



UPPSALA
UNIVERSITET

Examensarbete

C-uppsats, Grundnivå
15 hp, ht 2011

Syns man så finns man

En intervjustudie om allmänläkares föreställningar
kring dietistyrket

Aravella Lejonstad
Josefine Tagesson

Institutionen för kostvetenskap
Box 560
Besöksadress: BMC, Husargatan 3
751 22 Uppsala



Titel: Syns man så finns man - En intervjustudie om allmänläkares föreställningar kring dietistyrket

Författare: Aravella Lejonstad, Josefine Tagesson

Handledare: Elin Lövestam, Institutionen för Kostvetenskap, Uppsala Universitet

SAMMANFATTNING

Studier har visat att läkare anser att kost och kostbehandling är viktigt men att de inte remitterar vidare alla patienter som hade behövt det. De främsta anledningarna till detta är okunskap hos läkarna och tidsbrist under läkarbesök. Allmänläkaren har ofta den första kontakten med patienter och fungerar som en sluss för vidare remittering. Deras kunskap om övriga vårdyrken är därmed avgörande för vilka som remitteras vidare.

Uppsatsens syfte var att undersöka allmänläkares föreställningar om dietister. Kvalitativa djupintervjuer genomfördes med sex allmänläkare. Materialet kodades och kategoriserades.

De intervjuade läkarna ansåg att kosten är viktig för hälsan och att kostrådgivning bör ges vid läkarbesök. Trots detta gör de det sällan på grund av tidsbrist samt att de är tveksamma till patienternas följsamhet till kostråden. Dietisten upplevs vara en avlägsen och anonym person och läkarna har begränsad kunskap om dietistens arbetsuppgifter. Vår uppfattning är att ökad kontakt mellan vårdcentral och dietist skulle leda till ökad kunskap om dietistens arbetsuppgifter, ökad medvetenhet om möjligheten att remittera till dietist samt öka förtroendet för yrket hos läkare.

Title: To be noticed you need to be visible - An interview study examining general physician's conception of dietitians

Author: Aravella Lejonstad, Josefine Tagesson

Supervisor: Elin Lövestam, Department of Food, Nutrition and Dietetics, Uppsala University

ABSTRACT

Studies show that physicians hold nutrition and nutritional treatment as important but despite this they do not refer all patients who would need it. Physicians' knowledge and lack of time during medical appointment are the two main reasons for this. The general physician is often the first person in the medical process to meet the patient and they have the role of a gatekeeper for further medical referral. Therefore their knowledge about other health professions are crucial for further referral of a patient.

The object of this paper was to examine general physicians' conceptions of dietitians. Qualitative interviews were conducted with six general physicians. The data was coded and categorized.

The interviewed physicians considered nutrition as being an important part of a healthy lifestyle and thought that nutritional counseling should be given at medical appointments. They seldom referred patient to dietitians due to lack of time and their uncertainty towards patients' compliance to nutritional treatment. The dietitian is perceived as a distant and anonymous person and the physicians have limited knowledge about the dietitians work. Our result suggest that a closer contact between the care center and the dietitian would lead to better knowledge about the work of dietitians, a higher awareness of the possibilities to refer to dietitians and an increased trust in the competence of the profession among physicians.

Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING.....	2
ABSTRACT.....	3
1. Inledning	6
1.1 Läkarkårens historia	6
1.2 Dietistkårens historia.....	6
1.3 Läkares relation till dietister och kostbehandling	7
1.3.1 Följsamhet	8
1.3.2 Läkares kunskap om kost	9
1.4 Syfte	9
2. Metod	9
2.1 Val av metod	9
2.2 Urval och målgrupp.....	10
2.3 Intervjuguide	11
2.4 Etiska överväganden	11
2.5 Analysmetod.....	11
3. Resultat	12
3.1 Läkarnas tankar kring dietistens arbetsuppgifter	12
3.1.1 Kunskapsbank.....	12
3.1.2 Den viktiga lyhörddheten	13
3.2 Läkarnas tankar kring kost och hälsa	13
3.2.1 Läkarens eget intresse för kost	13
3.2.2 Problematisering av kostvanor	14
3.3 Läkarnas tankar kring remittering till dietist.....	14
3.3.1 Resursbrist	14
3.3.2 Läkarnas tankar kring patienters compliance	15
3.3.3 Diabetes- och distriktssköterskor.....	15
3.4 Läkarnas tankar kring vårdorganisationen	16
3.4.1 Bristfällig kommunikation.....	16
3.4.2 Dietistens anonymitet	16
4. Diskussion.....	17
4.1 Metoddiskussion.....	17
4.1.1 Deltagare och urval.....	17
4.1.2 Intervjuguiden.....	17
4.1.3 Intervjusituation.....	17

4.1.4 Transkribering	18
4.1.5 Kodning, reflexivitet och val av analysmetod	19
4.2 Läkarnas tankar kring dietistens arbetsuppgifter	19
4.3 Läkarnas tankar kring kost och hälsa	20
4.4 Läkarnas tankar kring remittering till dietist	21
4.5 Läkarnas tankar kring vårdorganisationen	22
4.6 Teoretisk modell.....	23
4.7 Förslag till vidare forskning	23
5. Slutsats	24
6. Referenser	25
Bilaga 1: Arbetsfördelning.....	28
Bilaga 2: Intervjuguide	29

1. Inledning

Det sker en ökad yrkesspecialisering inom vården vilket i sin tur leder till mer samarbete över professionsgränser. Studier har visat att det är viktigt att det finns rutiner för samverkan mellan olika yrkeskategorier och en tydlig arbetsfördelning som samtliga inblandade är införstådda med eftersom det ger en mer resurseffektiv organisation samt ökar kvalitén på vården (1). Av denna anledning är det intressant att studera hur samverkan mellan olika vårddyrken fungerar. Denna uppsats belyser relationen mellan två professioner inom vården: läkare och dietister.

1.1 Läkarkårens historia

Läkare har länge varit det vårddyrke som åtnjutit högst status inom den svenska sjukvården och därmed högst trovärdighet på hälsoområdet bland både patienter och i samhället i stort (2). Under 1600-talet tog staten över ansvaret för vården av sjuka från kyrkan och det uppstod då ett behov av att organisera sjukvården. Läkarkåren fick tillsammans med staten ansvar för denna uppgift och detta har påverkat utvecklingen av sjukvårdsorganisationen sedan dess. Under senare delen av 1800-talet gjordes stora medicinska upptäckter och framsteg som ytterligare ökade läkarkårens inflytande i samhället. Intresset för förebyggande sjukvård uppstod under första halvan av 1900-talet och ledde till utformningen av primärvården för att åkommor och sjukdomar skulle kunna upptäckas i ett tidigare skede. Primärvården bestod av privatpraktiserande läkare fram till 1950-talet då förslaget om en landstingsägd primärvård kom. Förslaget mottogs av starka reaktioner från läkarkåren som menade att det skulle innebära en maktförskjutning från specialiserade läkare till allmänläkare. På grund av protesterna skulle det komma att dröja ytterligare tjugo år innan omorganisationen till slut trädde i kraft (3).

Allmänläkare verksamma inom primärvården är vanligtvis de som först möter patienter då de söker vård och de fungerar som en sluss för att förmedla dem vidare till övriga vårdinstanser. Läkaren avgör vårdbehovet och bestämmer i samråd med patienten hur behandlingen skall läggas upp (3). Hur allmänläkare ser på övriga vårddyrken samt vilken kunskap de har om dem har stor påverkan vid valet av behandling för patienten (4, 5).

1.2 Dietistkårens historia

Medan läkaryrket har en lång historia är dietist ett relativt nytt vårddyrke. Stor del av utvecklingen har skett de senaste hundra åren. Historiskt sett har kostrelaterade frågor haft låg status och framför allt handlat om dieter med viktkontroll som syfte. Först under den humanitära rörelsens tid på sena 1800-talet uppmärksammades nutritionens betydelse inom sjukvården. I den brittiska armén använde man sig under Krimkriget (1854-1856) av nutritionsbehandling för att förbättra tillståndet hos sårade soldater. Florence Nightingale var ansvarig för de brittiska vårdinrättningarna. Hon fick stor uppmärksamhet för de goda resultat i form av sänkta dödstal som hon uppnådde genom att förbättra de hygieniska förhållandena inom sjukvården. Hon blev en omtalad och väl ansedd person och fortsatte efter krigets slut att förespråka betydelsen av nutritionen för sjuka och vetenskapen kring bespisning till sjuka. I slutet av 1800-talet öppnades Philadelphia Cooking School i USA där studenter fick lära sig att planera måltider för sjuka och övervaka produktion i sjukhuskök (6). Det dröjde ända till början av 1960-talet innan de första dietisttjänsterna inrättades i Sverige och först 1978 startade en reguljär högskoleutbildning. De flesta dietister arbetar idag

med nutritionsbehandling inom öppen och sluten hälso- och sjukvård. Arbetet var från början till stor del inriktat mot livsstilsrelaterade sjukdomar men har under senare år breddats med inriktning mot prevention och behandling av malnutrition. Dietist är sedan 2006 en skyddad yrkestitel och legitimation utfärdas av socialstyrelsen (7). Dietister arbetar utifrån en yrkesetisk kod framtagen av Dietisternas Riksförbund (DRF). I den definieras dietistens arbete som följer:

“Yrkets mål:

- Att främja människors hälsa och livskvalitet genom såväl preventiva som behandlande nutritionsåtgärder.

Dietistens uppgift:

- Att förebygga och lindra sjukdom/symtom med hjälp av nutritionsbehandling genom oral och/eller enteral alternativt parenteral nutrition.
- Att informera och utbilda i nutritionsfrågor.
- Att vara en kunskapsresurs för hälso- och sjukvården och samhället i nutritionsfrågor.
- Att delta i och beakta forskning inom nutritionsområdet.” (7)

1.3 Läkares relation till dietister och kostbehandling

En majoritet av de patienter som träffar en dietist gör det efter remiss från läkare och sista nämnda är på så sätt en sluss för att vidarebefordra dietistkontakt (8, 9). Studier har visat att läkares benägenhet att remittera vidare patienter till dietist är relaterad till om de har tid att diskutera kost med patienten, kunskap om kostbehandling och uppfattning om patienters följsamhet vid kostbehandling, vilket således är betydelsefullt för dietisters patientkontakt (10-12).

Wynn et al har i sin artikel *Nutrition in primary care: Current practices, attitudes and barriers* visat att det finns ett stort glapp mellan vilka patienter läkaren anser behöver nutritionsbehandling och de som verkligen får behandling vid vårdcentralen eller remitteras vidare till dietist. Läkarna såg brist på tid med patienten och brist på ersättning för insatser som de huvudsakliga anledningarna (12). Nicholas et al. undersökte i en australiensisk pilotstudie läkares och dietisters tankar kring vad som styr remittering till dietist. Läkarnas egen uppfattning var att de främst påverkades av kostnaden för patienten, patientens grad av motivation samt långa väntetider. Enligt dietisterna styrdes läkarna i högre grad av osäkerhet kring vart de skulle remittera samt en negativ inställning till dietisters kompetens (“skills and abilities”). Läkarna prioriterade remiss till dietist lägre än dietisterna. Även uppfattningen om vilka tillstånd som borde leda till en remiss skiljde sig åt. Läkarna ansåg främst att kroniska tillstånd såsom hjärt- och kärlsjukdom, diabetes och övervikt samt ätstörningar var skäl för remiss. Dietisterna inkluderade även kost i samband med graviditet, malnutrition och gastrointestinala problem (5). Helman beskriver i sin artikel *Nutrition and general practice: an Australian perspective* hur allmänläkares kostrådgivning fungerar i Australien och kommer fram till slutsatsen att de kan behöva få en djupare förståelse för nutritionsbehandling samt kostens betydelse för hälsan (10). Sylvia et al. har genomfört en australiensisk studie för att studera vilka faktorer som påverkar effekten av nutritionsbehandling. Bristande tid och kunskap om kostbehandling hos läkaren fanns vara de viktigaste faktorerna när patienter inte remitterades vidare till dietist trots att behov förelåg. Många läkare upplevde dessutom att följsamheten vid nutritionsbehandling var låg och detta

kunde kopplas till tron att läkemedel och medicinska åtgärder kunde lösa problemen. Utöver det uttryckte en del deltagare i studien att deras beslut att referera avgjordes delvis av hur väl de kände den närmast verkande dietisten. Studien visade även att det inte fanns någon koppling mellan benägenhet att remittera och ålder eller kön (11). Baldwin et al. har undersökt huruvida patienter som gick ner i vikt i samband med cytostatikabehandling remitterades vidare till dietist. Det visade sig att 30 % av de patienter som skulle behöva komma till dietist inte remitterades vidare. Detta trots att alla patienters vikt undersöktes och de som hade en viktförlust på 10 % eller mer per automatik skulle remitteras vidare. Författarna drar slutsatsen att de verktyg som finns för att övervaka patienternas viktutveckling är otillräckliga och att läkarna har för lite tid, för låg kunskap inom kostområdet samt dåliga instruktioner för hur screening för malnutrition skall gå till (13).

Liknande studier under svenska förhållanden saknas.

1.3.1 Följsamhet

Flera studier har visat att läkare anser att kostrådgivning är viktigt och att de gärna vill ge råd om bra kostvanor till sina patienter (14-16). Det visar sig dock att få läkare verkligen ger patienterna råd (14, 15, 17).

Kottke et al. har studerat läkares kostrådgivning till patienter som ligger i riskzonen för att drabbas av hjärt- och kärlsjukdom. Det visade sig att mindre än 10 % av läkarna gav kostråd (information om fettkvalitet, salt och kostfiber) till 80 % eller mer av sina patienter och mer än 50 % av läkarna gav kostråd till mindre än 20 % av sina patienter. Det vill säga bara en liten del (10 %) av läkare gav kostråd till nästan alla sina patienter och hälften av läkarna gav kostråd till endast få patienter. Som orsak till den låga frekvensen uppges att läkarna inte upplevde att behovet av kostrådgivning var tillräckligt stort hos patienterna, att de inte upplevde att patienterna hade intresse för rådgivning och att de tvivlade på att patienterna skulle följa råden (14). Brotons et al. har genomfört en enkätstudie med 1976 allmänläkare från tio europeiska länder för att studera läkares inställning till kostrådgivning vid övervikt. De fann att respondenterna räknade ut BMI på 45 % av sina överviktiga patienter och att de gav råd om viktnedgång till 60 % av dem. Råd om fysisk aktivitet samt rökstopp gavs sällan medan prov ofta togs för att testa kolesterolvärde. Författarna drar slutsatsen att detta tyder på att läkarna hellre tar prover än ger muntlig rådgivning. Studien undersökte även läkarnas inställning till patienternas följsamhet och fann att en majoritet av läkarna ansåg att ansträngningar för att få överviktiga patienter att gå ner i vikt var slöseri med tid och resurser (18). Levine et al. har studerat amerikanska allmänläkares inställning till nutritionsbehandling av överviktiga. De fann att 58 % av läkarna ansåg att arbete med att få överviktspatienter att gå ner i vikt hade minimal verkan eller var direkt ineffektiv (16). Även en kanadensisk studie har undersökt hur allmänläkare ser på effekten av nutritionsbehandling av överviktiga. De fann att 48 % av läkarna ansåg att behandling endast leder till begränsad viktnedgång (19). Kushner har undersökt amerikanska läkares benägenhet att ge kostråd och kom fram till att 75 % gav kostråd till mindre än 40 % av sina patienter och att de i snitt pratade om kosten i mindre än fem minuter per patient. Det vill säga, majoriteten av läkarna gav kostråd till endast en liten andel av patienterna. Läkarna i den aktuella studien angav tidsbrist, patienternas non-compliance (icke-följsamhet) och brist på kunskap som de främsta anledningarna till att inte ge kostråd (17).

1.3.2 Läkares kunskap om kost

Studier har visat att allmänläkare har en otillräcklig kunskap för att ge kostråd. Den tidigare nämnda studien av Helman studerade även australiensiska läkares kunskap om nutrition. Denna visade sig vara bristfällig men intresset för nutrition var högt och även viljan att lära sig mer. Vidare jämförde man resultatet med kostkunskapen hos läkarstudenter och såg att de sistnämnda hade ännu mindre kunskap inom ämnet (10). Kunskapen om kost hos skandinaviska läkare och sjuksköterskor har också visat sig vara bristfällig. I en studie som fokuserade på malnutrierade patienter och rutinerna kring deras nutritionsbehandling, fann man att den största anledningen till att rutinerna inte fungerade berodde på läkarnas bristande intresse och kunskap om nutrition (20). Utöver den låga kunskapsnivån har studier även visat att den kunskap som läkare har ofta rör ämnen som nyligen tagits upp i media. Podell et al. har studerat läkare och läkarstudenter och visat att deras kunskap främst rörde områden som varit aktuella i mediebevakningen. Författarna konstaterar att läkarna och studenterna fick sin kunskap om kost mestadels från icke-professionella källor och kunskapsinhämtningen skedde oftast slumpmässigt och sporadiskt (21). Detta bekräftas av en kanadensisk studie som kom fram till att läkarna hade större kunskap om sådant som fick medial uppmärksamhet, till exempel vilka näringsämnen som är antioxidanter och rekommendationerna för dagligt fettintag (22).

1.4 Syfte

Det har gjorts ett flertal australiensiska och amerikanska studier på samspelet mellan läkare och dietist samt vad som påverkar läkares beslut att remittera patienter till dietist. Dessa är i de flesta fall minst femton år gamla och resultaten påverkas av de förhållanden som råder inom den australiensiska och amerikanska vården.

Syftet med denna uppsats är att nå en djupare förståelse för hur föreställningar om dietistyrket ser ut hos de intervjuade läkarna.

2. Metod

I detta kapitel redogörs för val av metod, målgrupp och urval. Vidare beskrivs etiska aspekter och analysmetod.

2.1 Val av metod

Beroende på vilken metod som används belyses ett fenomen från olika vinklar. Olika metoder lämpar sig för olika frågeställningar. Läkarnas föreställningar kring dietistyrket ses som konstruerade i ett samspel mellan individ och omgivning och studien söker nå förståelse för verkligheten såsom respondenterna upplever den samt nå en djupare förståelse för materialet. Därför lämpar sig en kvalitativ metod bäst (23).

Undersökningen utfördes genom semistrukturerade intervjuer. Dessa utgår från i förväg sammanställda frågor som intervjun rör sig fritt kring. Intervjun går djupare in på aspekter som respondenten ger uttryck för att anse vara viktigt. Semistrukturerad intervju lämpar sig när det inte är samma person som genomför alla intervjuer samt när ett flertal respondenter intervjuas. Detta för att det ger ett bättre underlag för att sammanställa och analysera resultatet jämfört med om en ostrukturerad intervjumetod används (24, 25). Intervjuaren skall

vara flexibel och intervjuguiden skall främst användas som ett stöd med olika teman att ta upp för att fånga upp hur intervjupersonen uppfattar området (25).

En studies tillförlitlighet påverkas bland annat av intervjuarens förmåga till reflexivitet. Det innebär en öppenhet och förståelse för att man som intervjuare påverkar det material som tas fram under intervjun genom att vara en del i det sociala samspelet samt att detta analyseras och redogörs för (26). Ålder, kön, bakgrund, interaktion mellan intervjuare och intervjuperson via sätt att tala, kroppsspråk, utseende, samt miljön där intervjun genomförs påverkar samspelet under intervjun och därmed även den data som erhålles (24, 26, 27). Det är viktigt att reflektera över vilket språkbruk som används och vilket intryck man ger via sitt utseende (kläder, hår, tatueringar och så vidare) för att fånga upp hur detta kan tänkas påverka utfallet av intervjun (24). Även vid analysen påverkas utfallet av vilket perspektiv författaren anlägger (24, 26, 27). Det är viktigt att definiera begrepp och ge exempel på citat som analysen byggs upp utifrån för att ge läsaren möjlighet att själv sluta sig till tankegångarnas och slutsatsernas sannolikhet. Det är även viktigt att inte plocka citat ur sitt sammanhang utan att bygga analysen på en helhetsbild av materialet (25).

Intervjuerna genomfördes individuellt, dels av praktiska skäl, dels för att vi ansåg att det ger bättre förutsättningar för att skapa en avslappnad miljö och uppmuntra till ett öppet samtal. Intervjuerna genomfördes på läkarnas respektive arbetsplatser samt i ett fall på respondentens begäran i dennes hem. Omgivningen bör vara tyst och lugn för att ge möjlighet till konfidentialitet och inte begränsa samtalet om känsliga ämnen dyker upp. Den bör inte vara socialt laddad så att respondent eller intervjuare hamnar i en maktposition (28).

En diktafon (ZAP DVR-X1 Digital Voice Recorder) användes för att spela in intervjuerna. Vid kvalitativa intervjuer görs en detaljerad analys och det är då viktigt att få med intervjupersonernas egna ordval och formuleringar. Inspelning ger även intervjuaren bättre möjlighet att fånga upp andra intryck än verbala och underlättar för intervjuarens möjlighet att delta och engagera sig i samtalet, något som är extra viktigt vid ostrukturerade intervjuer (25).

Intervjun skrevs ner ordagrant samt med tillägg för känslouttryck och betoning. Detta för att få en så noggrann återgivning som möjligt av samtalet då det utgör grund för analysen. Transkriberingen av intervjuerna utgör en av studiens felkällor då den som skriver kan höra eller skriva fel (29). För att i viss mån minska risken för detta gicks materialet igenom av en annan person efter nedteckningen (30).

2.2 Urval och målgrupp

Målgruppen består av praktiserande allmänläkare. Deltagare valdes ut genom snöbollsurval vilket innebär att kontakt med en eller flera nyckelpersoner leder vidare till övriga deltagare (25). Vi fick kontakt med två läkare via privata källor och genom dessa fick vi tillgång till resterande fyra.

Försök gjordes även att få respondenter med hjälp av bekvämlighetsurval, vilket innebär att deltagare väljs ut bland personer ur målgruppen som finns tillgängliga (25). En stor andel av

vårdcentralerna i Uppsala läns landsting kontaktades och tillfrågades men ingen av vårdcentralerna önskade delta.

Antalet respondenter skall vara så stort att teoretisk mättnad nås utan att materialet blir oöverskådligt och alltför svårbearbetat (31). Guest et al. har visat att detta kan ske redan efter sex djupintervjuer (32). På grund av den begränsade tidsramen valde vi utifrån detta att genomföra sex intervjuer.

2.3 Intervjuguide

Kvale och Brinkmanns kategorisering av frågor var utgångspunkt vid utformandet av intervjuguiden (bilaga 2) och arbetet med vilket tillvägagångssätt som skulle användas under intervjuerna (33). Intervjuguiden (bilaga 2) inleds med ett antal frågor för att samla in information om respondenten samt få igång samtalet och går sedan över på frågor som rör studiens syfte. Dessa varvades med olika typer av frågor för att uppmuntra respondenten att fortsätta prata samt för att fördjupa svaren. Uppföljningsfrågor är en upprepning av svaret och ger möjlighet för intervjupersonen att fortsätta och fördjupa sin berättelse, sonderade frågor uppmuntrar respondenten att tala mer kring området och specificerade frågor används för att utforska och specificera svaret, till exempel ”Kan du ge ett exempel på det?”. Utöver detta ställdes avslutande frågor för att runda av samtalet.

Vi förhöll oss fritt till intervjuguiden och lät samtalet styra i vilken följd områdena togs upp eftersom ett friare samtal ger mer utförliga svar och leder in samtalet på områden respondenten tycker är viktiga, vilket även är de som är av intresse för resultatet vid kvalitativa studier (25).

Intervjufrågorna utformades utifrån områden som fanns intressanta utifrån litteratursökningen. De delades in i tre områden: läkarnas personliga inställning till dietister och kostbehandling, läkarnas förväntningar på dietistens arbetsuppgifter och ansvarsområden samt frågor om social status.

2.4 Etiska överväganden

Respondenterna informerades muntligen om studiens syfte och upplägg, konfidentialitet, att materialet endast används i den aktuella studien och att de när som helst kan avbryta deltagandet utan att ange någon förklaring. De gav därefter sitt samtycke till att delta. Läkarnas personuppgifter hanterades med varsamhet och den insamlade datan rensades från uppgifter som kunnat röja deras identitet. Materialet kommer endast att användas till den aktuella studien som deltagarna gett sitt samtycke till. De etiska överväganden som gjordes utgick från de riktlinjer som sammanställts av humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet (34).

2.5 Analysmetod

Efter att materialet nedtecknats lästes och gick det igenom. Materialet analyserades med hjälp av verktyg utvecklade inom grounded theory. Det kodades och indelades i kategorier och dessa utgjorde sedan grunden för analys och slutsats. Studiens mål är att beskriva de föreställningar som framkom under intervjuerna och då inga förväntade resultat fanns styrde det insamlade materialet hur kodningen utvecklades. Detta kallas att använda sig av en analytisk eller öppen kodning (28).

Materialet gick igenom och kodades genom att tendenser och nyckelord som gav intryck av att vara av vikt för teoribildningen fick namn eller etiketter. Både medvetna och omedvetna uttryck av föreställningar och känslor söktes och även saker som inte sades rakt ut såsom betoning, kroppsspråk och så vidare kan användas som koder (28). Koder sattes upp för alla aspekter som ansågs vara av vikt för studiens analys och slutsats. Det är viktigt att alla som ingår i analysprocessen noga diskuterar igenom koderna samt hur de skall dokumenteras för att undvika missförstånd och sammanblandning (30). Kodningen ingår inte i analysprocessen utan är ett sätt att plocka fram studiens resultat genom att organisera materialet på ett överskådligt sätt och därmed tillgängliggöra det för analys (30). Koderna studerades och utifrån dem byggdes kategorier upp. Dessa utgör samlingar av koder som ger uttryck för likartade, mer djupgående föreställningar. Relationen mellan kategorier och kategoriernas betydelse för respondenterna utforskades. Resultatet av kodningen redogörs för i resultatdelen. Kodningsprocessen pendlade mellan kodning och kategorisering vilket är typiskt för grounded theory (25). När nytt material upplevdes bekräfta de uppställda kategorierna hade studien nått teoretisk mättnad och en teori eller slutsats kunde dras från materialet.

3. Resultat

Resultatet består av de kategorier som utvunnits ur intervjumaterialet. Dessa har delats in i fyra olika underrubriker utifrån vilka områden de rör: läkarnas tankar kring dietistens arbetsuppgifter, läkarnas tankar kring kost och hälsa, läkarnas tankar kring remittering till dietist samt läkarnas tankar kring vårdorganisationen. Resultatet speglar endast de intervjuade läkarnas egna uppfattningar och åsikter.

Tabell 1. Kortfattad information om läkarna.

Respondent	Kön	Ålder inom intervaller på 5 år	Antal år som verksam läkare
Läkare 1	Kvinna	50-55	10
Läkare 2	Man	55-60	3
Läkare 3	Kvinna	55-60	19
Läkare 4	Kvinna	55-60	18
Läkare 5	Man	50-55	15
Läkare 6	Kvinna	40-45	10

3. 1 Läkarnas tankar kring dietistens arbetsuppgifter

3.1.1 Kunskapsbank

Genomgående för alla de intervjuade läkarna var att de såg dietisten som en informatör vars uppgift är att förse patient och läkare med fakta om kost. Dietisten skall rådge patienterna om

bra livsmedelsval, måltidsordning och allsidig kost. De flesta läkarna ansåg att deras kunskaper om kost var begränsade och att dietisterna hade betydligt större och djupare kunskaper. De gav uttryck för att dietisterna hade en lång och gedigen utbildning och därmed var mer lämpade än läkare för att behandla patienter inom kostområdet.

“Intervjuare: Vilka arbetsuppgifter tänker du dig att en dietist har?”

Respondent: Samtal med patienter. Kunskap om kost. Hur ska jag uttrycka mig... kostrådgivning. Det är ju långa studier och ni har liksom kunskap som inte vi har. Det det tycker jag... Och liksom bidra med kost. Kost, det är ju en del av behandlingen.”

(Läkare 4)

3.1.2 Den viktiga lyhördheten

Samtidigt som intervjupersonerna ansåg att dietistens primära uppgift var att fungera som en informationskälla betonades pedagogiska egenskaper. Att vara lyhörd, kunna förmedla sitt budskap och förstå sin patient sågs som viktiga attribut hos en dietist.

“Jag kan tänka mig eh, vara pedagogisk på något vis så att de kan förmedla kunskaperna på ett sätt som patienterna kan ta till sig så de kan genomföra...”

(Läkare 5)

3. 2 Läkarnas tankar kring kost och hälsa

3.2.1 Läkarens eget intresse för kost

Läkarens personliga intresse för mat styr hur god kunskap de anser sig ha inom kostområdet. Det avgör även hur viktigt de anser att kostvanor är för hälsan samt huruvida de ger kostråd till sina patienter. Bland de intervjuade läkarna återfanns några med ett större personligt intresse för kost. Dessa gav uttryck för att en hälsosam och välfungerande kosthållning är viktigt för att uppnå god hälsa samt att det är viktigt att arbeta med kosten inom vården. Läkarna med begränsat personligt intresse gav intryck av att inte anse att kosten var betydelsefull i samma grad och de tog i mindre utsträckning upp kosten med patienterna.

“Intervjuare: Hur känner du att dina egna kunskaper om kost och hälsa ser ut?”

Respondent: Ganska bra. Jag har ju varit vegan själv. Inte eller vegetarian inte vegan. Nu har jag ju gått över men jag tycker jag är jo... [---] Jag brukar säga till patienten läs på paketet. Men att hur mycket D-vitamin i mjölk och det, det är jag inte så värst på. B12-vitamin det, va som innehåller ungefär... men jag tycker att jag ger korta tips och från den grund jag själv var intresserad förr i tiden.”

(Läkare 1)

“Intervjuare: Hur känner du att dina egna kunskaper om kost och hälsa ser ut?”

Respondent: Inte alls bra måste jag säga.

Intervjuare: Brukar du ge kostråd till dina patienter?

Respondent: Nej det kan jag inte säga.”

(Läkare 4)

3.2.2 Problemativering av kostvanor

Några av läkarna reflekterade över hur mycket kosten egentligen påverkar en människas välmående och hur viktigt det är i behandlingssyfte. En del av intervjupersonerna upplevde kosten vara visserligen en stark faktor för en hälsosam livsstil men betonade samtidigt begränsningarna med kostbehandling.

“Maten är viktig som jag sa... men maten är ändå bara maten.”

(Läkare 2)

Kosten sågs i ett större sammanhang med flertalet olika faktorer som spelar in och påverkar patientens kostvanor. Sociala, ekonomiska och kulturella faktorer nämndes som anledningar till att kostbehandling inte till fullo kan genomföras som vårdgivaren hade önskat. De tog upp att omgivningen påverkar individens kostvanor och i ett samhälle som inte uppmuntrar till en hälsosam livsstil är det svårt för individen att göra förändringar som går i motsatt riktning mot sundare kostvanor.

“Alltså maten, när vi säger, okej, du får inte äta nånting av det här, “ja, men det går inte, det är vår kultur, det är maten som... det går inte... finns inte nåt annat jag inte kan äta?”

(Läkare 2)

“ ... man kan bara titta sig omkring i samhället vad som marknadsförs och vad som är billigt så är det mycket skräp som vi kanske skulle må bra om det inte var så lättillgängligt. Kanske kan säga att man ska låta bli att äta godis från den där maskinen som står på tunnelbanan men det kanske... [---] Ja, hur många blir lyckliga av att den står där egentligen? Kanske upplever någon slags frihet att gå och köpa vad man vill, men jag vet inte alltså.”

(Läkare 5)

3.3 Läkarnas tankar kring remittering till dietist

3.3.1 Resursbrist

Bristen på tid och resurser var ett återkommande ämne i intervjuerna. Läkarna gav uttryck för att de dietisttjänster som finns är för få. De förhåller sig på två olika sätt till detta. Det ena sättet att hantera det på var att läkarna prioriterade bland sina patienter och endast remitterade vidare de mest komplicerade patienterna. De andra upplevde inte att det ingick i deras profession att sälla i vem som behöver dietistkontakt utan de remitterade vidare om de ansåg det befogat och ansåg att problemet låg hos landstinget.

“Alltså nåt väldigt komplicerat, alltså. Inte det normala, så att säga. De kan inte gå där, det finns inga resurser för det. Så många dietister finns det inte att anställa för att remittera alla vidare, personer som behöver det, det tror jag inte.”

(Läkare 3)

“Intervjuare: Känner du att du behöver prioritera vilka patienter du skall remittera?”

Respondent: Nej den uppgiften vill jag inte sitta på. Utan nja, är det en frågeställning som så så tycker jag att man ska skriva en remiss. Det det är inte min profession hjälpa dom egentligen [...] visst kan jag ge dietistråd men nej, då det tycker jag absolut skriva till dietist.”

(Läkare 1)

Några av läkarna nämnde sin egen pressade tidssituation som anledning till att de inte hinner ta upp kosten med patienter under läkarbesöket. I vissa fall leder det till att de remitterar patienterna till sköterska för kostrådgivning men vanligare är att kosten lämnas därhän.

3.3.2 Läkarnas tankar kring patienters compliance

Läkarna gav uttryck för tveksamhet till patienternas förmåga att ändra sin kosthållning och huruvida dietistbehandling har någon effekt.

“Jag tror att människor är benägna till små förändringar... Jag tror att patienter dom gör väldigt mycket som dom vill.”

(Läkare 4)

“Respondent: Så länge de har kontakt med dietisten så gör de deras råd och... men sen, efteråt alltså, så självträning, själv- vad heter det... det är sämre... det blir mindre, alltså lite glappare och glesare, det blir mindre alltså, det det... sällan händer det att de följer upp...”

Intervjuare: Mm.

Respondent: Och då återkommer de tillbaka med samma problem...”

(Läkare 2)

3.3.3 Diabetes- och distriktssköterskor

Samtliga läkare reflekterar kring dietistens arbetsuppgifter i relation till distrikts- och diabetessköterskor. I många fall där dietistremittering var aktuellt hade distrikts- eller diabetessköterskor fått ta över istället. Resurs- och tidsbrist nämns som viktiga faktorer samt den större närheten till sköterskorna.

Distrikts- och diabetessköterskorna används regelbundet som källa för kostfrågor. De har blivit den yrkesgruppen läkarna främst använder i olika kostbehandlingssituationer. Dietisten används endast vid komplicerade patientfall.

“I och med att det inte finns så många dietister så är det ju så att vi låter patienterna gå till distriktssköterskan. Och där är det... jag menar skulle det funnits en dietist skulle vi använt den mer. Ska jag remittera till [Hänvisar till aktuell vårdcentral] ska det vara något extremt, det kan jag tycka. Nu har vi våra sköterskor och då använder vi dem.”

(Läkare 4)

3.4 Läkarnas tankar kring vårdorganisationen

3.4.1 Bristfällig kommunikation

Läkarna förväntade sig inte någon uppföljning när de remitterat patienter till dietist. Två av läkarna uppgav att de inte fick några remissvar, två att de sällan fick det och två att de alltid fick. Det framkom en önskan om att kommunikationen skulle fungera bättre och samarbetet mellan läkare, sköterskor och dietist vara närmare.

“Intervjuare: Hur ser kommunikationen ut mellan dig och dietisten efter att du remitterat en patient?”

Respondent: Ibland får jag ett remissvar. Enstaka gånger. Jag tror det är, jag tror inte det är ofta...

Intervjuare: Ett remissvar ja... Tycker du att det fungerar bra, kommunikationen?”

Respondent: Nej det tycker jag nog inte det gör. Just för att det är så anonymt och lite så här vattentäta skott. Dom tar ju emot våra remisser och gör det dom ska. Det är lite för anonymt och vi vet nog väldigt dåligt om vad dom egentligen gör.”

(Läkare 6)

3.4.2 Dietistens anonymitet

De flesta läkarna hade aldrig träffat den dietist som var ansvarig för deras vårdcentral. Dietisten var avlägsen, okänd och svår att relatera till. Intervjupersonerna gav uttryck för att en närmare kontakt mellan vårdcentralerna och dietisten var önskvärd.

“Att man kunde jobba i team och att att ni dietist fanns här i närheten. Helst ska man önska att man kunde komma till dietist utan remiss. Att det, det är inte min uppgift att remittera. Utan jag som patient kan kontakta dig.”

(Läkare 1)

“Intervjuare: Hur tror du att ett idealt samarbete skulle se ut?”

Respondent: Ja alltså hur ska jag säga. Nån form där man kunde remittera till som jag säger. [Refererar till att hon tidigare pratat om att hon önskar att det var enklare att remittera till dietist] Kunna prata med. Kanske kunna ringa till. Kanske om vi ändå måste ha våra sköterskor att dom har möjlighet att samarbeta.”

(Läkare 4)

“... det vore bra om det [Dietister] växte lite och kom ut mera i primärvården och inte bara fanns på specialkliniker utan verkligen att vi behöver mer kunskap om och få det från rätt håll och få mer bild av vad vi har för alternativ, vad kan man göra, jag tror inte riktigt vi har den bilden liksom vad ni kan göra, vad kan ni hjälpa till med.”

(Läkare 6)

4. Diskussion

Uppsatsens syfte var att få en djupare förståelse för de intervjuade läkarnas föreställningar om dietistyrket. Resultatet behandlar flera sidor av läkarnas uppfattning av ämnet men det finns fler intressanta aspekter att undersöka.

De intervjuade läkarna ansåg att kosten är viktig för hälsan och att kostrådgivning bör ges vid läkarbesök. Trots detta gjordes det sällan på grund av tidsbrist under läkarbesöket samt att läkarna var tveksamma till patienternas följsamhet till kostråden. Dietisten upplevdes vara en avlägsen och anonym person och läkarna hade begränsad kunskap om dietistens arbetsuppgifter. Läkarna uttryckte en önskan om att ha ett närmare samarbete med dietisten. De gav bland annat förslag på att dietisten skulle kunna komma till vårdcentralen och ta emot patienter och därigenom få en närmare kontakt med läkare och sköterskor och att patienter själva skulle kunna boka tid hos dietisten.

4.1 Metoddiskussion

4.1.1 Deltagare och urval

Intervjupersonerna valdes ut genom så kallat snöbollsurval. Vi kom i kontakt med två läkare via privata kontakter och dessa ledde oss till de övriga fyra läkarna. Urvalet kan ha påverkat resultatet på olika sätt. Vi kände inte personligen de två läkare som vi kom i kontakt med men det faktum att de visste att vi hade gemensamma bekanta kan ha gjort att de hade en positiv inställning till oss och att de inte ville stöta sig med oss. De fyra läkare som vi fick kontakt med via dem kan ha påverkats av att de presenterats av någon de kände. Även i detta fall kan det ha gjort att de hade en mer positiv inställning till oss och att de var mer försiktiga med vad de uttryckte än vad de varit om vi inte haft någon relation. Detta för att inte riskera att stöta sig med oss och indirekt med sin bekanta. De personer som ställde upp på intervjun kan ha haft ett eget intresse av kost, vilket även kan ha bidragit till att ge ett resultat med en mer positiv inställning till kostbehandling och dietister. Då syftet inte är att nå ett generaliserbart resultat utan att få en djupare förståelse för vad dessa sex läkare har för föreställningar och tankar utgör det inte något allvarligt problem.

4.1.2 Intervjuguiden

Vilka frågor samt i vilken ordning de ställdes kan ha styrt vilken riktning samtalet under intervjun tog. Andra frågor skulle kunna lett in respondenterna på andra tankegångar och därmed mynnat ut i ett annat resultat samt andra slutsatser. Även intervjuguidens form kan ha påverkat utgången. Vi har försökt formulera frågorna så öppet och lättförståeligt som möjligt för att undvika att påverka svaren genom frågornas formulering och missförstånd till följd av missuppfattningar. Intervjun inleddes med grundläggande frågor för att skapa en kontakt och få igång samtalet. Därefter ställdes de frågor som rörde intervjuns kärnområde. En utstickande fråga (den sista frågan under temat social status, se bilaga 2), som vi inte upplevde passade in under något av de områden guiden var indelad i avslutade intervjun. Detta för att vi gärna ville få med den samtidigt som den inte passade in någon annanstans. Den togs upp i slutet av intervjun eftersom vi ansåg att intervjupersonerna då blivit tillräckligt bekväma för att en oväntad fråga inte skulle utgöra ett hinder och bryta flytet i samtalet.

4.1.3 Intervjusituation

Respondenterna tillhör en grupp med hög social status. De har ett prestigefyllt arbete, hög inkomst och är alla i övre medelåldern (3, 35, 36). Som dietiststuderande unga tjejer tillhör vi

en grupp med låg social status (35, 36). Skillnaden i status kan ha påverkat samspelet under intervjun då ojämlik social status riskerar att skapa en inskränkt kommunikation (37). En möjlighet är att det ledde till att vi inte togs på allvar och att respondenterna inte ansträngde sig på samma sätt som de gjort om vi varit mer socialt jämlika. En reflektion är att det skulle kunna vara lättare att få uppriktiga svar då man befinner sig i underläge, då respondenterna kanske inte är lika uppmärksamma och vaktar sin tunga.

Dietister är oftast kvinnor, de tjänar mindre än läkare och står under dem i den sociala hierarkin inom vården, även detta kan ha påverkat respondenternas svar (36, 28). En personlig reflektion är att läkarna kan ha anpassat sina svar för att inte tala nedlåtande om någon som står under dem i den sociala hierarkin, då detta socialt sett kan anses vara något fult. Deras svar kan även ha påverkats av att de inte ville vara ohyfsade och stöta sig med oss då de visste att vi själva studerar till dietister.

Läkare har ofta en stressig arbetssituation med hög arbetsbelastning, högt arbetstempo och krävande psykosocial arbetsmiljö (38). Detta kan eventuellt ha bidragit till att det var svårt att få deltagare till studien. En avvägning mellan hur lång tid intervjun skulle ta gjordes. Om de varit för långa hade det kunnat bli svårt att få läkare att ställa upp, samtidigt som tiden inte kan kortas ner alltför mycket om ett tillräckligt djup skall uppnås. Cirka en halvtimme beslutades vara en rimlig kompromiss mellan att inte avskräcka deltagare samtidigt som tiden var tillräcklig för att nå ett djup. De läkare som ställde upp var stressade och flera av dem upplevdes vara under tidspress under intervjuerna. De pratade om att de hade mycket att göra och blev avbrutna under intervjuerna. Detta gjorde att det var svårare att nå ett djup med ett flyt i samtalet och spontana reflektioner.

Intervjun bör ske i en tyst och lugn miljö som inte är socialt laddad så att respondent eller intervjuare hamnar i en maktposition (28). Intervjuerna genomfördes på respondenternas arbetsplatser samt i ett fall på läkarens begäran i dennes hem. Valet av lokal kan ha gjort att läkarna inte hade samma fokus på intervjun som de haft om vi valt en mer neutral miljö. Detta på grund av att de blev distraherade och störda av saker som krävde deras uppmärksamhet, såsom att telefonen ringde eller att folk knackade på dörren. Även i detta fall är det en avvägning som måste göras mellan att det hade varit svårare att få deltagare om intervjuerna utförts på mer neutrala och lugna ställen, då det krävt mer av deltagarna än att vi kom dit till dem.

Valet att spela in intervjuerna gjorde att vi kunde fokusera på att vara delaktiga i samtalet och underlättade transkribering och därigenom analys, men det kan ha verkat avskräckande på respondenterna och kan därigenom ha påverkat resultatet (39).

4.1.4 Transkribering

Transkribering utgör alltid en möjlig felkälla då det är lätt att höra eller skriva fel och att höra det man förväntar sig. Detta kan ha påverkat datan som analysen sedan genomfördes på (29). Problemet hanterades genom att den författare som inte transkriberat lyssnade och gick igenom det nedskrivna materialet (30). Det kan dock inte uteslutas att fel smugit sig in i materialet.

4.1.5 Kodning, reflexivitet och val av analysmetod

Då det inte fanns något uttalat förväntat resultat användes en öppen tolkning av resultatet enligt grounded theory. Vid denna metod kommer resultatet påverkas av att författaren sällar i materialet och väljer ut de delar som denne anser vara av vikt. Författarens uppfattning om vad som är av betydelse styr utfallet av kodningsprocessen. Det kan inte uteslutas att en annan författare hade valt att lägga vikt vid andra koder och kategorier. Kodningen av materialet utgör även en felkälla då risken finns att författaren trots allt läser in förväntade resultat i materialet samt styr vilka koder och kategorier som plockas ut (40). Intervjuaren påverkar även datan genom att vara en del av det sociala samspelet under intervjun (27, 28). Reflexivitet innebär att vara öppen för detta och redogöra för eventuell påverkan. Vår målsättning har varit att närma oss materialet med öppna ögon och att beskriva analysprocessen ingående för att ge läsaren insyn i den eventuella påverkan som skett. Resultatet styrks även av citat för att möjliggöra för läsaren att följa våra tankegångar.

Valet av grounded theory baseras på frågeställningens inriktning vars mål var att nå en djupare förståelse för intervjupersonernas subjektiva föreställningar. Inom grounded theory försöker man enligt Frejs och Thornberg ”förstå aktörernas sätt att se på saker och ting, utan att för den skull ta deras perspektiv för givna eller tycka som dem” (40). Det har varit vår utgångspunkt vid analysprocessen.

Det finns en del kritik mot detta angreppssätt inom forskningen. Det finns inte någon enhällig uppfattning om exakt vad grounded theory är. Många olika grenar har uppkommit sedan de första beskrivningarna av Glaser och Strauss 1967 (41). Därför finns det olika åsikter om hur metoden ser ut. Att man inte ska formulera några teorier innan insamlingen av data är gemensamt för samtliga inriktningar. Detta har dock kritiserats för att vara nästintill omöjligt (25). Idag anser man generellt sett att vår tolkning av data styrs av många olika redan underliggande aspekter. Denna uppsats är inte ett undantag. Vi konstaterade att den frågeställningen vi valde att undersöka inte kunde ha angripits med ett mer lämpligt tillvägagångssätt och grounded theory är trots sina brister den mest använda kvalitativa forskningsmetoden (25). Vi har valt att följa de riktlinjer för användande av grounded theory som Gunilla Guvå beskriver i sin bok *Grundad teori - Ett teorigerande forskningsperspektiv* (42).

Inom kvalitativ forskning kan det vara opassande att tala i termer om validitet. Ord som trovärdighet och tillförlitlighet är mer lämpliga vid diskussion om kvalitativa studiers kvalitet. En detaljerad beskrivning av tillvägagångssätt, analysmetod och återkoppling av resultat till tidigare forskning ökar studiens kvalitet (40). Vi har därför försökt beskriva och styrka våra val och slutsatser så noggrant vi kunnat.

4.2 Läkarnas tankar kring dietistens arbetsuppgifter

Läkarna ser dietisten som en kunnig, välutbildad person som inkallas framför allt vid komplicerade patientfall. Att dietisten ses som expert inom sitt område kan vara ett tecken på att yrket har hög status bland läkarna. Samtidigt som dietistens främsta uppgift anses vara faktamässig rådgivning tar läkarna upp att det är viktigt att vara lyhörd och pedagogisk för att nå fram till patienterna och omnämner dietistens arbete i termer av omvårdnad. Dietistens arbete innefattar alltså både att vara en faktamässig kunskapsbank och att vara en god pedagog och stå för motiverande och terapeutisk stöd. Under intervjuerna relaterade

respondenterna till läkare som experter och till sköterskor som de som är ansvariga för omvårdnad. Dietisten rör sig mellan dessa bägge områden. Studier har visat att yrken som ligger på gränsen mellan olika professioner har svårt att accepteras och etablera sig. De får svårt att föra fram vilken uppgift de fyller och får en diffus yrkesbild (4, 43). Processen under vilken sjuksköterskornas yrkesroll definierades utmanade den etablerade läkarkårens auktoritet och möttes därför med skepsis (4). Dietistyrket har en betydligt kortare historia än sjuksköterskorna och befinner sig därför fortfarande i en etablerande fas. Detta kan kopplas till läkarnas vaga uppfattning och dåliga kunskap om dietister.

Läkarna reflekterar kring dietistens arbete i relation till diabetes- och distriktssköterskornas. Studier har visat att sköterskor har låg social status jämfört med läkare (3). Att respondenterna väljer att reflektera kring dietisten i relation till sköterskorna kan tyda på att de har en jämbördig plats i den sociala hierarkin inom vården. En möjlig orsak är att båda yrkena är kvinnodominerade och att genusaspekten har lett läkarna till att koppla samman de bägge yrkena.

Kombinationen av dietistens diffusa yrkesbild och ett närmare samarbete mellan läkare och diabetes- och distriktssköterskor kan ha gjort att de sistnämnda i stor utsträckning har hand om arbetsuppgifter som skulle kunna skötas av dietister.

4.3 Läkarnas tankar kring kost och hälsa

Flera av intervjupersonerna ansåg att kosten är en viktig del i en hälsosam livsstil och ett verktyg för att hantera sjukdomstillstånd såsom diabetes mellitus typ 1 och 2, fetma och IBS. Samtidigt betonade de begränsningarna av kostbehandlingens effekter och pekade på att kosten är en del i ett större sammanhang där många olika faktorer spelar in och påverkar människors val och beteenden. Flera av läkarna känner tvivel inför patienternas följsamhet vid kostbehandling. På grund av tidsbrist och begränsade kunskaper tar läkarna oftast inte upp kosten med sina patienter. Resultatet går hand i hand med de australiensiska och amerikanska studier som presenterades i bakgrunden. Dessa har visat att läkare anser att kostbehandling är viktigt men att de på grund av tvivel kring patienternas följsamhet till dietistbehandling, tidsbrist och okunskap inte ger kostråd i särskilt hög grad (11, 12, 14- 19). Resultatet pekar på vikten av att utvärdera effekten av dietistbehandling och att upplysa läkare om resultatet för att motverka den tveksamhet som finns kring följsamhet och effekt av kostbehandling. Det är även viktigt att öka medvetenheten hos läkare om förekomsten av dietist och om dessas arbetsuppgifter. Detta stämmer även överens med vad tidigare studier visat (10).

Motsättningen mellan läkarnas tillit till dietistens kompetens och den bristande tilltron till effekten av dietistbehandling är ett intressant fenomen att belysa. Läkarna uppger att de främst remitterar komplicerade patienter. I de fallen kanske upplevelsen av att dietisten är kompetent och kan hjälpa patienten överväger tvivlen kring huruvida behandlingen verkligen har någon effekt? Att läkarna ser dietisten som kompetenta och som en värdefull resurs för tankarna till att dietistens arbete skulle ha god effekt. Ligger tvivlen kring patienternas följsamhet på en annan nivå? Kanske deras tveksamhet rör hur de upplever att patienten påverkas av omgivningen och individens möjlighet att förändras utan en omvärld som stödjer de nya vanorna. Forskning visar att vi i dagens samhälle har en ökad tillgång till onyttig snabbmat som även konsumeras i ökande takt (44). Vi anser att reklam målar upp onyttig mat

som en del av en åtråvärd livsstil. För att ta ett exempel: Burger Kings slogan “*have it your way*”, som spelar på det individualistiska idealet som är rådande idag. Medial påverkan med motstridiga budskap på kostområdet kan skapa en osäkerhet och uppgivenhet inför vad som egentligen är hälsosamma matvanor. Detta är bara några exempel på hur samhället idag kan sätta käppar i hjulet för individer som vill genomföra förändringar mot en mer hälsosam livsstil.

En annan förklaring till motsättningen skulle kunna vara att betydelsen av hälsosamma kostvanor idag betonas i media och det samhälleliga samtalet, men i själva verket kanske läkarna inte själva anser att kosten är så viktig. Läkarna kan ha känt en social press på att de bör tycka att kost är en viktig del av en hälsosam livsstil.

Läkarnas personliga intresse för kost påverkade hur de skattade sin kunskap inom området, hur viktigt de tyckte att kosten var för hälsan och hur benägna de var att ta upp kosten med sina patienter. Detta styrks även av den tidigare nämnda skandinaviska studien (20). Läkarens personlighet kommer alltid att påverka behandlingsupplägg men det är viktigt att uppmuntra och stödja de läkare som inte har ett eget intresse för kost, så att deras patienter får en likvärdig behandling. Hade dietisten varit närmare knuten till vårdcentralen hade denne kunnat verka för att synliggöra kostfrågor och kostens roll inom vården även för de läkare som inte själva har ett naturligt intresse för det.

4.4 Läkarnas tankar kring remittering till dietist

Majoriteten av läkarna ansåg att det råder brist på dietister och att det finns en begränsad tillgång till dietister. Det kan inte uteslutas att läkarnas uppfattning att det finns en resursbrist stämmer men frågan är vad de baserat det på. Orsaken till den upplevda bristen är okänd men en reflektion är att det organisatoriska avståndet kan inverka. Läkarna komma sällan i kontakt med dietister och kan då ha dragit slutsatsen att de är sällsynta. När det dessutom finns en annan resurs med kunskap inom kostområdet tillgänglig på betydligt närmare avstånd i form av diabetes- och distriktsköterskor, blir det den yrkeskategori som ses som naturlig att ta till vid behov.

En följd av att dietister inte synliggörs skulle kunna bli att de resurser som finns inte utnyttjas då läkarna inte är medvetna om tillgången. En ökad närhet hade kunnat påminna om möjligheten att remittera och tydliggjort att resursen finns. Det kan även antas att en anledning till att läkarna inte reflekterat över vilka arbetsuppgifter som lämpar sig för en dietist är att de sällan varit i kontakt med dem.

Läkarna var tveksamma kring patienternas följsamhet vid dietistbehandling, vilket även styrks i tidigare forskning (14, 17-19). Detta kan göra att de upplever att det inte lönar sig att remittera patienter till dietist då behandlingen ändå inte upplevs ha effekt. Studier har även visat att läkare främst remitterar patienter som de upplever redan vara motiverade att genomgå behandling (5, 11). Även detta kan tyda på att de känner tvivel kring patienters följsamhet då endast de som redan är motiverade anses ha nytta av behandling.

Det finns en motsättning mellan att läkarna upplever dietisten som en välbehövad, kompetent resurs och en bristande tilltro till effekten av dietistbehandling. Här har dietistkåren en viktig

uppgift i att utvärdera sitt arbete och påvisa vilken effekt det har för läkare. Utvärdering är värdefullt både för att motivera insatser och för att utveckla dietistens arbete. Det är även viktigt att dietister blir noggrannare med att alltid skicka remissvar för att påvisa att remitteringen lett till något och för att visa på vilket resultat behandlingen fått, bortsett från att det självklart alltid skall göras för att upplysa läkaren om vilka åtgärder som vidtagits.

Diabetes- och distriktssköterskorna har en större närhet till vårdcentralen, vilket skulle kunna leda till att de får en naturligare roll i vårdprocessen. Detta behöver inte vara något negativt men det är viktigt att läkarna inte remitterar de patienter som behöver fördjupad vård inom kostområdet till sköterskan då denne saknar kompetens för att ta hand om dessa patienter. Diabetes- och distriktssköterskorna är en viktig resurs på vårdcentralen. De har ett brett ansvarsområde och har ofta regelbunden kontakt med och känner patienterna. Ett alternativ, som flera av läkarna pekar på, är att sköterskorna skulle kunna ha kontakt med dietisten som bollplank för att utveckla sin kompetens inom kostområdet. Om dietisten hade varit mer lättillgänglig, till exempel genom att vara regelbundet stationerad på vårdcentralen, hade en naturlig kontakt och kommunikationsmöjlighet kunnat uppstå. Det är även viktigt att sköterskorna är medvetna om sina begränsningar och att de kan vidareförmedla patienter till läkare för remittering till dietist vid komplicerade fall. En aspekt av remitteringen till diabetes- och distriktssköterskorna är att de skulle avlastas om läkarna remitterade de patienter som har behov direkt till dietisten. Hade läkarna haft bättre kunskap inom kostområdet och om dietistens arbetsuppgifter hade deras möjlighet att avgöra patienternas behov av behandling möjligen kunnat förbättras.

4.5 Läkarnas tankar kring vårdorganisationen

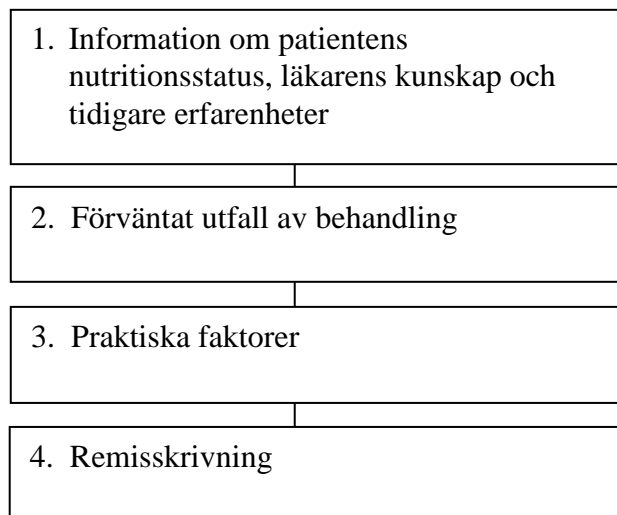
Läkarna upplevde kommunikationen med dietisten som bristfällig. Kontakten bestod i bästa fall av korta remissvar, ofta fick de ingen återkoppling alls efter remittering. Ökad kontakt och förbättrade kommunikationsmöjligheter är önskvärt för att förbättra läkarnas kunskap om dietistens yrke och möjliggöra ett bättre vårdutfall. Ett första steg är att alltid skicka remissvar.

Läkarna upplever att behovet av dietistkontakt finns och med ökad kontakt och förbättrad kommunikation kan detta behov tillgodoses bättre. Flera av läkarna anser sig ha dålig uppfattning om vad dietister arbetar med samt uppger att de endast träffat på ett fåtal dietister och att de uppfattar dietister som en liten yrkeskår. Detta visar på att yrket fortfarande befinner sig i etableringsfasen. Läkare har stort inflytande över vad som prioriteras inom vården (2). Okunskap om dietistens arbete hos läkare kan därför riskera att leda till att dietistens arbete inte prioriteras inom sjukvården.

4.6 Teoretisk modell

I vår inledning presenterade vi en artikel av Sylvia et al. (11). Vårt resultat har visat sig stämma väl överens med de slutsatser som de gjorde kring vilka faktorer som styr läkarens beslut att remittera patienter till dietist. För att åskådliggöra vårt resultat har vi utifrån deras slutsats skapat en modell. Genom att dela upp processen på detta vis tydliggörs de olika stegen och var insatser kan sättas in för att påverka remisskrivning. De faktorer som påverkar läkarnas remisskrivning är i vårt resultat samtliga av sådan natur att de leder till en bristfällig remittering.

Deras studie är utförd i den australiensiska sjukvården och de förhållanden som råder där. Trots detta upplever vi att den stämmer väl överens med vårt material och är relevant och användbar.



Figur 1. Modell över läkarnas remissprocess vid remittering till dietist.

Läkarna saknar ofta kunskap om patienternas nutritionsstatus till följd av att kosten sällan diskuteras under läkarbesöken. De läkare som inte har ett personligt intresse av kost har även låg kunskap inom kostområdet. Läkarna har dålig uppfattning om dietistens arbetsuppgifter. Läkarna känner tvivel kring patienternas följsamhet till dietistbehandling. Detta i kombination med organisatoriska brister i form av ett organisatoriskt avstånd till dietisten och brist på tid för att diskutera kosten under läkarbesök leder till bristfällig remisskrivning.

Med tydligare kommunikation, ökad kunskap och en mer välfungerande organisation om dietistbehandling skulle remittering till dietist fungera bättre enligt denna modell.

4.7 Förslag till vidare forskning

Diskussionen ovan visar redan på några framtida forskningsområden. Ett återkommande ämne är behovet av att regelbundet utvärdera dietistens arbete och den påverkan det har på patientens tillstånd. Detta för att påvisa effekterna av kostbehandling och även för att utveckla dietistens yrkesroll. Resultaten bör även delges läkare och övrig sjukvårdspersonal

för att på detta sätt öka kunskapen om yrket och påverka läkarnas tveksamhet kring patienters följsamhet till dietistbehandling. Ett förslag är att ett verktyg bör utformas för att regelbundet undersöka hur patienters kostvanor och antropometriska mått påverkas av dietistbehandling. För att nå en förståelse för vad som påverkar utfallet av behandlingen bör även kvalitativa studier kring patienters upplevelse av dietistbehandling genomföras.

Ett annat område att utforska är vilka patienter läkare remitterar vidare till distrikts- och diabetessköterskor för att se om deras kompetens är adekvat för det arbete de utför, eller om den på något sätt behöver utvecklas.

Det finns även behov av att undersöka om en annan organisationsstruktur än dagens skulle underlätta dietistens arbete och öka kunskapen hos läkare om möjligheten att remittera till dietist och om dennes arbetsuppgifter. Hur skulle det se ut om dietisten var stationerad på vårdcentralen? Hur skulle remitteringsprocessen fungera då? Vilken funktion skulle diabetes- och distriktsköterskorna få i det sammanhanget? Finns behov av stöd från dietisten hos sköterskorna? Hur skulle det i så fall utformas? Är utbildning i form av till exempel temadagar eller föreläsningar om kost av dietisten önskvärd? Är det praktiskt möjligt att genomföra? Det finns mycket som behöver göras!

5. Slutsats

Läkarna uppfattade dietisterna som kunniga och kompetenta och som en värdefull resurs. De refererade till dietisten med ord som kunskapsbank och kostexpert. Det finns en motsättning mellan denna tillit till dietistens kompetens och den bristande tilltron till effekten av dietistbehandling. Vad detta beror på är en intressant diskussion och mer forskning krävs inom området. Läkarnas tvivel kring patienternas följsamhet vid dietistbehandling visar även på behovet av att utvärdera och visa på resultat av dietistbehandling, samt att förmedla detta till läkare för att påvisa behovet av och effekten av kostbehandling.

Läkarnas personliga intresse för kost styr hur mycket de anser sig kunna inom området, hur viktigt de tycker att kosten är för hälsan och hur ofta de tar upp kosten med sina patienter. En närmare kontakt mellan dietist och vårdcentral skulle kunna synliggöra kostfrågor och betydelsen av kosten inom vården även för de läkare som inte har ett personligt intresse.

Dietisten är idag inte en integrerad del på läkarnas arbetsplatser. Dietisten upplevs vara en avlägsen och anonym person. Detta har lett till en okunskap hos läkarna om vad dietistens arbetsuppgifter består i vilket i sin tur utgör ett hinder för remittering av patienter. Eftersom dietisten inte har blivit en integrerad del av vårdkedjan utförs dietistens arbetsuppgifter istället av distrikts- och diabetessköterskorna, som finns lättillgängliga på vårdcentralen. Detta är inte något negativt men det är viktigt att sköterskorna känner till sina begränsningar och skickar vidare mer komplicerade patientfall. En närmare kontakt mellan vårdcentral och dietist skulle enligt vår uppfattning leda till större kunskap om dietistens arbetsuppgifter samt öka förtroendet för professionen. Syns man så finns man!

6. Referenser

1. Hague N. When routines are not so routine: Exploring coordination work in hospitals [doktorsavhandling]. Syracuse: Syracuse University; 2010.
2. Qvarsell R. Vårdens idehistoria. Stockholm: Carlssons Bokförlag; 1991.
3. Blomqvist P, redaktör. Vem styr vården?. Stockholm: SNS Förlag; 2007.
4. McCallin A. Interdisciplinary practice - a matter of teamwork: An integrated literature review. *Journal of Clinical Nursing*. 2001;10(4):419-428.
5. Nicholas L, Pond D, Roberts D. Dietitian - general practitioner interface: a pilot study on what influences the provision of effective nutrition management. *American Journal of Clinical Nutrition*. 2003;77(4):1039-1042.
6. Payne-Palacio J, Canter R, Deborah D. The profession of dietetics - a team approach. 4. uppl. Massachusetts: Jones & Bartlett Learning; 2011.
7. Dietisternas riksförbund. Etisk kod [Webbdokument] 2009, [läst 2012-01-03]. Tillgänglig:
http://drf.nu/filer/etisk_kod.pdf?PHPSESSID=23f8c521e61ff95b6446daf56f5f9e1e
8. Dietisternas Riksförbund. Har du som legitimerad dietist koll på lagar och förordningar? [Webbdokument] 2006, [läst 2012-01-03]; Tillgänglig:
<http://www.drf.nu/drf/yrket/legitimation.html>
9. Stockholms Läns Sjukvårdsområde. Dietistenheten [Webbsida] 2008, [läst 2012-01-03]; Tillgänglig: http://www.sls.sll.se/SLPOtemplates/SLPOPage1____14000.aspx
10. Helman A. Nutrition and general practice: an Australian perspective. *American Journal of Clinical Nutrition*. 1997;65(6):1939-1942.
11. Sylvia E, Pomeroy A, Robyn P, Cant B. General practitioners' decision to refer patients to dietitians: insight into the clinical reasoning process. *Australian Journal of Primary Health*. 2010;16(2):147-153.
12. Wynn K, Trudeau JD, Taunton K, Gowans M, Scott I. Nutrition in primary care. *Canadian Family Physician*. 2010;56(3):109-116.
13. Baldwin C, McGough C, Norman A, Frost G, Frost C, Cunningham D, Andreyev H. Failure of dietetic referral in patients with gastrointestinal cancer and weight loss. *European Journal of Cancer*. 2006;42(15):2504-2509.
14. Kottke T, Foels J, Hill C, Choi T, Fenderson D. Nutrition counseling in private practice: Attitudes and activities of family physicians. *Preventive Medicine*. 1984;13(2):219-225.
15. Hiddink J, Hautvast J, van Woerkum J, Fieren J, van't Hof A. Nutrition guidance by primary-care physicians: perceived barriers and low involvement. *European Journal of Clinical Nutrition*. 1995;49(11):842-851.
16. Levine B, Wigren M, Chapman D, Kerner J, Bergman R, Rivlin R. A national survey of attitudes and practices of primary-care physicians relating to nutrition: strategies for enhancing the use of clinical nutrition in medical practice. *American Journal of Clinical Nutrition*. 1993;57(2):115-9.
17. Kushner R. Barriers to Providing Nutrition Counseling by Physicians: A Survey of Primary Care Practitioners. *Preventive Medicine*. 1995;24(6):546-552.
18. Brotons C, Ciurana R, Piñeiro R, Kloppe P, Godycki-Cwirko M, Sammut M. Dietary advice in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *American Journal of Clinical Nutrition*. 2003;77 (4):1048-1051.

19. Grant A, Niyonsenga T, Dion I, Delisle E, Xhignesse M, Bernier R. Cardiovascular disease: Physician attitudes toward prevention and treatment. *Canadian Family Physician*. 1998 Apr;(44):780–787.
20. Mowea M, Bosaeus I, Rasmussen HH, Kondrup J, Unosson M, Rothenberg E, Irtun Ø. Insufficient Nutritional Knowledge Among Healthworkers?. *Clinical Nutrition*. 2008;27(2):196-202.
21. Podell RN, Gary LR, Keller K. A Profile of Clinical Nutrition Knowledge Among Physicians and Medical Students. *Journal of Medical Education*. 1975;5(9):888-892.
22. Temple NJ. Survey of Nutrition Knowledge of Canadian Physicians. *Journal of the American College of Nutrition*. 1999;18(1):26-29.
23. Fossey E, Harvey C, Macdermott F, Davidson L. Understanding and evaluating qualitative research. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2002;36(6):717-732.
24. Draper A, Swift JA. Qualitative research in nutrition and dietetics: data collection issues. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 2011;24(1):3–12.
25. Bryman A. *Samhällsvetenskapliga metoder*. 2. uppl. Malmö: Liber AB;2008.
26. Finlay L. ‘Outing’ the researcher: The provenance, process, and practice of reflexivity. *Qualitative Health Research*. 2002;12(4):531–545.
27. Broom A, Hand K, Tovey P. The role of gender, environment and individual biography in shaping qualitative interview data. *International Journal of Social Research Methodology*. 2009;12 (1):51–65.
28. Manderson L, Bennett E, Andajani-Sutjahjo S. The social dynamics of the interview: age, class and gender. *Qualitative Health Research*. 2006;16(10):1317-1334.
29. Gibbs GR. *Analyzing qualitative data*. Thousand Oaks: Sage Publications; 2007.
30. Fade SA, Swift JA. Qualitative research in nutrition and dietetics: data analysis issues. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 2011;24(2):106–114.
31. Mason M. Sample Size and Saturation in PhD Studies Using Qualitative Interviews. *Forum: qualitative social research*. 2010;11(3).
32. Guest G, Bunce A, Johnson L. How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*. 2006;18(1):5-82.
33. Kvale S, Brinkmann S. *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur; 2009.
34. Vetenskapsrådet. *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning* [Webbdokument] 1990, [läst 2010-01-03]. Tillgänglig: http://www.ibl.liu.se/student/bvg/filarkiv/1.77549/Forskningsetiska_principer_fix.pdf
35. Wahl A, Holgersson C, Höök P, Linghang S. *Det ordnar sig - teorier om organisation och kön*. Lund: Studentlitteratur; 2001.
36. Öhmann A. *Genusperspektiv på vårdvetenskap*. Stockholm: Höskoleverket; 2009.
37. Nilsson B. *Samspel i grupp*. Lund: Studentlitteratur; 2005.
38. Arbetsmiljöverket. *Arbetsmiljön 2003 - The Work Environment 2003*. [Webbdokument] 2004 [läst 2012-01-03]. Tillgänglig: http://www.av.se/dokument/statistik/officiell_stat/ARBMIL2003.pdf
39. Saunders M, Lewis P, Thornhill A. *Research Methods for Business Students*. 5. uppl. Essex: Pearson Education Limited; 2007.
40. Frejes A, Thornberg R. *Handbok i kvalitativ analys*. Stockholm: Liber AB; 2009.
41. Glaser B, Strauss A. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine Publishing Company; 1967.

42. Guvå G. Grundad teori - ett teorigenererande forskningsperspektiv. Stockholm: Liber AB; 2003.
43. Hall P. Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care*. 2005;19(1):188-196.
44. French, S. A., Story, M. & Jeffrey, R. W. (2001). Environmental Influences on Eating and Physical Activity. *The Annual Review of Public Health*. (22), 309-35.

Bilaga 1: Arbetsfördelning

Planering av studien och uppsatsarbetet	50/50
Litteratursökning	50/50
Datainsamling	50/50
Analys	50/50
Skrivandet av uppsatsen	50/50

Bilaga 2: Intervjuguide

Presentation

Jag kommer att inleda med lite information om studien och sen går vi över till mina frågor. Intervjun kommer ta cirka 30 minuter. Jag kommer att använda en bandspelare för att spela in intervjun, är det okej med dig? Sätter jag på den.

Jag heter Aravella Lejonstad/ Josefine Tagesson och läser kostvetenskap vid Uppsala Universitet. Jag skriver min kandidatuppsats och gör som en del av det intervjuer för att undersöka samspelet mellan olika vårdprofessioner. Du har valts ut för att du är verksam allmänläkare.

Dina personuppgifter kommer att behandlas konfidentiellt och den insamlade datan kommer att rensas från uppgifter som kan röja din identitet.

Materialet kommer bara att användas till den aktuella studien.

Om du känner att du vill avbryta intervjun kan du när som helst göra det utan att behöva ge någon förklaring, det är bara att säga till så avslutar vi. Samma gäller om du efter intervjun skulle ångra dig och inte vill vara med i studien, det är bara att höra av dig så använder vi inte materialet. Vill du hoppa över en fråga så säg till så lämnar vi den.

Vill du ställa några frågor? Om du kommer på något under intervjun är det bara att avbryta!

Inledning

1. Vad heter du?
2. Hur gammal är du?
3. Hur länge har du arbetat som allmänläkare?
4. Har du möjlighet att remittera till dietist?

Läkarnas personliga inställning till dietister och kostbehandling

1. Har du själv träffat en dietist? Var? I din professionella verksamhet? Privat? Tänkte du något speciellt om person du träffade?
2. Beskriv vilka patienter som har nytta av att träffa en dietist. Berätta om vilka diagnoser det gäller? Hur kommer det sig?
3. Vilka egenskaper upplever du som viktiga hos en dietist? Berätta! Varför? Är det andra egenskaper än för en läkare?
4. Hur känner du att dina egna kunskaper om kost och näring ser ut? Brukar du ge kostråd till dina patienter? När? OM INTE, varför? Hur upplever du att patienten brukar ta till sig det?
5. Hur upplever du att patienters följsamhet ser ut vid dietistbehandling? Varför?

Förväntat arbete och ansvarsområden

1. Har du remitterat någon patient till en dietist? Vad gällde saken? Berätta mer om varför du valde att anlita en dietist. OM DU INTE anlitat en dietist eller remitterat en patient till en dietist – berätta varför detta inte skett. Någon speciell orsak?
2. Vilka arbetsuppgifter tror du att en dietist kan tänkas ha? Berätta.
3. Vilka patientgrupper tror du dietisten framförallt kommer i kontakt med? Vilka diagnoser gäller det? Varför?
4. Hur ser kommunikationen ut mellan dig och dietisten efter att du remitterat en patient till honom eller henne? Gemensam diskussion, journaler, träffas ni på arbetsplatsen?
5. Det blir mer och mer vanligt att arbeta i team med flera olika vårdprofessioner. Vilken roll uppfattar du att dietisten har vid teamarbete? Vad har dietisten ansvar för?

Social status

1. Upplever du att det finns ett stort behov av att träffa dietist bland dina patienter? Behöver du prioritera vilka patienter du skall remittera till dietist?
2. Dietistyrket är ett kvinnodominerat yrke – varför tror du att män inte i lika stor utsträckning söker sig dietistyrket? Har du träffat några manliga dietister – utveckla.
3. Mat och hälsa diskuteras flitigt i media, ofta med motstridiga budskap kring vad som är hälsosamma kostvanor. Hur upplever du att dina patienter påverkas av det?

Avslutning

- Finns det en dietist på din arbetsplats? Hur ser samarbetet mellan läkare och dietist ut på din arbetsplats? Hur skulle ett idealt samarbete se ut?
- Tycker du att du fått förmedla din bild av dietistyrket? Har du något du vill lägga till?
- Har du några frågor?
- Om du vill kontakta oss når du oss här: Lämna material med kontaktuppgifter.
- Tack för att du tog dig tid för att hjälpa oss!