



GÖTEBORGS  
UNIVERSITET

# Kartläggning av metoder för arbete kring levnadsvanor i primärvården

- En litteraturbaserad studie

Författare: Martina Eriksson

Program: Folkhälsovetenskapligt program med hälsoekonomi 180 hp  
Examensarbete i folkhälsovetenskap VT 2010

Omfattning: 15 hp

Handledare: Annette Sverker

Examinator: Carin Staland Nyman

---

Sahlgrenska akademien  
Enheten för socialmedicin

Svensk titel: Kartläggning av metoder för arbete kring levnadsvanor i primärvården

Engelsk titel: Mapping methods to work with lifestyle habits in primary health care

Författare: Martina Eriksson

Program: Folkhälsovetenskapligt program med hälsoekonomi 180 hp  
Examensarbete i folkhälsovetenskap VT 2010

Omfattning: 15 hp

Handledare: Annette Sverker

Examinator: Carin Staland Nyman

---

### Sammanfattning

**Introduktion:** Våra levnadsvanor påverkar vår hälsa och ohälsosamma levnadsvanor är en bidragande faktor till sjukdom. Hälso- och sjukvården är en arena som ska arbeta hälsofrämjande. MI (motiverande samtal) är en metod som används på olika sätt i vården för att arbeta med levnadsvanor. **Syfte:** Att kartlägga metoder som har för avsikt att kunna användas inom svensk primärvård, för att arbeta med levnadsvanorna kost, fysisk aktivitet, alkohol och tobak. **Metod:** En litteraturbaserad studie. Systematiska sökningar efter artiklar genomfördes i PubMed och Chinal. Även manuella sökningar utfördes och slutresultatet blev 12 artiklar. Analysen av artiklarna är baserad på att kartlägga de funna metoderna och deras tillvägagångssätt kring arbetet med levnadsvanor i primärvården. **Resultat:** Inget gemensamt arbetssätt kring metoder i primärvården gällande levnadsvanorna kost, fysisk aktivitet, alkohol och tobak har hittats varken nationellt eller internationellt. Denna studie fann datoriserade metoder, actionplan, MI och kort rådgivning samt multimetoder. Många läkare upplever att de inte har tid att genomföra metoderna under besöket med patienten. Metoden upplevs dock positiv då den gör det enklare att diskutera levnadsvanor. Många patienter finner arbete kring levnadsvanor i primärvården positivt. **Diskussion:** Metoder för arbete kring levnadsvanor i primärvården är av stor vikt för att det ska bli av att ämnet tas upp med patienten. Vidare kartläggning av metoder samt forskning kring effekter av dessa är av stor vikt för framtida arbete.

Sökord: Primärvård, levnadsvanor, program, rådgivning

## Abstract

**Introduction:** Our lifestyle habits affect our health and unhealthy habits are a contributing factor to disease. Health care is an arena that should work with health promotion. MI (motivational interviewing) is a method used in various forms of care to work with lifestyle. **Aim:** To map methods with intention to be used in Swedish primary care, to work with the lifestyle habits diet, physical activity, alcohol and tobacco. **Method:** This is a literature based study. Systematic searches were carried out after articles in the databases PubMed and Chinal. Manual searches were also carried out and the end result was 12 articles. The analyses of the articles are based on identifying the methods and their work around lifestyle habits in primary care. **Results:** No common approach around work with dietary habits, physical activity, alcohol and tobacco in primary care was found in this study either nationally or internationally. This study found computerized methods, action plan, MI and brief counseling and multi-methods. Many physicians feel they don't have enough time to implement the methods during the visit with the patient. But they however felt that the method made it easier to discuss lifestyle habits with patients. Many patients find work around lifestyle habits in primary health care positively. **Discussion:** Methods of work relating to lifestyle habits are essential if the physicians should prior to discuss it with the patient. Furthermore, identification of methods and research into the effects of these are very important for a future work.

Keywords: Primary health care, lifestyle, program, counseling

## Innehållsförteckning

<b>1. Begreppsdefinitioner .....</b>	<b>1</b>
1.1 Inledning .....	2
<b>2. Bakgrund .....</b>	<b>3</b>
2.1 Tidigare metoder och studier för arbete kring levnadsvanor i primärvården .....	3
2.2 Svensk hälso- och sjukvård i relation till folkhälsa .....	4
2.2.1 Hälso- och sjukvård .....	4
2.2.2 Primärvården som aktör .....	5
2.3 Läkare och patientperspektivet .....	5
2.4 Levnadsvanor .....	6
2.4.1 Kost .....	6
2.4.2 Fysisk aktivitet .....	7
2.4.3 Alkohol .....	7
2.4.4 Tobak .....	7
2.5 Teoretisk ansats .....	7
2.6 Problemformulering .....	8
<b>3. Syfte .....</b>	<b>8</b>
3.1 Frågeställningar .....	8
<b>4. Metod .....</b>	<b>8</b>
4.1 Datainsamlingsmetodik .....	9
4.2 Urvalsmetodik .....	11
4.2.1 Inklusionskriterier .....	11
4.2.2 Exklusionskriterier .....	11
4.2.3 Urval och analys av artiklar .....	12
<b>5. Resultat .....</b>	<b>13</b>
5.1 Metodernas uppbyggnad och tillvägagångssätt .....	17
5.1.1 Datoriserade metoder .....	17
5.1.2 Actionplan .....	18
5.1.3 Motiverande samtal och kort rådgivning .....	18
5.1.4 Multimetoder (frågeformulär, hälsoprofil, mejl, telefon, dator, recept) .....	19
5.2 Likheter och skillnader i implementering av metoderna .....	21
5.3 Styrkor och svagheter med metodernas tillvägagångssätt och implementering ur patient, läkare och metodperspektiv .....	22

5.3.1	Patientperspektiv på metodernas styrkor och svagheter gällande tillvägagångssätt och implementering .....	22
5.3.2	Läkarperspektiv på metodernas styrkor och svagheter gällande tillvägagångssätt och implementering .....	23
5.3.3	Metodperspektiv på metodernas styrkor och svagheter gällande tillvägagångssätt och implementering .....	24
<b>6.</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>25</b>
6.1	Resultatdiskussion .....	25
6.1.1	Metodernas tillvägagångssätt och implementering .....	25
6.1.2	Patient, läkare och metodperspektivet .....	26
6.1.3	Tidigare studier i relation till genomförd litteraturstudie .....	27
6.1.4	Teoretisk ansats i samband med resultat .....	28
6.2	Metoddiskussion .....	29
6.3	Slutsats .....	30
<b>7.</b>	<b>Referenser .....</b>	<b>32</b>
7.1	Referenslista litteraturstudie .....	33

## **1. Begreppsdefinitioner**

### **Transtheoretical model (TTM) och ”stage of change”**

Transtheoretical model (TTM) är en modell som erbjuder en struktur i att förstå och ingripa i människors avsiktliga och planerade beteendeförändringar. Modellen har använts kring en variation av hälso- risker. ”Stage of change” är som översättningen lyder olika steg till förändring och processen av förändring över tid. I före begründandefasen är individer inte motiverade att göra en förändring, de kan även ignorera att de har ett problem. I begründandefasen funderar individen på att förändras och väger fördelar och nackdelar med både beteendet och en eventuell förändring. I förberedelsefasen bestämmer man sig för en förändring och arbetar efter en förändringsplan. I handlingsfasen implementeras förändringsplanen. Om förändringsplanen lyckas att implementeras och hållas aktiv under tre till sex månader har man lyckats med en förändring. Nästa fas är beståendefasen där förändringen måste bli en naturlig del av individens livsstil. När den blivit det är man inte längre i en förändringsprocess (Miller, 1998). En översättning på svenska av ”stage of change” kan vara ”stadieindelning av villighet till förändring” (Pellmer, 2007).

### **MI (motiverande samtal)**

MI är en metod som kom till för att hjälpa människor till förändring. Givaren har ett empatiskt förhållningssätt till mottagaren genom ett reflektivt lyssnande. Det är mottagarens egna tankar och motivation kring förändring som är viktigt att lyfta fram. Både positiva och negativa sidor med beteendet är viktigt att bejaka (Hetteima, 2005).

### **VAS- Skala (Visual Analog Scala) (Visuell analogskala)**

Det är en grafisk skala där skalans ändpunkter är etiketterade med två motsattsalternativ som till exempel, långsamt och snabbt. Man placerar sig på skalan genom att gradera vad man anser att man befinner sig (Janlert, 2000).

### **BMI (Body Mass Index)**

Ett tal som beskriver en människas kroppsmassa i relation till längd. BMI är ett viktigt viktindex inom det folkhälsovetenskapliga området (Janlert, 2000).

### **Peer education**

Personer som tillhör samma sociala grupp i form av ålder, kön eller annan tillhörighet för vidare kunskap av olika slag till sina ”likar” (WHO, 2003).

## 1.1 Inledning

Våra levnadsvanor kost, fysisk aktivitet, alkohol och tobak påverkar i högsta grad folkhälsan både i Sverige och i övriga världen, då dåliga levnadsvanor bidrar till en mängd sjukdomar. 2010 kommer Socialstyrelsen ut med nationella riktlinjer kring de ovan nämnda fyra levnadsvanorna. Det är det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet inom vården som står i fokus, där efterfrågan på kunskap och effektiva metoder är stor. Riktlinjerna ska syfta till att stärka vårdgivaren att ställa fler frågor till patienten om levnadsvanor. Det kommer även bli tydligare vilka metoder som är lämpliga i samband med tobaksbruk, riskbruk av alkohol, ohälsosamma matvanor och fysisk inaktivitet.

Under min praktik på Landstinget Kronobergs folkhälsoavdelning fick jag ta del av det lokala arbetet kring hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande metoder. Jag gjorde en kartläggning över vad som gjorts nationellt inom området i andra Landsting. Jag frågade samtliga processledare i nätverket HFS- hälsofrämjande sjukvård och vårdorganisationer. Detta omfattade i stort sett alla regioner i Sverige genom Landsting från bland annat Skåne, VG regionen, Halland, Småland, Norrland, Sörmland och Östergötland. Det visade sig att arbetet kring levnadsvanor i primärvården inte var så omfattande, det fanns inte heller någon direkt samstämmighet kring arbetssätt och tillvägagångssätt. MI och fysisk aktivitet på recept är två metoder som man använder i Landstinget Kronoberg i samband med arbete kring levnadsvanor i hälso- och sjukvården. Hallands Läns Landsting har tagit fram en lathund som metod för läkare att utföra hälsosamtal med patienter rörande de fyra levnadsvanorna kost, fysisk aktivitet, alkohol och tobak som bygger på MI metoden. I samband med mitt arbete kring frågan under min praktik, knapphändig information kring arbete i andra Landsting samt Socialstyrelsens nationella riktlinjer, finner jag det som ett aktuellt och intressant ämne som behöver lyftas och undersökas lite närmare. Detta ämne är av stor vikt för den folkhälsovetenskapliga professionen då våra levnadsvanor har en tydlig sammankoppling med vår hälsa. Som folkhälsovetare har man en viktig roll att prioritera och arbeta med frågan i samarbete med hälso- och sjukvården.

## 2. Bakgrund

WHO har på sin lista gällande sjukdomsborða i världen med fysisk inaktivitet, lågt intag av frukt och grönsaker, hög alkoholkonsumtion och tobaksbruk. Dessa finns med bland de sju största riskfaktorerna gällande sjukdomsborðan i världen. De bedömer även att rökstopp, ökad fysisk aktivitet och bättre kostvanor skulle kunna förbygga 80 % av hjärt- kärl sjukdomar, 90 % av typ 2 diabetes och alla former av cancer med 30 % (WHO, 2008). I Sverige har Statens folkhälsoinstitut genomfört en del insatser 2008 gällande levnadsvanor i samband med hälso- och sjukvård. Bland annat har man utbildat sjukvårdspersonal i FYSS (fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling). Man har arbetat fram ett utbildningsmaterial på FAR (fysisk aktivitet på recept) samt på MI motiverande samtal, som hälso- och sjukvårdspersonalen kan ta del av. Man har även utbildat läkare att ställa frågor till patienten om deras levnadsvanor (Statens folkhälsoinstitut, 2009<sup>a</sup>). I studiens bakgrund presenteras tidigare forskning och metoder för arbete kring levnadsvanor i primärvården. Man får ta del av den svenska hälso- och sjukvården och primärvården som arena i sammanhanget. De valda levnadsvanorna lyfts fram och ställs i relation till sjukdom. Man får även ta del av den valda teoretiska ansatsen för denna studie.

### 2.1 Tidigare metoder och studier för arbete kring levnadsvanor i primärvården

Tidigare internationella studier på interventioner kring levnadsvanor i primärvården har främst riktat in sig på effekter hos individer i relation till levnadsvanorna istället för själva metodutformningen. I en av studierna har man tittat på sju olika studier där interventionen har varit riktad mot individer som inte är i riskgrupp för hjärt- kärl sjukdom. Effekterna av metoderna mättes genom individernas blodvärden, blodtryck, kolesterolvärden, vikt och BMI. Metoderna var utformade på olika sätt och kunde utföras både av läkare och sjuksköterska. Vissa metoder riktade in sig endast på råd om fysisk aktivitet, en del endast på kost och andra var mer inriktade på alla levnadsvanorna. Resultatet i studien var inte inriktat på att utvärdera vilka av metoderna som varit effektiva utan om metoderna bidragit till effekter hos individen. Man fann att väldigt få av metoderna gav något resultat gällande mätvärdena hos individerna, bara två av sju studier visade på resultat när det kom till blodtrycket, men effekterna var små. Det var ingen skillnad i resultatet beroende på vilken av primärvårdsgivarna som gav råden (Fleming, 2009). En annan studie jämförde 13 olika interventioner innehållande rådgivning av fysisk aktivitet i primärvården. Hälften av studierna baserades på olika teorier kring beteendeförändring så som transtheoretical model. Studien undersökte effekter hos individer av interventionen, men jämförde även metodernas tillvägagångssätt. Man kom fram till att det inte finns något gemensamt tillvägagångssätt för metoderna, hur de ska utföras och vem som ska utföra dem. Man såg att det var framgångsrikt att ge rådgivning om fysisk aktivitet i primärvården och särskilt i form av att ge vårdgivarna träning i att ge rådgivning utifrån patientens vilja att



förändras. Utöver denna rådgivning kan fysisk aktivitet på recept höja effekten ytterligare. Studien visade på svagheter kring att arbeta med metoder för levnadsvanor i primärvården. Att lära sig nya arbetssätt kan vara svårt för vårdgivarna samt tiden att hinna med en intervention för att förbättra levnadsvanor (Petrella, 2002).

Motiverande samtal är en relativt ny metod som utvecklades under 1980- talet av en amerikans psykolog William R. Miller och hans kollega Stephen Rollnick. Den grundläggande frågan i metoden är vad som kan få människor att förändra sig och sina liv. Det är en samtalsmetodik som hjälper människor till att hitta sin egna inneboende kraft till förändring (Statens folkhälsoinstitut, 2009<sup>c</sup>). I en studie från Australien om motiverande samtal i primärvården har man kommit fram till att MI är en lovande metod när det kommer till beteendeförändring. Relationen som skapas mellan läkare och patient i form av ett samarbete är också positiv samt att metoden ger läkaren möjlighet att skraddarsy råden till patienten. En del saker är dock oklara med MI. Man vet inte vilka patienter som kan få mest fördelar av metoden eller vilka element i metoden som är mest fördelaktiga. Det är också en utmaning att utveckla MI så det passar i hälso- konsultationer som oftast har för avsikt att vara korta (Britt, 2004). MI lyfts fram som en betydelsefull metod i Sverige inom den förnyade folkhälsopolitiken 2008. Här anger regeringen att det är människors integritet och valfrihet som är grunden i folkhälsoarbetet, varav MI metoden grundar sig i. Det finns starkt stöd till metoden i de lokala Landstingen på nationell nivå och samtliga Landsting satsar på att lära ut metoden till bland annat läkare, sjuksköterskor och barnmorskor. 61 % av denna grupp har fått utbildning i motiverande samtal. Från början var metoden mer inriktad på längre samtal med patienten men på grund av bristen på tid som många inom hälso- och sjukvården har utvecklades även en kortare variant för att stödja patienter i livsstilförändringar. Utvecklingen av motiverande samtal de senaste åren har bidragit till att det blivit en central kärna i utvecklingen av den svenska hälso- och sjukvårdens arbete (Statens folkhälsoinstitut, 2009<sup>c</sup>).

## 2.2 Svensk hälso- och sjukvården i relation till folkhälsa

Här presenteras den svenska hälso- och sjukvården och deras relation till hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete. Även primärvården tas upp som en viktig arena för arbetet. Den svenska hälso- och sjukvården lyfts fram då metoderna i studien i huvudsak är avsedda att kunna tillämpas i Sverige.

### 2.2.1 Hälso- och sjukvård

Statens folkhälsoinstitut har under sina elva folkhälsopolitiska mål satt hälsofrämjande hälso- och sjukvård som målområde nummer sex. Hälso- och sjukvården har en viktig roll när det kommer till att förebygga sjukdom (Statens folkhälsoinstitut, 2010<sup>b</sup>). I hälso- och sjukvårdslagen står det att hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa (Sveriges Riksdag, lag 1998: 1660). Regeringen anser att hälso- och sjukvården i

Sverige bör stärka det sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande perspektivet, därför lyfte dem upp det i folkhälsopropositionen 2008 (Statens folkhälsoinstitut, 2009<sup>b</sup>). Ambitionen i hälso- och sjukvården har under lång tid varit att stärka hälsoinriktningen både i Sverige och i andra länder. Eftersom människors levnadsvanor ökar risken att drabbas av sjukdom skulle en hälsoinriktning inom hälso- och sjukvården bland annat kunna bidra till minskad dödlighet och sjuklighet. Analyser som Socialstyrelsen har gjort visar på att hälso- och sjukvården har potential till att utveckla det sjukdomsförebyggande arbetet och inta ett mer hälsofrämjande förhållningssätt (Socialstyrelsen, 2009<sup>b</sup>). Det finns vetenskapliga belägg för att preventiva åtgärder som till exempel fysisk aktivitet på recept, förändrade kost och alkoholvanor samt rökavvänjning förbättrar folkhälsan (Socialstyrelsen, 2007). Man kan också se att vården gjort framsteg i att förbättra folkhälsosjukdomar och Sverige står sig relativt bra i jämförelse med andra länder (Socialstyrelsen, 2009<sup>b</sup>). I åtta års tid har den svenska hälso- och sjukvården arbetat med FAR, (fysisk aktivitet på recept) och varje år skrivs det ut cirka 1000 recept per landsting. Det anses viktigt att få fler inom hälso- och sjukvården att skriva ut FAR (Statens folkhälsoinstitut, 2009<sup>a</sup>). Trots förbättringar kan hälso- och sjukvården bli bättre på att använda sin auktoritet och kontaktyta för att arbeta hälsofrämjande i mötet med patienter, genom att få detta att bli en naturlig del av vårdkedjan (Socialstyrelsen, 2007).

### 2.2.2 Primärvården som aktör

En viktig aktör inom hälso- och sjukvården som täcker en stor kontaktyta är primärvården, här kan även problem identifieras tidigt. Primärvården är en viktig arena för att behandla kroniska sjukdomar samt att förebygga ohälsa. Under senare decennier kan man se att de har blivit mer effektiva i sina metoder när det kommer till att behandla eller förebygga sjukdomar som hjärt- kärlsjukdom, astma och diabetes. Detta bidrar till att färre patienter med kroniska sjukdomar behöver vårdas i sluten vård. Socialstyrelsens undersökning 2004 visade dock att hälsofrämjande åtgärder inte prioriterades i Landstingen. Detta bidrog till att se vikten av att styrning, uppföljning och utbildning har betydelse för program och rutiners förekomst i primärvården. Det finns en viss skillnad mellan olika länders primärvård. I Sverige ges patienten möjlighet att välja primärvårdsmottagning. Jämfört med andra länder där första vård kontakten är läkaren har Sverige sjuksköterskan som första vårdkontakt (Socialstyrelsen, 2007).

### 2.3 Läkare och patientperspektivet

En studie som gjorts i 11 europeiska länder (Kroatien, Estonia, Georgia, Grekland, Irland, Malta, Polen, Slovakien, Slovenien, Spanien och Sverige) undersöker läkarperspektivet gällande hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande metoder i primärvården. Studien berörde 2082 läkare. De läkare som var mer stillasittande gav mer sällan råd till patienter om fysisk aktivitet än de läkare som motionerade mer regelbundet ( $p < 0.01$ ). Dem som var fysisk aktiva av läkarna kände att de var mer

effektiva när det kom till att hjälpa patienterna att bli mer fysiskt aktiva ( $p < 0.01$ ). De läkare som rökte var mindre effektiva att hjälpa sina patienter att sluta röka ( $p < 0.01$ ). Det var fler läkare som testade sina patienters kolesterol om de själva testat sitt kolesterol någon gång under de senaste fem åren. Detsamma gällde när det kom till att testa patienternas blodtryck ( $p < 0.01$ ). Det visade sig att de läkare som själva var överviktiga inte var sämre på att ge överviktiga patienter råd om viktnedgång. De var lika bra som icke överviktiga läkare till att få patienter att uppnå eller behålla normalvikt. 56,02 % av läkarna tyckte att hälsofrämjande arbete var svårt. De vanligaste hindren de beskrev var att de var överbelastade med arbete och att tiden inte räckte till (Brotons, 2004). Undersökningar har visat att 90 % av befolkningen vill att personalen i vården ska ta upp levnadsvanor med dem vid besöket i primärvården. 30 % av patienter som sökt vård under senaste året anger att levnadsvanor tagits upp som samtalsämne med dem under vårdbesöket (Socialstyrelsen, 2009<sup>b</sup>). En undersökning från Sverige visar att patienter till störst del inte får någon information eller råd angående levnadsvanorna (kost, fysisk aktivitet, rökning och alkohol) från läkare i primärvården. Endast 18 % angav att de fått råd om en av levnadsvanorna. Det är även stora skillnader mellan vilka levnadsvanor man pratar om. Fysisk aktivitet tillhör en av de högprioriterade och alkohol till en av de lågprioriterade. Den låga andelen råd om alkohol visades vara opåverkad av åldern hos patienterna. Råden om de andra levnadsvanorna ökade linjärt med stigande ålder (30 – 65 år). De patienter som fick ta emot råd om dessa tre levnadsvanor var högre i andel än de som förväntat sig råd gällande dessa levnadsvanor. När det gäller levnadsvanan alkohol var den andel som fick råd lägre än den andel patienter som förväntat sig det. De patienter som fick råd om levnadsvanor i vården var mer nöjda med sitt vårdbesök i primärvården. Störst chans till att få råd om levnadsvanor hade patienter som bokat tid för läkarbesöket jämfört med akuta besök, samt patienter som hade en sämre självskattad hälsa (Johansson, 2005).

## 2.4 Levnadsvanor

I folkhälsovetenskapligt lexikon är livsstil det begrepp som beskrivs som vanligast använt i samband med kost, fysisk aktivitet, alkohol och tobak, där dessa beskrivs som livsstilsfaktorer (Janlert, 2000). Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen använder i sina rapporter både livsstil och levnadsvanor som begrepp för kost, fysisk aktivitet, alkohol och tobak. I denna studie används levnadsvanor som begrepp. Enligt boken grundläggande folkhälsovetenskap kan levnadsvanor betraktas som en del av individens livsstil. Människors livsstil är ett uttryckssätt för hur de olika levnadsvanorna visar sig. Utifrån människors livssituation speglar livsstilen hur människor lever sina liv (Pellner, 2007). Här presenteras de valda levnadsvanorna för studiens syfte kost, fysisk aktivitet, alkohol och tobak. Återigen står de svenska förhållandena i fokus då studien främst avser rikta sig till intressenter i Sverige.

### 2.4.1 Kost

25 % av befolkningen äter för lite frukt och grönsaker vilket motsvarar 1 825 770 individer av Sveriges befolkning mellan 16-84 år. Totalt 12 % av befolkningen har fetma vilket motsvarar 830 308 individer i mellan samma åldersgrupper som tidigare resultat (Statens folkhälsoinstitut, 2009<sup>a</sup>). Dåliga kostvanor kan bidra till ökad risk för typ 2 diabetes, cancer, hjärt- och kärlsjukdomar, högt blodtryck och höga kolesterolvärden (Socialstyrelsen, 2009<sup>a</sup>).

#### 2.4.2 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet kan både genom förebyggande och behandlande åtgärder förebygga hjärt- och kärl sjukdom, diabetes, depression och cancer. I Sverige är totalt 14 % av befolkningen stillasittande på sin fritid vilket motsvarar 965 488 individer i åldrarna 16-84 år. Att vara stillasittande på sin fritid är den största risken för att drabbas av ohälsa (Statens folkhälsoinstitut, 2009<sup>a</sup>).

#### 2.4.3 Alkohol

Det är totalt 13 % av Sveriges befolkning som har riskabla alkoholvanor, detta motsvarar 927 418 individer i åldern 16-84 år. Alkohol bidrar till en mängd sjukdomar då det påverkar många av kroppens organ. Vanliga sjukdomar vid hög alkoholkonsumtion under en lång tid är bukspottkörtelinflammation, skrumplever, hjärt-kärlsjukdom, vissa cancerformer samt hjärnskador (Statens folkhälsoinstitut, 2009<sup>a</sup>).

#### 2.4.4 Tobak

De vanligaste sjukdomarna i anslutning till rökning varav många leder till död är KOL (kronisk obstruktiv lungsjukdom), hjärt- kärl sjukdom och lungcancer samt andra cancerformer. Snusning höjer blodtrycket vilket kan leda till hjärt- kärlsjukdom och de andra främsta sjukdomarna för snusare är bukspottscancer och munhålecancer (Statens folkhälsoinstitut, 2008). Totalt 14 % av befolkningen röker dagligen i Sverige vilket motsvarar 997 573 individer i åldern 16-84 år. 12 % av den svenska befolkningen snusar och detta motsvarar 830 795 individer i samma åldersgrupp som rökarna (Statens folkhälsoinstitut, 2009<sup>a</sup>).

#### 2.5 Teoretisk ansats

Empowerment eller maktmobilisering som är en av översättningarna på svenska är ett arbete som innefattar att få svaga grupper att påverka sina hälsovillkor (Janlert, 2000). Individen tar själv makten över problemet. Ur ett patient och läkarperspektiv blir enligt denna modell läkarens roll att hjälpa patienten att fatta ett beslut (Orth- Gomer, 2008). Många modeller inom hälsoarbete bygger på empowerment. Man ser människan som ett subjekt att själv styra sitt liv under förutsättningar att den omgivande miljön stödjer hälsosamma val (Pellmer, 2007). Self- efficacy eller på svenska kallad självtrillitsmodellen är en annan modell som är avsedd för beteendeförändring. Modellen

bygger på individens egen tro till att ett visst beteende kan leda till ett visst resultat utifrån individens egen tro att denne är kapabel till att hålla fast vid ett visst beteende (Janlert, 2000). För att kunna förändra ett hälsobeteende är tilltro av stor vikt. Det krävs att man tror på sig själv för att man ska våga försöka göra en förändring och för att det ska kunna leda fram till ett önskat resultat (Pellmer, 2007).

## 2.6 Problemformulering

Ämnet har en stark folkhälsovetenskaplig relevans då betydelsen av prevention är stor för folkhälsan (Socialstyrelsen, 2007). Tanken med studien är att de funna metoderna har för avsikt kunna användas i den svenska primärvården. I dagsläget finns ingen gemensam grund för metoder gällande studiens valda levnadsvanor i primärvården nationellt, utöver MI som är en metod som tillämpas men på olika sätt samt fysisk aktivitet på recept som endast riktar in sig på fysisk aktivitet. En kartläggning av metoder av detta slag är därför intressant. Studiens kartläggning kommer utgå från arbetets teoretiska ansats som belyser de verktyg metoderna kan ge patienten som själv ansvarar för sin beteendeförändring. Att Socialstyrelsens kommer ut med nationella riktlinjer 2010 för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande metoder lyfter upp ämnet till ytan vilket gör studiens syfte ännu mer aktuellt.

## 3. Syfte

*Syftet med den litteraturbaserade studien är att kartlägga metoder som har för avsikt att kunna användas inom svensk primärvård, för att arbeta med levnadsvanorna kost, fysisk aktivitet, alkohol och tobak.*

### 3.1 Frågeställningar

- På vilket sätt är metoderna uppbyggda och hur ser tillvägagångssättet ut?
- Vad finns det för likheter och skillnader i implementeringen av metoderna?
- Styrkor och svagheter med metodernas tillvägagångssätt och implementering ur patient, läkare och metodperspektiv?

## 4. Metod

Denna studie är en litteraturbaserad studie där man undersöker tidigare forskning inom ett avgränsat område genom litteraturbaserad forskning. En litteraturbaserad studie utförs i olika steg. Efter man valt ut vilket fenomen man vill studera och i vilken kontext, söker man artiklar i lämpliga databaser. När man funnit artiklar ska dessa kvalitetsgranskas. Artikeln måste vara relevant utifrån studiens syfte och de olika delarna i artikeln måste vara beskrivna på ett korrekt sätt för att artikeln ska hålla god

kvalitet. De artiklar som har god kvalitet ska sedan analyseras utifrån studiens syfte och frågeställningar. Tanken är att man med sina fynd ska kunna komma fram till något nytt (Friberg, 2006). I denna studie är designen för en litteraturbaserad studie lämplig då det finns tillräckligt med studier inom ämnet som kan utgöra grunden för studien. Det finns en tydligt definierad frågeställning som kan besvaras genom att analysera och värdera relevant forskning (Forsberg, 2008).

#### 4.1 Datainsamlingsmetodik

Innan och under tiden sökningen pågick utfördes en del inklusionskriterier och exklusionskriterier för den litteraturbaserade studien. Detta för att få så bra träffar som möjligt samt för att matcha studiens syfte. Artiklar söktes i databaserna PubMed och Chinal med den booleska sökfunktionen AND tillsammans med olika kombinationer av sökord. Endast artiklar från PubMed inkluderades då de stämde bäst överens med studiens syfte. En del artiklar söktes även manuellt via PubMed eller Google Scholar, dessa hittades i referenslistor från funna artiklar eller rapporter. Antal träffar och urvalet av artiklar presenteras i tabellen (Tabell 1).

**Tabell 1.** Sökord och valda artiklar

<b>Databas</b>	<b>Sökord</b>	<b>Antal funna artiklar</b>	<b>Valda artiklar</b>
10/04/13 – 10/04/15			
Pubmed	motivational intervention AND lifestyle AND primary health care	27	A randomised controlled trial on the effectiveness of a primary health care based counselling intervention on physical activity, diet and CHD risk factors.
Pubmed	prevention AND programmes AND lifestyle AND primary care	49	Resulterade ej i inkluderad artikel

Pubmed	Lifestyle AND prevention AND primary health care	1137	Resulterade ej i inkluderad artikel
Chinal	Lifestyle advice AND primary health care	10	Resulterade ej i inkluderad artikel
Pubmed	evaluation AND lifestyle intervention AND general practice	118	Evaluation of a brief pilot nutrition and exercise intervention for the prevention of weight gain in general practice patients.  Computerized lifestyle intervention in routine primary health care: evaluation of usage on provider and responder levels.
Pubmed	counseling AND lifestyle AND primary health care	310	Lifestyle counseling in primary care: opportunities and challenges for changing practice.
Pubmed	Patient- Centered Care AND Alcohol Drinking	3	Provider training for patient-centered alcohol counseling in a primary care setting.
Pubmed	Manuell sökning		A Practice-Sponsored Web Site to Help Patients Pursue Healthy Behaviors
Pubmed	Manuell sökning		From innovation to practice: initiation, implementation and evaluation of a physician-based physical activity promotion programme in Finland
Pubmed	Manuell sökning		Preliminary Evaluation of a Multicomponent Program for Nutrition and Physical Activity Change in Primary Care: PACE+ for Adults.
Pubmed	Manuell sökning		Behavior-change Action Plans in primary care: A Feasibility study of clinicians.
Pubmed	Manuell sökning		Low- budget method for lifestyle

			improvement in primary care
Pubmed	Manuell sökning		Using Action Plans to help Primary Care Patients Adopt Healthy Behaviors: A Descriptive Study.
Google scholar	Manuell sökning		Motivational consulting versus brief advice for smokers in general practice: a randomized trial.
Pubmed	counseling AND lifestyle AND primary health care	310	Resulterade ej i inkluderad artikel
<b>Totalt</b>			<b>12</b>

## 4.2 Urvalsmetodik

Nedan redogörs för de inklusionskriterier och exklusionskriterier som tagits i beaktning i den litteraturbaserade studien. Sökprocessen och urvalet av artiklar presenteras också i en löpande text.

### 4.2.1 Inklusionskriterier

- Kvantitativa och kvalitativa studier.
- Artiklar som publicerats i vetenskaplig tidsskrift med tillgång till fulltext samt språk på engelska.
- Artiklar publicerade från 1997 fram till 2009 men med ambition på 2000- talet.
- Artiklar som riktat in sig på att beskriva metoden för arbetet kring levnadsvanor i primärvården.
- Artiklar som studerar personer med riskfaktorer i relation till levnadsvanor så som hjärt- och kärl sjukdom samt övervikt och fetma.
- Artiklar med bred geografisk spridning. Artiklar med länder i eller med nära anslutning till Skandinavien prioriterades.
- Artiklar innehållande något av orden primärvård, levnadsvanor, livsstil eller patient i rubriken.
- Levnadsvanorna kost, fysisk aktivitet, alkohol och tobak.

### 4.2.2 Exklusionskriterier

- Artiklar publicerade tidigare än 1997
- Artiklar med beskrivning endast på fysiska effekter på individen kring arbete med levnadsvanor i primärvården.



- Litteraturöversikter.
- Artiklar som inte innehöll något av orden primärvård, levnadsvanor, livsstil eller patient.
- Artiklar som berörde metoder och arbete kring levnadsvanor i andra öppna vård sammanhang som till exempel barnvårdscentraler.
- Levnadsvanorna psykisk och sexuell hälsa.

#### 4.2.3 Urval och analys av artiklar

När artiklarna valdes ut kvalitetsgranskades dem utifrån Fribergs kriterier för litteraturbaserade studier. Bland annat har artikelns uppbyggnad studerats noggrant utifrån tydlighet i syfte, metod och resultat (Friberg, 2006). De artiklar som hittades via sökningarna valdes ut i olika steg. Första urvalet utgick från rubriken. De artiklar som innehöll något av orden primärvård, levnadsvanor, livsstil eller patient valdes ut. Det andra urvalet utgick från abstrakten och dess innehållsrelevans utifrån studiens syfte. Cirka 30 abstrakt lästes igenom. Det tredje urvalet gjordes genom att artiklarnas metod och resultatavsnitt studerades. Det var olika från artikel till artikel i vilket avsnitt de valt att beskriva metoden. I en del artiklar beskrevs den i metodavsnittet och i andra artiklar i resultatdelen. Två olika utgångspunkter i metoden blev viktiga för studiens syfte och dessa var tillvägagångssättet och implementeringen av metoden. Tillvägagångssättet är hur metoden utförs i relation till patienterna. Implementeringen är hur metoden implementeras hos vårdpersonal i primärvården. De artiklar som hade en tydlig inriktning och beskrivning av metoden valdes ut och resulterade i 12 artiklar efter att rubrik, abstrakt, metod och resultatdel överensstämde med studiens syfte. Två (5, 6) av de utvalda artiklarna uttalade att de hade granskats utifrån en etisk kommitté. Tre artiklar (1, 2, 7) genomförde egen kvalitetsgranskning av studien.

Från början var ambitionen att endast välja artiklar innehållande studier från Skandinavien, för att de funna metoderna skulle vara tillämpbara i svensk hälso- och sjukvård. Detta omvärderades sedan då sjukdomar kopplat till levnadsvanor är ett folkhälsoproblem med stor geografisk spridning. Arbetet kring levnadsvanor i hälso- och sjukvården kändes aktuellt på många platser i världen, där av artiklar med en bredare geografisk spridning. Även om huvudsyftet med de funna metoderna är att de har för avsikt att kunna användas i den svenska hälso- och sjukvården. Två av de huvudsakliga sökorden primärvård och levnadsvanor visade sig ha andra uttryck i andra länder och i det engelska språket. Levnadsvanor beskrivs som lifestyle och har samma betydelse som levnadsvanor/livsstilsfaktorer i Sverige (se bakgrund). Primärvård tar sig också olika uttryck i artiklarna genom ord som general practice, family practice, primary health care eller primary care är förekommande. Dessa olika uttryck har genom artikelgranskningen tolkats till samma innebörd och översatts till det svenska uttrycket primärvård i den litteraturbaserade studien. De artiklar vars abstrakt visade sig innehålla endast beskrivna fysiska effektmått av metoderna gentemot individer valdes

bort. De artiklar vars abstrakt där metoden stod i fokus valdes ut. Sökningarna i PubMed med specifika sökord gav ofta artiklar som handlade om fysiska effektmått hos individen genom metoden. Från början var sökorden inriktade på lifestyle, health promotion eller health intervention i kombination med primärvård vilket inte gav så mycket träffar på artiklar som beskrev metoden. Därför korrigerades en del av sökorden till bland annat evaluation, counseling, advice och program i kombination med primärvård, vilket gav mer träffar på metoden. Den manuella sökningen blev också viktig då artiklar som specifikt riktade in sig på metoder kunde hittas. Alla artiklar innefattade inte alla de valda levnadsvanorna tillsammans i samma artikel. Men metoder för alla levnadsvanorna har berörts i de valda artiklarna. Vid mina olika sökningar dök flertalet av artiklar upp vid upprepande gånger både via PubMed och Google Scholar. När urvalet av artiklarna var klart lästes varje artikel igenom ett flertal gånger och sammanfattades i skrift var och en för sig utifrån studiens frågeställningar i syftet.

## 5. Resultat

Resultatdelen inleds med en tabell som sammanfattar alla de valda artiklarnas titel, syfte, metod och resultat för den litteraturbaserade studien. Vidare är resultatdelen uppdelad utifrån studiens tre frågeställningar i syftet. Metodernas uppbyggnad och tillvägagångssätt. Likheter och skillnader i implementering samt styrkor och svagheter i tillvägagångssätt och implementering ur patient, läkare och metodperspektiv. I hela resultatdelen presenteras källorna utifrån artiklarnas numrering i tabellen (Tabell 2).

**Tabell 2.** Artiklar i den litteraturbaserade studien

Artikel	Syfte	Metod/Urval	Resultat
1) <b>Kate MacGregor et al</b> <b>2005 USA( San Francisco)</b> <i>Behavior-Change Action Plans in Primary Care: A Feasibility Study of Clinicians</i>	Undersöka om läkare kan engagera patienter med riskfaktorer för hjärt- kärl sjukdom till en gemensam målsättning och actionplan i primärvården gällande hälsosamt beteende.	4 offentliga, 4 privata kliniker N= 228 patienter med riskfaktor för hjärt- kärl sjukdom Läkare tränas 45-60 minuter i att skriva actionplan.  Kvalitativ studie frågeformulär, intervju.	Tid för action plan ca 7 min. 47 % av läkarna ansåg målsättnings - diskussion mer tillfredställande och enklare än tidigare beteende förändringsdiskussioner. Tiden var ett hinder.
2) <b>Margareta Handley et al</b>	Att undersöka om det är utförbart att	N= 43 kliniker Ska hålla en	83 % av 228 patienter Gjorde en actionplan

<p><b>2006 USA (San Francisco)</b> <i>Using Action Plans to Help Primary Care Patients Adopt Healthy Behaviors: A Descriptive Study</i></p>	<p>göra action plan under besöket i primärvården och om patienten följer sin actionplan samt att beskriva vad patienten väljer att ta upp i actionplanen.</p>	<p>målsättningsdiskussion tillsammans med patienter med riskfaktorer för hjärt-kärl sjukdom. Varje klinik ska genomföra detta med 6 patienter.  Kvalitativ studie telefonintervju.</p>	<p>under besöket i primärvården. 53 % av de patienterna rapporterade en beteende förändring på grund av actionplanen.</p>
<p><b>3) Karen J. Calfas et al 2001 USA (San Diego)</b> <i>Preliminary Evaluation of a Multicomponent Program for Nutrition and Physical Activity Change in primary Care: PACE + for Adults</i></p>	<p>Att utvärdera PACE (Patient – centered Assessment and Counselling for Exercise plus nutrition) Att se på nyttan och acceptansen av programmet och på beteendeförändring över tid.</p>	<p>Ett datorprogram i primärvården för att promota fysisk aktivitet och matvanor genom action plan, följt av läkaruppföljning samt mejl och telefon uppföljning. N= 228 patienter 4 primärvårdsenheter i San Diego  Kvalitativ studie Telefonintervjuer och enkät</p>	<p>PACE kunde implementeras framgångsrikt i primärvården. Det förbättrade både fysisk aktivitet och matvanor under 4 månader.</p>
<p><b>4) Minna Aittasalo et al 2006 Finland (Helsingfors)</b> <i>From innovation to practice: initiation, implementation and evaluation of physician – based physical activity promotion programme in Finland</i></p>	<p>Att beskriva initiationfasen, implementeringsfasen och utvärderingen av PAPP (Physical Activity Prescription Programme) som startade i Finland 2001 för att öka rådgivningen kring fysisk aktivitet bland läkare i primärvården</p>	<p>N= 58 läkare Två olika receptformer, användningsguide och träningsprotokoll. Rådgivningsprincipen 5 A konstruktion. Peer träning i 4 timmar för läkare, träning för användande 45 eller 90 minuter.  Kvalitativ studie enkätundersökning</p>	<p>3048 recept har skrivits ut 2004. 76 peer tränare från populationstäta områden i Finland. 898 läkare har deltagit i användarträningen.</p>
<p><b>5) Sarah Hardcastle et al 2007 UK</b></p>	<p>Undersöka om en mångfaldig patient centrerad livsstils</p>	<p>N= 18 – 65 år med en riskfaktor för hjärt-kärlsjukdom.</p>	<p>Efter 6 månader hade interventionsgruppen blivit mer aktiv med</p>

<p><b>(Eastbourn)</b>  <i>A randomized controlled trial on the effectiveness of primary health care based counseling intervention on physical activity, diet and CHD risk factors</i></p>	<p>rådgivning skulle vara av intresse för patienter med risk för hjärt-kärlsjukdom i primärvården och om det skulle leda till förändring i hälsostatus gällande fysisk aktivitet och kost.</p>	<p>Interventionsgruppen fick standard information gällande fysisk aktivitet och kost av expert + 5 ansikte mot ansikte MI rådgivningar under 3 till 6 månader. Kontrollgrupp fick endast standard informationen.</p> <p>RCT= Randomiserad kontrollerad studie</p>	<p>främst promenader samt minskat i vikt och blodtryck och kolesterol. Den fysiska aktiviteten förbättrades med större mängd samtalstillfällen. Hade högre inverkan på fysisk aktivitet än på kost.</p>
<p><b>6) Joan Sargeant et al 2008 Canada (Halifax)</b>  <i>Lifestyle counseling in primary care: opportunities and challenges for changing practice</i></p>	<p>Att utvärdera inverkan av livsstilsråds workshop som innefattade en ökning av motiverande samtal. Fokus på mönster i rådgivning, kommunikation, rådgivningsverktyg och attityder kring livsstils rådgivning</p>	<p>N= 43 läkare deltog på en 2 timmars workshop under tre tillfällen mellan November 2003 och December 2004.</p> <p>Kvantitativ och kvalitativ studie.</p>	<p>Läkarna ställde mer frågor än tidigare, de lyssnade mer och uppskattade patientens vilja att förändras. Rådgivningen skraddarsyddes efter patientens nivå för förändring.</p>
<p><b>7) Ann Blomstrand et al 2005 Sweden (Göteborg)</b>  <i>Low budget method for lifestyle improvement in primary care</i></p>	<p>Att beskriva ett eget administrerar verktyg för att hantera riskfaktorer för hjärt- kärl sjukdom i primärvården.</p>	<p>N= 18 65 åriga män och kvinnor. Fylla i frågeformulär, screening frågor och hälsoprofil vid besök på vårdcentralen.</p> <p>Kvalitativ studie  Enkäter, frågeformulär</p>	<p>949 screening frågeformulär delades ut. 511 patienter svarade varav 373 (75%) ville göra hälsoprofilen. Förbättrade levnadsvanor.</p>
<p><b>8) Steven H. Wolf et al 2006 USA (Virginia)</b>  <i>A Practice – Sponsored Web Site to Help Patients</i></p>	<p>Undersöka om patienterna kan få ett hälsosammare beteende (fysisk aktivitet och rökning) om de blir remitterade till en Web sida som ger</p>	<p>N= 6 familjepraktiker, 4 intervention och 2 kontroll. Uppmuntra vuxna att besöka hemsidan. Innehållet var mer detaljerat för interventionsgruppen jämfört med kontroll</p>	<p>932 patienter besökte hemsidan. Det skedde en hälsoförbättring i både interventions och kontrollgruppen. Mer än 50 % av patienterna önskade läkarstöd för sitt hälsobeteende.</p>

<i>Pursue Healthy Behaviors: An ACORN Study</i>	viktig information om beteende förändringar.	gruppen. Uppföljning 1 – 4 månader efter besöket på hemsidan.  Kvantitativ och kvalitativ studie.	
9) <b>S. Carlfjord et al 2008 Sweden (Linköping)</b> <i>Computerized lifestyle intervention in routine primary health care: Evaluation of usage on provider and responder levels</i>	Att utvärdera användningen av ett datoriserat koncept för livsstilsintervention i primärvården.	9 av 42 primärvårdsenheter deltog med geografisk spridning över länet. Datorer placerades ut på enheterna i till exempel väntrummet. Innehållet i datorerna var ett livsstilstest med frågor rörande alkohol och fysisk aktivitet.  Kvantitativ och kvalitativ studie.	Av 5202 test avslutades 3065 (59 %). 5,7 % av de som besökte primärvården deltog i testet. 88 % av patienterna fann testet enkelt att utföra.
10) <b>Alison O Booth et al 2005 Australia (Melbourne)</b> <i>Evaluation of a brief pilot nutrition and exercise intervention for prevention of weight gain in general practice patients</i>	Att få fler primärvårdsenheter att ge korta och effektiva råd om fysisk aktivitet till inaktiva patienter.	5 minuters verktyg (recept) för fysisk aktivitet och nutrition att använda i primärvården. Målgrupp= personer med ett BMI mellan 23 och 30. 25 primärvårdsenheter deltog.  Kvalitativ studie Intervju	Det tog 4,9 minuter per recept som gavs ut. Alla läkare ansåg att det var enkelt att leverera budskapet samt att budskapet var tydligt. Samtliga ville fortsätta med det permanent.
11) <b>Christopher C Butler et al 1999 UK (Wales)</b> <i>Motivational consulting versus brief advice for</i>	Att jämföra kliniker och kostnadseffektivitet av motiverande samtal och kortrådgivning för att sluta röka.	N= 536 rökare, 270 fick motiverande samtal MI och 266 fick kort rådgivning under en konsultation. Uppföljning efter 6 månader.  RCT= Randomiserad	Motiverande samtal fungerade bäst på dem som inte funderat på att sluta. De rökte ej de närmaste 24 timmarna, försköt första cigaretten på dagen 5 minuter samt gjorde försök att sluta under

<i>smokers in general practice: A randomized trial</i>		kontrollerad studie.	den kommande veckan efter samtalet.
<b>12) Ockene Judith K et al 1997 USA (Chicago) Provider training for patient-centered alcohol counseling in a primary care setting</b>	Att titta på betydelsen av ett kort träningsprogram på de som erbjuder primärvård. Att titta på skicklighet, attityder och vetenskap gällande riskkonsumtion av alkohol.	Att lära ut en rådgivningsintervention innehållande ett kort motiverande samtal. Sammanlagd utläring 3 timmar. Inläring av öppna frågor, rollspel och viktiga verktyg för interventionen.  Kvalitativ studie frågeformulär	6 av 9 verktyg visade på förbättring hos rådgivare gruppen. Attityden förbättrades mot patientgruppen med alkohol problem hos rådgivarna trots att den inte varit dålig tidigare.

## 5.1 Metodernas uppbyggnad och tillvägagångssätt

Samtliga beskrivna metoder i artiklarna har delats in i fyra olika delar utifrån likheter i tillvägagångssätt. Nedan presenteras de olika delarna, datoriserade metoder, actionplan, MI och kort rådgivning samt multimetoder.

### 5.1.1 Datoriserade metoder

Två utav 12 artiklar beskrev datoriserade metoder (8, 9) i samband med arbetet kring levnadsvanor i primärvården. Den ena metoden (8) var avsedd att beröra de fyra levnadsvanorna kost, fysisk aktivitet, rökning och alkohol. Det var en utvecklad hemsida som läkarna uppmuntrade patienterna att besöka. Efter en till fyra månader efter patienten besökt sidan skickades ett mejl ut till patienten med frågor om hur redo man var till en förändring, samt vad man tyckt om hemsidan. I denna studie hade man även en kontrollgrupp som också uppmuntrades att besöka en hemsida innehållande mindre omfattande information om levnadsvanorna. I den andra metoden (9) placerade man ut datorer tillsammans med en så kallad IT kiosk i väntrum, korridorer eller enskilda rum. Datorn innehöll ett livsstilstest som tog upp frågor inom följande ämnen, blodtrycksmätning, fysisk aktivitet, alkoholkonsumtion, motivation till förändring samt attityder till att utföra testet. Det var frivilligt för patienterna att utföra testet, vem som helst fick göra det samt att en del patienter blev remitterade av sin läkare. Primärvårdsenheten fick själva bestämma vilka patientgrupper de skulle remittera men de var tvungna att remittera alla som testade sitt blodtryck. De patienter som blivit remitterade skulle dokumenteras i respektive journal. Frågorna kring alkohol tog upp

veckointaget baserat på dag för dag, samt frekvensen av kraftigt drickande. Alkoholmängden mättes i standarddrinkar (12 gram alkohol) och klassificerades i tre nivåer, låg risk, ökad risk eller riskkonsumtion. Om man inte intagit någon alkohol de senaste tre månaderna uteslöts frågorna kring alkoholkonsumtion. Den fysiska aktiviteten utgick från rekommendationer om minst 30 minuter fysisk aktivitet om dagen. Man räknade om den fysiska aktiviteten till points, varav 30 minuter fysisk aktivitet om dagen motsvarade en point. Extra aktivitet i veckan som till exempel aerobics gav två points. För att räknas som fysisk aktiv var man tvungen att uppnå fem points i veckan. Tre till fyra points räknades som otillräckligt aktiv och under tre points som inaktiv. Man fick även svara ja eller nej på frågan hur motiverad man var att förändra sina fysiska aktivitetsvanor de närmaste sex månaderna. Ett avsnitt i testet handlade enbart om motivation där man utgick från ”stage of change” modellen och mätte i vilken fas patienten befann sig i förhållande till förändring av levnadsvanor. De tre olika nivåerna var ”ingen avsikt att förändras” – före begrändandefasen, ”funderat på förändring”- begrändandefasen, ”beslutsam att förändras”- förberedelsefasen. De patienter som fullföljde testet fick en kopia på testet innehållande olika risknivåer samt skraddarsydda råd. Datorsystemet kopplades även till det centrala hälso- och sjukvårdsnätverket vilket bidrog till möjligheten att granska och ta del av resultaten (9).

### 5.1.2 Actionplan

En annan metod som belystes i två av 12 artiklar (1, 2) var att skapa en actionplan. Actionplanen innehöll de olika aktuella livsstilsområdena rökning, kost, stress och fysisk aktivitet. Planen syftade till att man kunde välja något livsstilsområde där man ville arbeta med förändring. Det fanns även en öppen ruta där man kunde välja själv vad man ville förändra, om det inte fanns med bland de angivna alternativen. Det var upp till patienten själv att bestämma vad den ville arbeta med gällande sina levnadsvanor. Motivationsfrågan var viktig i actionplanen och därför tydligt visualiserad genom en trappstege där varje trappsteg symboliserade ökad eller minskad motivation. Motivationstrappan utgick från en VAS skala där noll längst ner på stegen var ingen motivation och tio längst upp på stegen var full motivation. Om patienten hamnade över sju på VAS skalan gick man vidare och tittade på vad, hur mycket, när och hur ofta man kunde tänka sig att förändra sina vanor. Planen skulle skrivas på av både läkare och patient och kopior av planen skapades till både patienten och patientens journal (1, 2).

### 5.1.3 Motiverande samtal och kort rådgivning

Fyra av 12 artiklar (5, 6, 11, 12) hade metoder som var inriktade på MI (motiverande samtal) och eller kort rådgivning. Tre av de fyra interventionerna (5, 11, 12) riktade in sig på en specifik levnadsvana eller riskfaktor, rökning (11), alkohol (12) och hjärt-kärlsjukdom (5). Två av de fyra metoderna (5, 11) utgick från ”stage of change” modellen. I en av metoderna (5) där inriktningen var på patienter med riskfaktorer för hjärt- kärlsjukdom fick alla ett blad utdelat till sig med information om kost och fysisk

aktivitet. Patienterna blev erbjudna fem ansikte mot ansikte konsultationer på 20 till 30 minuter med en expert på fysisk aktivitet eller en dietist. De fem konsultationerna sträckte sig över en sex månaders period. Konsultationen utgick från ”stage og change” modellen och rådgivningen byggde på patientens prioriteringar och vilja att förändras. Metoden utgick hela tiden efter var patienten befann sig i förändringsprocessen med en inriktning på två steg. Steg ett handlade om att hitta motivationen och riktade sig till de patienter som befann sig långt ner i förändringsprocessen. Steg två riktade sig till dem som var mer motiverade och kommit längre i förändringsprocessen. Här handlade det om att ytterligare stärka viljan till förändring. Patienten var inte tvungen att gå på alla fem konsultationerna (5).

Den andra metoden (11) byggde också på ”stage of change” och riktade sig till rökare. Här testade man att ge hälften av patientgruppen kort rådgivning och den andra hälften motiverande samtal. Det var i det motiverande samtalet som man arbetade med ”stage of change” och olika faser där patienten själv fick hitta argument för att förändra sitt beteende. Den korta rådgivningen gick ut på att ge patienterna information om hur farligt det är att röka och vikten med att sluta. Metoden i artikel 12 riktar sig mot levnadsvanan alkohol och ställer sin MI metod emot den traditionella rådgivningen som brukar äga rum i primärvården. Metoden gick ut på att lära ut en rådgivningsmetod till aktuell personal inom hälso- och sjukvården. Öppna frågor som till exempel ”hur ser du på ditt drickande?” var en del av metodiken i ett kort motiverande samtal. Metodiken byggde även på andra verktyg för rådgivningen. Bland annat skulle rådgivaren vara försedd med ett material innehållande information om standarddrinkar och målsättningar som patienten skulle kunna identifiera sig med. Metoden i artikel sex riktade inte in sig på någon speciell levnadsvana utan gick ut på att presentera MI som en metod att använda i primärvården i samband med levnadsvanor. I en workshop fick läkare och sjuksköterskor introducerat för sig viktiga komponenter, kognitiv input, modeller och andra viktiga färdigheter. Man tittade på fördelar och nackdelar med MI samt övade praktiserande på en låtsas patient. Tanken var att introducera ett nytt arbetsätt som läkare och sjuksköterskor kunde ta med sig till sin arbetsplats (6).

#### 5.1.4 Multimetoder (frågeformulär, hälsoprofil, mejl, telefon, dator, recept)

Fyra metoder (3, 4, 7, 10) har använt sig av en kombination av många komponenter för att arbeta med levnadsvanor i primärvården. En av dessa metoder (7) berör alla levnadsvanorna kost, fysisk aktivitet, rökning, och alkohol. Två av metoderna (3, 10) riktar in sig på kost och fysisk aktivitet och en av metoderna (4) riktar endast in sig på fysisk aktivitet. PACE (Physical Activity Change in Primary Care) (3) är en metod som innehåller tre olika delar att använda i primärvården. Dessa tre delar följer på varandra och är inte avsedda att använda enbart var och en för sig. Första delen gick ut på att patienten fick genomföra ett datorprogram som skulle resultera i en actionplan för fysisk aktivitet och en actionplan för kost. Datorn samlade in information om patientens



beteende och vanor och tog med patientens självskattande status på varje område. Detta bidrog till att skapa en målsättning (actionplan). Planen innehöll slutligen en sammanfattning av fördelarna med att göra en förändring, två specifika mål till beteendeförändring som patienten själv fått välja, identifierbara källor till socialt stöd och tre möjliga hinder som kan göra det svårt att nå målet. Resultatet av actionplanen skrevs ut till både patient och den som skulle ge vården. Den andra delen av metoden bestod av rådgivning hos läkare eller sjuksköterska. Läkaren eller sjuksköterskan hade sin egen sammanfattning av patientens actionplan i samband med rådgivningen. Den tredje delen i metoden var mejl och telefonuppföljning. Denna rådgivning handlade om råd och tips kring strategier som kan hjälpa patienten till att lyckas med förändring. Här delade man upp patienterna i fyra olika grupper. Den ena gruppen fick inte ta del av något mejl eller telefonrådgivning = kontrollgrupp. Grupp två fick enbart mejl sända till sig. Den tredje och fjärde gruppen fick både telefon- och mejlkontakter fast i olika utsträckning. Samtalen växlade mellan lite längre rådgivande samtal och kortare samtal. I de kortare samtalen handlade det om att påminna patienten att fortsätta med sin förändring. Mejlen innehöll råd eller sammanfattade det som samtalen handlat om. Alla patienter med BMI över 25 var remitterade att delta i interventionen (3).

Den andra metoden (10) ANS (Active Nutrition and Physical Activity) som också riktade in sig på fysisk aktivitet och kost byggde på ett kort (< fem minuter) redskap att använda i primärvården. ANS var ett block som innehöll tre olika sektioner, detaljer om patienten, fysisk aktivitetskomponent och nutritionskomponent. I den första sektionen dokumenterade läkaren patientens födelsedatum, kön, längd, vikt och midjeomfång. Andra sektionen bestod av ett recept på fysisk aktivitet i form av typ, nivå och frekvens av rekommenderad aktivitet. I tredje sektionen kunde läkaren välja en egen kombination av de fem kostråd som ingick som nutritionskomponenter. Den egna versionen mötte patientens kostsituation och anpassades efter den. Läkaren kunde även välja att remittera patienten till en dietist. Varje recept var individanpassat med utrymme för kommentarer. Det fanns även utrymme för att boka in en uppföljningstid. Målgruppen för ANS var patienter med ett BMI mellan 23 och 30 och syftet var att förebygga viktuppgång och förbättra kostvanor. Läkarna fick också ett informationsblad som innehöll information som de kunde använda på målgruppen, evidens kring kost och kostråd, detaljer om fysisk aktivitet, hur man mäter midjeomfång och räknar ut BMI. PAPP (Physical Activity Prescription Programme) (4) var en metod som byggde på att öka fysisk aktivitets rådgivning hos bland annat läkare i primärvården. Metoden grundar sig i 5A rådgivning, ”asses” (bedöma) ”advice” (råd) ”agree” (komma överens) ”assist”(hjälpa till) och ”arrange” (lägga upp). En tio sidor användarguide med metodens principer samt ett receptblock ingick i programmet. En webbsida öppnades även för PAPP (4).

Den sista multimetoden (7) innehöll frågeformulär och hälsoprofil och berörde levnadsvanorna kost, fysisk aktivitet, rökning, alkohol och stress. Patienterna fick fylla i ett frågeformulär som innehöll frågor om tidigare nämnda levnadsvanor. Ålder och kön noterades samt familjehistoria kring hjärt- kärl sjukdom och diabetes. Frågorna i formuläret besvarades med ja och nej. Man mätte även motivationen med hjälp av en VAS skala utefter hur mycket man var beredd att engagera sig för att ändra sin livsstil utefter sin livssituation. Efter detta moment kunde patienten välja att avsluta interventionen eller gå vidare och göra en hälsoprofil. I hälsoprofilen formaterades frågeformulärets frågor om till åtta variabler (tobak, alkohol, kost, fysisk aktivitet, levnadsvillkor, psykisk stress, höft och midjektivot). Varje variabel hade en grad med vad som var ”bra”, ”mindre bra” eller ”risk” och dessa var kopplade till tre olika färgfält grönt, gult och rött. Olika frågor skapades beroende på vad man hamnade i klassificeringen av färger. Varje del av hälsoprofilen avslutades med enkla råd om hur man kunde förbättra sin hälsa. Råd från folkhälsoinstitutet angående alkohol, metoder för att sluta röka, pedagogiska kostråd, råd om daglig fysiskaktivitet, metoder för psykisk aktivitet som avslappning, reducering av stress och fördelar med ett socialt nätverk. Varje hälsoprofil avslutades med att fråga patienten två frågor ”Vad vill jag förändra?” ”Hur planerar jag att göra det?”. Patienterna följdes upp efter sex månader av ett samtal från en sköterska och efter ett år skickades en ny hälsoprofil ut som kunde fyllas i av deltagarna från hälsoprofil ett (7).

## 5.2 Likheter och skillnader i implementeringen av metoderna

De flesta metoderna implementerades i primärvården med hjälp av en utomstående grupp eller kompetens. Det vill säga dem som var ansvariga för programmet eller interventionen. De läkare eller sjuksköterskor som ville delta i implementeringen av metoden kunde bli rekryterade via nyhetsbrev på sin enhet och fick sedan frivilligt anmäla sig (6, 10). Mycket av implementeringen av metoderna i primärvården gick ut på att samla de berörda för ett informationssammanträde (9) eller för utbildningsseminarium (11). Utbildningsseminarierna gick till på olika vis beroende på metodens utgångspunkter och syfte. Men i de flesta fall hade utbildningsteamet kontinuerlig kontakt med primärvården under implementeringen eller testfasen av metoden. Både genom egen person samt utskick av påminnelsematerial (9, 11). Besöken under utbildningens implementeringsfas varierade i antal och tid. Gällande MI (6, 12) så var utläringen lite mer praktiskt lagd. Läkarna fick öva på rollspel kring motiverande samtal med låtsas patienter, titta på MI samtal på video som betonade olika faser i processen och diskutera kring dessa samt att de fick information om metoden. Utläringen av MI bestod (6, 11, 12,) av längre utbildningsträffar vid upprepade tillfällen och både i grupp och individuellt. Gruppseminariet kunde vara på två timmar vid ett eller fler tillfällen och den individuella utbildningen på 10-20 minuter en tid efter gruppseminariet (11, 12). Den individuella handledningen riktade in sig på rådgivningen och man fick öva på en riktig person som sedan gav feedback tillbaka

(12). Utbildningen i metoderna tog sig även uttryck genom att man gav personalen kortare instruktioner på hur metoden fungerade och hur de skulle handhålla metoden i förhållande till patienterna. Detta kunde tidsmässigt vara mellan femton minuter till en timme (3, 10). I en av metoderna (4) använde man sig av peer education för att sprida metoden. Läkare utbildades i metoden under fyra timmar. De hade sedan både kunskap och praktiska verktyg (powerpoints) för att sprida metoden vidare till andra läkare i samma primärvårdsenhet. Utbildningen för de andra läkarna tog mellan 45 och 90 minuter (4).

### 5.3 Styrkor och svagheter med metodernas tillvägagångssätt och implementering ur patient, läkare och metodperspektiv

Nedan presenteras metodernas styrkor och svagheter i tillvägagångssätt och implementering ur tre olika perspektiv. Man får ta del av styrkor och svagheter ur patientens perspektiv, läkarnas perspektiv och metodens perspektiv.

#### 5.3.1 Patientperspektiv på metodernas styrkor och svagheter gällande tillvägagångssätt och implementering

Patienterna ansåg att webbsidan med information om levnadsvanor var bra och 62 % ansåg att den var till hjälp. 52 % besökte den mer än en gång, upp till mellan två till fem gånger (8). Det fanns både svagheter och styrkor med att bli remitterad till ett livsstilstest. De som blev remitterade fann det enklare att utföra testet ( $p < 0.001$ ). 87 % av de som inte blivit remitterade till att göra testet tyckte att testet var enkelt att utföra jämfört med 90 % av de som blivit remitterade. De allra flesta tyckte det var positivt att bli remitterad att göra testet (84 %), men de patienter som hade något uttalat riskbeteende i samband med någon levnadsvana fann det negativt att bli remitterad. Detta är därmed den enda uttalade svagheten med de datoriserade metoderna ur ett patientperspektiv (9). Många metoder bidrog till att patienterna ändrade sitt beteende och sina vanor till det bättre (5, 7, 8, 9, 2, 11). Utav de patienter som utförde en actionplan gjorde hela 60 % förändringar för att förbättra sin hälsa (2). Metoden i artikel fem visade på ökade effekter av fysisk aktivitet och speciellt på promenader. Denna effekt var högre hos den patientgrupp som fått fler MI samtal. Motiverande samtal visade även bra effekter på att minska rökning hos rökare. De var fler som slutade röka i 24 timmar och försköt första cigaretten på dagen med fem minuter av de som fick MI jämfört med de som fick kort rådgivning. Det visade även på fördelar hos den patientgrupp som hade låg motivation och inte funderat på att sluta. Man kan även se en signifikant förändring i dryckesmönster hos patienter med hög alkoholkonsumtion som fått MI. De patienter som förbättrade sina dryckesvanor efter rådgivningen mer än fördubblades ( $p < 0.001$ ) (11, 12). Det påvisades också resultat i förändrade levnadsvanor (kost, fysisk aktivitet, psykisk stress) där vissa patienter gick från ”risk” till ”bra” med hjälp av metoden. 49 % rapporterade en högre grad av sin livssituation efter dem genomgått programmet (7). I metod tre så var patienterna positiva till alla tre

komponenterna i metoden och hälften av dem tyckte att datorprogrammet och rådgivning hos läkare/sköterska var hjälpsamt när det kom till att förbättra vanor gällande kost och fysisk aktivitet. När man jämför telefonrådgivning och mejlrådgivning så kan man se att telefonrådgivningen bidrog mest till att hjälpa patienterna till en förändring. 92 % av patienterna tyckte att denna multimetod skulle bli en vardaglig del av verksamheten (3).

### 5.3.2 Läkarperspektiv på metodernas styrkor och svagheter gällande tillvägagångssätt och implementering

De största hindren för läkarna när det kom till att utföra metoderna var tidsbrist (1, 6). I samband med actionplansskrivning angav en tredjedel av läkarna tidsbrist. Utformningen av planen var också en svaghet och orsak till att inte skriva någon. Patientens intresse och engagemang spelade också roll samt patientens sjukdomstillstånd (1). Ett MI samtal uppmättes till 9,6 minuter jämfört med 2 minuter för kort rådgivning vilket bidrar till en ökad kostnad och kan beaktas som en svaghet. Sämre självförtroende och dåliga erfarenheter blev också en svaghet gällande utförandet av metoden samt gamla invanda vanor och mönster. Detta bidrog till att läkaren hade svårt att förändra sig (6).

*“I think it’s because I’m not yet comfortable enough with it. I think I just need to practice it more. Or have a better sense of how to do it. . It’s difficult, (a) to remember to do it, and (b) because I don’t think I’m good at it” (6)*

Trots att tidsbrist var en vanlig svaghet i relation till metoderna så visade en av metoderna sig tidsmässigt som en styrka. Receptskrivningen ANS tog endast 4,9 minuter (10). Den främsta styrkan ur ett läkarperspektiv var att metoden bidrog till att det blev enklare att diskutera levnadsvanor med patienten (1, 3, 10). 56 % av läkarna som utförde actionplan tyckte den gjorde det enklare att diskutera beteendeförändringar med patienterna. 47 % av läkarna fann actionplanen mer tillfredställande för att diskutera beteendeförändringar än tidigare metoder och 28 % fann den lika bra (1). Även de som använde PACE tyckte att den bidrog till att det var enklare att prata med patienterna om fysisk aktivitet och kost (3). 47 % av dem som använde metoden ANS ansåg att det var större chans med metoden att de påbörjade en diskussion kring kost och fysisk aktivitet. 29 % ansåg att det var mycket större chans att de på rutin frågade patienter om deras kost och motionsvanor (10). En del metoder upplevdes så positiva bland läkarna att de ville fortsätta med dem i ordinarie verksamhet och eller rekommendera dem till andra primärvårdsenheter (1, 3, 10). Actionplansskrivningen var en av dem metoderna där 82 % av läkarna tänkte fortsätta med actionplanen med en del av patienterna och 87 % kände att alla primärvårdskliniker borde använda sig av actionplan som målsättningsdiskussion (1). ANS var också en metod som läkarna ville

fortsätta med (10) så också PACE där samtliga läkare som tagit del av metoden ville fortsätta och även rekommendera den till andra primärvårdsenheter (3). MI som metod visade främst styrkor i att det ökade självförtroendet hos dem som utförde rådgivningen, då de kände säkerhet i att utveckla en individanpassad plan. Andra styrkor med MI var att de lärde sig att lösa problem på ett effektivt sätt och att skraddarsy interventionen efter patienten (12). En annan stor förändring som MI bidrog till var kommunikationen från läkarnas sida. 87,8 % ändrade sitt sätt i att prata med patienten genom att ställa fler frågor, lyssna mer, anpassa till patientens vilja att förändra samt att skraddarsy rådgivningen efter patientens ”stage of change” (6).

*“Well, before I would go on and on about why people should lose weight . . . And that’s really where the big change came for me, realizing that I really need to spend time on the reasons why people don’t want to change.” (6)*

Två av de 12 metoderna visade en styrka gällande uppföljning (7, 9). Primärvården hade möjlighet att erbjuda hjälp till de patienter som ville ha det eller var i behov av det. Detta kunde ske genom rådgivning kring levnadsvanorna och tips på fysisk aktivitet i samhället. De hade även en enhet för alkoholmissbruk samt en psykolog som arbetade nära primärvården som kunde ge stöd till dem med psykisk ohälsa. En konsultation med någon i primärvården kunde bokas vid behov (7).

### 5.3.3 Metodperspektiv på metodernas styrkor och svagheter gällande tillvägagångssätt och implementering

Att arbeta med levnadsvanor via en hemsida var en styrka då datorer och internet är väldigt aktuellt i dagsläget. På webbsidan fick man in allt på samma ställe inom livsstilsråd och det var ett modernt sätt att presentera det på vilket var en styrka. En svaghet med webbsidan var dock att det inte var så många som besökte den (4 %) (8). En annan styrka med att använda datoriserade metoder för att arbeta med levnadsvanor är att det var eller kan vara anonymt då patienten själv kunde bestämma om den ville diskutera resultatet med någon personal i primärvården (9). En svaghet med ett av datorprogrammen var att det bara kunde erbjudas på ett språk. Det hade nått en bredare målgrupp och fler personer om det hade funnits möjlighet att genomföra det på fler språk (3). PAPP var en metod som var enkel att implementera i verksamheten vilket var en styrka. Däremot bidrog inte metoden till att läkarna frågade fler antal patienter om deras aktivitetsnivå. Användningen av receptet eller annat skrivet material rörande fysisk aktivitet ökade inte heller under interventionstiden 2002 till 2004 (4). Det visade sig vara en svaghet att ha för många remitteringsgrupper i en av metoderna. Det resulterade i att färre patienter gjorde testet och var därmed inte en del av metoden (9). Metod sju visade på att de patienter som bad om att få utföra en hälsoprofil var de som verkligen behövde göra en. Detta kunde man utläsa från screening frågorna i frågeformuläret. Den egenuppskattade hälsan stämde bra överens mellan svaren i

frågeformuläret och graderingen i hälsoprofilen ( $p < 0.001$  för alla variabler). En svaghet med studien var att det var många som droppade av under studiens gång (7). En styrka med att lära ut MI som metod är att det räckte att lära ut den en gång för att den skulle bli en del av rutinverksamheten. Trots att MI kostar lite mer i jämförelse med kort rådgivning (svaghet) så visar MI på en bättre beteendeförändring vilket är en styrka jämfört med kort rådgivning (11).

## 6. Diskussion

I detta diskussionsavsnitt diskuteras både resultatet och metoden i en resultatdiskussion och metoddiskussion. I resultatdiskussionen diskuteras studiens resultat utifrån frågorna i syftet. Resultatet i litteraturstudien ställs också mot tidigare forskning och i ett teoretiskt sammanhang. De artiklar som utgör den litteraturbaserade studien anges precis som i resultatdelen i siffror utifrån tabellen (Tabell 2) i resultatdelen. I metoddiskussionen diskuteras val av metod i förhållande till studiens syfte samt studiens validitet, reliabilitet och generaliserbarhet.

### 6.1 Resultatdiskussion

Denna studie har kommit fram till en del huvudfynd som lyfts fram i denna resultatdiskussion. Ytterligare frågor inom området har också väckts som bidrar till nya reflektioner och infallsvinklar. Motivationen var ett centralt huvudämne i de funna metoderna. Även delar av MI visade sig vara vanligt förekommande i arbetet kring levnadsvanor i primärvården. Att fråga patienten om dennes levnadsvanor kan upplevas som negativt och vara ett känsligt ämne utifrån ett patientperspektiv. Detta och frågor som, vilken målgrupp metoden ska rikta sig till? vilken yrkeskategori som ska vara givare av metoden? och viktiga faktorer i samband med metodarbete kring levnadsvanor i primärvården är en del av det som diskuteras i denna resultatdiskussion.

#### 6.1.1 Metodernas tillvägagångssätt och implementering

Trots att det inte finns någon tydlig samstämmighet i de funna metoderna för litteraturstudien det vill säga gemensamma tillvägagångssätt, kan man ändå se en röd tråd. Grundpelarna i metoderna är recept, rådgivning (MI), skapande av plan (hälsoprofil, actionplan) och datorprogram (1 – 12). Metoderna bygger oftast på råd kring levnadsvanorna kost, fysisk aktivitet, alkohol och tobak från respektive lands rekommendationer. Råden kring levnadsvanorna är snarlika mellan de länder som är representerade i denna studie. Precis som i Sverige verkar rekommendationer kring levnadsvanor vara en central fråga i många länder. Detta skulle kunna ha att göra med att ohälsan kring dåliga levnadsvanor har en stor geografisk spridning internationellt. Nästan alla studier har någon slags mätning gällande motivationen i sina metoder. Många har använt sig av VAS skalan där patienterna har fått gradera sig på en skala

mellan två alternativ (1, 2, 7). Detta verkar vara ett enkelt och lättförståeligt sätt att mäta motivationen på, dock kan nivåerna på skalan tolkas olika. Detta kan resultera i att vad en patient upplever som hög motivation kan en annan uppleva som en lägre motivation, då skalan har ett öppet tolkningsföreträde. Frågan är dock om detta spelar någon roll då motivationsskalan i detta specifika fall endast är till för den enskilde patienten. Även de metoder som inte byggde på en ren form av MI (motiverande samtal) kunde innehålla delar från metoden. "stage of change" var en sådan del som var förekommande i en av de datoriserade metoderna (9). Här användes den i syfte för att mäta patientens motivation genom att se vilken fas denne befann sig i. I stort sett alla metoder var individanpassade. Även om man inte använde sig av rådgivning och MI så skraddarsyddes ändå råden kring levnadsvanorna på ett liknande sätt. Detta visar på att positiva delar av MI metoden kan användas på olika vis i interventioner även om de inte är renodlade MI metoder.

En del av metoderna riktade sig till personer som hade riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom eller som hade övervikt och fetma (1, 5, 7). Ett argument till att endast rikta in sig på de som är i riskgruppen är att det inte finns tid och möjlighet att vända sig till alla. Frågan man kan ställa sig då är om metoderna är av preventiv karaktär. Vilken målgrupp i primärvården som man ska rikta sig till behöver vidare diskuteras och huruvida metoden ska vara hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande eller både och. Riktat sig metoden till patienter med en riskfaktor upplevs metoden mer sjukdomsförebyggande. Riktat sig metoden till alla upplevs den mer hälsofrämjande.

I de flesta fall implementerades metoderna av en extern grupp som introducerade och lärde ut metoden till den berörda personalen. I en av artiklarna (4) använde man sig av metoden peer- education. Man utbildade bara ett fåtal på olika primärvårdsenheter som i sin tur fick verktyg med sig att vidareutbilda de på sin primärvårdsenhet. Detta kan ses som ett modernt och effektivt sätt att implementera en metod. Det borde även vara kostnadseffektivt då metoden kan spridas genom få till att nå många. Nackdelen kan dock vara att en andrahandsinformation inte alltid är lika bra som en förstahandsinformation. Det kan finnas en risk att metodimplementeringen inte blir av då allt ansvar i startskedet ligger på ett fåtal individer.

#### 6.1.2 Patient, läkare och metodperspektivet

Att diskutera en individs levnadsvanor kan vara känsligt i form av att det kan uppfattas som ett personligt påhopp på att man lever ohälsosamt. Detta visade sig i en av de funna metoderna (9). En del av de som blev remitterade till att göra testet och därmed hade någon uttalad riskfaktor upplevde testet som mer negativt. I dessa fall kan metoder där patienten är anonym vara till en fördel. I denna studie gav bland annat en datoriserad metod möjlighet till detta (8). Att metoden är anonym kan också bidra till att man som individ är mer sanningsenlig. Det kan vara lättare att vara helt ärlig mot sig själv när det

gäller sina hälsovanor, om man inte behöver konfrontera dem offentligt inför någon annan.

Tiden visade sig ha både för och nackdelar när det kom till läkarperspektivet. Vissa metoder kändes för tidskrävande för att hinnas med medan andra fungerade bra utifrån läkarens tid tillsammans med patienten. En fråga man kan ställa sig i sammanhanget är vilken yrkeskategori inom primärvården som ska vara givare av metoder av detta slag. I Sverige skulle det kunna vara sjuksköterskan då denna är den första kontakten som patienten har i samband med besöket. Tiden på utförandet av metoden är en viktig faktor att ta hänsyn till när man väljer metod för att arbeta med levnadsvanor i primärvården. Den togs i stort sett upp som faktor på ett eller annat sätt i studiens alla funna metoder. En stor fördel med att ha en metod kring arbete med levnadsvanor i primärvården är för att det lättare blir av att läkaren tar upp och diskuterar levnadsvanor med patienten. Läkarna anser även att det gör att det blir enklare att diskutera patientens levnadsvanor (1, 3, 10). Det verkar därför vara av stor vikt att ha någon slags metod som läkarna kan luta sig mot när det kommer till att arbeta med levnadsvanor i primärvården. Detta för att det ska bli av då de både är tidspressade samt finner det svårt att ta upp ämnet med patienten. Det var inte många av de funna metoderna som innefattade uppföljning och vidare stöd och hjälp kring förändring av levnadsvanor med patienten som ett alternativ. Endast två (7, 9) av de 12 funna metoderna hade primärvården möjlighet att erbjuda patienten vidare hjälp och stöd om den ville eller behövde. Detta kan också ses som en viktig faktor att ta hänsyn till när man ska välja metod och arbetsätt kring levnadsvanor i primärvården. Att ha ett skyddsnät omkring patienten som vill förändra sina levnadsvanor borde vara av vikt för att kunna uppnå bra och bestående resultat.

Vissa metoder var moderna i sin utformning som till exempel webbsidan (8). Trots detta var det i förhållande till dagens internetanvändare väldigt få som besökte sidan. Detta borde ha något att göra med hur informationen kring metoden spreds till patienterna. Den metoden som var framgångsrik i implementeringen visade sig inte vara framgångsrik i tillvägagångssättet (4). Om metoden är framgångsrik och enkel att implementera betyder det därför inte att tillvägagångssättet automatiskt kommer fungera. Något annat som kan vara bra att tänka på när man ska införa en metod i primärvården är att det är en fördel om metoden bara behöver implementeras en gång som i metod 11. Detta bidrar till att implementeringen av metoden blir kostnadseffektiv. Sverige är ett mångkulturellt land därför kan även språkvariationen i metoden vara av betydelse för att syftet ska nå en så bred målgrupp som möjligt.

### 6.1.3 Tidigare studier i relation till genomförd litteraturstudie

Det finns både likheter och skillnader när man jämför tidigare studiers resultat med denna studies resultat. I denna litteraturbaserade studie var fyra av 12 metoder representerade av MI metoden (5, 6, 11, 12). Precis som tidigare forskning visar så



tyder detta på att MI är en metod som har en betydande roll i hälso- och sjukvården i samband med livsstilsförändringar (Statens folkhälsoinstitut, 2009<sup>c</sup>). Tidigare studier visar på att det kan finnas svårigheter i att anpassa ett MI samtal för den korta tid som läkaren har tillsammans med patienten (Britt, 2004). Resultaten i denna studie tog också upp tiden och tidsbrist som en faktor för svårigheter att utföra MI. I en av studierna hade man uppmätt ett MI samtal till 9,6 minuter jämfört med 2 minuter för vanlig kort rådgivning. MI visade sig i denna studie dock effektivare för beteendeförändring än kort rådgivning (6). Denna litteraturbaserade studie visar också på liknande positiva fördelar med MI metoden som tidigare studier har styrkt. Läkaren fick stort självförtroende i att skraddarsy råd till patienterna och kommunikationen förbättrades (Britt, 2004), (6). När man tittar på resultatet av fysiska effekter hos individen som en följd av metoden skiljer det sig en del mellan tidigare studier och denna studie. Tidigare studier visar på att väldigt få hälsointerventioner ger någon effekt hos individen (Fleming, 2009). I denna studie visade en del hälsointerventioner på förändrade beteenden hos individen och därmed förbättrade fysiska effekter. Man fann en ökning av fysisk aktivitet, minskad alkoholkonsumtion, bättre rök och kostvanor (5, 7, 8, 9, 2, 11).

Samma mönster angående tillvägagångssätten av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande metoder som framkommit i tidigare studier (Fleming, 2009) är också tydliga i denna studie. Det finns ingen gemensam mall på gemensamma tillvägagångssätt i att utföra metoder angående levnadsvanor i primärvården. Överlag så sågs tidsbristen som det största hindret när det kom till att utföra metoderna i primärvården i både denna studie och tidigare studier, samt att läkarna kunde känna dåligt självförtroende och svårigheter i att lära sig en ny metod (Petrella, 2002) (6). Tidigare studiers resultat pekar på att 90 % av befolkningen vill att personalen i vården ska ta upp levnadsvanor med dem vid ett besök (Socialstyrelsen, 2009<sup>b</sup>). Resultaten i denna studie visar också på att patienter är positiva till att metoder kring levnadsvanor genomförs i primärvården. I en av metoderna (3) ville 92 % av patienterna att metoden skulle bli en del av den ordinarie verksamheten. Tidigare studiers uttalande om skillnader i förekomst av vilka levnadsvanor man tar upp i primärvården är inte lika tydligt uttalade i denna litteraturstudie. I de tidigare studierna är fysisk aktivitet mest prioriterat och alkohol lägst prioriterat (Johansson, 2005). Det kan dock utläsas på ett indirekt sätt genom en granskning av sammanställningen av de artiklar som ingår i denna litteraturbaserade studien. Ett flertal av artiklarna handlar endast om metoder kring fysisk aktivitet jämfört med en artikel som enbart handlar om metoder kring alkohol (Tabell 2).

#### 6.1.4 Teoretisk ansats i samband med resultat

Nästan alla funna metoder i den litteraturbaserade studien utgår ifrån teorierna maktmobilisering (empowerment) eller självförtroendeteorin (self-efficacy) i sina tillvägagångssätt. När det gäller maktmobilisering (empowerment) så kan man se att

metoderna ofta går ut på att ge patienten egna verktyg och möjligheter till att förändra sina livsvillkor. I de datoriserade metoderna, actionplanen och i hälsoprofilen (1, 2, 7, 8, 9) fick patienterna själva sätta ord på sina vanor gällande kost, fysisk aktivitet, alkohol och tobak. De skattade sig på en motivationskala och reflekterade över vad och hur de skulle kunna genomföra en förändring. Läkaren fanns där som en stöttepelare men det var hela tiden upp till patienten att reflektera kring sina hälsovanor. I MI metoderna (5, 6, 11, 12) blev självförtroendet (self-efficacy) tydlig som teoretisk ansats. Här utgår man i ”stage of change” modellen från vilket stadium man befinner sig i sin förändring. Det handlar om att ha stor självförtroende till sig själv och tro på att man är kapabel till att utföra en livsstilsförändring. Ansvaret för förändringen ligger inte på läkaren utan det är patienten själv som genom det motiverande samtalet skapar sin egen självförtroende, genom att reflektera över sin situation.

## 6.2 Metoddiskussion

Syftet med den litteraturbaserade studien var att finna metoder som har för avsikt att kunna användas i svensk primärvård gällande levnadsvanorna kost, fysisk aktivitet, alkohol och tobak. Den personliga förförståelsen för ämnet efter praktikperioden var att det i dagsläget inte finns gemensamma tillvägagångssätt i Sverige för metoder av detta slag utöver MI och fysisk aktivitet på recept. Att utföra en litteraturbaserad studie där syftet är att se över litteraturbaserad forskning inom ett avgränsat område kändes som ett bra tillvägagångssätt för att få svar på studiens syfte. Från början fanns osäkerhet på mängden forskning kring området och att göra en litteraturoversikt istället för litteraturbaserad studie var ett alternativ. Efter övergripande sökningar i databaser hittades ett relativt stort urval av artiklar som överensstämde med studiens syfte. Därför beslutades att en litteraturbaserad studie skulle utföras.

Många av artiklarna som hittades var från 2000 – talet och framåt, endast två var från 1997 och 1999. Förklaringen till detta kan vara att ämnet är relativt nytt och att forskning under de senaste åren har prioriterats. Eftersom samtliga valda artiklar kom upp vid ett flertal tillfällen vid olika sökningar tolkas detta att denna litteraturbaserade studien har fångat det mest aktuella som finns att tillgå inom forskning idag. På det sättet känns validiteten hög då studien mäter det som är relevant i sammanhanget. Detta stärks ytterligare då den litteraturbaserade studien visar på liknande resultat jämfört med tidigare studier från samma tidsspektrum. Att göra en litteraturbaserad studie har varit ett bra sätt att kartlägga olika metoder genom tidigare forskning. Val av metod känns i sammanhanget som den rätta för att undersöka det som ska undersökas.

Denna litteraturbaserade studien har en del svagheter. Många av artiklarna har varit inriktade på att mäta utfallet av fysiska effekter hos individen i relation till metoden, istället för att vara inriktad på själva metodutformningen. Detta bidrog till att abstrakten fick gås igenom ett flertal gånger. En del av dessa artiklar innehöll även en beskrivning på metoden varav även de valdes ut. En viss del av fysiska effektmått hos individen har

tagits med i resultatet men det har inte varit studiens huvudsakliga syfte. Dessa har tagits med på en övergripande nivå då de resultaten bidrar till att besvara styrkor och svagheter ur ett patient och metodperspektiv. För att hitta artiklar med rena metodbeskrivningar blev en del manuell sökning från artiklars referenslistor nödvändig. Detta kan ses som en svaghet då det hade varit svårt att hitta dem vid ett upprepat studietillfälle. Ämnet är relativt nytt och under framväxt vilket betyder att studiens färskare resultat kan visa sig annorlunda vid senare sökningar på området. Detta betyder att reliabiliteten är svag eftersom resultatet kunde blivit annorlunda vid senare söktillfällen. Det går inte att generalisera artiklarnas reliabilitet då de använt sig av olika mätsätt med skiljda resultat. En annan svaghet med studien är att endast två av 12 artiklar granskats utifrån en etisk kommitté. Tre av de övriga artiklarna hade genomfört en egen kvalitetsgranskning för studien. Övriga artiklar valdes ändå ut till den litteraturbaserade studien då de genom publikation i vetenskaplig tidskrift genomgått en viss kvalitetssäkring.

Ett annat dilemma var att de huvudsakliga sökorden primärvård och levnadsvanor har tagit sig olika uttryck i olika länder och i det engelska språket. Detta blev dock inte något större problem då innebörden av orden hade samma betydelse. De har alltså inte endast skett en egen tolkning från läsaren av orden, utan orden har i grunden samma innebörd som de valda ord som presenteras i den litteraturbaserade studien. Det finns därför ingen möjlighet att någon annan person skulle tolka innebörden av orden på något annat sätt då de har samma betydelse. Detta gör att de funna metoderna skulle kunna tillämpas i den svenska primärvården då man i andra länder arbetat kring metoderna på ett relativt likvärdigt sätt. De olika uttrycken på orden har dock försvårat sökningarna en del då olika kombinationer av samma sökord har varit nödvändigt för att få så rättmätlig geografisk spridning som möjligt.

Då studien gick ut på att undersöka vilka metoder som kan användas i primärvården så inleds resultatavsnitten med en beskrivning av innehållet i metoderna för att tydliggöra de funna metoderna i studien. Här kunde en indelning göras genom att dela upp metoderna under olika rubriker efter likhet i tillvägagångssätt. Trots detta var metoderna ändå tvungna att beskrivas relativt mycket var och en för sig eftersom beskrivningen av metoden var en del av syftet. Resultatet i metodbeskrivning kan därför inte generaliseras. I metodernas styrkor, svagheter samt implementering kunde resultatet till viss del generaliseras. I vissa fall kunde man se metoderna ur ett perspektiv endast som metoder kring levnadsvanor och i de fallen kunde en generalisering av resultatet göras.

### 6.3 Slutsats

Denna litteraturbaserade studie har kommit fram till att det i nuläget inte finns något gemensamt tillvägagångssätt för metoder som arbetar kring levnadsvanorna kost, fysisk aktivitet, alkohol och tobak i primärvården varken nationellt eller internationellt. Utöver MI (motiverande samtal) som visat sig vara en generellt sett etablerad metod både

nationellt och internationellt. De funna metoderna har olika tillvägagångssätt men med liknande syfte, att få människor att göra hälsosamma val rörande sina levnadsvanor. Mycket artiklar från 2000 och framåt har hittats vilket tyder på att ämnet är relevant och av intresse tidsmässigt. De största hindren för läkare i samband med arbete kring levnadsvanor i primärvården är att tiden inte räcker till. Färdiga metoder uppskattas dock av läkare då de förenklar en diskussion kring levnadsvanor med patienten. Många av metoderna visar på en förbättring av levnadsvanor hos individen och en del av metoderna har varit omtyckta av patienterna. För användningen av metoderna bör närmare undersökning göras på vilken effekt metoden har i förhållande till patienten och dess förhållanden kring levnadsvanor. Detta var inte studiens huvudsakliga syfte att beskriva. Andra studier borde också se över levnadsvanorna sexuell och psykisk hälsa. Dessa områden är intressanta i frågan men gavs inte utrymme i denna litteraturbaserade studie. Slutligen kan man dra slutsatsen att denna litteraturbaserade studie bidrar till en kartläggning över de metoder som har för avsikt att kunna användas i svensk primärvård för arbete kring levnadsvanorna kost, fysisk aktivitet, alkohol och tobak. Kartläggningen bidrar till en överblick av de metoder som går att finna i dagsläget, styrkor och svagheter med deras tillvägagångssätt och implementering ur ett patient, läkare och metodperspektiv. Fungerande metoder för arbete kring levnadsvanor i primärvården skulle ur ett folkhälsoperspektiv vara av stor vikt. Folkhälsan skulle förbättras genom att sjukdomar relaterade till levnadsvanor skulle minska. Det skulle också vara kostnadseffektivt och därmed positivt ur ett hälsoekonomiskt perspektiv om sjukdom kan förebyggas genom hälsofrämjande insatser. Denna litteraturbaserade studie sätter ett högst aktuellt ämne på kartan som ytterligare förstärks i samband med Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2010.

## 7. Referenser

Britt, Eileen., Hudson, Stephen M., Blampied, Neville M. (2004). *Motivational interviewing in health settings: a review*. Patient Education and Counseling, 53, 147-155.

Brotons, Carlos., Björkelund, Celia., Bulc, Mateja., Ciurana, Ramon., Godycki- Cwirko, Maciek., Jurgova, Eva., Kloppe, Pilar., Lionis, Christos., Mierzecki, Artur., Pineiro, Rosa., Pullerits, Liivia. R., Sammut, Mario., Sheean, Mary., Tataradze, Revaz., A.Thieros, Elftherios., Vuchak, Jasna. (2005). *Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe*. Preventive Medicine, 40, 595- 601.

Fleming, Patrick., Godwin, Marshall. (2009). *Lifestyle interventions in primary care, systematic review of randomized controlled trials*. Practica Medicala, 4, 20-27.

Forsberg, Christina., Wengström, Yvonne. Ed. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier- värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Natur och kultur, Stockholm.

Friberg, Febe. (2006). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Studentlitteratur.

Hettema, Jennifer., Steele, Julie., Miller, William R. (2005). *Motivational interviewing*. Annu. Rev. Clin. Psychol, 1, 91-111.

Janlert, Urban. (2000). *Folkhälsovetenskapligt lexikon*. Natur och kultur, Stockholm.

Johansson, Kjell., Bendtsen, Peder., Åkerlind, Ingmar. (2005). *Advice to patients in Swedish primary care regarding alcohol and other lifestyle habits: how patients report the actions of GPs in satisfaction with the consultation*. European Journal of Public Health, 6, 615-620.

Miller, William R., Heather, Nick. (1998). *Treating addictive behaviors, second edition*. Library of congress. Hämtad 2010-05-10 från:  
<http://books.google.com/books?id=8kGEuYv-hF0C&pg=PR10&dq=Treating+addictive+behaviors,+second+edition&hl=sv&cd=3#v=onepage&q=Treating%20addictive%20behaviors%2C%20second%20edition&f=false>

Orth- Gomér, Kristina., Perski, Aleksander. (2008). *Preventiv medicin. Teori och praktik*. Studentlitteratur.

Pellmer, Kristina., Wramner, Bengt. (2007). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Liber AB, Stockholm.

Petrella, Robert J., Lattanzio, Chastity N. (2002). *Does counseling help patients get active? Systematic review of the literature*. Canadian Family Physician, 48, 72-80

Socialstyrelsen (2007). *Hälso- och sjukvården – lägesrapport 2007*. Hämtad 2009-05-07 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2008/2008-131-7>

Socialstyrelsen (2009<sup>a</sup>). *Folkhälsorapporten 2009*. Hämtad 2009-05-07 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71>

Socialstyrelsen (2009<sup>b</sup>). *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009*. Hämtad 2009-05-07 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-72>

Statens folkhälsoinstitut (2008). *Livsstilsrapport 2008*. Hämtad 2009-05-07 från <http://www.fhi.se/sv/Statistik-uppfoljning/Folkhalsopolitisk-uppfoljning/Livsstilsrapport/>

Statens folkhälsoinstitut (2009<sup>a</sup>). *Levnadsvanor lägesrapport 2009*. Hämtad 2009-05-07 från <http://www.fhi.se/sv/Publikationer/Alla-publikationer/Levnadsvanor-Lagesrapport-2009/>

Statens folkhälsoinstitut (2009<sup>b</sup>). *Folkhälsopolitikens elva målområden*. Hämtad 2009-05-07 från <http://www.fhi.se/sv/Om-oss/Folkhalsopolitikens-malomraden/>

Statens folkhälsoinstitut (2009<sup>c</sup>). *Motiverande samtal i primärvården*. Hämtad 2009-05-07 från <http://www.fhi.se/sv/Publikationer/Alla-publikationer/Motiverande-samtal-i-primarvarden/>

Sveriges Riksdag. *Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)*. Hämtad 2009-05-08 från <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763>

WHO. (2003). *Does peer education work in Europe, no. 56*. Hämtad 2009-05-20 från <http://www.euro.who.int/document/ens/en56.pdf>

WHO. (2008). *Geneva: World health organization; c2008*. Hämtad 2010-05-23 från: <http://apps.who.int/infobase/report.aspx>

#### 7.1 Referenslista litteraturbaserad studie

Aittasalo, Minna., Miilunpalo, Seppo., Ståhl, Timo., Kukkonen- Harjula, Katriina. (2006) *From innovation to practice: initiation, implementation and evaluation of physician- based physical activity promotion programme in Finland*. Health promotion International, 1, 19-27.

Blomstrand, Ann., Lindqvist, Peter., Enocsson Carlsson, Ingrid., Pedersen, Niels., Bengtsson, Calle. (2005). *Low budget method for lifestyle improvement in primary*

*care, experience from the Göteborg health profile project. Scandinavian Journal of primary health care, 23, 82-87.*

Booth, Alison O., Nowson, Caryl A., Huang, Nancy., Lombard, Catherine., Singleton, Kate L. (2006). *Evaluation of a brief pilot nutrition and exercise intervention for the prevention of weight gain in general practice patients. Public Health, 9, (8), 1055-1061.*

Butler, Christopher C., Rollnick, Stephen., Cohen, David., Bachmann, Max., Russell, Ian. Stott, Nigel. (1999). *Motivational consulting versus brief advice for smokers in general practice: a randomized trial. British Journal of General Practice, 49, 611- 616*

Calfas, Karen J., Sallis, James F., Zabinski, Marion F., Wilfley, Denise E., Rupp, Joan., Prochaska, Judith J., Thomson, Sheri., Pratt, Michael., Patrick, Kevin. (2002) *Preliminary Evaluation of a Multicomponent Program for Nutrition and Physical Activity Change in Primary Care: PACE+ for Adults. Preventive Medicine, 34, 153-161.*

Carlford, S., Nilsen, P., Leijon, M., Andersson, A., Johansson, K., Bendtsen, P. (2009). *Computerized lifestyle intervention in routine primary health care: Evaluation of usage on provider and responder levels. Patient Education and counseling, 75, 238-243.*

Handley, Margarete., Magregor, Kate., Schillinger, Dean., Sharifi, Claire., Wong, Sharon., Bodenheimer, Thomas. (2006). *Using Action Plans to Help Primary Care Patients Adopt Healthy Behaviors: A Descriptive Study. J Am Board Fam Med, 19, 224-31.*

Hardcastle, Sarah., Taylor, Adrian., Bailey, Martin., Castle, Richard. (2008). *A randomized controlled trial on the effectiveness of a primary health care based counseling intervention on physical activity, diet and CHD risk factors. Patient education and counseling, 70, 31-39.*

Macgregor, Kate., Handley, Margaret., Wong, Sharon., Sharifi, Claire., Gjeltema, Ken., Shillinger, Dean., Bodenheimer, Thomas. (2006). *Behaviour-Change Action Plans in Primary Care: A Feasibility Study of Clinicians. J Am Board Fam Med, 19, 215-23.*

Ockene, Judith K., Wheeler, Elizabeth V., Adams, Abigail., Hurley, Thomas G., Herbert, James. (1997). *Provider Training for Patient- Centered Alcohol Counseling in a Primary Care Setting. Arch Intern Med. 20, 2334-2341.*

Sargeant, Joan., Valli, Michel., Ferrier, Suzanne., Macleod, Heather. (2008). *Lifestyle counseling in primary care: opportunities and challenges for changing practice. Medical teacher, 30, 185-191.*

Woolf, Steven H., Krist, Alex H., Johnson, Robert E., Wilson, Diane B., Rothemich, Stephen F., Norman, Gregory J., Devers, Kelly J. (2006). *A Practice- Sponsored Web*

*Site to Help Patients Pursue Healthy Behaviors: An ACORN Study.* Annals of family medicine, 2, 148-152.