fetma under graviditet

Motion beskrivs som fysisk aktivitet syftande till att upprätthålla eller förbättra fysisk kondition, bland annat muskelstyrka, aerob kapacitet, rörlighet och balans (Schäfer-Elinder och Faskunger, 2013). I denna studie kommer begreppen motion och FA att användas synonymt. Enligt Socialstyrelsens riktlinjer för prevention och behandling av ohälsosamma levnadsvanor (2018) bör gravida kvinnor som har bristande kost- och motionsvanor bli erbjudna kvalificerade rådgivande samtal, med information om riskerna som fetma medför samt motivera till nya levnadsvanor. Ett multidisciplinärt team bestående av fysioterapeut, dietist, läkare och psykolog kan öka möjligheterna för ett lyckat behandlingsresultat av kost och motion (Socialstyrelsen, 2022).

Flertalet studier har visat att kost- och/eller träningsinterventioner har en viktig roll i förhindrandet av överdriven viktuppgång hos gravida med fetma (Vesco et al., 2014; Muktabhant et al., 2015; Du et al., 2019). Det kan minska riskerna att drabbas av kejsarsnitt, makrosomi, neonatal respirations morbiditet (Muktabhant et al., 2015) och graviditetsdiabetes (Du et al., 2019). Interventionsstudien av Vesco et al. (2014) innehöll veckovisa gruppsessioner där beteendeförändringstekniker implementerades. Deltagarna fick sätta mål tillsammans med interventionsledarna, formulera handlingsplaner, utveckla källor till förstärkning och socialt stöd samt diskutera hinder och utmaningar. De fick även arbeta med egenkartläggning i form av mat- och motionsdagböcker (Vesco et al., 2014). En annan studie undersökte vad träning under graviditet kan ha för effekter på för tidig födsel hos gravida med övervikt och fetma. Resultaten visade att aerob träning cirka 30-60 minuter 3-7 gånger per vecka under graviditeten var förknippad med minskad förekomst av för tidig födsel, i jämförelse med att vara stillasittande. Det visades även ha en viktig förebyggande effekt av graviditetsdiabetes och därför bör aerob träning hos gravida med övervikt och fetma rekommenderas (Magro-Malosso et al., 2016).

1.4 Fysioterapeutens roll

Personer med fetma kan ha begränsningar i rörelseomfånget och smärta i leder vilket gör det viktigt att hitta individanpassade motionsformer. För behandling och konsultation av träningen kan remiss till fysioterapeut skrivas (Trolle Lagerros & Rössner, 2017). En fysioterapeut kan arbeta hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande, habiliterande, rehabiliterande eller terapeutiskt. "Fysioterapeutiska interventioner baseras på utredningen, diagnosen och målsättningen och omfattar samtal, specifika pedagogiska och terapeutiska

åtgärder samt åtgärder som gäller omgivning” (Fysioterapeuterna, 2019, s.20). I arbetet med beteendeförändring av bristande levnadsvanor så som kost och motion, kan fysioterapeuten hjälpa patienten att hitta sina egna resurser. Fysioterapeuten sätter tillsammans med patienten upp individuellt anpassade mål och träningsprogram efter deras sjukdom eller skada (Fysioterapeuterna, 2019).

Barnmorskorna är de som i första hand kommer i kontakt med de gravida kvinnorna, även de med fetma, där de bland annat ger information och rådgivning om kost- och motionsvanor. Om patientgruppen sedan kommer i kontakt med fysioterapeut är upp till barnmorskan eller arbetsplatsen då det inte finns några tydliga nationella riktlinjer för remittering. I regionerna Stockholm och Uppsala, som exempel, ska besök och stöd hos fysioterapeut erbjudas (region Stockholm, 2016; region Uppsala, 2021). Medan enligt styrande dokument inom region Sörmland ingår inte remiss till fysioterapeut för gravida med fetma (Herbstman, 2019). Studier som specifikt utforskar det fysioterapeutiska arbetet med beteendeförändring av motionsvanor hos gravida kvinnor med fetma har författarna inte kunnat finna.

1.5 Beteendemedicin inom fysioterapi

Beteendemedicin syftar till utveckling och integrering av psykosociala, sociokulturella, beteendemässiga och biomedicinska kunskaper som har en betydande roll för utvecklingen av hälsa och ohälsa (International Society of Behavioral Medicine, 2011). Grundprincipen är att beskriva samband mellan beteendefaktorer och biomedicinska faktorer i sjukdomsutvecklingens alla stadier. Fysioterapeuter/sjukgymnaster som arbetar beteendemedicinskt har fokus på initiering, genomförande och bibehållande av beteenden. De lägger stor vikt i att se över de bio-psyko-sociala faktorer som kan förklara beteendet (Denison & Åsenlöf, 2015).

Vikten av att integrera beteendeterapi i behandlingen av gravida kvinnor med fetma påvisades i en metaanalys (Behnam et al., 2022). Det framkom att fetma är en komplex diagnos där det behövs support inom kost, FA samt psykiskt stöd. Beteendeterapin bör kombineras med livsstilsinterventioner för att undvika negativa komplikationer för de gravida med fetma, samt att fysisk aktivitet bör uppmuntras. Beteendeterapi kunde innebära integrering av målsättning, motiverande samtal (MI) eller social kognitiv teori (Behnam et al., 2022). Motiverande samtal kan beskrivas som en mjukare rådgivning där funktionen är att framkalla patientens egen motivation till förändring (Rollnick et al., 2009).

1.5.1 Social kognitiv teori

Social kognitiva teorin (SCT) bygger på en interaktion mellan individ, omgivning och beteende. Socialt stöd är en viktig omgivningsfaktor inom SCT och innefattar personens sociala omgivning som kan bidra med stöd, tillåtelse eller avskräckande gentemot individens beteende eller möjliga beteendeförändringar (Bandura, 2004).

Sjukgymnasten/fysioterapeuten har en viktig roll i att vägleda och ansvara för att patientens resurser tas tillvara, så att patienten utifrån sina förutsättningar ska kunna vara så autonom som möjligt (Denison & Åsenlöf, 2015). Ett annat centralt begrepp inom teorin som är betydelsefull för beteendeförändringsprocessen är individfaktorn self-regulation. Self-regulation beskriver hur en person själv kan reglera sitt beteende, som att förbise kortsiktiga konsekvenser i hopp om att nå framgångsrika resultat på lång sikt (Bandura, 2004). I en studie om vuxna med fetma undersöktes vilka inre faktorer som var viktiga för att genomgå sin fetmabehandling. Deras data visade att self-regulation var en av de mest framträdande inre faktorerna av betydelse vid FA och viktnedgång (Teixeira et al. 2015).

1.6 Problembeskrivning

Fetma och övervikt hos gravida kvinnor blir allt vanligare. Fetma är en kronisk sjukdom som innebär ett BMI ≥ 30 och kan leda till komplikationer för fostret och mamman. Några komplikationer är havandeskapsförgiftning, graviditetsdiabetes, missfall och axeldystoki. Fetma utvecklas genom en långvarig obalans i energiomsättningen som kan vara svår att ändra på då fetma är ett komplext tillstånd som exempelvis kan grunda sig i dåliga levnadsvanor, genetik, dysfunktioner i hormonbalansen och psykosociala faktorer. Behandlingen av fetma är heterogen och återfallsrisken är hög, vilket troligen även stämmer in på de gravida med fetma. Gravida med bristande kost- och motionsvanor bör erbjudas kvalificerade rådgivande samtal. Implementering av beteendeförändringsstrategier och förändring av kost-och motionsvanor kan minska riskerna för komplikationer hos såväl fostret som mamman. Fysioterapeuten kan arbeta med beteendeförändring av motionsvanor genom att ge patienten verktyg för att öka dennes fysiska aktivitet. I SCT är socialt stöd en viktig omgivningsfaktor, där fysioterapeuten har en viktig roll i att vägleda patienten. Författarna i denna uppsats har inte kunnat finna studier som utforskar fysioterapeuters erfarenheter av att arbeta med beteendeförändring av motionsvanor hos gravida med fetma. Det är därmed av intresse att ta del av fysioterapeuters erfarenheter, för att identifiera såväl gynnsamma faktorer som svårigheter i att stödja gravida med fetma till hälsosamma motionsvanor.

2 SYFTE

Syftet med studien är att utforska fysioterapeuters erfarenheter av att arbeta med beteendeförändring av motionsvanor hos gravida kvinnor med fetma.

3 METOD OCH MATERIAL

3.1 Design

En explorativ deskriptiv kvalitativ design tillämpades för att besvara studiens syfte. Den kvalitativa designen används för att undersöka den subjektiva bilden av verkligheten hos de människor som studeras, alltså hur de tolkar och uppfattar deras omgivning (Backman, 2016). Därav valdes designen för att fånga upp fysioterapeuternas egna erfarenheter och upplevelser (Carter & Lubinsky, 2016).

3.2 Urval

Rekrytering av informanter utfördes via ändamålsenligt urval och snöbollsurval. Författarnas forskningsområde var smalt och informanter med specifik erfarenhet av området behövde väljas ut till studien, vilket anses ändamålsenligt. Informanterna var svåra att hitta, därav användes snöbollsurval för att få tag på nya informanter via rekommendationer från de första informanternas kontaktnät (Carter & Lubinsky, 2016).

Inklusionskriterierna för studien var att personen skulle vara legitimerad fysioterapeut eller sjukgymnast samt arbetat med gravida kvinnor med fetma.

Fysioterapeuterna/sjukgymnasterna skulle ha arbetat med minst fyra gravida kvinnor med fetma, där deras kontaktorsak ej behövde vara på grund av fetma men varit en del av problematiken. De behövde behärska det svenska språket.

De sju informanter som rekryterades till studien var legitimerade fysioterapeuter/sjukgymnaster som arbetat med beteendeförändring av motionsvanor hos gravida kvinnor med fetma från olika hälso- och sjukvårdsinstanser i Mellansverige. Informanterna var kvinnor i åldrarna 26–57 år och hade arbetat som fysioterapeut/sjukgymnast i 4–33 år. De hade haft mellan 4–145 gravida kvinnor med fetma som patienter med olika kontaktorsaker. Ytterligare information finns i Tabell 1.

Tabell 1: Urval av informanter

Informanter	År i arbete med gravida kvinnor	Utbildningar inom beteendemedicin
A Privat, avtal region	25 år	Hälsopsykologi, empowerment, motiverande samtal och psykosomatik
B Sjukhus	5 år	-
C	3 år	Beteendemedicinsk inriktning i

Privat, avtal region		grundutbildning. Sensorisk smärta med beteende.
D Vårdcentral	8 år	Beteendemedicinsk inriktning i grundutbildning
E Privat, avtal region	19 år	Psykosomatik, feldenkraismetoden
F Privat, avtal region	29 år	-
G Privat, avtal region	5 år	Beteendemedicinsk inriktning i grundutbildning

3.3 Datainsamling

En semistrukturerad intervjuguide (Bilaga A) tillämpades vid de individuella intervjutillfällena. En semistrukturerad intervjuguide innebär att det har utformats förutbestämda frågor som kan kompletteras med följdfrågor för att få ut mer information av deltagarna (Carter & Lubinsky, 2016). Intervjuguiden inleddes med bakgrundsfrågor om informanterna som bland innefattade ålder, yrkesverksamma år och utbildningar inom beteendemedicin. Efterföljande nio huvudfrågor bestod av öppna frågor med en tydlig koppling till syftet. Exempel på dessa frågor var "Hur arbetar du med gravida kvinnor med fetma idag?" och "På vilket sätt arbetar du med att stötta de gravida med fetma till ökad fysisk aktivitet?". De öppna frågorna gav utrymme för reflektioner, tankar och känslor kring deras egna erfarenheter av arbetet med beteendeförändring av motionsvanor hos gravida med fetma. En öppen fråga lämnar utrymme att fundera innan svaret och gör att det kan gå åt många håll, vilket skapar ett större svarsutrymme (Rollnick et al., 2009). Intervjuguiden avslutades med en tilläggsfråga som lät informanten lägga till eller förtydliga information som kunde ha missats eller fått för lite fokus. Vid behov gavs ytterligare förklaringar av frågorna. Varje huvudfråga följdes av minst en följdfråga för att få fördjupad information och öka förståelsen hos författarna (Carter & Lubinsky, 2016). Intervjuerna spelades in med diktafon för att kunna sammanställas ordagrant av författarna. För att undersöka om frågorna i intervjuguiden var relevanta för studiens syfte gjordes två testintervjuer. Inga ändringar i intervjuguiden gjordes så testintervjuerna inkluderades.

3.4 Tillvägagångssätt

3.4.1 Rekrytering

Rekryteringen av informanter hade olika tillvägagångssätt. Några av informanterna hittades genom sökning av fysioterapeuter som arbetar inom kvinnohälsa på Kompetenskartan (<https://kompetenskartan.se/>). Av dessa informanter kontaktades några via deras verksamhetschefer. Om kontaktinformation till verksamhetschef ej kunde hittas blev kontakten direkt via informantens personliga information från Kompetenskartan. Verksamhetscheferna kontaktades via mejl där de fick en kort beskrivning av studien och information om att författarna ville intervjua deras anställda. I mejlet bifogades ett informationsbrev (Bilaga B) om studien och ett intyg på att deras anställda fick delta i studien (Bilaga C). Verksamhetscheferna skrev under intyget och vidarebefordrade sedan informationsbrevet till deras anställda för förfrågan om deltagande i studien. De anställda fick därefter meddela författarna om det fanns ett intresse av att delta i studien. De som ville delta fick en samtyckesblankett (Bilaga D) mejlad till sig för underskrift. Vid direkt kontakt med fysioterapeuten/sjukgymnasten skickades en kortare information om studiens syfte och om intresse fanns till att delta i studien skulle de höra av sig till författarna och vidarebefordra kontaktinformation till deras chef så att ett intyg på att deras anställda fick delta i studien kunde insamlas. När intyget var insamlat skickades ett fullständigt informationsbrev ut till informanten. Ifall informanten var en egenföretagare skickades informationsbrevet, intyg och samtyckesblankett ut till denne via mejl utan mellanhand. Informanterna som tillkom via snöbollseffekt kontaktades på samma sätt som beskrivet ovan vid "direktkontakt med fysioterapeut/sjukgymnast". Alla informanter fick ta del av ett informationsbrev innan samtycke till studien skrevs under. Muntligt och skriftligt samtycke samlades in före intervjuerna. När sju intervjuer utförts som kunde svara på studiens syfte avslutades rekryteringen av informanter.

3.4.2 Intervjuer

Under elva veckor i april, maj och juni 2023 genomfördes samtliga intervjuer. Sju individuella intervjuer utfördes som ansågs hålla kvalitet och ge relevant information för studiens syfte. I samråd med informanterna bestämde författarna tid för intervjun samt om den skulle ske på deras arbetsplats eller via Zoom. Informanterna fick vara med och bestämma plats då miljön kan spela en viktig roll för hur bekväma informanterna känner sig under intervjun (Carter & Lubinsky, 2016). En intervju utfördes på arbetsplatsen och resterande sex via zoom. Intervjuerna varade i cirka 35–45 minuter. Vid intervjutillfällena deltog båda författarna, ena ansvarade för anteckningar och observationer och den andra författaren ansvarade för att ställa de frågor som formulerats i intervjuguiden. Följdfrågor ställdes vid behov av båda författarna under samtliga intervjuer. Inför varje intervju förtydligades detta för informanten då det är viktigt att klargöra vilka roller varje person har under intervjun (Carter & Lubinsky, 2016). Ena författaren intervjuade vid tre tillfällen och den andra vid fyra tillfällen. En författare ansvarade för inspelningen av samtliga intervjuer. Inspelning av intervjuerna genomfördes med diktafon lånad av universitetet och lagrades på

två lösenordskyddade datorer samt ett USB-minne. Inspelningarna raderades från diktafonen så fort det var överförda till en lösenordskyddad dator.

3.5 Dataanalys

Författarna analyserade, hanterade och granskade studiens data utifrån en manifest innehållsanalys med induktiv ansats. Genom den induktiva ansatsen analyseras materialet förutsättningslöst för att finna mönster och variationer, som baseras på individuella upplevelser. Manifest ansats innebär att utforma textnära beskrivande kategorier av det framträdande innehållet (Lundman & Graneheim, 2018). Transkribering av intervjuerna delades upp mellan författarna, ena transkriberade tre och den andra fyra. Författarna lyssnade igenom materialet från intervjuerna noggrant flertalet gånger och skrev ordagrant ner det i enskilda Word-dokument. Ljud som ansågs obetydligt för intervjun uteslöts, exempelvis "mm"-ljud, hostningar och skratt. De transkriberade texterna lästes igenom flertalet gånger för att få ett bättre helhetsperspektiv av materialets innehåll och analyserades tillsammans av båda författarna. För att underlätta analysprocessen valde författarna att använda olika färgmarkeringar för varje informant i de transkriberade texterna. Detta för att lättare kunna identifiera koderna i efterhand. Studiens syfte la grunden för vilka meningsbärande enheter som plockades ut från intervjumaterialet för att sedan kondenseras. Kondenseringen innefattade förkortade texter där det väsentliga delarna utifrån meningarna behölls och tilldelades sedan koder, detta gjordes gemensamt av båda författarna. Koderna användes som etiketter för de meningsbärande enheterna och gjorde att författarna lättare kunde komma ihåg vad texten handlade om och i vilken kontext den beskrevs. Materialet analyserades ytterligare genom att koderna klipptes ut och sorterades i högar som handlade om samma sak där varje hög bildade en kategori. I samtliga kategorier kunde underkategorier skapas då den innehöll koder med flera dimensioner (Lundman & Graneheim, 2008). För exempel på hur analysprocessen gick till, se Tabell 2.

Tabell 2: Exempel på analysprocessen

Meningsbärandeenhet	Meningskondensering	Kod	Underkategori	Kategori
<i>...sen hade ja och dietisten föreläsning tillsammans, där dietisten pratade om såna saker och jag pratade om fysisk aktivitet. Sedan erbjöd jag även då hjälp med träning då i samband med det och dietisten erbjöd då om det fanns något behov av individuell rådgivning.</i>	Höll föreläsningar tillsammans med dietisten, som pratade om kosten och jag om fysisk aktivitet. Vi erbjöd hjälp med träning och kost i samband med det.	Föreläste om FA	Informera och ge råd om FA	Informera och
<i>Hon hade väldigt högt BMI</i>	Högt BMI skickad	Ger råd och	Informera om	

<i>och man skickade henne till mig för att liksom bara ge henne råd och tips och det var mycket oro...</i>	till mig för att få råd och tips.	tips kring högt BMI.	övervikt och graviditet	utbilda med varierande kunskap
<i>Ja, jag tycker att det borde finnas mer tydliga riktlinjer vad man rekommenderar. Det finns ju vi har ju vi följer ju de här vanliga riktlinjerna och för gravida men de de man man har ju pratat och diskuterat om om de verkligen är, om det är tillräckligt beprövade och om det är tillräckligt för en gravid med fetman just fetma.</i>	det borde finnas tydligare riktlinjer vad som rekommenderas. Finns riktlinjer som vi följer, men diskuterats om de är tillräckliga för gravida med fetma.	Att det skapas tydligare riktlinjer för gravida med fetma.	Det saknas utbildning och forskning	

3.6 Etiska överväganden

Under hela studien efterföljdes de etiska principerna som utformats i Helsingforsdeklarationen (2022) och etiska övervägande skedde regelbundet. Deklarationen uttalar sig om etiska principer som bör följas vid forskning som involverar människor och har framställts av World Medical Association (WMA). I enlighet med principerna om informerat samtycke till deltagande i studien gavs ett informationsbrev (Bilaga B) om studiens bakgrund, syfte, inklusionskriterier, praktiska genomförande, forskarnas institutionella tillhörighet samt eventuella fördelar och risker för informanterna med att delta i studien (Helsingforsdeklarationen, 2022). Det beskrevs tydligt i informationsbrevet att deras personliga uppgifter skulle hanteras konfidentiellt, därav nämndes inga personuppgifter eller namn i studien för att skydda deltagarnas integritet (Vetenskapsrådet, 2017). Informationsbrevet nämnde även att de hade rätt till att avstå deltagande i studien när som helst utan att de behövde förklara varför. Slutligen skickades ett skriftligt samtycke (Bilaga D) ut som informanterna frivilligt fick skriva på i enlighet med informationskravet (Helsingforsdeklarationen, 2022).

Insamlade data hanterades enligt General Data Protection Regulation (GDPR) (Dataskyddsförordningen [GDPR], (2021). Dataskyddsförordningen ger personen i fråga olika rättigheter för hur organisationer eller företag hanterar personuppgifter (Dataskyddsförordningen, 2021). Uppgifter om deltagarna lagrades på två lösenordskyddade datorer som försäkrade informanternas konfidentialitet. Intervjumaterialet raderas efter

godkänt examensarbete (Dataskyddsförordningen, 2021), vilket informanterna blev informerade om i informationsbrevet (Bilaga B). Insamlade data användes endast till forskningsändamålet som är i enlighet med nyttjandekravet (Helsingforsdeklarationen, 2022).

Intervjufrågorna kan ha upplevts som ifrågasättande av fysioterapeuternas kompetens, vilket kan ha påverkat deras svar. Detta undveks i största möjliga mån genom att de informerades skriftligt där det belystes att detta inte var ett test av deras kompetens, utan att de skulle se det som att de ger ett utlåtande kring hur arbetet sker idag. De informerades även att deras svar inte skulle delas med vare sig personal eller chef på arbetsplatsen, eller någon annan obehörig person (Dataskyddsförordningen, 2021). Frågornas formulering granskades noga för att säkerställa att de inte skulle ha kunnat uppfattats som nedvärderande av deras kompetens.

4 RESULTAT

Resultatet framställs i fyra kategorier med elva underkategorier. Kategorierna beskriver fysioterapeuters erfarenheter av att arbeta med beteendeförändring av motionsvanor hos gravida med fetma. I resultatet kommer övervikt och fetma användas som synonymer då informanterna beskrev och pratade i många fall om fetma som övervikt.

Tabell 3: Sammanställning av kategorier och underkategorier

Kategori	Underkategori
Bygga en terapeutisk allians	Skapa ett förtroende
	Tillämpa samtals tekniker
	Skapa sig en helhetsbild
Informera och utbilda med varierande kunskap	Informera och ge råd om fysisk aktivitet
	Informera om övervikt och graviditet
	Det saknas utbildning och forskning
Individanpassa fysisk aktivitet och träning	Erbjuda och anpassa träning
	Sätta mål och följa upp
	Stötta i träning
Samarbeta med andra parter	Inkludera anhöriga
	Inkludera andra professioner

4.1 Bygga en terapeutisk allians

För att kunna arbeta med beteendeförändring upplevdes det viktigt att bygga en god relation med patienterna. Detta för att patienterna ska känna ett förtroende till informanten, så att viktig information kan komma fram och helhetsbilden av patienten blir korrekt. Därför användes olika typer av samtalstekniker för att ge patienterna mer utrymme i samtalet.

4.1.1 Skapa ett förtroende

Informanterna berättade att de vill bygga en god kontakt till patienterna under behandlingstiden, då de upplever att patienterna kan hålla mycket inom sig. De ville skapa en tillit hos patienten genom att vara extra närvarande i besöken. Då de upplevde att patientgruppen kunde dra sig undan mer än andra och att det var vanligare med avhopp.

“...första 2–3 besöken kan gå åt att bara försöka bygga upp den här tilliten mellan mig och patienten så att det är mycket sådant som man måste jobba med.” (C)

4.1.2 Tillämpa samtalstekniker

Informanterna hade använt sig av flertalet olika samtalstekniker även om de i vissa fall var omedvetna om det. De ville visa att de finns där för patienten, att de kan fråga om allt och ventilera jobbiga tankar, genom att känna in hur patienten mår, visa medkänsla och bekräfta att patienten är medveten om sin situation. De kunde anpassa sina frågor för att inte oroa patienten, förklara varför känsliga frågor ställs och låta dem ta initiativet till överviktssamtal. Tekniker från MI tillämpades, som att be om lov att få prata om ämnet, ställa öppna frågor, inte prata för mycket själva, bekräfta känslor och låta patienten ta initiativ till förändringsprat.

“...då får man ju vara lite försiktig, för dem här människorna kring det här vet ju ofta att dem är överviktiga eller alltid, så då är det mer att man kan be om lov att prata om det.” (A)

“Ja jag har väl mer och mer försökt låta patienten ta initiativet.” (F)

4.1.3 Skapa sig en helhetsbild

Ur intervjuerna framkom det att det upplevdes viktigt att skapa sig en helhetsbild av patienten. De tog omfattande anamneser om patientens bakgrund, vardag och livsstil, samt undersökte vilken inre vilja som fanns till förändring och vad som motiverade patienten. Informanterna frågade om kontaktorsaken, nuvarande aktivitetsnivå, tidigare

träningbakgrund, behandlingshistorik och vilka förväntningar som finns på besöket. Tankar och öppenhet kring FA diskuterades, samt vilka hinder som fanns till utförandet av det. De upplevde att de inkluderade patienten i behandlingsprocessen genom att lyssna in hur patienten känner och mår, samt att möta deras önskemål kring behandlingen. Det gjorde även fysiska undersökningar och utredningar.

“...alla gravida med fetma är ju inte samma person heller och har inte samma erfarenheter och varför dem är där dem är, eller hur har det sett ut med deras viktuppgång eller har alltid varit så? Och det är ju väldigt mycket där man behöver fånga in, så det är väldigt mycket anamnes lyssna in och se också hur känner sig patienten i det? Hur mår man?” (G)

Informanterna upplevde också under skapandet av helhetsbilden att faktorer hos patienten kunde påverka beteendeförändringsprocessen negativt. Det kunde handla om tidigare erfarenheter hos patienten, att den inte hade några motionsvanor sedan tidigare eller haft dåliga erfarenheter av träning. Vissa patienter upplevdes ha en försvarsattityd från start som kommit från att de alltid varit överviktiga, kämpat länge utan resultat, haft dåliga erfarenheter av fysioterapeuter eller blivit överbehandlade inom vården.

“...om de är en människa som kanske har träffat en fysioterapeut som barn, och kanske gått i någon urtråkig grupp och då bara fått nog, och kanske alltid fått höra att de måste röra på sig mer, du är tjock eller så. Sen så blir man gravid och då ska man igen höra någon fysioterapeut som tjarar om det.” (A)

Det framkom även i kartläggningen av patientens vardag och livsstil, att hitta tid till träning kunde försvåras om patienten sedan tidigare hade flera barn eller ett tidskrävande jobb. De berättade att en dålig ekonomisk situation kunde göra det svårare för patienten att äta hälsosamt eller betala för besöksavgifter. Något som också upplevdes kunna försvåra en beteendeförändring var om patienten lever i en kultur där kvinnor inte utövar FA. Informanterna hade erfarenheter av att arbetsplatser som innefattar mycket rörelse kunde vara positivt för beteendeförändringen.

“Man är stressad man jobbar mycket, man har inte tid att lägga det här på träning...” (G)

4.2 Informera och utbilda med varierande kunskap

Att informera och utbilda om graviditet, övervikt och FA upplevde informanterna var en stor del i arbetet att stödja en beteendeförändring. De fanns där för att ge information och råd samt svara på patienternas frågor, även fast de kunde sakna kunskap och utbildning inom ämnet.

4.2.1 Informera och ge råd om fysisk aktivitet

Informanterna gav information om FA under graviditet där forskningens positiva resultat förmedlades. Informationen kunde ges på kliniken, digitalt eller via föreläsningar. Det

samtalades bland annat om positiva effekter, rekommendationer och hur blodsockret kan påverkas av FA. De svarade på patientens frågor och hjälpte dem att sortera falsk information från sociala medier, där de upplevde att det finns mycket skrämselfpropaganda. Rådgivning och vägledning i beteendeförändring av motionsvanor gavs och de arbetade med att skifta patienternas fokus från rädsla att utföra FA till positiva konsekvenser av det. Informanterna upplevde att rädsla för rörelse och katastroftankar var vanligt hos patienterna, att de var rädda för att skada barnet och kunde därför sluta röra på sig.

“...men vet du vad forskningsmässigt så visar det att om du rör på dig kontinuerligt, du äter bra, så mår fostret också bättre...då kan man liksom vända den här rädslan för att skada barnet till något positivt istället.” (D)

Det samtalades även om strategier för möjliga hinder och bakslag för FA. De försökte locka fram rörelseglädje hos patienterna samt betona att FA ska göras för eget välmående. Det förmedlades att fokus ligger på rörelsebehandling och att de vill få igång patienten med FA direkt. Exempel gavs på hur FA kan ökas och implementeras i vardagen.

“...jag brukar ju lyfta upp, bara liksom moment i vardagen främst som faktiskt kan göra att de kan öka sin fysiska aktivitet...till exempel att ta en liten promenad till butiken istället för att ta bilen.” (C)

4.2.2 Informera om övervikt och graviditet

Informanterna berättade att de gav information om graviditeten och hur den kunde skilja sig för dem som är överviktiga. Information gavs om vilka normala graviditetsförändringar som finns och hur riktlinjerna ser ut för viktuppgång under en graviditet med fetma. De gav tips och råd kring minskning av högt BMI och lyfte olika risker som finns med att ha fetma/övervikt under graviditet. Informanterna tog upp hur övervikten kunde ha en påverkan på både fostret och sedan barnet, men även hur övervikten kan ha ett samband med patientens smärtproblematik. Samtidigt medvetandegjordes positiva effekter med en viktning. De försökte lyfta information utan att skapa oro eller skuld känslor, samt lunga ner de farhågor som redan fanns. .

“Det skapas en skräckbild hos de gravida att det är väldigt farligt att ha högt BMI på grund av alla risker så att jag skulle nog säga att mitt första besök är ju mer att försöka lugna ner patienten till en början. Jag lyfter ju absolut riskerna med att vara överviktig eller av att ha fetma.” (C)

Informanterna hade olika erfarenheter av hur det var att informera om fetma och övervikt. Det kunde upplevas vara ett svårt och känsligt ämne att samtala kring, både för patienten och dem själva vilket ledde till att samtalet om vikt och BMI ibland kunde undvikas. Informanterna upplevde att det var svårt att ta upp samtalet om vikt på ett bra sätt utan att det skulle upplevas tjatigt, kränkande eller infekterat. Informanterna kunde vara rädda för att säga fel saker om övervikten. Det upplevdes även svårt när patienten inte såg problemet med övervikten, inte tyckte att fetman hörde till att prata om eller gick in i en

försvarsställning. Att ge information upplevdes mer utmanande när patienterna var väldigt oroliga. Informanterna kunde även uppleva att det inte var ett så jobbigt ämne att prata om längre, då arbetserfarenhet hade bidragit till en känsla av säkerhet och självförtroende i att samtala och informera.

“...det tycker jag är verkligen hur man bemöter människor med övervikt, att man inte är klantig liksom, och bara kommer och talar om hur det ska vara liksom. Det kan bli oerhört kränkande för människor...” (E)

4.2.3 Det saknas utbildning och forskning

Informanterna beskrev att de själva kunde sakna kunskap om fetma och hur de skulle bemöta patientgruppen och ville därför kunna vidareutbilda sig inom ämnet. De uttryckte att det saknades utbildningar, kurser och forskning inom fetma hos gravida och önskade således ett större utbud inom området. Det fanns erfarenheter av att kvinnohälsa och patientgruppen var underprioriterad och bortglömd inom forskningen. De saknade även en tydlighet kring rekommendationer, rutiner och riktlinjer för behandling av patientgruppen som de upplevde saknades i dagsläget. Informanterna betonade därför att det skulle vara bra att lyfta ämnet i sektionen för “kvinnors hälsa”.

“Det behövs utbildningar, det behövs mer forskning, det behövs mer riktlinjer, tydliga riktlinjer, så det är egentligen väldigt mycket som måste förändras och förbättras.” (C)

“Jag har inte kommit över en enda kurs som just har fokus övervikt i relation till graviditeten.” (D)

4.3 Individanpassa fysisk aktivitet och träning

Det framkom under intervjuerna att individanpassa FA och träning var en central del i beteendeförändringen av motionsvanor. Informanterna hade erfarenheter av att erbjuda olika träningsformer, individanpassa, sätta mål, följa upp och finnas där för stöttning i träningen.

4.3.1 Erbjudas och anpassa träning

Informanterna hade många erfarenheter av att individanpassa träning och träningsprogram. De inkluderade patienten i upplägget av träningen och hittade tillsammans rörelser och övningar efter patientens önskemål och funktion. De berättade att de individanpassade aktivitetsnivån och träningsdoseringen samt att högintensivträning upplevdes viktigt och smögs ibland in i träningsprogrammen. Informanterna kunde kombinera olika träningsformer och tilldela träningsvideos utifrån patientens problematik. Träningen kunde erbjudas i olika miljöer, på klinikens gym, egenvalt gym eller i patientens hem beroende på vad som passade patienten. Den kunde utföras både individuellt med informanten eller i gruppträningsformat.

“..ja men att det ska vara liksom en rimlig belastning eller liksom en rimlig nivå för att det ska bli av att de verkligen får vara med och bestämma liksom. Så ja, men hur? Hur många minuter per dag känner du att du kan lägga på det här? Så att de verkligen får vara med och bestämma mängden.” (D)

Informanterna kunde erbjuda många olika variationer av FA då fokus låg på att få patienten i rörelse samtidigt som alla hade olika förutsättningar och önskemål. De erbjöd bassängträning, cirkelgym, cykelträning, yogaövningar, kropps närvaro och hemträningsprogram, både med och utan instruerande Youtubevideos. De tryckte lite extra på att patienterna skulle utföra enklare former av träning.

“..jag lägger lite mer krut på att försöka få en pulshöjande aktivitet där de får lite kondis och att jag kanske pushar lite mer för vattengympan, cykling, rodd, alltså det här som är lite mer enklare...” (F)

Det upplevdes vara en extra utmaning att erbjuda, anpassa och hitta träning som fungerade när smärta, bäckenledsbesvär och andra gravidsymtom förekom. Att patienten genomgick flera förändringar samtidigt, både graviditeten och nya motionsvanor, upplevdes kunna försvåra integreringen av träning i dennes vardag.

“...många som går in i en graviditet med en övervikt har ju kanske inga motionsvanor sedan tidigare...helt plötsligt så ska man säga så här att OK du håller på och liksom göra ett barn här, men du ska också börja motionera som du har försökt med i flera flera år innan en graviditet utan har fått rutin på det...” (D)

Informanterna tyckte att alla gravida kvinnor borde erbjudas bassängträning samt att överviktsgrupper borde startas upp på sjukhusen, då det fanns erfarenheter av att bassängträning och gruppbehandling kunde vara uppmuntrande. De berättade även att det kunde vara utmanande att få patienten fysiskt aktiv om denne hade en större tilltro för manuell behandling än FA för att lindra smärta.

“...hon var lite mer inne på att få en manuell behandling/manuell hjälp, såsom att TENS skulle kunna hjälpa...hon ville nog mer har det lite mer serverat för sig, frågade om Tens, akupunktur och massage, såna typer av manuella behandlingar för att lindra smärtan.” (B)

4.3.2 Sätta mål och följa upp

Informanterna berättade att de samtalar om patientens mål kring FA, både kortsiktiga och långsiktiga mål. De uppmuntrade patienterna att registrera utförd träning. Informanterna använde SMART-mål (Specifikt, Mätbart, Accepterat, Realistiskt, Tidsbestämt), aktivitetsdagbok, smärtdagbok och European Quality of Life Five Dimension (EQ5D) som mål-, mät- och utvärderingsinstrument. De ville initialt ha täta uppföljningar med patienten för att öka motivationen till träning men det framkom också att de lät patienten styra antalet återbesök. Informanterna följde upp om en beteendeförändring hade skett eller hade börjat att ske. Under uppföljningarna togs det reda på hur träningen hade gått, om den hade utförts

och vad som hade fungerat eller inte i upplägget av FA. Det behövdes ibland ringas in vad det var som brast i upplägget av beteendeförändringen. Uppföljningarna utfördes på kliniken eller via telefon.

“...det jag använder mig mest av är de här SMART-målen skulle jag säga... för vi lägger oftast upp mål tillsammans. Både långsiktiga och kortsiktiga mål så att det är mätbara mål.” (C)

“En hel del aktivitetsdagböcker... man ska sköta egen träning själv så att man också kan följa upp de sakerna och att det blir lättare för patienten att se vad man gör eller känner sig motiverad till de sakerna...” (G)

Det fanns dock erfarenheter av begränsade resurser för uppföljningar och att många patienters behandling avslutas för tidigt av vården. De hade gärna velat följa upp patienterna under en längre tid än vad de gör nu och en önskan beskrevs om att kunna följa upp patienten redan från inskrivningsbesöket hos barnmorskan.

“...sen så har vi inte möjlighet att erbjuda alla ett uppföljningstillfälle, vilket är jättetråkigt och jättedåligt. Det här är något som jag inte tycker är bra...” (B)

4.3.3 Stötta i träning

Informanter hade olika erfarenheter av att stötta sina patienter med att komma igång och bibehålla sin träning. Stöttningen kunde ske genom vägledning i övningar och coachning under träningspasset samt uppmuntran till eget ansvar över sin träning för att öka självständigheten. Mycket av stödet skedde i form av muntlig uppmuntrande feedback av utförd träning. Den positiva feedbacken kunde ske både vid besöket och via SMS-kontakt.

“Jag upplever att jag har en roll som stöttande, som peppande, som också som mentalt stöttande...” (F)

Det framkom att informanterna upplevde att patienterna var mer villiga att ta hjälp och stöttning av andra under graviditeten. Graviditeten upplevdes kunna motivera patienten till en beteendeförändring genom tankar på barnet då de kände ett ansvar över att bära på ett annat liv.

“Man kan göra livsstilsförändringar och kostförändringar som påverkar både graviditetsrelaterad diabetes sen men också fetman överlag och att det faktiskt finns en tid att göra det när man bär på ett annat liv och att många är ganska motiverade till det då.” (G)

4.4 Samarbeta med andra parter

Det fanns erfarenheter av att på olika sätt samarbeta med andra parter runt om patienten under beteendeförändringsprocessen. De kunde inkludera både patientens anhöriga i form av partner och andra professioner för att ge patienten stöd från flera håll under behandlingen.

4.4.1 Inkludera anhöriga

Informanterna kunde erbjuda samtal med partnern eller nära anhörig. De uppmuntrade patienten att inkludera sin partner i behandlingen, eftersom de hade erfarenheter av att utfallet kunde gynnas av det. Samtalet kunde innebära att förklara för partnern varför träningen är viktig och på vilket sätt de kan stötta den gravida. Det som kunde försvåra patientens beteendeförändring var om partnern inte var stöttande, att partnern inte hade en hälsosam livsstil, inte förstod vikten av träning eller att de var mer införstådda i problematiken än patienten själv. Informanterna beskrev att de skulle kunna uppmärksamma partners roll ännu mer då partnern och nära anhöriga kan vara ett viktigt stöd för patienten.

“Han förstår inte varför det är så viktigt med att göra det här du säger. Då brukar jag säga, men då får du be honom komma hit och då kan vi ha ett samtal tillsammans eller att han kommer och att bara så pratar jag med honom?” (C)

4.4.2 Inkludera andra professioner

Under intervjuerna framkom det att informanterna kunde få remiss från barnmorskan för fetma/övervikt, graviditetsrelaterad diabetes eller bäckenproblematik. Ibland kunde en dialog föras med barnmorskan kring patientens beteendeförändring. Informanterna tyckte att samarbetet kunde vara viktigt för behandlingen. Det framkom att informanterna skulle vilja träffa patienterna redan vid inskrivningsbesöket hos barnmorskan, vara mer aktiva och tillgängliga på mödravården och få fler remisser med kontaktorsak “övervikt” från barnmorskorna. De ville bli inbjudna till BVC för att få informera om vikten av FA i vardagen, då det fanns erfarenheter av att det kunde vara svårt att komma i kontakt med patientgruppen.

“Sen har man ju en dialog ibland med barnmorskan så att man är liksom för att de har ju både kontakt med mig och barnmorska så att vi blir liksom en part där emellan.” (C)

Informanterna berättade även att de samarbetade med dietister och remitterade patienterna till dietist vid behov. Det uttrycktes vara viktigt att ett samarbete med dietist finns för dessa patienter, då kompetent hjälp med kostvanor kan behövas.

“...det kommer också då till våran dietist samtidigt ungefär där vi har jobbat upp ett bra samarbete för att vi vet att det kan hjälpa till ganska mycket under den tiden.” (G)

En önskan fanns om att skapa multiprofessionella grupper som kan optimera beteendeförändringsprocessen, då det fanns erfarenheter av att samarbete med andra professioner underlättade behandlingen. Informanterna berättade att det multiprofessionella teamet skulle bestå av dietist, psykolog eller kurator, fysioterapeut och barnmorska. De ville ha ett bättre kontaktnät till andra kollegor och en tydligare vårdkedja. Informanterna uttryckte att patientgruppen borde diskuteras mer kollegor emellan, exempelvis hur bemötandet inom vården ska vara för att undvika viktmobbing, då det fanns erfarenheter av fördomar om personer med fetma.

“Det skulle vara barnmorska, dietist, ‘jag’ som fysioterapeut och eventuellt en kurator. Så att man både skulle kunna tackla problematiken från olika håll, både genom kost, motion, samtal, den psykiska delen och barnmorskans eftersom patienten har sina kontunerliga besök på barnmorskemottagningen.” (B)

5 DISKUSSION

5.1 Resultatsammanfattning

I beteendeförändring av motionsvanor hos gravida med fetma framkom det att informanterna ville skapa en god relation, ett förtroende och bygga en tillit hos patienterna. Detta gjordes bland annat genom att lyssna på patienten, bekräfta känslor, vara närvarande i besöket och be om lov att få prata om vikt. Att skapa sig en helhetsbild av patienten var av värde för att förstå hur dennes bakgrund såg ut gällande livsstil, behandlingshistorik, träningserfarenheter och patientens motivation till förändring. Informanterna lyfte att de informerade och utbildade patienterna om FA, övervikt och graviditet. Detta var något som kunde upplevas svårt och känsligt, men kunde även förbättras efter år av arbetserfarenhet. De hade erfarenheter av att det saknades kunskap om fetma och de önskade mer utbildning och forskning om fetma hos gravida. Det framkom hur de gör för att integrera FA och träning i behandlingen, att de individanpassar träning och erbjuder olika träningsformer, samt att de finns med och stöttar i träningen. Att sätta mål och följa upp behandlingen ansågs viktigt för att både patienten och informanten skulle kunna följa beteendeförändringsprocessen. Målsättning och uppföljning bestod av olika mät- och utvärderingsinstrument, där SMART-mål var vanligt förekommande. Informanterna berättade hur de samarbetar med patientens omgivning, genom att inkludera anhöriga, barnmorska och dietist. Det fanns även en önskan om att ha multiprofessionella team för att gynna behandlingen av patientgruppen.

5.2 Resultatdiskussion

SCT handlar om hur omgivning, individ och beteende ständigt interagerar och påverkar varandra (Bandura, 2004). I resultatet framkom det att informanterna kunde se hur patientens beteende formades av olika individ- och omgivningsfaktorer och att det är en mycket komplex och känslig situation. Träningen och sättet att samtala och ge information på individanpassades så att det blev lämpligt för patienten. Informanterna såg vilken roll både de och patientens nära anhöriga hade för beteendet men även hur andra omgivningsfaktorer spelade roll såsom jobb, ekonomi och kultur. Detta visar på hur individ, omgivning och beteende ständigt samverkar och speglar utfallet i beteendeförändringen av motionsvanor.

Att bygga en terapeutisk allians (TA) hos gravida med fetma framkom vara en viktig del för beteendeförändringen. Informanterna hade erfarenheter av att patienterna höll mycket inom sig, kunde dra sig undan eller hoppade av behandlingen i större utsträckning än andra patienter. Johansson (2006) beskriver i sin avhandling om TA i allmänpsykiatrisk vård, att relationen mellan behandlare och patient och kvalitén av den är av betydelse då behandlingen kan förbättras genom en god TA. Informanterna beskrev att de ville bygga en god relation och skapa en tillit hos patienterna. Det innefattade bland annat att de tog fördjupade anamneser om bakgrund, vardag och livsstil för att skapa en helhetsbild av patienten och problematiken, samtidigt som de inkluderade patienten i behandlingsprocessen. Under skapandet av helhetsbild var informanterna även noga med att visa patienterna medkänsla, bekräfta känslor och låta dem ventilera jobbiga tankar. Att behandlaren ska kunna sätta sig in och förstå patientens unika situation, samt kunna visa stöd och empati bekräftas som betydande faktorer för bildandet av TA enligt Johansson (2006). Trots att många av de essentiella faktorerna för att bygga en TA kunde återfinnas i informanternas erfarenheter så förekom fortfarande avhopp från behandlingen och att gravida med fetma drog sig undan i större utsträckning än andra patienter gör, enligt informanterna. Svensk Förening för Obesitasforskning (SFO) skriver i en debattartikel om åtgärder som behöver vidtas för att kunna stoppa ökandet av fetma. Vanligt förekommande fördomar inom sjukvården och i samhället är att personer med fetma har "dålig karaktär", "bristande viljestyrka och motivation" och att deras problematik endast bygger på "för mycket mat och för lite motion". De menar på att individerna måste sluta klandras och åtgärder behöver vidtas som grundar sig i fetmans miljömässiga, biologiska och genetiska orsaker (Abrahamsson et al., 2018). Stigmatiseringen i samhället kan möjligtvis vara anledningen till informanternas erfarenheter av att patienterna exempelvis haft tidigare dåliga erfarenheter av fysioterapeuter och blivit överbehandlade inom vården. Detta kan även vara en faktor som försvårar bildandet av TA som i sin tur skulle kunna påverka beteendeförändringen av motionsvanor negativt då en god TA kan förbättra behandlingen.

Att informera och utbilda med varierande kunskap vid graviditet, övervikt/fetma och FA var något som informanterna kunde tycka var komplicerat. Rådgivande och informerande samtal om graviditet, vikt och FA utfördes i det flesta fall även fast det kunde upplevas svårt, känsligt och infekterat att ta upp (både för dem själva och patienten). De var rädda att säga fel saker för att inte oroa den gravida eller ge dem skuld-känslor. Samtalen kring vikt undveks ibland på grund av detta. Informanternas beskrivning kan stärkas av en studie om svenska

barnmorskors upplevelser av att informera och ge rådgivning om vikt hos gravida med fetma (Christenson et al., 2020). Barnmorskorna i studien hade upplevelser, likt denna studies informanter, om att det kunde vara svårt och känsligt att prata om vikt och att de samtalen ibland undveks. Det skulle kunna kopplas till barnmorskor erfarenheter av att gravida med fetma kan ha dålig självbild, låg självkänsla och skamkänslor som beskrivs av Bjørsmo et al. (2022). Att information inte förmedlas eller att samtal kring problematiken utelämnas skulle kunna ha en negativ påverkan på beteendeförändringsprocessen av motionsvanor. I Socialstyrelsens riktlinjer (2018) nämns det att gravida kvinnor med bristande kost- och motionsvanor bör bli erbjudna kvalificerande rådgivande samtal med information om risker med fetma samt motivera till nya levandvanor. Om samtalen kring vikt undviks kan det innebära att de gravida med fetma inte får den vård de bör erbjudas.

I en studie av Holton et al. (2017) där gravida kvinnor med fetma och barnmorskors erfarenheter undersökts, framgick det att den gravida kunde känna sig utelämnad på viktig information ifall vårdgivare undvek samtalet om vikten. Barnmorskorna hade även erfarenheter av att det fanns gravida som inte ville prata om vikten eller gick in i försvarsställning när vikten togs upp (Holton et al., 2017). Detta stämde in på informanternas erfarenheter i denna studie, men de upplevde även att den gravida kvinnan inte alltid insåg problemet med att ha fetma. Det skulle kunna ses uppstå ett inre dilemma hos vårdgivaren mellan att de vill ta ett yrkesmässigt ansvar samtidigt som de inte vill trampa någon på tårna och att hitta den balansen verkar vara svårt. Möjligtvis kan det vara gemensamt för andra vårdgivare som träffar denna patientgrupp. Informanterna uttryckte dock att yrkeserfarenhet var något som hade gjort att de kände sig mer säkra och bekväma i att samtalet om ämnet. Arbetserfarenhet tog barnmorskorna i studien av Bjørsmo et al. (2022) även upp som en stärkande faktor för deras självförtroende i samtalet med gravida som har fetma. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid obesitas (2023) tar upp att kompetensutveckling bland personal inom hälso- och sjukvården ska ha en hög prioritet då det är viktigt för att minska stigmatisering och kunna behandla patienterna på ett respektfullt sätt. Kompetensutvecklingen bör innehålla träning och kunskap i bemötande av patienten (Socialstyrelsen, 2023), vilket informanterna i denna studie upplevde att de saknade. Om kompetensutvecklingen prioriteras av beslutsfattare och chefer kan det få betydelse för minskandet av skam och skuldskänslor hos patienterna samtidigt som vårdgivaren kan känna sig mer bekväm i samtalet. Kompetensutveckling anses vara väsentligt för att komma ifrån stigmatiseringen och få en välfungerande fetmavård (Socialstyrelsen, 2023). Kanske kan det minska risken för viktmobbningen inom sjukvården som informanterna beskrev. Riskerna med att inte prioritera kompetensutbildning för ett bra bemötande kan innebära ett sämre utfall av behandlingen för patienten, då informanten enligt SCT är en viktig omgivningsfaktor för beteendeförändringen (Bandura, 2004). Även om yrkeserfarenhet verkade ha betydande roll för att vårdgivaren ska känna sig bekväm, kan fortfarande kompetensutvecklingen vara det som blir viktigast för patientens situation och bidra till att patientgruppen får den vård de förtjänar snabbare.

Att *individanpassa FA och träning* var en central del i beteendeförändringen av motionsvanor, där applicering av olika beteendeförändringsstrategier användes under planering, utförande och uppföljning av träningen. Att använda beteendeförändringsstrategier har i flertalet studier visats vara gynnsamma för gravida med

fetma (Behnam et al., 2022; Vesco et al., 2014) och icke-gravida personer med fetma (Samdal et al., 2017). Informanterna berättade att målsättning var centralt i behandlingen och de satte upp både kort- och långsiktiga mål med patienterna. Egenkartläggning i form av träningsdagböcker tillämpades även då det ansågs vara ett bra verktyg vid hemmaträning för att motivera patienten i träningen. Både målsättning och självmonitorering kan av Samdal et al. (2017) bekräftas som effektiva beteendeförändringstekniker för att öka FA hos personer med fetma. Informanterna i denna studie använde sig i varierad mån av MI som likaså har haft goda effekter på beteendeförändring hos gravida med fetma (Behnam et al., 2022). Enligt Vesco et al. (2014) var utveckling av socialt stöd en viktig beteendeförändringsteknik som tillämpades av informanterna i denna studie genom att uppmuntra patienten att inkludera partnern eller nära anhöriga i behandlingen. Utifrån SCT kan även informanten ses som ett viktigt socialt stöd i patientens omgivning (Bandura, 2004), vilket stämde överens med informantens egen syn på att de fanns där som stöd under beteendeförändringsprocessen. Ovannämnda studier (Behnam et al., 2022; Samdal et al., 2017; Vesco et al., 2014) tyder på att implementering av beteendeförändringstekniker kan gynna behandlingens utfall och innebär att informanterna använde sig av beforskade tekniker trots erfarenheter av bristande kunskap om fetma hos gravida, samt en avsaknad av utbildning och kunskap från aktuell forskning. Upplevelser av att sakna kunskap och utbildning inom ämnet återfanns även hos barnmorskorna i tidigare nämnda studier (Holton et al., 2017; Christenson et al., 2020). Brist på kunskap och utbildning skulle kunna ha en negativ påverkan i arbetet med beteendeförändring av motionsvanor. Att få med tillämpning av beteendeförändringsstrategier i riktlinjerna vid behandling av gravida med fetma skulle kunna medvetandegöra användningen av dem och de positiva effekterna som medföljer. I en systematisk granskning framkom det att mer forskning behövs för att överbrygga kunskapsluckor av kliniskt praktiska riktlinjer för gravida med fetma (Simon et al., 2020). Det stärker informanternas upplevelse av att det behövs fortsatt utveckling av forskning och utbildning om fetma hos gravida för att kunna tydliggöra och förbättra det riktlinjer som finns.

Att *samarbeta med andra parter* i behandlingen var något som gjordes i olika utsträckning bland informanterna och kunde ses som en hjälpande hand i behandlingen. Fetma är ett komplext problem som inte endast grundar sig i dåliga motionsvanor (Hayes, 2020; Luppino et al., 2010). Christenson et al. (2020) beskriver att tillgång till andra yrkesverksamma kan vara av nytta under livsstilsinterventioner för gravida med fetma. Ett större samarbete med tillgång till andra professioner för stöd och hjälp i behandlingen var precis det informanterna önskade sig. Det skulle kunna grunda sig i att deras arbetet med beteendeförändring av motionsvanor kan förbättras om fler professioner är involverade i behandlingen, då problematiken kan hanteras utifrån olika kompetenser. Informanterna hade erfarenheter av stundvisa samarbeten med barnmorskor och dietister som de uppskattade. Socialstyrelsens dokument *Graviditet, förlossning och tiden efter* (2022b) tar upp att ett multidisciplinärt team kan öka möjligheterna att lyckas med behandlingen av att förändra kost- och motionsvanor. Det framkommer även i en sammanställning av nationella riktlinjer för behandling av fetma, att behandlingen bör vara tvärvetenskaplig (Semlitsch et al., 2019). En multidisciplinär teambehandling skulle kunna gynna patienten genom ett större utvecklat socialt stöd i omgivningen, vilket återigen anses vara en viktig faktor i

beteendeförändringsprocessen (Bandura, 2004). Trots det är arbete i multidisciplinära team inget som återfanns bland informanternas erfarenheter. Det multidisciplinära teamet ska enligt rekommendationerna bestå av läkare, dietist, fysioterapeut och psykolog (Socialstyrelsen, 2022). Teamet som informanterna önskade fanns, stämde överens med det multidisciplinära teamet som ovannämnda rekommendationer beskriver ifall läkare ersättes av barnmorska. Varför detta inte efterföljs idag skulle kunna bero på bristande resurser, prioritering eller kommunikation och kanske stämmer informanternas upplevelse av att det är en bortglömd patientgrupp.

5.3 Metoddiskussion

Syftet med studien var att utforska fysioterapeuters erfarenheter av hur de arbetar med beteendeförändring av motionsvanor hos gravida kvinnor med fetma, därav valdes en explorativ deskriptiv kvalitativ metod. Den kvalitativa metoden ger utrymme för egna beskrivningar och tolkningar, vilket ger djupare information om ämnet, dock tar det mer tid att analysera materialet. Metoden ger utrymme till flera olika skilda verkligheter medan den kvantitativa endast ser en objektiv verklighet. Kvantitativ metod kan ge generella slutsatser av materialet och syftar till att hitta orsakssamband, vilket inte en kvalitativ data har möjlighet att göra men där anses det också mer viktigt att beskriva och tolka händelser (Carter & Lubinsky, 2016). Då fysioterapeuternas erfarenheter var i centrum för studiens syfte så tillämpades den kvalitativa metoden. Viktigt att komma ihåg är att den kvalitativa metoden endast kommer att belysa hur situationen ser ut just nu, om samma intervjuer hade gjorts om vid ett senare tillfälle hade resultaten kunnat sett annorlunda ut (Carter & Lubinsky, 2016). Enkäter kan användas inom både kvantitativ och kvalitativ metod och kunde ha varit ett alternativ för att få större spridning. Kvantitativa enkäter kan på ett smidigare sätt nå ut till flera personer och spara tid för författarna, det ger dock kortare svar genom färdiga svarsalternativ utan någon djupare inblick i studiens syfte. Kvalitativa enkäter, bestående av öppna frågor, hade i sådana fall varit mer givande för denna studie då dessa fångar mer utvecklade upplevelser (Carter & Lubinsky, 2016). Kvalitativa enkäter valdes bort då författarna ville ha möjligheten att ställa följdfrågor som kunde bidra till en djupare förståelse av informantens erfarenheter, vilket inte är möjligt i en enkät. I denna kvalitativa studie har begreppen giltighet, överförbarhet, tillförlitlighet och delaktighet används för att stärka trovärdigheten av studien (Lundman & Graneheim, 2008).

För att öka chansen att stärka studiens överförbarhet har författarna försökt beskriva urval, inklusionskriterier, datainsamling, dataanalys och möjliga omständigheter så detaljerat det går (Lundman & Graneheim, 2008). Urvalet av informanter gjordes genom ett ändamålsenligt urval då informanter med specifik erfarenhet behövde väljas ut på grund av ett smalt forskningsområde. Även ett snöbollsurval tillämpades under studiens gång, då informanterna var svår-rekryterade. Författarna tog då hjälp av tidigare informanter och fick rekommendationer om nya möjliga informanter till studien (Carter & Lubinsky, 2016). Innan

urvalsprocessen började var tanken att informanterna med längst erfarenhet skulle väljas före de med mindre erfarenhet. Detta kunde dock inte efterföljas på grund av det var svårt att få tag på informanterna. I efterhand upplevde författarna att det i stället blev en styrka då de fick en god variation av berättelser från informanterna, från olika arbetsplatser och med olika erfarenheter av att arbeta med patientgruppen, vilket stärker både giltigheten och överförbarheten (Lundman & Graneheim, 2008). Det går inte att uttala sig om ifall andra informanter hade haft mer eller mindre relevant information. Att hålla sig till sju intervjuer grundade sig i en begränsning av tid och ett smalt urval. Med färre informanter kan resultatens överförbarhet ha påverkats negativt då större antal informanter kan anses bredda insamlade data. Ökat antal intervjupersoner behöver dock inte leda till bättre datakvalitet (Lundman & Graneheim, 2008). Inklusionskriterier anpassades efter studiens syfte vilket ökade möjligheten till ett relevant resultat. Informanterna behövde tala flytande svenska för att undvika missförstånd och feltolkningar. Något som stärker giltigheten är att det inte fanns några krav på ålder eller kön för att ge utrymme till en variation av olika informanter med skilda erfarenheter, vilket skapade utrymme för flera olika upplevelser. Informanterna skulle ha jobbat med minst fyra gravida kvinnor med fetma för att de skulle ha hunnit möta dessa kvinnor och skapat sig en variation av erfarenhet, vilket också stärkte giltigheten. Författarna var medvetna om att informanternas erfarenheter kunde skilja sig åt, då de kunde ha haft allt ifrån fyra till över 100 gravida med fetma som patienter, vilket är något som kan försvaga giltigheten. Författarna upplevde dock att trots stora skillnader i erfarenheter samt svårigheter att få tag på informanterna, att insamlad data svarade på studiens syfte. Informationsbrev (Bilaga B) och intyg (Bilaga C) skickades ut till verksamhetschefer och till de som var sin egen chef för att få ett godkännande till att genomföra intervjuerna och en bekräftelse av att studiens urvalsgrupp fanns eller passade in på dem. Godkännandet var viktigt då författarna bland annat valde att söka efter informanter som var anställda på sjukhus och primärvårdsenheter, det måste då vara accepterat av cheferna att deras anställda får delta i studien.

Intervjuerna genomfördes utifrån en semistrukturerad intervjuguide då de kan ge mer utförliga svar än vad enkäter gör. Semistrukturen skapar även en möjlighet till följdfrågor som känns relevanta i stunden, för att kunna hjälpa informanten att utveckla sitt svar ytterligare och ge författarna en uppfattning om hur frågan har tolkats. För att få bra svar under intervjuerna var det viktigt att få deltagarna att känna sig bekväma, därför valdes en plats där de kände sig trygga på och lite småprat tog plats innan intervjun började (Carter & Lubinsky, 2016). Majoriteten av intervjuerna utfördes dock via Zoom och författarna var medvetna om att det kan vara svårare att få till en avslappnad miljö genom att inte träffas fysiskt. Samtidigt kan möjligheten att få bestämma vilken miljö de ville sitta i, skapa en trygghet för informanterna. Två testintervjuer utfördes då författarna var ovana intervjuare samt för att undersöka om den semistrukturerade intervjuguiden resulterade i relevant information för studiens syfte eller om den behövde revideras. Efter testintervjuerna framkom det att ingen revidering av intervjuguiden behövdes och intervjuerna inkluderades. Att testa intervjuguiden bidrog till en datainsamling med mer relevant innehåll. Författarna var medvetna om att deras delaktighet påverkade deltagarnas svar, och skulle intervjun ha utförts av två andra personer så skulle det troligen ha resulterat i ett annat utfall. Detta eftersom författarna i en kvalitativ studie blir medskapare av texten genom det oundvikliga

samspel som sker mellan intervjuledare och informant under intervjuerna (Lundman & Graneheim, 2008). Viss förförståelse fanns hos författarna inom beteendemedicin genom deras utbildning på fysioterapeutprogrammet vid Mälardalens Universitet vilket kan ha påverkat hur frågorna ställts och hur informanternas svar har uppfattats. En förförståelse kan påverka valet av frågor och följdfrågor under en intervju (Graneheim et al., 2017). De var även medvetna om att beslutet i att hålla varannan intervju kommer ha haft en påverkan på deltagarens svar. Detta på grund av skillnader i följdfrågor, tidigare erfarenhet och samspel mellan intervjuare och informant (Lundman & Graneheim, 2008). Beslutet grundades i att ge båda författarna möjlighet att utvecklas som intervjuare under denna kandidatuppsats. Att båda författarna ställde följdfrågor under samtliga intervjuer kan ha bidragit till att insamlad data fick ett mer varierat innehåll vilket stärker giltigheten (Lundman & Graneheim, 2008).

Inspelning av intervjuerna gjordes med diktafon som var lånad av universitetet. Detta för att den inte var kopplad till något "moln" samt inte var lika lätt att tappa bort på offentliga platser. Att intervjuerna pågick i 35–45 minuter skapade utrymme för utvecklade svar av reflekterande frågor och följdfrågor, vilket ökade kvalitén på intervjuerna. Valet av manifest innehåll berodde på författarnas nybörjarroll i att analysera data, detta för att feltolkningar skulle undvikas i största möjliga mån och ökade på så sätt tillförlitligheten av dataanalysen. Lundman & Graneheim (2008) beskriver att det manifesta innehållet består av det uppenbara, textnära innehållet och beskrivs i kategorier. Med denna analys kommer således informanternas egna ord att användas utan att vidare tolkas av författarna vilket påverkar tillförlitligheten positivt då det är fysioterapeuters erfarenheter som studien syftar till att beskriva. Författarnas är medvetna om att deras delaktighet i intervjuprocessen gör att studien inte kommer att vara helt obunden till dem, därför behövde studieförfattarna tänka på att distansera sig från materialet under analysprocessen. Det latenta innehållet är en mer tolkande form, där författaren ska läsa mellan raderna för att hitta underliggande budskap som sedan görs om till teman. Det har inte den manifesta analysen möjlighet till och kan leda till att viktig information uteblir. Induktiv ansats beskrivs som en analys av människors berättelser av sina upplevelser som är förutsättningslös och söker mönster i det insamlade materialet (Lundman & Graneheim, 2008). Denna ansats passade bättre för studien då fysioterapeuters erfarenheter undersöktes utan att styras åt ett visst håll, vilket den deduktiva ansatsen gör genom förutbestämda kodningar och kategorier.

5.4 Etikdiskussion

Studien har följt etiska riktlinjer och principer från Helsingforsdeklarationen (2022), Vetenskapsrådet (2017) samt Dataskyddsförordningen (2021), för att värna om informanternas välmående och integritet. Inga etiska dilemman kunde identifieras under studiens gång.

En fördel med att skicka ut brev via mejl var att det lämnade utrymme för individerna att överväga deltagandet och la ingen press i att behöva tacka ja om det inte intresserade personen. Innan intervjuerna gavs ett informationsbrev (Bilaga B) och samtyckesblankett (Bilaga D) ut i enlighet med principerna om informerat samtycke till deltagande i studien

(Helsingforsdeklarationen, 2022). Detta för att försäkra sig om att informanterna var väl informerade om studiens syfte och upplägg, samt hur den skulle kunna komma att påverka dem. Det gavs information om att intervjufrågorna skulle kunna upplevas som ett test av deras kompetens men även en försäkran om att detta inte var fallet. Informanterna uttryckte ingen känsla av att ha blivit ifrågasatta eller testade under intervjuerna. Det fanns en positiv känsla och det sades att ämnet var viktigt att lyfta och samtala kring.

Innan intervjun bokades in fick varje informant frivilligt skriva på en samtyckesblankett om deltagande i studien där de även fick information om att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande utan att behöva förklara varför (Helsingforsdeklarationen, 2022). Detta gjordes för att skapa en trygghet, att de själva bestämde över sitt deltagande i studien. I början av varje möte frågade författarna om det fanns fler frågor eller funderingar som dykt upp, för att försäkra att det inte fanns några osäkerheter kvar kring deltagandet. För att skydda informanternas identiteter uppgavs inga personuppgifter som kunde identifiera informanten så som namn på person, stad eller arbetsplats (Vetenskapsrådet, 2017). Författarna lagrade data från intervjuerna på två lösenordskyddade datorer för att säkerställa att ingen obehörig skulle kunna komma åt informationen och på så sätt värna om informanternas konfidentialitet (Dataskyddsförordningen, 2021).

6 SLUTSATS

För att fysioterapeuten skulle kunna stödja beteendeförändringen av motionsvanor hos den gravida med fetma indikerade resultatet att ett respektfullt och empatiskt bemötande är av stor vikt för att skapa ett förtroende och god relation till patienten, samt för att förhindra skam och skuld känslor. Implementering av beteendeförändringsstrategier är ett bra verktyg för att gynna beteendeförändringen av motionsvanor och resultatet antyder på att det bör användas i större utsträckning bland gravida med fetma. Samarbeten med andra professioner betraktas vara värdefullt i behandlingen, där ett multidisciplinärt team anses kunna gynna patientens beteendeförändring. Enligt SCT har socialt stöd en betydande roll i en beteendeförändring vilket också framgår i denna studies resultat där fysioterapeuten, partnern och nära anhöriga var viktiga sociala stöd för patienten i beteendeförändringen av motionsvanor.

Sammanfattningsvis har fysioterapeuten en värdefull roll för den gravida med fetma i en beteendeförändring för ändrade motionsvanor. Uppsatsens resultat indikerar på att resurser, utbildningar och forskning för patientgruppen är underprioriterat och bortglömt. Det behövs en prioritering av detta för att kunna öka kunskap och förståelse kring vad som krävs för att åstadkomma en beteendeförändring hos patientgruppen. Överförbarheten av resultatet blir begränsat på grund av ett lågt antal informanter i studien, däremot ger resultatet en detaljerad bild av fysioterapeuters erfarenheter av arbetet med beteendeförändring av motionsvanor hos gravida med fetma.

7 KLINISK BETYDELSE OCH VIDARE FORSKNING

Denna studie ger en inblick i några fysioterapeuters/sjukgymnasters erfarenheter av att arbeta med beteendeförändring av motionsvanor hos gravida med fetma, vilket författarna tidigare inte har kunnat hitta studier på. Denna studie kan därför ge inspiration till utveckling av utbildning, forskning och det kliniska arbetet i behandlingen av gravida kvinnor med fetma. Utveckling av det kliniska arbetet skulle kunna innebära att tillämpning av beteendeförändringstekniker införs i riktlinjerna samt en prioritering av kompetensutveckling för bättre bemötande och minskad stigmatisering av gravida med fetma. För att öka överförbarheten skulle vidare forskning behövas där antalet informanter breddas. Det skulle vara av intresse att undersöka om ett multidisciplinärt team skulle kunna gynna utfallet av en beteendeförändring av motionsvanor hos gravida med fetma. Det skulle även vara av intresse att ta reda på vilka ekonomiska resurser som läggs på utbildning, forskning och vård inom patientgruppen och om detta bör omprioriteras. För vidare forskning är det värdefullt att utforska den gravidas perspektiv av gynnsamma beteendeförändringstrategier av motionsvanor vid fetma.

REFERENSLISTA

- Backman, J. (2016). *Rapporter och uppsatser*. (3 uppl.). Studentlitteratur.
- Bandura A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health education & behavior: the official publication of the Society for Public Health Education*, 31(2), 143–164.
- Behnam, S., Timmesfeld, N., & Arabin, B. (2022). Lifestyle Interventions to Improve Pregnancy Outcomes: a Systematic Review and Specified Meta-Analyses. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 82(11), 1249–1264. <https://doi.org/10.1055/a-1926-6636>
- Bjørsmo, E. H., Sandsæter, H. L., & Horn, J. (2022). Knowledge, experiences and attitudes of midwives in maternity care in encounters with pregnant women with obesity – are adverse childhood experiences understood and explored as a contributing factor? *Midwifery*, 114 (2022), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103461>
- Carter, R., & Lubinsky, J. (2016). *Rehabilitation research: Principles and applications* (fifth edition). Philadelphia: Elsevier.
- Christenson, A., Torgerson, J. & Hemmingsson, E. (2020). Attityder och övertygelser hos svenska barnmorskor och obstetiker mot fetma och graviditetsvikthantering. *BMC GraviditetFörlossning*, 20, 755. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03438-1>
- Denison, E., & Åsenlöf, P. (2015). *Beteendemedicinska tillämpningar i sjukgymnastik*. (1:4 uppl) Studentlitteratur.
- Du, M. C., Ouyang, Y. Q., Nie, X. F., Huang, Y., & Redding, S. R. (2019). Effects of physical exercise during pregnancy on maternal and infant outcomes in overweight and obese pregnant women: A meta-analysis. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 46(2), 211–221. <https://doi.org/10.1111/birt.12396>
- Folkhälsoguiden. (10 juli 2017). *Levnadsvanor*. <https://www.folkhalsoguiden.se/amnesomraden/levnadsvanor/>
- Folkhälsomyndigheten. (15 juli 2022). *Övervikt och fetma*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/fysisk-aktivitet-och-matvanor/overvikt-och-fetma/>
- Folkhälsomyndigheten. (27 mars 2023). *Övervikt och fetma hos vuxna*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/fysisk-aktivitet-och-matvanor/overvikt-och-fetma/overvikt-och-fetma-hos-vuxna/>
- Fysioterapeuterna. (februari 2019). Fysioterapi Profession och vetenskap. <https://www.fysioterapeuterna.se/globalassets/professionsutveckling/om-professionen/fysioterapi-webb-navigering-20190220.pdf>

- Graneheim, U. H., Lindgren, B. M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse education today*, 56, 29-34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Hayes, K. (2020). *Obesity and Overweight: Sourcebook* (1 uppl.). Omnigraphics. E-ISBN 978-0-7808-1809-5.
- Helsingforsdeklarationen (2022). *World medical association declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects*. World Medical Association. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Herbstman, M. (2019). *Styrande dokument. Fetma vid graviditet, förlossning och postpartum*. [Oplicerat manuskript]. Landstinget Sörmland. (RS-KVEK19-0031-1)
- Holton, S., East, C. & Fisher, J. (2017). Weight management during pregnancy: a qualitative study of women's and care providers' experiences and perspectives. *BMC Pregnancy Childbirth*, 351 (17). <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1538-7>
- Integritetsskydds myndigheten (2021). *Dataskyddsförordningen (GDPR)*. <https://www.imy.se/privatperson/dataskydd/dina-rattigheter/>
- International Society of Behavioral Medicine. (u.å.). *Charter*. Hämtad 2022-11-24 från <https://www.isbm.info/about-isbm/charter/>
- Johansson, H. (2006) *Therapeutic alliance in general psychiatric care*. [Doktorsavhandling, Lunds universitet]. <https://lup.lub.lu.se/search/publication/02161dd1-b262-4793-8770-33668acaacee>
- Josefsson, A., Haakstad, L., & Bö, K. (2017). Rekommendationer om fysisk aktivitet vid graviditet. I A. Stähle, M. Hagströmer & E. Jansson (Red.), *FYSS 2017, Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling* (s.129-138). Läkartidningen Förlag AB.
- Lundman, B., & Graneheim, H. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. i M. Granskär, & B. Höglund-Nielsen, *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 187–201). Studentlitteratur.
- Luppino, F. S., de Wit, L. M., Bouvy, P. F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B. W., & Zitman, F. G. (2010). Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of general psychiatry*, 67(3), 220–229. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.2>
- Magro-Malosso, E. R., Saccone, G., Di Mascio, D., Di Tommaso, M., & Berghella, V. (2017) Exercise during pregnancy and risk of preterm birth in overweight and obese women: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 96(3), 263–273. <https://doi.org/10.1111/aogs.13087>

- Michie, S., Abraham, C., Eccles, M. P., Francis, J. J., Hardeman, W., & Johnston, M. (2011). Strengthening evaluation and implementation by specifying components of behaviour change interventions: a study protocol. *Implementation science : IS*, 6, 10.
<https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-10>
- Muktabhant, B., Lawrie, T. A., Lumbiganon, P., & Laopaiboon, M. (2015). Diet or exercise, or both, for preventing excessive weight gain in pregnancy. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2015(6), CD007145.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD007145.pub3>
- Pellmer, K., Wramner, H., Wramner, B. (2018). *Grundläggande folkhälsovetenskap* (4 uppl). Stockholm: Liber. ISBN: 9789147113279
- Poston, L., Caleyachetty, R., Cnattingius, S., Corvalán, C., Uauy, R., Herring, S., & Gillman, M. W. (2016). Preconceptional and maternal obesity: epidemiology and health consequences. *The lancet. Diabetes & endocrinology*, 4(12), 1025–1036.
[https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(16\)30217-0](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(16)30217-0)
- Region Stockholm. (2016). *Regionalt vårprogram. Övervikt och fetma* (RV 2016:03).
<https://kunskapsstodforvardgivare.se/download/18.6746d34717ce9d34f752e2/1661424504997/RVP%20%C3%96vervikt%20och%20fetma.pdf>
- Region Uppsala. (2021). *Övervikt - Handläggning under graviditet*.
<https://publikdocplus.regionuppsala.se/Home/GetDocument?containerName=e0c73411-be4b-4fee-ac09-640f9e2c5d83&reference=DocPlusSTYR-7660&docId=DocPlusSTYR-7660&filename=%C3%96vervikt%20-%20handl%C3%A4ggning%20under%20graviditet.pdf>
- Rollnick, S., Miller, W. R., & Butler, C. (2009). *Motiverande samtal i hälso- och sjukvård* (uppl 1). Studentlitteratur.
- Samdal, G. B., Eide, G. E., Barth, T., Williams, G., & Meland, E. (2017). Effective behaviour change techniques for physical activity and healthy eating in overweight and obese adults; systematic review and meta-regression analyses. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 14(1), 42.
<https://doi.org/10.1186/s12966-017-0494-y>
- Schåfer-Elinder, L. & Faskunger, J. (2013) *Fysisk aktivitet och folkhälsa* (1 uppl). MTM.
- Semlitsch, T., Stigler, F. L., Jeitler, K., Horvath, K., & Siebenhofer, A. (2019). Management of overweight and obesity in primary care-A systematic overview of international evidence-based guidelines. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 20(9), 1218–1230.
<https://doi.org/10.1111/obr.12889>
- Simon, A., Pratt, M., Hutton, B., Skidmore, B., Fakhraei, R., Rybak, N., Corsi, D. J., Walker, M., Velez, M. P., Smith, G. N., & Gaudet, L. M. (2020). Guidelines for the management of pregnant women with obesity: A systematic review. *Obesity reviews :*

- an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 21(3), e12972. <https://doi.org/10.1111/obr.12972> <https://doi.org/10.1111/obr.12972>
- Socialstyrelsen. (2015). *Att mötas i hälso- och sjukvård. Ett utbildningsmaterial för reflektion om bemötande och jämlika villkor*. (Artikelnummer 2015-1-5). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2015-1-5.pdf>
- Socialstyrelsen. (2022). *Graviditet, förlossning och tiden efter. Nationellt kunskapsstöd för kontinuitet i vårdkedjan och vård på rätt nivå*. (Artikelnummer 2022-12-8287). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2022-12-8287.pdf>
- Socialstyrelsen. (2018). *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor* (Artikelnummer 2018-6-24). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-24.pdf>
- Socialstyrelsen. (2023). *Nationella riktlinjer för vård vid obesitas. Prioriteringsstöd till beslutsfattare och chefer*. (Artikelnummer 2023-4-8460). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2023-4-8460.pdf>
- Socialstyrelsen. (2021). *Statistikdatabas för graviditeter, förlossningar och nyfödda*. https://sdb.socialstyrelsen.se/if_mfr_004/val.aspx
- Statistikmyndigheten. (27 december 2022). *Sveriges befolkning*. <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/sveriges-befolkning/>
- Stubbs, Whybrow, S., Teixeira, P., Blundell, J., Lawton, C., Westenhoefer, J., Engel, D., Shepherd, R., Mcconnon, Á., Gilbert, P., & Raats, M. (2011). Problems in identifying predictors and correlates of weight loss and maintenance: implications for weight control therapies based on behaviour change. *Obesity Reviews*, 12(9), 688–708. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2011.00883.x>
- Abrahamsson, N. Jacobson, P., Järholm, K., Larsson, I., Magnusson, M., Rydén, M., Trolle Lagerros, Y., Uddén Hemmingsson, J. (10 oktober 2018). Fördomar skadar många med fetma. *Svenska Dagbladet*. <https://www.svd.se/a/BJ9VP9/fordomar-skadar-manga-med-fetma>
- Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG). (2016). *Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv Hälsa* (Rapport Nr 76). <https://www.sfog.se/natupplaga/ARG76web4a328b70-od76-474e-840e-31f70a89eae9.pdf>
- Teixeira, P. J., Carraça, E. V., Marques, M. M., Rutter, H., Oppert, J. M., De Bourdeaudhuij, I., Lakerveld, J., & Brug, J. (2015). Successful behavior change in obesity

- interventions in adults: a systematic review of self-regulation mediators. *BMC medicine*, 13, 84. <https://doi.org/10.1186/s12916-015-0323-6>
- Trolle Lagerros, Y., & Rössner, S. (2017). Övervikt och fetma. I IM. Dohrn, E. Jansson, M. Börjesson & M. Hagströmer (Red.), *FYSS 2017, Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling* (s.644-655). Läkartidningen Förlag AB.
- Vámosi, M., Heitmann, B. L., & Kyvik, K. O. (2010). The relation between an adverse psychological and social environment in childhood and the development of adult obesity: a systematic literature review. *Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 11(3), 177–184. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2009.00645.x>
- Vesco, K. K., Karanja, N., King, J. C., Gillman, M. W., Leo, M. C., Perrin, N., McEvoy, C. T., Eckhardt, C. L., Smith, K. S., & Stevens, V. J. (2014). Efficacy of a group-based dietary intervention for limiting gestational weight gain among obese women: a randomized trial. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 22(9), 1989–1996. <https://doi.org/10.1002/oby.20831>
- Vetenskapsrådet. (2017). God forskningsed. <https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2017-08-29-god-forskningsed.html>
- World Health Organisation (WHO). (9 june 2021). *Obesity and overweight*. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

BILAGA A

INTERVJUGUIDE

Bakgrundsinformation:

- Hur gammal är du?
- Hur länge har du jobbat som sjukgymnast/fysioterapeut?
- Hur länge har du jobbat med gravida kvinnor?
- Hur många gravida kvinnor som har fetma har du haft som patienter?
- Vad var deras kontaktorsak?
- Har du någon utbildning i beteendemedicin?
- Jobbar du inom region, kommun eller privat?

Huvudfrågor:

1. På vilket sätt arbetar du med gravida kvinnor med fetma idag?
 - Kan du ge ett exempel?

2. Hur upplever du att det är att samtala om ett för högt BMI/fetma med den gravida?
 - Kan du ge ett exempel?
 - Hur upplever du att den gravida kvinnan bemöter samtalet?

3. På vilket sätt arbetar du med att stötta de gravida med fetma till ökad fysisk aktivitet?
 - Kan du ge ett exempel?
 - Har ditt arbetssätt förändrats något genom tiden?

4. Använder du dig av några beteendeförändringstekniker och/eller samtalstekniker?
 - Om ja: Vilka och varför just dem?
 - Om nej: Finns det några andra tekniker du använder dig av?

5. Vilken roll upplever du att du har för de gravida med fetma under behandlingstiden?
 - Vill du berätta mer?

6. Upplever du att det finns utvecklingsmöjligheter i arbetet av motionsvanor hos gravida med fetma?
 - Vill du ge ett exempel?

7. Upplever du att det finns några utmaningar i arbetet med motionsvanor hos gravida med fetma?
 - Vill du berätta om ett möte som upplevdes svårt/utmanande?
 - Vilka faktorer tror du det var som försvårade?

8. Vilka personliga resurser upplever du att patienten behöver ha för att behandlingen ska vara framgångsrik?
 - Upplever du att det finns några faktorer i den gravidas omgivning som har försvårat eller underlättat beteendeförändringen?

9. Hur upplever du utbudet av utbildning och forskning inom beteendeförändring hos gravida med fetma för dig som sjukgymnast/fysioterapeut?
 - Finns det något som behöver utvecklas?

Tilläggsfråga: Finns det något du vill tillägga som vi inte tagit upp eller berört gällande din upplevelse av arbetet med beteendeförändring av motionsvanor hos gravida kvinnor med fetma?

BILAGA B

Förfrågan om deltagande i en studie om fysioterapeuters erfarenheter av att arbeta med fetma hos gravida.

Vi är två fysioterapeutstudenter från Mälardalens Universitet i Västerås och har påbörjat vårt examensarbete inom fysioterapi med beteendemedicinsk inriktning.

Bakgrund: Fetma hos gravida är ett ökande problem och kan leda till flertalet komplikationer för både mamma och foster. Behandlingen är heterogen och stora delar av den syftar till att förändra de gravidas kost- och motionsvanor. Beteendeförändring är en dynamisk process och där kan fysioterapeuten ha en betydande roll i förändring av motionsvanor hos gravida med fetma.

Studiens syfte: Att utforska fysioterapeuters erfarenheter av hur de arbetar med beteendeförändring av motionsvanor hos gravida kvinnor med fetma, ur ett beteendemedicinskt perspektiv.

Förfrågan om deltagande: Kriterierna för att delta i studien är att du ska vara legitimerad fysioterapeut eller sjukgymnast samt arbetar/arbetat med gravida kvinnor som har ett BMI ≥ 30 (fetma). Du ska ha arbetat med minst fyra gravida kvinnor som har fetma. Kontaktorsaken behöver inte ha varit fetma, men det behöver ha varit en del av problematiken.

Studiens praktiska genomförande: Ditt eventuella deltagande kommer att bestå av en individuell intervju innehållande frågor kring dina erfarenheter av att arbeta med beteendeförändring av motionsvanor hos gravida kvinnor med fetma. Tid och plats för intervju kommer att bestämmas i samråd mellan dig och studieförfattarna. Båda studieförfattarna kommer att närvara vid intervjutagandet och det kommer att ske en ljudinspelning av samtalet. Inspelningen kommer att transkriberas och analyseras. Din data kommer att raderas efter godkänt examensarbetet.

Fördelar med att delta i studien: Kan ge inspiration för vidare forskning eller utveckling av kliniskt arbete kring behandling av gravida kvinnor med fetma. Visar fysioterapeutens perspektiv som ej har belysts inom området tidigare.

Risker med att delta i studien: Det kan kännas jobbigt att berätta om sitt upplevda arbete inom ett ämne då det kan kännas som ett test av kompetens. Intervjun ska inte kännas som ett test utan ett utlåtande/upplysning kring hur arbetet sker idag. Materialet kommer inte att delas med obehöriga, till exempel chef eller kollegor.

Konfidentialitet: Materialet från intervjuerna kommer att vara konfidentiellt, informanten kommer ej att kunna identifieras av obehöriga. All data kommer att vara sekretessbelagd och förvaras på en lösenordskyddad dator. Din data kommer att raderas efter godkänt examensarbetet.

Presentation av studiens resultat: Studien kommer att presenteras i form av en uppsats vid Mälardalens Universitet.

Frivillighet: Det kommer att vara helt frivilligt för dig att delta och du har rätt att avbryta medverkandet i studien när som helst, utan att behöva förklara varför. Ifall du väljer att avbryta så kommer informationen du gett oss endast att raderas vid din begäran.

Om du är intresserad av att vara med i studien eller har eventuella frågor, kontakta någon av oss på;

Frida Sundberg, xxxxxxxx@student.mdu.se, 07x xxx xx xx

Cajsa Åkerberg, xxxxxxxx@student.mdu.se, 07x xxx xx xx

Handledare: Anna-Karin Andersson, 07x-xxx xx xx

Tack på förhand!

BILAGA C

Intyg om tillstånd för examensarbete i Fysioterapi

Tillstånd för att genomföra nedanstående studie lämnas härmed och studien bedöms utgöra en del av det kvalitetsutvecklingsarbete som bedrivs inom verksamheten.

Preliminär titel på studien:

Fysioterapeuters upplevelser av arbetet med fetma hos gravida kvinnor.

Students namn, e-post och telefon: Frida Sundberg,

xxxxxxxxx@student.mdu.se, 07x-xxx xx xx

Students namn, e-post och telefon: Cajsa Åkerberg,

xxxxxxxxx@student.mdu.se, 07x-xxx xx xx

Handledare vid MDU: namn, e-post och telefon: Anna Karin

Andersson, xxxxxxxxxxxx.xxxxxxxxxx@mdu.se, 07x-xxx xx xx

Verksamhet och ort:

Kontaktperson vid verksamheten: namn, e-post och telefon:

Verksamhetschef: namn, e-post och telefon:

Datum, ort

Namnteckning, verksamhetschef

BILAGA D

SAMTYCKE TILL ATT DELTA I PROJEKTET

Jag har fått muntlig och/eller skriftlig information om studien och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla den skriftliga informationen.

- Jag samtycker till att delta i projektet *"Fysioterapeuters upplevelser av arbetet med fetma hos gravida kvinnor"*.
- Jag samtycker till att mina data tillfälligt sparas på det sätt som beskrivs i informationen om projektet.

Plats och datum	Underskrift
	Namnförtydligande



Box 883, 721 23 Västerås **Tfn:** 021-10 13 00
Box 325, 631 05 Eskilstuna **Tfn:** 016-15 36 00
E-post: info@mdh.se **Webb:** www.mdu.se