



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Institutionen för kost- och idrottsvetenskap

# Hälsolyftets ettårsuppföljning

**Vilka deltog inte och varför?**

**Hanna Partheen**

**Magisteruppsats, 30 hp**

Kostvetenskap

Handledare: Christina Berg

Examinator: Ann Gleerup

Datum: September, 2010



# GÖTEBORGS UNIVERSITET

Institutionen för kost- och idrottsvetenskap  
Box 320, SE 405 30 Göteborg

Titel: Hälsolyftets ettårsuppföljning. Vilka deltog inte och varför?

Författare: Hanna Partheen

Typ av arbete: Magisteruppsats i kostvetenskap

Handledare: Christina Berg

Examinator: Ann Gleerup

Kurs: MHA 303, Uppsats, avancerad nivå, 30 hp

Antal sidor: 47

Datum: september, 2010

## Sammanfattning

Hälsolyftet är ett hälsofrämjande arbete som startades inom primärvården på Hisingen i Västra Götalandsregionen 2007. Hälsolyftet har arbetat utifrån en självinstruerande hälsoprofil och motiverande samtal, samt erbjudit en mångfald av åtgärder för dem som önskat stöd i livsstilsförändringar. Målgruppen har varit vuxna mellan 18 och 79 år. Denna studie är en analys av bortfallet bland dem som valt att delta i Hälsolyftet, men som inte kommit till uppföljningen som ägde rum efter ett år. Analyserna bygger på data från en av de åtta vårdcentralerna som ingått i Hälsolyftets arbete. Totalt deltog 427 personer i ett första hälsosamtal, men 157 av dem (36,8%) deltog inte i ettårsuppföljningen. Studien syftar dels till att svara på *vilka* som inte deltagit och dels till att ge en bild av *varför* några av dem inte deltagit. Skillnader i deltagande mellan olika grupper undersöktes statistiskt genom Chitvå-test eller Mann-Whitney U-test. Resultatet visade ett högre bortfall bland yngre personer samt personer födda utanför Norden. Ett högre bortfall identifierades också hos personer som enligt hälsoprofilen låg i riskzonen för stress. Överviktiga personer samt personer med hög midja-stusskvot deltog däremot i ettårsuppföljningen i högre utsträckning än de som var normalviktiga och hade lägre midja-stusskvot. Resultaten från undersökningen pekar på att bortfallet inte hade några samband med flertalet av de livsstilsrelaterade riskzonerna, valt livsstilsområde för förändring, upplevd hälsa eller engagemang till livsstilsförändringar. Tolv personer som inte deltagit i ettårsuppföljningen intervjuades via telefon. Hos dessa personer varierade orsakerna till att inte ha deltagit. Den orsak som flest angav var att ha mycket annat att göra eller att inte ha tid, detta tolkades i vissa fall som brist på motivation och i andra fall som att deras livssituation innebar begränsade möjligheter att delta. Både att ha lyckats med livsstilsförändringar samt det motsatta var också anledningar till att inte delta. En majoritet av dem som intervjuats uppgav dock att de hade genomfört någon form av livsstilsförändring tack vare sitt deltagande i Hälsolyftet. Personerna som intervjuades befann sig vid tillfället för telefonintervjun på olika stadier i förändringsprocessen, från *före begrundande* till *vidmakthållande*, enligt den transteoretiska modellen. Ett par av intervjudeltagarna hade flyttat från området och några mindes inte varför de inte deltagit i sin ettårsuppföljning. Genom att utföra intervjuerna i närmre anslutning till att personerna inte dykt upp för uppföljning skulle mer information kring bortfall kunna inhämtas. Att intervjua ett större antal personer skulle också kunna möjliggöra att resultaten kan generaliseras, vilket kan bidra till ökad kunskap inför liknande framtida interventioner.

**Nyckelord:** bortfall, hälsofrämjande, primärvård, livsstilsintervention



## UNIVERSITY OF GOTHENBURG

Department of Food and Nutrition and Sport Science  
Box 320, SE 405 30 Göteborg, Sweden

Title: The one-year follow-up of Hälsolyftet. Who did not participate and why?

Author: Hanna Partheen

Type of paper: Thesis, Master of science with a major in Food and Nutrition

Tutor: Christina Berg

Examiner: Ann Gleerup

Course: MHA303, Thesis, advanced level, 30 ECTS

Number of pages: 47

Date: September, 2010

### Abstract

Hälsolyftet is a health-promoting intervention program, initiated within the primary care on Hisingen, Västra Götalandsregionen, in Sweden 2007. Hälsolyftet is based on self-documenting health profiles, Motivational Interviewing and a variety of possibilities for those who wish to receive support in life style changes. The target group was adults aged 18-79 years. This study is a dropout analysis of the persons choosing to participate in Hälsolyftet but who did not attend the one-year follow-up. The study is based on data from one of the eight primary health care centers within Hälsolyftet. A total of 427 persons participated in the first counseling session and the dropout rate was 157 (36, 8 %). The aim was to study characteristics among dropouts from the one year follow-up and to collect information about why some of them did not participate. Differences in participation among groups were analyzed statistically using Chi-square or Mann-Whitney U-tests. The dropout rate was higher among young persons, persons born in a non-Nordic country, and persons in the stress risk zone according to the health profile. Overweight persons and persons with a high Waist Hip Ratio (WHR) were more likely to participate than those with normal weight and lower WHR. The results from this study also indicate that failure to participate in the one-year follow-up was not related to the majority of the life style risk zones, chosen life style to change, perceived health or the possibility of engaging in life style changes. Twelve persons who did not attend the one-year follow-up were interviewed. Reasons for the dropout varied among the persons. The most common explanation was being busy or not having enough time. Sometimes lack of motivation seemed to be the cause whereas sometimes their life circumstances caused obstacles to participate. Both to succeed with life style changes and the opposite were reasons to not participate in the one-year follow-up. A majority reported that they made some kind of life style change due to their involvement in Hälsolyftet. The persons were at the time of the interview at different stages in the process of change, from *precontemplation* to *maintenance*, according to the transtheoretical model of change. A couple of the persons interviewed had moved from the area and some of the persons said they could not remember why they did not participate. More accurate information about dropouts may be collected by interviewing them closer to the time of participation decline. Including a greater number in the phone interviews may also improve the possibility of generalizing the results, which can contribute knowledge for future interventions.

**Keywords:** dropout, health promotion, primary care, lifestyle intervention

## Innehåll

1. Inledning .....	4
2. Bakgrund.....	5
2.1 Hälsa och folkhälsoarbete.....	5
2.1.1 Hälsöfrämjande arbete .....	6
2.2 Mål för folkhälsoarbetet .....	6
2.3 Folkhälsan i Sverige .....	7
2.3.1 Ojämligheter i hälsa.....	8
2.4 Livsstil och hälsa.....	9
2.5 Beteendeförändring enligt den transteoretiska modellen.....	10
2.5.1 Återfallsprevention.....	11
2.6 Motiverande samtal.....	12
2.7 Bortfall och bias.....	12
2.8 Hälsolyftet på Hisingen .....	15
3. Syfte .....	17
3.1 Frågeställningar .....	17
4. Metod.....	18
4.1 Kvantitativ delstudie .....	18
4.1.1 Databesamling .....	18
4.1.2 Statistisk analys .....	19
4.2 Kvalitativ delstudie .....	19
4.2.1 Urval .....	20
4.2.2 Tillvägagångssätt.....	20
4.2.3 Pilotintervjuer.....	21
4.2.4 Bearbetning och analys.....	21
4.2.5 Den kvalitativa studiens tillförlitlighet .....	22
4.2.6 Etik i studien .....	22
5. Resultat.....	23
5.1 Resultat från statistiska analyser .....	23
5.1.1 Deltagande och bortfall bland män och kvinnor och i olika åldrar .....	23
5.1.2 Bortfall i olika demografiska grupper.....	23
5.1.3 Bortfall i relation till riskzoner enligt hälsoprofilen och BMI .....	26
5.1.4 Bortfall i relation till de livsstilsområden som valdes för förändring .....	26
5.1.5 Bortfall och upplevd hälsa samt möjlighet till engagemang vid start .....	29
5.2 Resultat från intervjuer .....	30
5.2.1 Anledningar att inte delta i ettårsuppföljningen.....	30
5.2.2 Livsstilsförändringar .....	31
5.2.3 Svårigheter med att bibehålla eller förändra vanor .....	33
5.2.4 Primärvårdens roll i livsstilsförändringar .....	35
6. Diskussion .....	38
6.1 Metoddiskussion .....	38
6.2 Resultatdiskussion .....	39
7. Slutsats.....	43
8. Referenser .....	44

## Bilaga - Intervjuguide

## 1. Inledning

Det finns tydliga samband mellan människors livsstil och hälsa. Studier pekar på att många fall av hjärt- kärlsjukdomar och cancer, vilka hör till några av Sveriges största folkhälsoproblem, skulle kunna motverkas genom förändrade levnadsvanor. För att främja en hälsosam livsstil och förebygga sjukdomar bedrivs folkhälsoarbete utifrån mål och riktlinjer på olika nivåer. Ett av Sveriges nationella målområden är *En hälsofrämjande hälso- och sjukvård*. Inom ramen för detta mål lyfts primärvården som en viktig aktör då den kommer i kontakt med många människor och människor i olika åldersgrupper. Ett viktigt mål för folkhälsopolitiken är också att utjämna de olikheter i hälsa som finns mellan olika grupper.

Under 2007 påbörjades ett hälsofrämjande arbete inom primärvården på Hisingen i Västra Götalandsregionen, Hälsolyftet. Hisingen är ett område med höga ohälsotal och syftet med Hälsolyftet har varit att fånga upp livsstilsrelaterade problem bland de sökande på vårdcentralerna samt ge inspiration till en hälsosam livsstil. Vid avdelningen för allmänmedicin vid Göteborgs universitet påbörjades samtidigt en omfattande forskningsstudie kring Hälsolyftet.

Mitt intresse för Hälsolyftet väcktes i samband med en arbetsmarknadsdag vid Göteborgs universitet, då en av hälsopedagogerna i det som skulle bli Hälsolyftet, berättade om den omfattande hälsofrämjande satsning som skulle äga rum inom primärvården på Hisingen. Min uppfattning var att Hälsolyftet hade potential att nå många av Hisingens invånare och hade goda möjligheter att inspirera och stödja människor i livsstilsförändringar genom den kompetens och samling av möjliga åtgärder som fanns tillgängliga inom de olika livsstilsrelaterade områdena. Med anledning av detta har det naturligtvis varit spännande att följa Hälsolyftets arbete och se om det också kunde generera mätbara resultat i den uppföljning av deltagarna som ägde rum ett år efter att de träffat en hälsopedagog eller disktriktsköterska i ett hälsosamtal.

Det är av stor vikt att de interventioner och projekt som bedrivs både är effektiva och når rätt personer. I de flesta studier och livsstilsinterventioner förekommer bortfall bland deltagarna. Inte sällan ses ett högre bortfall hos grupper med sämre hälsa. Ett högt bortfall från en särskild grupp kan innebära risk för felkällor som påverkar resultatet och därmed de slutsatser som dras av studien. Många studier inriktas på att undersöka bortfall i förhållande till olika grupper, men sällan undersöks *orsaker* till bortfall och anledningar att inte delta i en studie eller intervention. I studier som undersökt orsaker till bortfall i interventioner har det framkommit att bland annat brist på motivation och tid, besvikelse över organisation och att inte ha genomfört livsstilsförändringar har varit anledningar att inte delta i interventionen. För dem som arbetat med Hälsolyftet på Hisingen har det varit av stort intresse att öka kunskapen kring varför en del väljer att inte delta i Hälsolyftets ettårsuppföljning. Den här studien består därför av två delar, en kvantitativ undersökning, som analyserar samband mellan bortfall och olika grupper. Studien består också av en kvalitativ del som belyser orsaker till bortfall hos några av dem som inte deltagit i ettårsuppföljningen vid en av vårdcentralerna i Hälsolyftet.

## 2. Bakgrund

I bakgrunden ges inledningsvis en beskrivning av vad hälsa och folkhälsoarbete innebär samt en översikt över folkhälsan i Sverige. Därefter ges en inblick i sambanden mellan livsstil och hälsa samt metoder att arbeta hälsofrämjande med livsstilsförändringar. Bakgrunden avslutas sedan med en skildring av bortfall i olika studier samt en beskrivning av Hälsolyftet på Hisingen.

### 2.1 Hälsa och folkhälsoarbete

Hälsa är ett mycket brett begrepp, vilket det finns flera definitioner av. Enligt Pellmer och Wramner (2007) kan man se två huvudinriktningar vad det gäller hälsodefinitioner. Den ena inriktningen är biomedicinsk och menar att hälsa är frånvaro av sjukdom, en inriktning som lägger stor vikt vid kroppen och dess organ. Den andra inriktningen är humanistisk och har utgångspunkten i hälsan och som människan i samspel med sin omgivning. Den vanligaste definitionen av hälsa är troligen den från WHO: s konstitution 1948. Där beskrivs hälsa som ”ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och ej blott frånvaro av sjukdom eller handikapp” (WHO, 2003). WHO: s definition av hälsa från 1948 har kritiserats för att vara ouppnåelig, sedermera har det också betonats att hälsa ska ses som en resurs i vardagen och inte som ett mål i livet (Pellmer & Wramner, 2007).

När man talar om hälsa på befolkningsnivå används ofta termen folkhälsa, ett begrepp som kan definieras enligt följande:

Folkhälsa är ett begrepp som beskriver hälsa, sjuklighet och dödlighet liksom levnadsvanor, hälsorisker och skyddsfaktorer för hälsa i olika befolkningsgrupper. Begreppet innefattar inte bara summan av individernas hälsa utan även mönster av större eller mindre olikheter i hälsa som råder mellan olika grupper inom befolkningen. (Pellmer & Wramner, 2007, s.13)

I folkhälsoarbete ingår både preventivt (sjukdomsförebyggande) och hälsofrämjande arbete (Pellmer & Wramner, 2007). Båda arbetssätten syftar till att förbättra folkhälsan, men det finns olikheter mellan de båda arbetssätten. Det hälsofrämjande arbetet riktar sig oftast till en hel befolkning eller grupp medan preventivt arbete riktar sig till riskgrupper. Det preventiva arbetet syftar till att förhindra det som är skadligt och utförs i stor utsträckning av expertgrupper. Det finns också olika nivåer av preventivt arbete: primärt, sekundärt och tertiärt. Vaccinationer är ett exempel på primärprevention, en insats som görs för att förhindra sjukdom. Sekundärprevention är insatser som sätts in i syfte att upptäcka och behandla en sjukdom tidigt, till exempel genom mammografi eller att kontrollera blodtryck och sätta in medicinering. Tertiärprevention är till för dem som redan drabbats av en sjukdom men behöver hjälp att lindra följderna av den. I detta ingår rehabilitering men också en anpassning av närmiljön.

Screening kan utgöra en del av det preventiva arbetet. Screening innebär tester eller undersökningar i syfte att påvisa en sjukdom eller riskfaktor hos till synes friska individer (Janlert, 2000). Alla sjukdomar och riskfaktorer lämpar sig inte för screeningverksamhet. Det finns därför vissa kriterier som bör uppfyllas. Kriterierna innehåller bland annat krav på att sjukdomen ska vara ett allvarligt hälsoproblem, att den ska kunna behandlas och att kostnaderna för screeningen skall vara rimliga i förhållande till utgifterna för vården. Det finns olika typer av screening, exempelvis massscreening där en hel population undersöks och riktade undersökningar då grupper som exponerats för något skadligt undersöks (Pellmer & Wramner, 2007). Undervisande screening (educational screening) är en typ av screening som används i samband med hälsouppläsning (Janlert, 2000). Undervisande screening syftar inte

till att hitta de människor som bär på särskilt stor risk för en viss sjukdom. Istället är syftet att främja ett hälsosamt beteende och minska riskerna för sjukdomar hos människor oberoende av hur deras hälsa ser ut vid screeningtillfället. Pellmer och Wramner (2007) nämner också *opportunistisk screening* vilket är tester som genomförs på patienter som söker sig till sjukvården av någon annan anledning än att ingå i screening.

### 2.1.1 Hälsöfrämjande arbete

I det hälsöfrämjande arbetet tas det positiva och friska tillvara och arbetet kan utföras av många olika aktörer. WHO: s definition av hälsöfrämjande arbete lyder:

Hälsöfrämjande arbete är den process som ger människor möjligheter att öka kontrollen över sin hälsa och att förbättra den. För att nå ett tillstånd av fullständigt fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande måste individen eller gruppen kunna identifiera sina strävanden och bli medveten om dem, tillfredställa sina behov och förändra eller bemästra miljön. Hälsa ska därför ses som en resurs i vardagslivet och inte som målet i tillvaron. (Pellmer & Wramner, 2007, s. 20)

Någon som haft stor betydelse för det hälsöfrämjande tankesättet är den medicinska sociologen Aaron Antonovsky (Antonovsky, 1991). Antonovksy presenterade det salutogenetiska förhållningssättet, vilket enligt honom själv bör komplimentera det patogenetiska. I det salutogenetiska synsättet ser man hälsa som ett kontinuum med två poler. Istället för att, som i det patogenetiska synsättet, fråga sig vad som gör att en människa drabbas av en viss sjukdom, undersöker man vad det är som gör att en människa rör sig mot den friska polen på kontinuumet. Den salutogenetiska infallsvinkeln innebär alltså att undersöka och fråga sig vad som får människor att förbli friska eller uppnå ännu bättre hälsa.

## 2.2 Mål för folkhälsoarbetet

Arbetet med att främja folkhälsa och förebygga sjukdom bedrivs utifrån mål och riktlinjer på olika nivåer. Enligt WHO: s *Hälsa 21* ska alla medlemsstater år 2010 ha försäkrat sig om att professionerna inom hälso- och sjukvården och i andra samhällssektorer fått tillräckliga kunskaper om och tillägnat sig ett positivt förhållningssätt till hälsoarbete samt utvecklat färdigheter i att skydda och främja hälsa (Socialdepartementet, Folkhälsoinstitutet, Socialstyrelsen och Nationella Folkhälsokommittén, 1999). I *Hälsa 21* återfinns även ett mål om Jämlik hälsa som syftar till att hälsoklyftorna mellan socioekonomiska grupper inom respektive medlemsland ska minska till år 2020.

I Sverige är det övergripande målet för folkhälsopolitiken att ”Skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen” (Ågren, 2003, s.3). Det understryks också att folkhälsoarbetet främst ska rikta sig till de grupper som idag har sämst hälsa. Även Västra Götalandsregionens folkhälsopolitiska policy från 2009 som ska ge vägledning till förebyggande och främjande hälsoarbete utgår ifrån principen om att utjämna olikheterna i hälsa (Västra Götaland, 2009).

Inom ramen för det övergripande folkhälsomålet finns elva stycken målområden där bland annat Fysisk aktivitet, Matvanor samt Tobak och alkohol finns representerade (Statens folkhälsoinstitut, 2009a). Landsting och regioner nämns som viktiga aktörer för att öka förutsättningarna för fysisk aktivitet i befolkningen och även för att minska befolkningens bruk av alkohol och tobak. Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård är också ett målområde i sig. I *Den nya folkhälsopolitiken. Nationella mål för folkhälsan*, tar Ågren (2003) upp att hälso- och sjukvården har ett lagfäst ansvar att arbeta förebyggande med befolkningens hälsa men att

detta arbete har brister. Vården bör bli mer inriktad på förebyggande och hälsofrämjande arbete och också inta en helhetssyn på människors problem. Ågren (2003) menar vidare att de möjligheter som finns att arbeta med interventioner inom fysisk aktivitet, matvanor, alkohol och tobak inte utnyttjas. Istället för livsstilsinriktade insatser används läkemedel i stor utsträckning, trots att råd om livsstil i hälso- och sjukvården framhålls som mycket kostnadseffektiva. Ågren (2003) framhåller också primärvården som en särskilt viktig aktör då den kommer i kontakt med många människor och människor i olika åldersgrupper. Sjukvården är också betydelsefull i folkhälsoarbetet i och med den specifika och breda kunskap om hälsa som finns där, samt den auktoritet den har.

### **2.3 Folkhälsan i Sverige**

På uppdrag av regeringen utkommer vart fjärde år en folkhälsorapport som ger en översikt av folkhälsan i Sverige och som delvis ligger till grund för folkhälsopolitiken. I rapporten från 2009 beskrivs att ett av de största folkhälsoproblemen idag är den stora andelen människor med hjärt- och kärlsjukdomar (Socialstyrelsen, 2009). Enligt folkhälsorapporten från 2005 (Socialstyrelsen, 2005) var över en miljon svenskar drabbade och hjärt- kärlsjukdomarna orsakade nästan hälften av alla dödsfall i Sverige. Till hjärt- och kärlsjukdomar räknas hjärtinfarkt, hjärtsvikt och stroke. Trots att siffrorna för dödlighet i dessa sjukdomar är dystra har en mycket positiv utveckling skett under de senaste tjugo åren, dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar har minskat kraftigt på grund av att färre människor insjuknar och fler överlever hjärtinfarkter och stroke (Socialstyrelsen, 2009). Den positiva utvecklingen tros bland annat bero på att svenskarna röker i mindre utsträckning samt att blodfetterna hos befolkningen minskat.

Näst efter hjärt- kärlsjukdomar är det cancer som är den främsta dödsorsaken i Sverige, cirka en femtedel av alla svenskar dör i sjukdomen (Pellmer & Wramner, 2007). Cancer, och inte hjärt- kärlsjukdomar är också den vanligaste dödsorsaken bland män och kvinnor i åldern 45-64 år (Socialstyrelsen, 2009). En tredjedel av alla svenskar kommer att drabbas av cancer någon gång under sin livstid (Pellmer & Wramner, 2007). Cancer, som är ett samlingsbegrepp för olika typer av tumörsjukdomar, orsakas av genetiska skador i cellerna. Vissa former av cancer är ärftliga, men sjukdomarna kan också påverkas av livsstilsfaktorer som alkohol, tobak och matvanor. Enligt Pellmer och Wramner (2007) skulle ungefär två tredjedelar av all cancer kunna förebyggas genom förändrade levnadsvanor.

Övervikt och bukfetma är riskfaktorer för diabetes och hjärt- kärlsjukdomar samt en rad andra sjukdomar såsom sömnapné, astma och cancer i bland annat tjocktarm, livmoder och bröst (Socialstyrelsen, 2009). Ett vanligt sätt att bedöma övervikt och fetma är att använda BMI (body mass index). BMI är ett index som visar hur mycket någon väger i förhållande till sin längd (WHO, 2006). BMI beräknas genom att dividera en persons vikt med längd i kvadrat ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). Enligt WHO klassificeras ett BMI på 25 och uppåt övervikt. Ett BMI på 30 och däröver indikerar fetma. BMI-skalan är baserad på vilken effekt kroppsvikten har på sjuklighet och dödlighet. Gränserna för övervikt och fetma är samma för kvinnor och män och måttet tar inte hänsyn till kroppssammansättning. Andelen människor med övervikt och/eller fetma ökade mellan 1980 och 2005. Idag är hälften av alla män och en tredjedel av alla kvinnor överviktiga eller feta enligt egenrapporterade uppgifter, trots att ökningstakten har minskat de senaste åren. Hur kroppsfettet är fördelat påverkar emellertid också sjukdomsrisk. Övervikt med stor andel lokaliserat till buken innebär högre risk att drabbas av sjukdom än då fettet sitter på stuss och lår (Widmaier, 2006). Detta beror på att fettet inne i buken har stor betydelse för ämnesomsättningen då det tillsammans med andra organ i



kroppen påverkar aptiten samt nivåerna av insulin, blodfetter och blodsocker (Socialstyrelsen, 2009). Ett sätt att bedöma bukfetma är att beräkna kvoten mellan midja och stuss. Midjan mäts då mellan höftkammen och nedersta revbensbågen och stussen mäts där omkretsen är som störst. Enligt Socialstyrelsen (2009) innebär en kvot under 0,9 för män och 0,85 för kvinnor normalvärden.

Även psykisk ohälsa räknas till de stora folksjukdomarna, men den psykiska ohälsan är svår att mäta i befolkningen (Pellmer & Wramner, 2007). Sedan 1980-talet har svenskarnas psykiska ohälsa ändock bedömts öka (Socialstyrelsen, 2009). Stress kan ses som en obalans mellan krav och resurser, och utgör en stor del av den psykiska ohälsan. Stress är idag snarare psykisk och psykosocial än fysisk. Långvarig stress kan så småningom bidra till depression, utmattningssyndrom, hjärt- kärlsjukdom och diabetes.

Hjärt- kärlsjukdomar orsakar inte bara lidande för den som drabbas utan innebär stora kostnader för samhället. Enligt Hjärt- lungfondens Hjärtrapport 2009 uppgick kostnaderna för sjukhusvård av hjärtinfarkter och andra hjärtsjukdomar till 2 miljarder kronor år 2007 (Hjärt- lungfonden, 2009). Därutöver tillkom en lika stor summa för operationer samt 3,4 miljarder kronor för kostnader av läkemedel.

### **2.3.1 Ojämligheter i hälsa**

Ohälsan i Sverige är ojämnt fördelad och har varit det under en lång tid (Socialstyrelsen, 2009). Ohälsan skiljer sig åt mellan ålder och kön, geografiska områden, utbildningsnivå, social bakgrund och människor från olika länder. Övervikt, fetma och högt midjeomfång är till exempel vanligare i lägre socialgrupper samt bland lågutbildade och på landsbygden. Det är också dubbelt så vanligt med fetma bland kvinnor som är födda utanför Norden jämfört med dem som är födda i Norden. Män födda utanför Norden verkar tvärt emot vara feta i mindre utsträckning än män födda i Norden.

Ett vanligt mått för att mäta folkhälsoutvecklingen är medellivslängd, vilken internationellt sett är hög i Sverige (Socialstyrelsen, 2009). År 2008 var medellivslängden 83,1 år för kvinnor och 79,1 år för män. Dessa olikheter för män och kvinnors medellivslängd har minskat kraftigt under de senaste två decennierna. Skillnaden i medellivslängd mellan människor med olika utbildningsnivå har däremot bara ökat sedan 1990-talet. En annan skillnad som ses mellan lågutbildade och högutbildade är att hjärt- kärlsjukdomar och cancer är vanligare hos dem med låg utbildning. I gruppen 30-74 år är risken att dö dubbelt så stor hos dem som endast har grundskoleutbildning jämfört med dem som har eftergymnasialutbildning (Socialstyrelsen, 2009). Allt fler arbetare lider också av hälsobesvär jämfört med tjänstemän. Fler människor utbildar sig numera vilket tros vara en av orsakerna till minskad dödsfrekvens och ökad medellivslängd.

En skillnad som inte kan förklaras av utbildningsnivå är att invandrare, från bland annat länder i Mellanöstern, Finland, Asien, Balkan och Turkiet i högre utsträckning drabbas av hjärt- kärlsjukdomar än människor födda i Sverige (Socialstyrelsen, 2009). Även diabetes är vanligare bland människor födda utanför Europa.

Vad det gäller skillnader i dödorsak mellan kvinnor och män dör män i högre utsträckning än kvinnor i hjärt- kärlsjukdom, lungcancer, olyckor, självmord och alkoholrelaterad död. Den enda stora dödsorsaken som är vanligare bland kvinnor än män, och då endast bland yngre kvinnor, är cancer (Socialstyrelsen, 2009).

## 2.4 Livsstil och hälsa

Det finns tydliga samband mellan människors livsstil och deras hälsa (Socialstyrelsen, 2009). Den internationella studien INTERHEART pekade på att hela 90 % av alla hjärtinfarkter orsakades av faktorer som är möjliga att påverka (Yusuf m.fl., 2004). Flera av de riskfaktorer som ger hjärt- och kärlsjukdom går att påverka antingen genom läkemedelsbehandling och/eller livsstilsförändringar (Socialstyrelsen, 2009). Fördelen med en livsstilsförändring är att den kan påverka flera riskfaktorer samtidigt medan läkemedel oftast bara ger effekt på en enskild riskfaktor. Kost, motion, rökning, alkohol och övervikt är några faktorer som påverkar risken att insjukna i hjärt- kärlsjukdom och som även har effekt på andra sjukdomstillstånd.

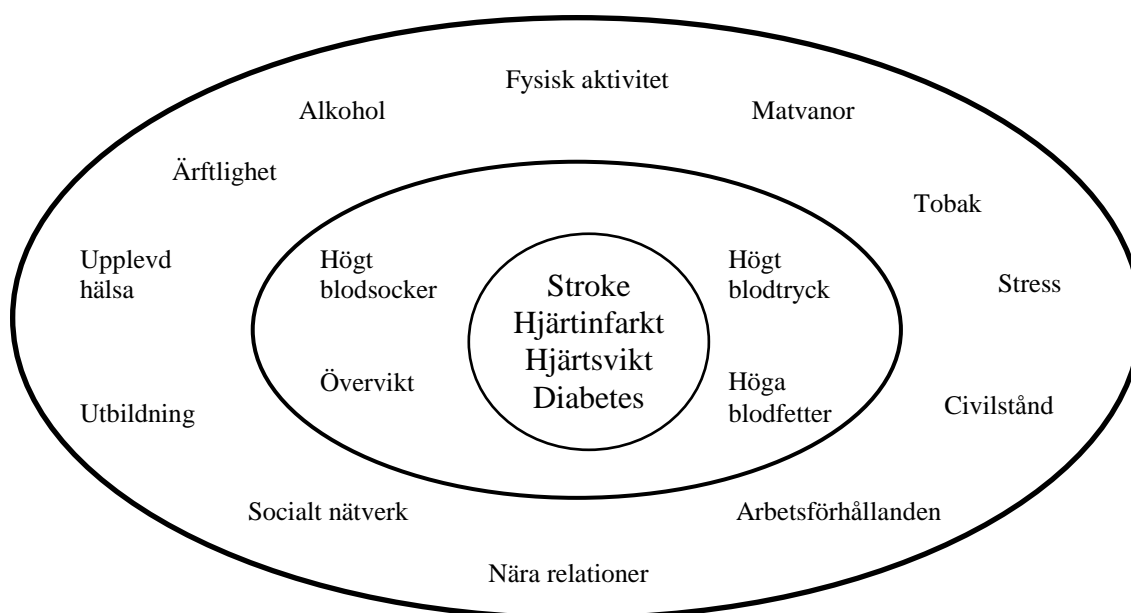
Livsmedelsverket ger kostrekommendationer som är till för att ge vägledning till matvanor som inte bara tillgodoser näringsbehovet utan även förebygger sjukdomar som diabetes, hjärt-kärlsjukdom och vissa former av cancer. Vad det gäller svenskarnas matvanor skulle de flesta behöva öka konsumtionen av frukt och grönsaker, fisk samt fullkornsprodukter för att nå upp till Livsmedelsverkets rekommendationer (Livsmedelsverket, 2010). Därtill skulle de flesta behöva minska konsumtionen av salt och energitäta livsmedel som godis, glass, snacks, läsk och alkohol.

Motion kan definieras som fysisk aktivitet som utförs medvetet för att förbättra den fysiska kapaciteten och fysisk aktivitet kan definieras som all typ av rörelse som utförs av skelettmuskulaturen (Socialstyrelsen, 2009). Regelbunden fysisk aktivitet och motion har positiva effekter på en mängd olika sjukdomstillstånd som till exempel hjärt- kärlsjukdom, diabetes, tjocktarmscancer samt depression och har även positiva effekter på immunförsvar, kondition och muskelstyrka. Enligt den nationella folkhälsoenkäten som utfördes 2004-2007 nådde cirka 65 % av alla män och kvinnor upp till rekommendationerna om minst 30 minuters fysisk aktivitet om dagen (Statens folkhälsoinstitut, 2008). En mer fysiskt aktiv befolkning skulle vara den åtgärd som ger bland de största positiva effekterna på folkhälsan. Dessutom skulle kostnaderna för sjukvården minska markant om alla följde rådet om minst 30 minuter motion om dagen.

Tobaksrökning är den största orsaken till sjukdom och förtida död i Sverige (Statens folkhälsoinstitut, 2009b). Över en miljon svenskar röker och att snusa är ungefär lika vanligt. Den som röker skadar inte bara sig själv utan även människor i sin omgivning som utsätts för passiv rökning. De vanligaste följsjukdomarna av rökning är hjärt- kärlsjukdom, KOL (kronisk obstruktiv lungsjukdom) och lungcancer. Tobaksrökning är vanligare bland lågutbildade, arbetslösa, sjukskrivna och hos dem med lägre inkomst.

Enligt den nationella folkhälsoenkäten var 17 % av männen och 10 % av kvinnorna riskbrukare av alkohol (Statens folkhälsoinstitut, 2009b). Alkohol påverkar många organ i kroppen och ett riskbruk kan bland annat bidra till leverskador, hjärt- kärlsjukdom, vissa former av cancer och hjärnskador. Ofta finns det också samband mellan alkoholkonsumtion, olycksfall och våld.

Genom hälsofrämjande och preventiva insatser finns möjligheten att uppmuntra människor till en mer hälsosam livsstil som inte bara höjer livskvalitén utan förhindrar eller fördröjer sjukdom, lidande och förtida död. I figur 1 ges en överblick av de levnadsvanor och riskfaktorer som påverkar hjärt- kärlsjukdom och diabetes.



**Figur 1.** Levnadsvanor och riskfaktorer för hjärt- kärlsjukdom och diabetes (Socialstyrelsen, 2009 s. 203).

## 2.5 Beteendeförändring enligt den transteoretiska modellen

Livsstilsförändringar i befolkningen som innebar mer hälsosamma vanor skulle medföra positiva effekter för hälsa och livskvalité samt samhällsekonomi (Statens folkhälsoinstitut, 2008). Att förändra en livsstil innebär att förändra ett beteende, något som är svårt oavsett vilket beteende det rör sig om. För att förändra ett beteende krävs motivation. Motivation kan definieras som den process som påverkar riktning, vidhållande, och kraft i målinriktat beteende (Passer & Smith, 2007). Motivationen är som starkast då den kommer från sann, inre vilja och är mindre stark då den uppkommer av skuld känslor eller mutning (Faskunger & Hemmingson, 2005).

Det finns en rad olika modeller vars syfte är att försöka förstå eller förklara människors beteende eller beteendeförändringar inom hälsorelaterade områden. Interventioner som baseras på en teori har i många fall också visat ytterligare effekter jämfört med interventioner som inte baseras på någon teori. En av de mest använda modellerna för beteendeförändring är den transteoretiska modellen (Statens folkhälsoinstitut, 2008). Den transteoretiska modellen utvecklades av de amerikanska forskarna och psykologerna Prochaska, DiClemente och Norcross i början av 1980-talet. Modellen bygger på en kombination av olika betydelsefulla komponenter från psykoanalys, kognitiv terapi och tekniker för beteendeförändring (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1995). Prochaska, DiClemente och Norcross upptäckte att människors beteendeförändringar verkade ske genom en förflyttning mellan olika stadier. De menade också att människor använde olika tekniker för beteendeförändring, handlingsätt, i de olika stadierna. Kunskap om *förändringsstadierna* (stages of change) ska för bästa resultat användas tillsammans med bland annat *handlingsätt för förändring* (process of change), aktivitetsspecifik självtillit (self-efficacy) och motivationsbalans (Statens folkhälsoinstitut, 2008).

Förändringsstadierna, som beskriver personers förändringsbenägenhet, är mellan fem och sex till antalet (Prochaska, Redding & Evers, 2002). Det första stadiet brukar kallas *före begrundan* (precontemplation). I före begrundan -stadiet befinner sig människor som inte har

några planer på att förändra det aktuella beteendet. Detta kan bland annat bero på bristande kunskap om riskerna eller tidigare misslyckanden att förändra beteendet. Efter före begrundan-  
-stadiet kommer *begrundandestadiet* (contemplation). I detta stadium befinner sig de människor som har för avsikt att förändra ett beteende inom det närmsta halvåret. De förstår vinsten av ett förändrat beteende, men även nackdelarna, och funderar över sätt att gå till väga. En del människor blir kvar mycket lång tid i begrundandestadiet. I *förberedelsestadiet* (preparation), befinner sig de människor som ännu inte har förändrat beteendet men har för avsikt att göra det inom en snar framtid, vanligtvis inom en månad. Oftast har dessa människor någon gång testat det nya beteendet och har en plan för hur de ska gå till väga. Människor i *aktivitetsstadiet* (action) har lyckats med en beteendeförändring under de senaste sex månaderna. Stadiet bör dock fortfarande ses som en del i förändringsprocessen. Efter sex månader med ett nytt beteende anses människor komma till det stadium som kallas *vidmakthållandestadiet* (maintenance). I detta stadiet är människor mindre benägna att falla tillbaka till ett tidigare stadium i förändringsprocessen.

Människor i olika stadium använder olika handlingssätt för att förflytta sig vidare till nästa (Statens folkhälsoinstitut, 2008). Faskunger och Hemmingsson (2005) beskriver tio stycken handlingssätt, som de kallar förändringsstrategier. Med förändringsstrategier menas de sätt och metoder, tekniker och aktiviteter en människa använder för att ta sig vidare i förändringsarbetet, alltså *hur* förändringen går till. Strategierna är: insikt, känsloupplevelser, personlig omvärdering, social omvärdering, närmiljöalternativ, engagemang, socialt stöd, omgivningskontroll, frestelsehantering och belöning. Kännedom om de olika handlingssätten kan vara till hjälp vid utformning av olika interventioner. Enligt erfarenheter från tidigare studier av beteendeförändringar är det i de första förändringsstadierna lämpligt att använda de förändringsstrategier som är tankemässiga, känslomässiga och självvärderande. I senare stadier är det vanligare att använda sig av engagemang, beteendeanpassning, belöning, situationskontroll och socialt stöd för att nå aktivitetsstadiet eller vidmakthållandestadiet. Det har visat sig viktigt att använda rätt förändringsstrategi vid rätt stadium, vilket kan vara avgörande för om beteendeförändringen ska lyckas eller inte.

*Motivationsbalans* och *self-efficacy* är två begrepp som är betydelsefulla för förändringsprocessen (Statens folkhälsoinstitut, 2008). Motivationsbalans är den balans som finns mellan personliga för- och nackdelar med ett nytt beteende. Enligt Statens folkhälsoinstitut (2008) verkar det viktigare att sträva mot att stärka de positiva fördelarna istället för att minska de negativa. Self-efficacy är ett begrepp som till svenska översätts situations- eller aktivitetsspecifikt självförtroende eller självtillit. Self-efficacy är den tillit till sin egen förmåga eller det självförtroende som någon känner inför ett visst beteende eller situation. Self-efficacy handlar på så sätt om förmågan att hantera högrisksituationer (Prochaska, Redding & Evers, 2002).

### **2.5.1 Återfallsprevention**

Enligt den transteoretiska modellen sker förflyttning mellan stadierna både framåt och bakåt under förändringsprocessen. Det är inte ovanligt att drabbas av återfall under förändringsprocessen, vilket i sin tur kan leda till en förflyttning till ett tidigt stadium. Det är därför viktigt att arbeta med återfallsprevention (Statens folkhälsoinstitut, 2008). Återfallsprevention (eng. relapse prevention) är i sig en kognitiv beteendemetod som främst har använts i behandlingsarbete med alkohol- och narkotikamissbrukare. Återfallsprevention har även med framgång applicerats på livsstilsförändringar som till exempel nya matvanor (Lisspers & Nygren, 1992). I återfallsprevention är högrisksituationer en central del. Högrisksituationer är situationer som hotar individens kontroll över beteendet. Ofta är

högrisksituationerna gemensamma för många individer. Det viktiga i återfallsprevention är att identifiera dessa situationer för att kunna vara förberedd på hur man ska handskas med dem. En del situationer kanske går att undvika, en del kan man i förväg bestämma hur man ska agera kring. Några högrisksituationer kan uppstå på grund av oro och stress, då kan det vara lämpligt att lära sig olika avslappningsövningar och hur man hanterar stressen. Andra högrisksituationer kräver andra tankar och tekniker. Ett sätt för individer att inse sina egna högrisksituationer kan vara att få berätta om situationer där man frestas samt att föra dagbok en period för att hitta ännu fler.

De flesta som genomgår en livsstilsförändring drabbas någon gång av ett ”fall” eller snedsteg i någon form (Lisspers & Nygren, 1992). Ett vanligt sätt att reagera på ett återfall är den så kallade ”antingen - eller” effekten. Ett exempel på det är när någon som har för avsikt att inte äta sötsaker äter några bullar på ett kalas och tänker att det sedan är ”strunt samma” eftersom allting ändå är förstört. Det kan också vara en person som försöker gå ner i vikt, men efter att ha minskat ett tag i vikt går personen plötsligt upp ett par kilo och sedan struntar i att försöka mer. Ju starkare en person upplever ”antingen-eller” effekten desto större risk att personen upphör att försöka förändra sin livsstil. Det kan därför vara bra att personen i fråga får tänka igenom och vara beredd på att handskas med ”fall”.

## **2.6 Motiverande samtal**

Motiverande samtal, MI (motivational interviewing), är en samtalsmetod som har sitt ursprung i vården av människor med missbruksproblem (Statens folkhälsoinstitut, 2008). Idag används metoden även inom andra områden som till exempel för att motivera till ökad fysisk aktivitet och nya matvanor. Samtalsmetoden är klientcentrerad vilket innebär att den hela tiden utgår från klientens tankar, uppfattningar och upplevelser (Barth & Näslund, 2006). Den som leder samtalet har till uppgift att lyssna aktivt, visa empati, reflektera och stärka klientens självtillit. Den som leder samtalet ska däremot aldrig uppmana till något eller ge råd utan klientens medgivande. Motiverande samtal betonar vikten av att acceptera klientens motstånd till förändring och se det som en del i förändringsprocessen. Att undvika ledande frågor och låta klientens egen vilja och egna argument för förändring vara de viktigaste, är också viktiga delar i metoden. Samtalsledarens uppgift är att hjälpa till att ta fram motivationen hos klienten. Detta kan göras genom att låta klienten beskriva sin nuvarande situation och samtala kring hur klienten skulle vilja ha det. På så sätt utvecklas diskrepans, vilket är en stark drivkraft.

## **2.7 Bortfall och bias**

Vid alla epidemiologiska studier som görs finns en risk för felkällor som påverkar resultatet och därmed de slutsatser som dras av studien (Andersson, 2006). Det finns två huvudtyper av fel, slumpbetingade och systematiska. Slumpfel är fel som uppstår på grund av att urvalet av ett stickprov är just slumpmässigt och att det finns risk för att detta urval inte ger en rättvis bild av den population som undersöks. Ju fler individer ur populationen som undersöks desto mindre risk för slumpfel. Systematiska fel, även kallat bias, kan uppkomma på en mängd olika sätt. Det finns till exempel mätfel, minnesfel, selektionsfel och undersökarfel. Alla påverkar de det resultat och de slutsatser som dras av studien.

I de flesta studier förekommer någon form av bortfall bland de personer som interventionen riktar sig till och som är avsedda att ingå i studien. Resultaten av en intervention för de som inte deltar eller hoppar av under tiden uteblir alltså och de slutsatser som dras kommer således

att baseras endast på en del av dem som var avsedda att ingå i studien. I vissa fall finns ändå möjligheten att jämföra information om deltagare och personer som inte deltagit (bortfall). På så sätt är det möjligt att upptäcka faktorer som är gemensamma för dem som väljer att delta. I studier där dessa faktorer undersökts har det bland annat visat sig att socioekonomiska, demografiska<sup>1</sup> och livsstilrelaterade faktorer påverkar deltagande (Goldberg m.fl., 2001). Många av dessa faktorer har också samband med hälsa. Nedan beskrivs några studier och resultatet av de bortfallsanalyser som utförts i dem.

I en longitudinell studie som startades i Göteborg 1968 undersöktes vilka som inte deltog vid den sista uppföljningen 32 år senare (Lissner m.fl., 2003). I studien ingick vid start 1462 kvinnor från olika åldersgrupper. Vid den sista uppföljningen deltog 71 % av de kvinnor som fortfarande levde. De som inte deltog skilde sig signifikant från dem som deltog på så sätt att de hade ökad risk för hjärt- kärlsjukdom vid start, lägre utbildningsnivå och lägre socioekonomisk status. De som deltog och de som inte deltog skilde sig också åt vad det gällde BMI, midja-höftkvot, blodtryck, tobaksvanor och fysisk aktivitet.

Goldberg m.fl. (2001) studerade sociala, demografiska, yrkesrelaterade och hälsfaktorers samband med deltagande i en cohort-studie bland 44 992 anställda vid ett franskt elektricitets- och gasföretag. Företaget hade stor spridning över landet och företrädde av en rad olika yrkesgrupper. Alla män och kvinnor ur en viss åldersgrupp blev inbjudna att delta i den longitudinella studien med regelbundna enkätfrågor och medicinska undersökningar. Tack vare bolagets företagshälsovård och sjukförsäkringssystem som systematiskt granskade de anställdas hälsa och personalavdelningens arkiv med information om de anställdas socioekonomi och yrken kunde samband med deltagande undersökas. De viktigaste faktorerna för deltagande var kulturella samt relaterade till deltagarnas livsstil, där framför allt högre alkoholintag och rökning var förknippat med lägre deltagande. Hos de deltagande männen (som var betydligt fler än kvinnorna) konstaterades signifikanta skillnader bland alla de demografiska och socioekonomiska variablerna samt att de i högre utsträckning var gifta. Deltagandet hos kvinnorna var lägre än hos männen, många studier ser motsatta resultat, vilket forskarna trodde berodde på att arbetsplatsen var mansdominerad och att kvinnorna inte hade samma känsla av tillhörighet till företaget. Av kvinnor som deltog konstaterades signifikanta skillnader för antalet barn, utbildningsnivå, arbetsgrad och den region de var bosatta och arbetade i.

Även i WHO:s projekt MONICA påträffades att de som inte deltog i högre utsträckning var ogifta, hade lägre utbildningsnivå och sämre livsstil än deltagarna (Tolonen, Dobson & Kulathinal, 2005). I studien ingick populationer från 27 olika länder som erbjudits att delta i samhällsförankrade undersökningar av riskfaktorer för hjärt- kärlsjukdomar. Liknande resultat presenteras också i en studie av befolkningen i Västra Götalandsregionen (Strandhagen m.fl., 2010). Strandhagen (2010) fann att de som inte deltog i undersökningen i större utsträckning var unga, män, ogifta, födda utanför Norden och hade lägre utbildningsnivå och inkomst än de som deltog.

I studier av barn kan föräldrarna spela en avgörande roll för barnens deltagande. I en kostundersökning med syfte att studera barns frukostvanor lämnades först en enkät ut till 1730 barn som sedan ombads att fylla i en 7-dagarsmatdagbok (Berg, Jonsson, Conner, MT &

---

<sup>1</sup> **Demografi** (...) *befolkningslära*, den vetenskap som ägnas studier av befolkningens storlek, sammansättning och geografiska fördelning, samt av förändringar i befolkningsstrukturen förorsakade av demografiska händelser. Centrala indelningsvariabler är ålder, kön, civilstånd, boenderegion och eventuellt etnisk tillhörighet (Nationalencyklopedin, 2010).

Lissner, 1998). Enkäten ställde frågor kring barnens livsstil samt avsikten att äta vissa livsmedel. Berg m.fl. (1998) utförde sedan en bortfallsanalys genom att jämföra enkätsvaren från dem som genomförde 7-dagars matdagboken med dem som inte gjorde det och fann då skillnader mellan de som deltog och de som inte gjorde det. Några signifikanta skillnader var att de barn som inte deltog i det sista momentet i högre grad hade utländska föräldrar, kom från icke-kärnfamiljer, var rökare, ofta hoppade över frukosten och hade för avsikt att dricka standardmjölk till frukost. Om möjligheten att göra en bortfallsanalys i denna studie inte funnits hade resultatet av studien kunnat tolkas annorlunda. Det hade till exempel tett sig som att barnen oftare åt frukost och inte hade för avsikt att dricka standardmjölk i lika hög utsträckning.

Utifrån en dansk interventionsstudie med inriktning på kost och fysisk aktivitet, där bland annat motiverande samtal användes som metod, utfördes en analys av de faktorer som påverkade deltagande och även deltagarnas uppslutning under tiden interventionen pågick (Toft m.fl. 2006). Betydelsefulla faktorer för deltagande var bland annat medvetenhet om ohälsosam livsstil eller dålig hälsa, hög motivation till kostförändringar samt nedsatt glukosintolerans och övervikt. Övervikt var både en faktor som hade samband med deltagande och uppslutning men det visade sig att överviktiga personer också lämnade interventionen i högre utsträckning än andra.

En interventionsstudie i Nederländerna, innefattade byggnadsarbetare med ökad risk för hjärt-kärlsjukdom (Groeneveld, Proper, van der Beek, Hildebrandt & van Mechelen, 2009). Även här undersöktes vilka som valde att delta i interventionen och vilka som hoppade av under perioden fram till det första mättillfället. Högre deltagande syntes hos äldre personer. Deltagarna hade också högre risk för hjärt- kärsjukdomar, vilket hade samband med den högre åldern. Av de 816 personer som valde att delta i interventionen var bortfallet 8,6 % (70 personer). Dessa personer var yngre än dem som fullföljde studien och rökte i högre utsträckning. Anledningar att inte delta och att avbryta interventionen undersöktes kvalitativt. De vanligaste anledningarna att inte delta var ointresse, känslor av välbefinnande och pågående medicinsk behandling. De vanligaste anledningarna att inte fortsätta den pågående interventionen var brist på motivation, besvikelse och pågående medicinsk behandling.

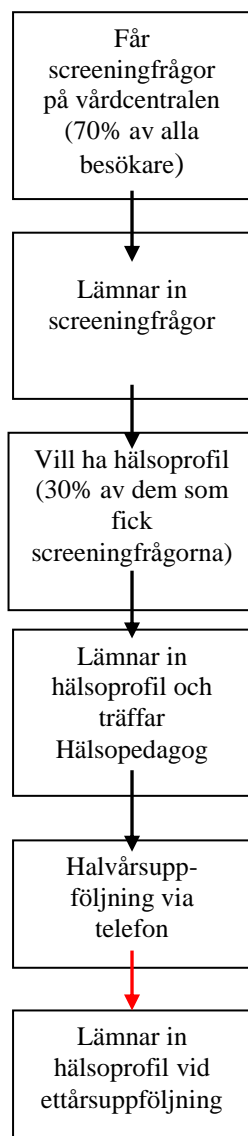
I en amerikansk viktningsstudie med 55 personer skiljde sig bortfallet signifikant från de andra genom att de inte lyckats gå ner i vikt till tidigare uppföljningar (Kaplan & Atkins, 1987), vilket sålde påverkade resultatet att se ut som att effekterna var mer positiva än de i själva verket var.

Analyser av bortfall och deltagande i studierna har gjorts utifrån från olika faktorer. I flera avseenden finns likheter mellan bortfall och deltagare de olika studierna emellan. Gemensamt för tidigare studier är bland annat att bortfall haft samband med lägre utbildningsnivå (Lissner m.fl., 2003; Tolonen, Dobson & Kulathinal, 2005), rökning (Lissner m.fl., 2003; Goldberg m.fl., 2001; Berg m.fl., 1998:), civilstatus (Goldberg m.fl., 2001; Tolonen m.fl., 2005; Berg m.fl., 1998), låg ålder (Groeneveld m.fl., 2009 & Strandhagen m.fl. 2010) samt sämre livsstil och/eller ökad risk för hjärt- kärlsjukdom (Lissner m.fl. 2003; Goldberg m.fl. 2001; Tolonen 2005; Berg m.fl., 1998).

## 2.8 Hälsolyftet på Hisingen

Hälsolyftet är ett hälsofrämjande arbete som startades inom primärvården på Hisingen 2007 (Göteborgs universitet, Allmänmedicin, 2009a). Hisingen hyser en fjärdedel av Göteborgs invånare och arbetet startades med stöd från hälso- och sjukvårdsnämnden. Syftet med hälsolyftets arbete har till stor del varit att fånga upp livsstilsrelaterade problem bland alla de som söker till någon av de åtta vårdcentralerna.

Från Hälsolyftets start och tio månader framåt delades screeningfrågor ut från receptionen till de sökande på vårdcentralerna (Göteborgs universitet, Allmänmedicin, 2009b). Frågorna tog upp ärftlighet av olika livsstilsrelaterade sjukdomar, motivation till livsstilsförändring samt nio enkla frågor om livsstil inom områdena tobak, alkohol, stress i arbetet och fritiden, fysisk aktivitet och kost. Totalt delades 22 922 screeningfrågor ut, vilket innebar att 70 procent av de



**Figur 2.** Flödesschema över de olika stegen i Hälsolyftet.

sökande fick möjlighet att besvara frågorna (Göteborgs universitet, Allmänmedicin, 2009c). Efter att ha besvarat frågorna erbjöds de att gå vidare och på egen hand göra en mer omfattande hälsoprofil. Detta var en tredjedel intresserade av. Hälsoprofilen, utarbetad av distriktsläkare Ann Blomstrand och sjuksköterska Niels Pedersen, innehöll åtta olika foldrar med mer ingående frågor för en kartläggning av de olika livsstilsområdena (Blomstrand, Pedersen & Bengtsson, 2002). Här angavs också midja-stussmått samt livssyn. Resultaten från de olika foldrarna överfördes sedan till en sammanfattande hälsoprofil där de olika livsstilsområdena utifrån ett beräkningssystem fick den färg som symboliserade det aktuella läget: Grönt (bra), gult (inte helt bra) eller rött (risk). 3658 personer valde att ta med hälsoprofilen till ett hälsosamtal som utfördes av hälsopedagog eller distriktsköterska (Göteborgs universitet, Allmänmedicin, 2009c). Vid detta tillfälle mättes även patientens blodtryck och blodsocker. Tillsammans med hälsopedagogen eller distriktsköterskan och med hälsoprofilen som underlag kunde patienten komma fram till om den ville bevara sin nuvarande livsstil eller förändra något (Göteborgs universitet, Allmänmedicin, 2009b). Vid samtalen användes tekniken Motiverande samtal för att stärka patienterna och motivera till livsstilsförändringar. Inom alla de olika livsstilsområdena fanns åtgärder till patientens förfogande, enskilda aktiviteter såväl som gruppaktiviteter. Några valde att ta hjälp av till exempel en distriktsköterska, dietist eller hälsopedagog för att minska alkoholkonsumtion eller förändra kostvanor. Löpande, efter behov initierades också olika typer av stöd som till exempel viktminskningsgrupper, kurser för stresshantering och tobaksavvänjningsgrupper. En del patienter valde också att genomföra livsstilsförändringen helt på egen hand. Ibland kopplades också en läkare in för bedömning. Hälsolyftet samarbetade även med andra aktörer såsom kyrkans stödgrupper, stavgångsgrupper i kommunen och Hälsodisken på Hisingen.

Efter sex månader gjordes en uppföljning via telefon med patienterna. Hälso pedagog/distriktsköterskan ringde då upp deltagarna och frågade om de förändrat något i sin livsstil, om de hade tänkt göra de och hur motiverade de var just då inför en livsstilsförändring. Om de gjort någon livsstilsförändring



tillfrågades de också om de märkt någon skillnad före och efter förändringen.

Ett år efter patienternas första hälsosamtal kallades de via brev till en ettårsuppföljning. I brevet fanns information om datum, tid och kostnad (60kr) för uppföljning. I brevet stod också att uppföljningen inte bara var viktig för mottagarens skull utan också för att vårdcentralen ville veta om de arbetade på ett bra sätt för invånarnas hälsa. Då någon inte kom på utsatt tid eller inte själv lämnade återbud skickades en påminnelse via post med en upplysning att de själva kunde kontakta vårdcentralen för en ny tid. Ettårsuppföljningen gick till som det första hälsosamtalet där patienterna i förväg fick fylla i en hälsoprofil för att sedan träffa en hälsopedagog/distriktssköterska för samtal och mätning av blodtryck och blodsocker. Genom ettårsuppföljningen gavs möjlighet att ta del av hur det gått för varje enskild individ och tillsammans är ettårsuppföljningarna också en viktig kvalitetssäkring för det arbete som bedrivs i Hälsolyftet. I figur 2 visas flödet av de olika stegen som innefattats i Hälsolyftets arbete.

Under 2009 utvärderades resultatet av 1429 stycken ettårsuppföljningar, vilket är cirka 40 % av samtliga ettårsuppföljningar (Göteborgs universitet, Allmänmedicin, 2009c). Resultatet visade signifikant förbättrade värden hos deltagarna beträffande blodtryck, blodsocker och BMI. Även patienternas upplevda hälsa, stress och fysisk aktivitet visade signifikant förbättrade värden. Det har också visat sig att Hälsolyftet nått stor andel av de individer som angett att de har negativ livsstil, arv för kärlsjukdom samt är motiverade till livsstilsförändring.

Ett antal år innan Hälsolyftet startades på Hisingen genomfördes det i mindre skala på Askims vårdcentral i Göteborg (*Göteborg Health Profile Project*). Alla besökare på vårdcentralen i Askim fick screeningfrågor och därefter erbjudande om att på egen hand fylla i en hälsoprofil som gick närmare in på de olika livsstilsområdena fysisk aktivitet, tobak, stress, alkohol, kost, övervikt och ärftlighet av hjärt- kärlsjukdom och diabetes (Blomstrand, Lindqvist, Enocsson Carlsson, Pedersen & Bengtsson, 2005). Totalt fick 949 personer möjlighet att besvara screeningfrågorna, 511 personer lämnade in dem. Av dessa ville 373 personer ha en hälsoprofil och 209 utförde hälsoprofilen. Vid en ettårsuppföljning av hälsoprofilen lämnade 164 personer av de 209 in den. Bortfallet vid ettårsuppföljningen i Askim uppgick därmed till 21,5 %. Då screeningfrågor jämfördes med hälsoprofilen visade det sig att de överensstämde mycket bra, de personer som till exempel trodde att de åt för lite fibrer eller inte motionerade tillräckligt fick liknande resultat i hälsoprofilen. Några signifikanta skillnader mellan de 164 personer som ville ha den första hälsoprofilen men inte lämnade in den och de som lämnade in den kunde inte påträffas. I bortfallet från ettårsuppföljningen hittades inga signifikanta skillnader mellan dem och de som deltog. Slutsatsen som drogs var att metoden fångat personer med sämre livsstil och att den inte exkluderat personer med specifika problem.

Bortfall från Hälsolyftets ettårsuppföljning innebär att möjligheten att följa upp individers hälsa och livsstil uteblir, vilket är betydelsefullt för att bedöma resultatet av Hälsolyftets arbete. Ett bortfall från en särskild grupp kan innebära att felaktiga slutsatser dras av studien. Det är också av stor vikt att undersöka om interventionen har nått de mest utsatta personerna. Från den kliniska verksamheten spelar också uppgifter om varför en del inte deltar i uppföljning av interventionen stor roll, då de därigenom som utförare bland annat kan förbättra arbetet och möta de behov som finns, inte minst bland de sårbara grupperna.

### 3. Syfte

---

Syftet med studien är att göra en bortfallsanalys av Hälsolyftets ettårsuppföljning vid en av vårdcentralerna på Hisingen. Därtill är syftet att undersöka *varför* några av dem inte deltog samt om de uppger att de förändrat något i sin livsstil och vad de har för tankar kring hur primärvården kan stötta människor i livsstilsförändringar.

#### 3.1 Frågeställningar

- Hur högt är bortfallet?
- Finns det skillnader i bortfall mellan olika demografiska grupper?
- Är bortfallet högre bland personer som enligt hälsoprofilen hade en livsstil som definierats som riskzon?
- Är bortfallet högre bland personer som valt något särskilt område för livsstilsförändring?
- Har upplevd hälsa eller möjligheten till engagemang av livsstilsförändringar vid start samband med bortfall vid ettårsuppföljningen?
  
- Vad uppger intervjudeltagarna för anledning till att de inte kom till sin ettårsuppföljning?
- Har intervjudeltagarna förändrat något i sin livsstil efter det första hälsosamtalet?
- Hur ser intervjudeltagarna på svårigheter och möjligheter till livsstilsförändringar?
- Vad har intervjudeltagarna för tankar kring primärvårdens roll i livsstilsförändringar?
- Var i förändringsprocessen, enligt den transteoretiska modellen, befinner sig intervjudeltagarna?

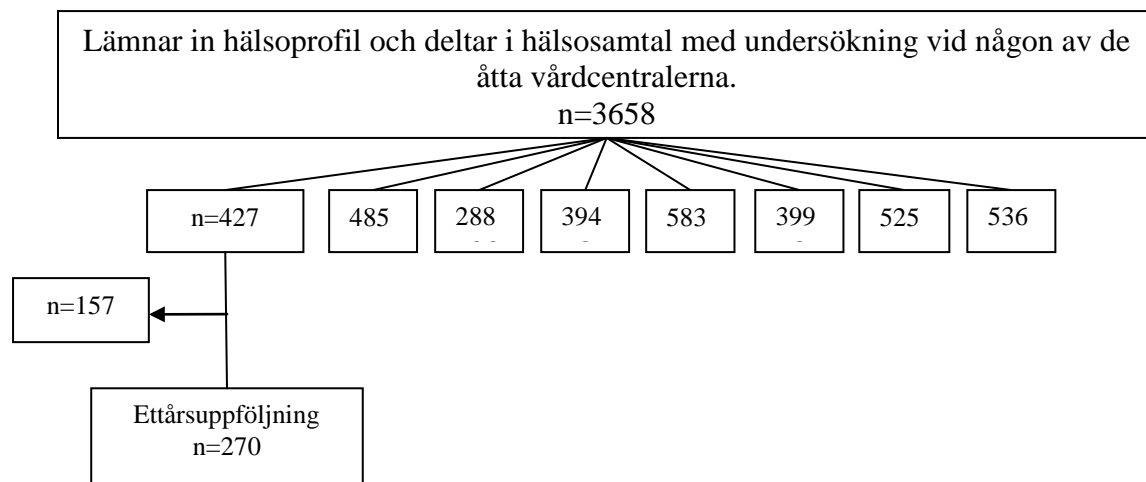
## 4. Metod

Undersökningen består av en kvantitativ och en kvalitativ del. Den kvantitativa delen innefattar statistiska tester för att undersöka bortfallet i olika grupper. Den kvalitativa delen syftar till att ta reda på orsaker till bortfall och tankar om livsstilsförändringar genom intervjuer med personer som inte deltagit i Hälsolyftets ettårsuppföljning.

### 4.1 Kvantitativ delstudie

Från utlämning av screeningfrågor, som påbörjades 2007, fram till ettårsuppföljningarna som utfördes under 2008 och 2009, har personer fallit bort i alla de olika delstegen (se figur 2). Av de sammanlagt 22 922 personer som fick screeningfrågor på vårdcentralerna var det till exempel cirka 30 % som därefter ville ha en hälsoprofil.

Urvalet i denna studie utgörs av de personer som lämnat in hälsoprofilen och deltagit i det första hälsosamtalet vid en av de åtta vårdcentralerna, vilket var 427 personer, se figur 3. Vilken av de åtta vårdcentralerna som skulle ingå utsågs av företrädare för Hälsolyftet. Valet av vårdcentral grundades på att den kommit särskilt långt i insamlingen av data och att de var öppna för att också en kvalitativ bortfallsanalys utfördes.



Figur 3. Modell över urvalet som ingår i den kvantitativa delstudien.

#### 4.1.1 Datainsamling

Data om personerna samlades in av Hälsolyftets personal på vårdcentralen och innefattade bland annat resultat från screeningfrågor, hälsoprofil och demografiska uppgifter. Screeningfrågorna tog upp ärftlighet av olika livsstilsrelaterade sjukdomar, nio enkla frågor om livsstil och en fråga om personernas möjlighet till engagemang i livsstilsförändring. Resultaten från hälsoprofilerna var utfallet av de olika livsstilsfoldrarna som ingick i hälsoprofilen, vilka deltagarna själva fyllt i inför hälsosamtalet. I foldrarna kunde resultatet bli grönt (bra), gult (inte helt bra) eller rött (risk). Försättningsvis omnämns de som fått gult eller rött svar tillsammans och benämns som personer i riskzon. För *tobak* gällde att 1 cigarett eller fler per dag och/eller snusning innebar riskzon. För *alkohol* gick gränsen för riskzon vid en konsumtion motsvarande minst 31cl starksprit för kvinnor och 41 cl starksprit för män per vecka. I foldern om *kost* ställdes frågor kring fett och fibrer som resulterade i fett- och fiberpoäng som tillsammans angav gränsen för riskzon. Riskzonen för *motion* innebar fysisk aktivitet motsvarande mindre än 1-2 gånger i veckan eller mindre än fyra timmar. Riskzonen

för *stress* utgjordes av ett poängsystem med frågor om upplevd stress samt fysiska och psykiska symtom av stress. *Midja-stusskvoten* ansågs innebära riskzon vid en kvot på minst 0,79 för kvinnor och 0,90 för män. De demografiska uppgifterna innefattade kön, ålder (indelad i sex åldersgrupper från 18-79 år), civilstånd (gift/sambo, aldrig gift/aldrig sambo, separerad, änka/änkling, särbo), utbildning (grundskola, gymnasium, eftergymnasial utbildning), sysselsättning (arbetar, studerar, arbetslös, sjukskriven/sjukersättning, pensionerad) och nationalitet (född inom eller utanför Norden).

Från vårdcentralerna skickades dessa data till avdelningen för allmänmedicin vid Göteborgs universitet. På avdelningen för allmänmedicin sammanställdes data i statistikprogrammet SPSS, varifrån data om personer från den aktuella vårdcentralen togs ut för analys.

#### **4.1.2 Statistisk analys**

Data om personerna analyserades i SPSS version 18.0. Den grupp som deltagit i ettårsuppföljning jämfördes med den grupp som inte deltagit i ettårsuppföljning (bortfall) avseende kön, åldersgrupp, civilstånd, utbildning, sysselsättning och nationalitet. Andel bortfall visade sig skilja stort mellan olika åldersgrupper och därför utfördes åldersstratifierade analyser. För att underlätta analyserna grupperades vissa kategorier inom variablerna ihop.

Deltagare och bortfall jämfördes också avseende riskzon och ej riskzon utifrån den självrapporterade hälsoprofilen samt utifrån valt livsstilsområde för förändring och upplevd hälsa. Slutligen undersöktes också om deltagare och bortfall skilde sig åt vad det gällde upplevd hälsa samt den möjlighet till engagemang av livsstilsförändringar som de angav i screeningfrågorna vid Hälsolyftets start.

Den statistiska analysmetoden som användes för att detektera skillnader mellan olika faktorer var Chitvå-test ( $\chi^2$ -test), där  $p$ -värde  $< 0,05$  ansågs vara signifikant. Vid två analyser, av variabler på ordinal nivå, användes Mann-Whitney U-test. Även här ansågs ett  $p$ -värde  $< 0,05$  vara signifikant.

## **4.2 Kvalitativ delstudie**

För att få en förståelse för vad som låg bakom att en del personer inte kom till sin ettårsuppföljning fanns ett önskemål från enheten för allmänmedicin att intervjuer utfördes med några av dessa personer. Genom kvalitativa intervjuer, med låg grad av strukturering ställdes frågor som inte hade förutbestämda svarsalternativ. Detta var något att sträva efter då personernas egna berättelser skulle vara i fokus. Till skillnad från användandet av en enkät finns det vid intervjuer också möjlighet att ställa följdfrågor vilket ökar möjligheten till mer uttömliga svar. Intervjuer ger också ett mindre bortfall jämförelse med enkäter (Trost, 2005).

Valet att utföra telefonintervjuer baserades på att det till skillnad från ett personligt möte innebär mindre ansträngning för den som intervjuas. Detta upplevdes som viktigt då det handlade om att kontakta människor som faktiskt redan avslutat sitt deltagande i studien. Telefonintervjuer är också tidsmässigt effektivt för både den som intervjuar och intervjuas då ingen förflyttning till själva intervjun behöver ske.

Enligt Trost (2007) använder man vid kvalitativa intervjuer inga frågeformulär med i förväg formulerade frågor. Istället ska man göra upp en lista över frågeområden. Det upplevdes emellertid viktigt att formulera ett antal huvudfrågor att utgå från men låta följdfrågor uppstå

under intervjuerna. Intervjufrågorna hade också låg grad av standardisering då de inte ställdes i precis samma ordning eller på precis samma sätt till alla intervjudeltagare, utan anpassades efter varje intervju. För intervjuguide, se bilaga.

#### **4.2.1 Urval**

Antalet personer som inte kom till sin ettårsuppföljning vid den aktuella vårdcentralen var totalt 157 stycken. Att intervjua samtliga 157 personer var orimligt och kanske inte heller nödvändigt för att få en bild av olika anledningar att inte delta. Att intervjua ett urval av dessa 157 var därför nödvändigt.

Vid intervjuer med ett antal av dessa bedömdes det viktigt att få en så stor variation som möjligt mellan intervjudeltagarna. Urvalet blev därför delvis något som Trost (2007) kallar för strategiskt. Det innebär att man väljer ut några variabler som är av teoretisk betydelse. I detta fall valdes kön, åldersgrupp, sysselsättning och nationalitet. Dessa variabler valdes ut då de är faktorer som har samband med hälsa samt bortfall och deltagande i tidigare studier. Intentionen var att få ett urval med en man och en kvinna från varje åldersgrupp och där olika sysselsättning och nationalitet var representerade. En lista med ID-nummer från bortfallet tillsammans med de olika variablerna kodat till siffror mottogs via mail från en statistiker på allmänmedicin. Listan kopierades till Excel där den sorterades utifrån de olika variablerna. På så sätt uppstod en lista där bortfallet lätt kunde överblickas, personer med samma kön, åldersgrupp och sysselsättning hamnade tillsammans i listan. Nu återstod att ta fram en kvinna och en man ur varje åldersgrupp och se till att olika sysselsättningar och nationalitet var representerade. Då det fanns fem olika typer av sysselsättning (arbetar, studerar, arbetslös, sjukskriven/sjukersättning samt pensionerad) och en del av dessa sysselsättningar bara fanns representerade i en särskild åldersgrupp blev det nödvändigt att minska ner antalet möjliga intervjudeltagare i de olika grupperna. Det fanns till exempel studenter enbart i den yngsta åldersgruppen (18-29 år) och i den äldsta åldersgruppen (70-79 år) återfanns naturligt inget annat än pensionärer. Personer födda utanför Norden återfanns heller inte i alla grupper.

#### **4.2.2 Tillvägagångssätt**

Av hänsyn till sekretessen i vården kontaktades de först av hälsopedagogen vid den aktuella vårdcentralen. Intervjudeltagarna gav då sitt godkännande till att bli intervjuade via telefon och besvara några frågor angående sitt deltagande i hälsolyftet. Av de personer som hälsopedagogen kontaktade ville alla utom en delta. Då de kontaktades för en intervju var det ytterligare en person som avböjde att delta.

Totalt intervjuades tolv personer, sex kvinnor och sex män. Kvinnorna representerades av någon från varje åldersgrupp och männen representerades från alla åldersgrupper utom den näst yngsta och med två personer från den yngsta åldersgruppen. Bland intervjudeltagarna var även olika sysselsättning, utbildningsnivå och personer födda i och utanför Norden representerade.

Telefonintervjuerna gjordes med mobiltelefon och spelades in direkt på telefonen, efter att intervjudeltagarna gett sitt godkännande till detta. Genom att spela in intervjuerna gavs möjlighet att koncentrera sig på samtalet utan att samtidigt behöva tänka på att anteckna vad intervjudeltagarna berättade. Två av intervjuerna spelades dock inte in, detta berodde i det ena fallet på tekniska problem och i det andra fallet på att intervjudeltagaren inte ville. I dessa fall fördes anteckningar under tiden intervjun pågick. De intervjuer som spelades in fördes över till en dator där de gjordes om till mp3-format. På så sätt kunde intervjuerna lagras säkrare och lättare lyssnas av.

De 10 intervjuer som spelades in varierade i längd mellan cirka tre och tretton minuter exklusive introduktion. Intervjuerna utfördes både på vardagar och helger liksom på dag- och kvällstid, huvudsakligen beroende på när det fanns möjlighet att nå intervjudeltagarna eller när de uppgav att de hade tid för intervju.

#### 4.2.3 Pilotintervjuer

För att prova att intervjuguiden var ett bra instrument för ändamålet utfördes fyra stycken pilotintervjuer. Två kvinnor och två män ingick, vilka valdes ut genom lottdragning. Efter att ha lyssnat igenom pilotintervjuerna gjordes några små ändringar i intervjuguiden. Framför allt bidrog pilotintervjuerna till en insikt att syftet med intervjuerna behövde lyftas fram för intervjudeltagarna samt att de med små medel kunde få hjälp att minnas Hälsolyftet bättre. Pilotintervjuerna inkluderades i resultatet eftersom de ansågs vara tillräckligt utförliga och bidra med viktig information.

#### 4.2.4 Bearbetning och analys

Intervjuerna transkriberades snart efter att de utförts. Texterna från de olika intervjuerna tilldelades sedan olika färger, för att kunna särskilja intervjudeltagarna, då svaren från de olika intervjuerna sammanställdes under rubriker utefter frågeställningarna. Efter att ha lyssnat och läst varje intervju i sin helhet ett flertal gånger samt läst det sammanställda dokumentet började arbetet med att sammanställa resultatet av intervjuerna. På grund av att intervjuerna inte blev särskilt omfattande fanns det i resultatet möjlighet att inkludera en mycket stor del av de uttalanden och åsikter som uppkom under intervjuerna, vilket också blev en strävan.

Intervjudeltagarna delades också in i olika förändringsstadier utifrån den transteoretiska modellen enligt Prochaska, Redding och Evers (2002) beskrivning av de olika stadierna. Indelningen baserades på vad som framkom under intervjuerna och vad intervjudeltagarna berättade om hur de genomfört eller inte genomfört olika livsstilsförändringar inom de områden de själva tog upp. Hur bedömningarna gjordes beskrivs i tabell 1 nedan.

**Tabell 1.** Beskrivning av förändringsstadierna enligt den transteoretiska modellen och kriterier för bedömning som använts för att kategorisera intervjudeltagarna i dessa stadier.

<b>Förändringsstadier och beskrivning av dessa enligt den transteoretiska modellen<sup>2</sup></b>		<b>Bedömning</b>
Före begrundan	Har ingen avsikt att förändra beteendet inom sex månader.	Vill eller menar att de inte "kan" genomföra livsstilsförändring.
Begrundande	Avser att förändra beteendet inom de närmsta sex månaderna.	Vill förändra livsstil och nämner sätt att gå till väga.
Förberedelse	Avser att förändra beteendet inom de närmsta trettio dagarna och har gjort någon form av beteendeförändring i rätt riktning.	Berättar att de tänker genomföra livsstilsförändring inom en snar framtid.
Aktivitet	Har förändrat beteendet för mindre än sex månader sen.	Berättar att de nyligen genomfört livsstilsförändring.
Vidmakthållande	Har förändrat beteendet för mer än sex månader.	Berättar att de förändrat och bibehållit de nya vanorna i sin livsstil efter hälsosamtalet.

<sup>2</sup> Prochaska, Redding & Evers (2002), s.101.

#### 4.2.5 Den kvalitativa studiens tillförlitlighet

Social research methods presenterar Guba och Lincolns kriterier för att värdera kvalitativ forskning (Bryman, 2004). Kriterierna för att värdera tillförlitligheten är fyra till antalet: trovärdighet (credibility), överförbarhet (transferability), pålitlighet (dependability) och konfirmerbarhet (confirmability). *Trovärdighet* bygger på att forskningen utförs i enlighet med de riktlinjer för forskning som finns, för detta ändamål användes Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådets riktlinjer. I begreppet trovärdighet ingår även att de som intervjuats ska vara överens om de tolkningar som görs. Detta är inte något som i efterhand kontrollerats, men majoriteten av intervjuerna spelades in vilket inte ställer krav på minnet vid själva analysen. Dessutom innefattar inte resultaten särskilt utsvävande tolkningar och det finns möjlighet att bedöma trovärdigheten genom att citat från intervjudeltagarna återges. Genom att också beskriva intervjudeltagarna utifrån ålder, kön, nationalitet och så vidare samt den situation och under vilka omständigheter som intervjun utfördes under försökte jag möjliggöra *överförbarhet*. *Pålitlighet* har jag försökt bidra till genom att vara noggrann då jag beskriver tillvägagångssättet och dokumenterat de olika forskningsfaserna. *Konfirmerbarhet* innebär att forskaren ska försöka bortse från sin egen förförståelse och egna värderingar, vilket jag försökte att göra genom att hela tiden ställa öppna frågor och inte lägga några värderingar i de utsagor jag fick.

#### 4.2.6 Etik i studien

För ett etiskt riktigt förhållningssätt användes Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådets fyra krav som riktlinjer för studien. Kraven innefattar regler kring *information, samtycke, konfidentialitet och nyttjande* (Stingerfonden, 1999). Hälsolyftets arbete är i grunden godkänt från etikprövningsnämnden. Därutöver upplevdes det viktigt att använda riktlinjer framför allt i den kvalitativa delstudien, då den innebar ett nytt aktivt deltagande för dem som ingick i den. *Informationskravet* innebär att de som berörs av forskningen ska informeras om studiens syfte. Varje intervju inleddes därför med en kort redogörelse av varför de kontaktades och vad deras medverkan bidrog till. *Samtyckeskravet* innebär att de som ingår i studien själva har godkänt sitt deltagande. Varje person som intervjuades blev dels kontaktad av hälsopedagogen med en förfrågan om deltagande och dels fick alla personer vid intervjuerna på nytt frågan om de ville intervjuas och ge sin tillåtelse till att intervjun spelades in. *Konfidentialitetskravet* innebär att uppgifterna om de ingående personerna ska behandlas konfidentiellt. Uppgifterna om dessa personer förvarades därför oåtkomligt för obehöriga och analyserades i aidentifierad form. I den kvalitativa resultatdelen bearbetades också datan på ett sådant sätt att möjligheterna att identifiera enskilda personer inte skulle vara möjlig. I resultatdelen redovisas därför heller inte intervjudeltagarnas kön, ålder eller sysselsättning tillsammans med citat eller liknande. Kravet om *nyttjande* innebär att de uppgifter som samlats in för forskningens ändamål enbart används till detta. Kravet innebär bland annat att den insamlade informationen inte lånas ut för kommersiellt bruk, vilket naturligtvis inte har skett. Forskningsresultaten kommer heller inte att medföra några åtgärder för de inblandade som de själva inte skulle godta.

## 5. Resultat

Resultatet är indelat i en kvantitativ och en kvalitativ del. Den kvantitativa delen beskriver bortfallet med hjälp av tabeller och siffror, vilket är resultatet av en analys av numerisk data. Den kvalitativa delen belyser orsakerna till bortfall och intervjudeltagarnas tankar om livsstilsförändringar genom personernas egna berättelser.

### 5.1 Resultat från statistiska analyser

Totalt valde 427 personer att delta i ett första hälsosamtal med undersökning vid den aktuella vårdcentralen. Av dessa deltog 270 personer (63,2%) i uppföljning ett år senare, bortfallet vid Hälsolyftets ettårsuppföljning var alltså 36,8%. Resultatet som presenteras nedan visar deltagande och bortfall i olika demografiska grupper och riskgrupper utifrån hälsoprofilen som lämnades in vid det första hälsosamtalet. Därefter visas deltagande och bortfall utifrån de livsstilsområden som valdes för förändring samt upplevd hälsa vid Hälsolyftets start. Sist visas också deltagande och bortfall i förhållande till den möjlighet till engagemang deltagarna uppgav att de hade vid Hälsolyftets start. På grund av att en del personer inte besvarat alla frågor och att vissa uppgifter inte finns tillgängliga i SPSS baseras vissa analyser på färre än 427 personer.

#### 5.1.1 Deltagande och bortfall bland män och kvinnor och i olika åldrar

En jämförelse av mäns och kvinnors deltagande visade inga signifikanta skillnader, se tabell 2. Av alla män kom 64,7 % tillbaka för ettårsuppföljning och motsvarande andel för kvinnor var 62,6 %. En analys av skillnader i bortfall i olika åldersgrupper visade däremot signifikanta skillnader ( $p < 0,001$ ). Av personer mellan 18 och 29 deltog 40 % medan 70 % av personerna mellan 70 och 79 år deltog.

**Tabell 2.** Deltagande och bortfall i ettårsuppföljningen bland män och kvinnor samt i olika åldersgrupper.

	Deltagare n=270 (63,3%)	Bortfall n=157	Alla n=427	p-värde*
<b>Kön</b>				0,38
Man	110 (64,7%)	60	170	
Kvinna	159 (62,6%)	95	254	
<b>Ålder</b>				< 0,001
18-29 år	22 (40,0%)	33	55	
30-39 år	39 (55,7%)	31	70	
40-49 år	43 (67,2%)	21	64	
50-59 år	52 (65,0%)	28	80	
60-69 år	69 (69,0%)	31	100	
70-79 år	45 (77,6%)	13	58	

\*p-värde enligt analys med Chitvå-test.

#### 5.1.2 Bortfall i olika demografiska grupper

För att eliminera effekten av ålder i övriga analyser konstruerades tre åldersgrupper med liknande andel bortfall för att stratifiera analyserna. De tre åldersgrupperna som skapades var 18-39 år, 40-69 år och 70-79 år. I tabell 3 på nästa sida presenteras resultaten av analyser i olika demografiska grupper uppdelat i de tre åldersgrupperna. De stratifierade analyserna visade inga signifikanta samband mellan deltagande och kön, civilstånd, utbildning eller



sysselsättning. Den signifikanta skillnaden som ses inom sysselsättning var därmed en effekt av att sysselsättningen varierade i de olika åldersgrupperna. En signifikant skillnad ( $p < 0,01$ ) sågs då bortfall mellan personer födda i och utanför Norden jämfördes. Bland personer födda utanför Norden var andelen bortfall drygt dubbelt så stort som andelen deltagande. Vid en analys av de olika grupperna var för sig kvarstod en signifikant skillnad ( $p < 0,01$ ) endast i den mellersta åldersgruppen.

**Tabell 3.** Jämförelse mellan deltagande och bortfall i ettårsuppföljningen inom olika demografiska grupper, uppdelat i åldersgrupper.

Antal bortfall (%)	Antal deltagare (%)							
	18-39 år n = 61 n = 64	p-värde*	40-69 år n = 164 n = 80	p-värde*	70-79 år n = 45 n = 13	p-värde*	Alla** n=270 n = 157	p-värde*
<b>Kön</b>		0,59		0,70		0,50		0,38
Man	22 (36,1%) 21 (32,8%)		66 (40,5%) 34 (43,0%)		22 (48,9%) 5 (38,5%)		110 (40,9%) 60 (38,5%)	
Kvinna	39 (63,9%) 42 (65,6%)		97 (59,5%) 45 (57,0%)		23 (51,1%) 8 (61,5%)		159 (59,1%) 95 (60,9%)	
<b>Civilstånd</b>		0,58		0,83		0,96		0,83
Lever i parförhållande	41 (67,2%) 40 (62,5%)		112 (68,3%) 55 (69,6%)		28 (62,2%) 8 (61,5%)		181 (67%) 89 (66%)	
Lever inte i parförhållande	20 (32,8%) 24 (37,5%)		52 (31,7%) 24 (30,4%)		17 (37,8%) 5 (38,5%)		89 (33%) 53 (34%)	
<b>Utbildning</b>		0,70		0,67		0,50		0,50
Ej eftergymnasial utbildning	25 (41,0%) 28 (44,4%)		101 (61,6%) 47 (58,8%)		29 (67,4%) 10 (76,9%)		155 (57,8%) 85 (54,5%)	
Eftergymnasial utbildning	36 (59,0%) 35 (55,6%)		63 (38,4%) 33 (41,3%)		14 (32,6%) 3 (23,1%)		113 (42,2%) 71 (45,5%)	
<b>Sysselsättning</b>		0,61		0,43				< 0,01
Arbetar och/eller studerar	55 (90,2%) 57 (89,1%)		98 (59,8%) 54 (67,5%)				153 (56,7%) 111 (70,7%)	
Arbetslös eller sjukskriven	6 (9,8%) 6 (9,4%)		21 (12,8%) 10 (12,5%)				27 (10%) 16 (10,2%)	
Pensionerad	0 (0%) 1 (1,6%)		45 (27,4%) 16 (20%)		45 (100%) 13 (100%)		90 (33,3%) 30 (19,1%)	
<b>Nationalitet</b>		0,26		< 0,01		0,27		< 0,01
Född inom Norden	54 (88,5%) 52 (81,3%)		153 (93,5%) 66 (82,5%)		41 (91,1%) 13 (100%)		248 (91,0%) 131 (83,0%)	
Född utanför Norden	7 (11,5%) 12 (18,8%)		11 (6,7%) 14 (17,5%)		4 (8,9%) 0 (0%)		22 (8,1%) 26 (16,6%)	

\*p-värde enligt analys med Chitvå-test. \*\*Antal personer i analyserna varierar från 412 (Civilstånd) till 427.

### **5.1.3 Bortfall i relation till riskzoner enligt hälsoprofilen och BMI**

I tabell 4 presenteras resultaten av analyser där deltagande och bortfall undersökts utifrån resultaten från den hälsoprofil som lämnades in vid hälsosamtalet. I tabellen syns att deltagandet är ungefär lika stort bland personer med riskbeteende som för de utan riskbeteende inom de flesta livsstilsområdena.

Inom livsstilsområdet stress identifierades dock signifikanta skillnader där de i riskzon kom i lägre utsträckning än de som inte låg i riskzonen. Skillnaden var signifikant för alla åldersgrupper gemensamt och den äldsta, samma tendenser sågs även i de andra åldersgrupperna.

Personer med en midja-stusskvot som enligt definitionen innebar riskzon kom däremot i högre utsträckning till sin ettårsuppföljning än personer med låg midja-stusskvot. Signifikanta skillnader syntes för alla åldersgrupper gemensamt och den yngsta, samma tendenser sågs även här i de andra åldersgrupperna.

Signifikanta skillnader syntes även för personer med övervikt, där överviktiga kom i högre utsträckning än normalviktiga. De signifikanta skillnaderna syntes för alla åldersgrupper gemensamt och för den yngsta gruppen.

### **5.1.4 Bortfall i relation till de livsstilsområden som valdes för förändring**

Under det första hälsosamtalet fick deltagarna i Hälsolyftet ange om, och inom vilka områden de ville förändra sin livsstil. I tabell 5 syns att valda livsstilsområden inte hade något samband med deltagandet i ettårsuppföljningen. Under det första hälsosamtalet fick deltagarna också ange sitt välbefinnande på en sjugradig skala. I tabell 6 syns också att den självupplevda hälsan inte har något samband med deltagandet i ettårsuppföljningen.

**Tabell 4.** Jämförelse mellan deltagande och bortfall i ettårsuppföljningen med avseende på riskgrupper utifrån hälsoprofilen samt BMI.

	Antal deltagare (%)		Antal bortfall (%)		Antal deltagare (%)		Antal bortfall (%)	
	18-39 år	p-värde*	40-69 år	p-värde*	70-79 år	p-värde*	Alla**	p-värde*
<b>Tobak</b>		0,72		0,86		0,06		0,50
Ej i riskzon	46 (75,4%) 50 (78,1%)		128 (78,5%) 62 (77,5%)		44 (97,8%) 11 (84,6%)		218 (81,0%) 123 (78,3%)	
I riskzon	15 (24,6%) 14 (21,9%)		35 (21,5%) 18 (22,5%)		1 (2,2%) 2 (15,4%)		51 (19,0%) 34 (21,7%)	
<b>Alkohol</b>		0,42		0,71		0,50		0,92
Ej i riskzon	47 (77,0%) 53 (82,8%)		145 (88,4%) 72 (90,0%)		41 (91,1%) 11 (84,6%)		233 (86,3%) 136 (86,6%)	
I riskzon	14 (23,0%) 11 (17,2%)		19 (11,6%) 8 (10,0%)		4 (8,9%) 2 (15,4%)		37 (13,7%) 21 (13,4%)	
<b>Kost</b>		0,26		0,50		0,55		0,11
Ej i riskzon	27 (44,3%) 22 (34,4%)		69 (42,1%) 30 (37,5%)		25 (55,6%) 6 (46,2%)		121 (44,8%) 58 (36,9%)	
I riskzon	34 (55,7%) 42 (65,6%)		95 (57,9%) 50 (62,5%)		20 (44,4%) 7 (53,8%)		149 (55,2%) 99 (63,1%)	
<b>Motion</b>		0,84		0,07		0,25		0,56
Ej i riskzon	22 (36,1%) 22 (34,4%)		60 (36,6%) 39 (48,8%)		22 (48,9%) 4 (30,8%)		104 (38,5%) 65 (41,4%)	
I riskzon	39 (63,9%) 42 (65,6%)		104 (63,4%) 41 (51,3%)		23 (51,1%) 9 (69,2%)		149 (55,2%) 99 (63,1%)	
<b>Stress</b>		0,08		0,59		< 0,001		< 0,01
Ej i riskzon	46 (75,4%) 39 (60,9%)		132 (80,5%) 62 (77,5%)		43 (95,6%) 8 (61,5%)		221 (81,9%) 109 (69,4%)	
I riskzon	15 (24,6%) 25 (39,1%)		32 (19,5%) 18 (22,5%)		2 (4,4%) 5 (38,5%)		49 (18,1%) 48 (30,6%)	
<b>Midja-stusskvot</b>		< 0,05		0,40		0,85		< 0,01
Ej i riskzon	7 (15,2%) 17 (36,2%)		13 (8,9%) 8 (12,7%)		4 (9,1%) 1 (11,1%)		24 (10,2%) 26 (21,8%)	
I riskzon	39 (84,8%) 30 (63,8%)		133 (91,1%) 55 (87,3%)		40 (90,9%) 8 (88,9%)		212 (89,8%) 93 (78,2%)	
<b>BMI</b>		<0,05		0,47		0,29		<0,01
Normalvikt	28 (46,7%) 41 (67,2)		40 (24,4%) 23 (28,8%)		13 (30,2%) 2 (15,4%)		81 (30,3%) 66 (42,9%)	
Övervikt	32 (53,3%) 20 (32,8%)		124 (75,6%) 57 (71,3%)		30 (69,8%) 11 (84,6%)		186 (69,7%) 88 (57,1%)	

\*\*Antal personer i analyserna varierar från 355 (Midja-stusskvot) till 427.

**Tabell 5.** Jämförelse av deltagande och bortfall i ettårsuppföljningen utifrån de livsstilsområden som valdes för förändring.

	Deltagare		Bortfall		Deltagare		Bortfall	
	18-39 år	<i>p</i> -värde*	40-69 år	<i>p</i> -värde*	70-79 år	<i>p</i> -värde*	Alla**	<i>p</i> -värde*
<b>Tobak</b>		0,70		0,83				0,82
Nej	55 (90,2%) 59 (92,2%)		151 (92,1%) 73 (91,3%)		45 (100%) 13 (100%)		251 (93,0%) 145 (92,4%)	
Ja	6 (9,8%) 5 (7,8%)		13 (7,9%) 7 (8,8%)				19 (7,0%) 12 (7,6%)	
<b>Alkohol</b>		0,49		0,96		0,34		0,68
Nej	54 (88,5%) 59 (92,2%)		152 (92,7%) 74 (92,5%)		42 (93,3%) 13 (100%)		248 (91,9%) 146 (93,0%)	
Ja	7 (11,5%) 5 (7,8%)		12 (7,3%) 6 (7,5%)		3 (6,7%) 0 (0%)		22 (8,1%) 11 (7,0%)	
<b>Kost</b>		0,60		0,74		0,97		0,77
Nej	22 (36,1%) 26 (40,6%)		62 (37,8%) 32 (40,0%)		24 (53,3%) 7 (53,8%)		108 (40,0%) 65 (41,4%)	
Ja	39 (63,9%) 38 (59,4%)		102 (62,2%) 48 (60,0%)		21 (46,7%) 6 (46,2%)		162 (60,0%) 92 (58,6%)	
<b>Motion</b>		0,83		0,33		0,49		0,83
Nej	23 (37,7%) 22 (34,4%)		61 (37,2%) 35 (43,8%)		29 (64,4%) 7 (53,8%)		113 (41,9%) 64 (40,8%)	
Ja	38 (62,3%) 42 (65,6%)		103 (62,8%) 45 (56,3%)		16 (35,6%) 6 (46,2%)		157 (58,1%) 93 (59,2%)	
<b>Stress</b>		0,64		0,73		0,27		0,53
Nej	47 (77,0%) 47 (73,4%)		128 (78,0%) 64 (80,0%)		40 (88,9%) 10 (76,9)		215 (79,6%) 121 (77,1%)	
Ja	14 (23,0%) 17 (26,6%)		36 (22,0%) 16 (20,0%)		5 (11,1%) 3 (23,1%)		55 (20,4%) 36 (22,9%)	

\**p*-värde enligt analys med Chitvå-test.

### 5.1.5 Bortfall och upplevd hälsa samt möjlighet till engagemang vid start

I de screeningfrågor som delades ut fanns en fråga som rörde hur mycket de kunde tänka sig att engagera sig i livsstilsförändringar med tanke på hur deras livssituation såg ut just då. I tabell 6 nedan syns tydligt att deltagandet i ettårsuppföljningen inte hade något samband med hur mycket de trodde att de kunde engagera sig i livsstilsförändringar från början. Vid det första hälsosamtalet fick deltagarna också uppskatta hur tillfredsställda de var med sin hälsosituation just då och markera detta på en sjugradig skala. I tabell 6 nedan syns också att upplevd hälsa inte hade samband med deltagandet i ettårsuppföljningen.

**Tabell 6.** Deltagande och bortfall i ettårsuppföljningen utifrån upplevd hälsa och engagemang vid start.

	Alla n=425	Deltagare n=269	Bortfall n=156	<i>p</i> -värde*
<b>Upplevd hälsa</b>				0,92
Alldeles utmärkt	10 (2,4%)	7 (2,6%)	3 (1,9%)	
Utmärkt	67 (15,8%)	44 (16,4%)	23 (14,7%)	
Bra	162 (38,1%)	103 (38,3%)	59 (37,8%)	
Varken bra eller dåligt	66 (15,5%)	36 (13,4%)	30 (19,2%)	
Inte riktigt bra	90 (21,2%)	56 (20,8%)	34 (21,8%)	
Dåligt	25 (5,9%)	19 (7,1%)	6 (3,8%)	
Mycket dåligt	5 (1,2%)	4 (1,5%)	1(0,6%)	
<b>Engagemang</b>				0,63
Inte alls	8 (1,3%)	6 (2,2%)	2 (1,3%)	
Ganska lite	63 (14,8%)	39 (14,5%)	24 (15,4%)	
Varken mycket eller lite	99 (23,3%)	66 (24,5%)	33 (21,2%)	
Ganska mycket	198 (46,6%)	124 (46,1%)	74 (47,4%)	
Mycket	56 (13,2%)	34 (12,6%)	22 (14,1%)	

\* *p*-värde enligt analys med Mann-Whitney U-test.

## 5.2 Resultat från intervjuer

Nedan följer en sammanställning av vad som framkom under de tolv telefonintervjuerna. Personerna som intervjuades hade alla lämnat in en hälsoprofil och deltagit i ett första hälsosamtal vid den aktuella vårdcentralen, men sedan inte deltagit i uppföljningen ett år senare. Svaret på varför de inte deltagit presenteras nedan. Tiden som gått mellan den avsedda ettårsuppföljningen och telefonintervjun varierade för intervjudeltagarna från cirka 6-18 månader. Variation fanns också mellan intervjudeltagarnas minnen och erfarenheter av livsstilsförändringar och Hälsolyftet.

### 5.2.1 Anledningar att inte delta i ettårsuppföljningen

Intervjudeltagarna tillfrågades om de ville berätta varför de inte kom till sin uppföljning i Hälsolyftet. Svaren varierade mellan intervjudeltagarna som uppgav att det berodde på allt ifrån tidsbrist, missförstånd och flytt till att inte ha fått någon kallelse. En kvinna och en man, båda två från den yngsta åldersgruppen, sa att de inte alls kom ihåg varför de uteblev. Ingen av dem gav intrycket av att de mindes att de blivit kallade till uppföljning och de hade svårt att ge en anledning till att de inte dykt upp. Den ena funderade på att det skulle kunna bero på att hon inte hade tid.

Det vet jag faktiskt inte varför det blev så. Det kanske var om det inte fanns tid eller så. (Intervjudeltagare 7)

Kvinnan sa att hon kanske inte deltagit på grund av att hon hade ont om tid, för att hon arbetat mycket just då.

#### Livssituation

Bortsett från de två som inte alls kom ihåg varför de inte kom gav alla intervjudeltagare någon form av förklaring till varför de inte deltog i ettårsuppföljningen. De vanligaste förklaringarna som angavs var att inte ha tid eller att ha mycket annat att göra. Några av dessa intervjudeltagare svarade kortfattat att det berodde på att de inte hade tid, medan andra gav mer utförliga beskrivningar kring hur deras livssituation såg ut just vid tiden för ettårsuppföljningen. En kvinna till exempel, var helt inställd på att delta, men hade precis börjat nytt jobb och hade på grund av sin arbetssituation inte möjlighet att ta sig tid att gå till vårdcentralen under en period. Kvinnan hade själv försökt nå vårdcentralen för en uppföljning men sa att ingen från vårdcentralen återkommit till henne för att boka in en ny tid.

En man berättade att han avböjt att delta i ettårsuppföljningen på grund av att en nära anhörig blivit svårt sjuk och att han hade behövt ägna sin tid åt att ta hand om denna. Han upplevde då att det blev ett för stort arrangemang att ta sig till vårdcentralen när han behövde ägna sina tankar till omsorgen om sin anhöriga. En annan man berättade att han hade vissa andra problem, som inte rörde de livsstilsrelaterade som hälsolyftet innefattade, som han behövde ta itu med vid tiden för ettårsuppföljningen. Han sa också att anledningen till att han uteblev inte berodde på något i Hälsolyftet, vilket han sa att han bara hade positiva erfarenheter av.

#### Flytt och utebliven kallelse

Ett par av intervjudeltagarna kom inte till uppföljningen på grund av att de flyttat ifrån Göteborg eller var upptagna med att flytta vid tiden för sin ettårsuppföljning. Båda personerna menar att det hade varit intressant att göra ett återbesök för att följa upp sitt hälsoläge och trodde att de skulle kommit om de inte hade flyttat.

En man berättar att han aldrig fick någon kallelse för ettårsuppföljning och säger att han skulle kommit om han fått den. Mannen trodde att anledningen till att han inte fått någon kallelse kunde bero på att posten ofta delas ut till fel personer i området där han bor.

### **Att ha genomfört livsstilsförändringar och att inte ha gjort det**

För en kvinna var anledningen till att hon inte deltog i ettårsuppföljningen i grund och botten en missuppfattning. Kvinnan hade fått mycket hjälp via vårdcentralen och besökte den med jämna mellanrum. Eftersom hon tyckte att hon fått den hjälp hon behövde, tänkte hon att hon inte behövde göra om hälsoprofilen och undersökningen. Hon återlämnade därför den hemskickade hälsoprofilen till vårdcentralen, som tog emot den. Först när hon blev uppringd och tillfrågad om hon inte ville komma förstod hon att tanken var att hon skulle varit med ändå, trots att hon genomfört livsstilsförändringar och ofta besökte vårdcentralen. Hon förklarade för personalen hur det var och vårdcentralen strök henne eftersom hon redan lämnat tillbaka sina papper. För en annan kvinna var anledningen till att inte delta i uppföljningen den motsatta:

De var det att det var precis samma tyckte jag när jag läste igenom det, det hade inte hänt någonting. Och det var ju bara vikten, hade den gått ner så kanske jag hade gått dit men det var nog tvärt om, istället hade jag gått upp några kilo till den gången.  
(Intervjudeltagare 12)

Kvinnan tyckte att det kändes meningslöst för henne att gå på sin uppföljning eftersom hon ändå inte hade nått sitt mål med att gå ner i vikt.

### **Unga personer**

De kvantitativa analyserna visade ett starkt samband mellan bortfall och personer 18-29 år. Med anledning av detta tillfrågades två av de yngsta personerna varför de trodde att det var vanligare att unga personer inte kom till sin uppföljning. Trots att de fick särskilda frågor kring detta framkom bara lösa spekulationer, som varken gällde för dem själva eller någon annan ung person de kände. En av dem, som själv inte deltog på grund av att han flyttat, svarade att han trodde att det kunde bero på praktiska saker som till exempel jobb. Han spekulerade i om äldre har lättare att få tid över och att man som ung kanske har svårare att styra över sin tid på vardagar, medans det är lättare att styra över tiden på helgerna. Han menade att äldre troligtvis har mer inflytande över sina arbeten och att det kan vara svårare för unga personer att påverka sitt arbetsschema. Den andra unga intervjudeltagaren hade svårt att hitta någon förklaring till att unga personer uteblev i större utsträckning än andra. Efter en stunds funderingar sa han att han tror att många i hans generation, i alla fall 80-talisterna, inte alltid är så angelägna om att fullfölja vad de påbörjat utan vill fortsätta till nästa grej. Om man har tagit sig vidare så kör man vidare bara, sa han.

### **5.2.2 Livsstilsförändringar**

För att motivera Hälsolyftets deltagare att genomföra livsstilsförändringar fick de träffa en hälsopedagog eller distriktssköterska i ett hälsosamtal. Samtalet utgick från hälsoprofilen och motiverande samtal användes som metod. Ungefär hälften av de som intervjuades mindes något av det första hälsosamtalet på vårdcentralen i Hälsolyftet. De andra säger att de är tveksamma om de kommer ihåg det eller menar att de måste ha förträngt det. Någon menar också att hon minns samtalet i stora drag men inte dess exakta innehåll.

Ja, nej. Jo delvis gör man ju det om man pratar om det om du förstår vad jag menar. Men så här om du skulle fråga ”vad sa ni?”, då skulle jag inte ha en aning.  
(Intervjudeltagare 9)



Kvinnan ovan uttryckte också att det första hälsosamtalet var ”okej”. Andra sa att de upplevde samtalet som ”bra” och någon som att det var ”bara positivt”. En av dem som säger att hon inte minns hälsosamtalet uttrycker sig såhär:

Jag kommer inte ihåg det. Men måste rimligen upplevt det positivt eftersom jag sedan fortsatte att gå till distriktssköterskan där. (Intervjudeltagare 10)

Kvinnan kom inte ihåg hälsosamtalet men drar slutsatsen att det var ett positivt samtal eftersom det påverkade henne att vilja genomföra livsstilsförändringen just då och fortsätta besöka vårdcentralen för att få stöd.

Det intervjudeltagarna nämnde som positivt med det första hälsosamtalet var att det var intressant att få diskutera de olika frågorna i hälsoprofilen och att de fick bra information och tips kring kost och motion. En person berättar också att han tyckte att man fick en bra överblick över sitt hälsotillstånd.

Eftersom intervjudeltagarna inte deltagit i uppföljning i Hälsolyftet fanns ett intresse av att veta om de genomfört livsstilsförändringar och om utfallet av dessa sedan påverkade dem att komma till sin uppföljning eller inte. Drygt hälften av de intervjuade uppgav att de förändrat någonting i sin livsstil eller behållit en redan bra/god livsstil efter sitt första samtal i Hälsolyftet. Livsstilsförändringarna bestod av ökad motion i form av promenader, gymnastik och gruppträning på Friskis & Svettis samt förändrade matvanor. För dem som ändrat matvanorna innebar det en förändring med mer fibrer i form av gröt till frukost eller mer rotfrukter. De som sa att de gjort någon form av livsstilsförändring fick frågan vad som påverkat dem till detta, några av dem svarade då så här:

Man fick sig en tankeställare. Ibland behöver man en knuff i rätt riktning. Det var behövligt. Jag mår mycket bättre nu. Det blir som ett gift att röra på sig när man väl börjat, man vill inte sluta. (Intervjudeltagare 4)

Åh jag vet inte. Det har väl varit att jag har varit medveten om det själv att jag vill ändra min livsstil liksom, att jag tänkt det länge. Det började nog innan den här hälsoprofilen fast det har väl gått lite snabbare och bättre efter det. Så det är väl lite egen motivation och sen att man har kommit ut och testat grejer. (Intervjudeltagare 1)

Det var det att jag inte kände mig bekväm, tyckte att jag suttit stilla för mycket. Det hade jag gjort därför att jag levt ensam med min dotter och man kommer inte ut så mycket. Nu är hon vuxen och jag kan röra på mig igen. Man återtar sitt liv. (Intervjudeltagare 10)

Nja, det är väl det mer att man har bestämt sig i förväg vad man ska äta. Då är det lättare att styra mot en kost med mer rotfrukter och sådana här grejer. Det var väl mest att man såg det svart på vitt att man strulade lite med maten och så. (Intervjudeltagare 2)

Bidragande orsaker till förändringar i intervjudeltagarnas livsstil var att de genom Hälsolyftet blivit mer medvetna om hur deras vanor såg ut eller, som en av personerna uttryckte sig, att de fått en knuff i rätt riktning. De flesta hade någon gång innan kontakten med Hälsolyftet reflekterat över att de skulle vilja eller borde förändra något i sin livsstil. I och med hälsoprofilen de gjort och det efterföljande hälsosamtalet fick de nu motivation att genomföra livsstilsförändringar. En av personerna uttryckte också att anledningen till att

livsstilsförändringarna skedde just då delvis berodde på att den nuvarande livssituationen, med utflyttade barn, underlättade.

Bidragande orsaker som underlättat för intervjudeltagarna att bibehålla de nya vanorna var känslor av ökat välbefinnande och att ha lärt sig att planera vilken mat som ska ätas. Ett par av intervjudeltagarna berättade också att de gått ner flera kilon, vilket uppfattades som något mycket positivt. Personen som avsåg att bibehålla en redan aktiv livsstil berättade att hon alltid varit aktiv eftersom hon trivdes med det och att hon brukade träna tillsammans med sin partner.

### **5.2.3 Svårigheter med att bibehålla eller förändra vanor**

Ett par av dem som förändrat något i sin livsstil uppgav också svårigheter med att upprätthålla de nya vanorna.

#### **Skador och dåligt väder**

Orsaken till detta var främst att vädret på vintern begränsat möjligheterna till utomhusaktiviteter såsom promenader, samt att kroppsskador gjort det svårt att röra sig som önskat.

Jag försökte med promenader, det är värst, på sommaren är det OK när det är varmt. Men på vintern, det är kyla och sådär, det är problem för mig. Men annars informationen var bra tyckte jag, den hjälpte en hel del. Det var innan sommaren och jag försökte gå efter den information som jag fick. Röra mig mer och så vidare, så det var OK i början. Men sen kom vintern, och varje vinter jag har samma problem. (Intervjudeltagarna 3)

Samma person berättade också att han kommit in i något som tycktes vara en ond cirkel. Han berättade att han gått upp mycket i vikt och därmed fått ännu mer problem med benet, vilket gjorde att han inte kunde röra sig, vilket han ansåg vara det sätt som skulle få honom att gå ner i vikt.

De intervjudeltagare som sa att de inte förändrat något i sin livsstil hade bland annat haft ambitioner att sluta röka och gå ner i vikt genom att röra sig mer och äta annorlunda. Även här uppstod förklaringar som berodde på väder och skador. En kvinna berättade att hon opererat ryggen och därmed hade svårt att gå. Hon menade också att det är för besvärligt att ge sig ut med rullator när trottoarerna är knöliga och eländiga på grund av snön och att det varit för mycket bilar på gatorna när hon försökt gå där. Hon berättade att hon skulle vilja röra sig mer men att det inte går och att det inte är någonting som man kan göra något åt.

#### **Brist på tid och motivation**

Andra vanliga orsaker som intervjudeltagarna angav till att inte förändra vanor var vilja och tid. En kvinna svarade så här på frågan om vad som varit svårt:

Bara tiden. Jag kunde inte motionera eller göra någonting. (Intervjudeltagare 8)

Kvinnan nämnde begränsningar att motionera på grund av att hon hade ont om tid. Det var svårt att under intervjun få klarhet i om detta delvis berodde på bristande motivation eller ett hektiskt liv. Hur som helst gav hon under intervjun ett intryck av att tidsbrist var orsaken till att hon inte deltagit i Hälsolyftets åtgärder, att det blivit svårt att genomföra livsstilsförändringar trots ambitioner samt att hon inte deltagit i ettårsuppföljningen. Kvinnan

gav intrycket att åtgärder inom området stress skulle vara de hon var i störst behov av, men inget hon ansåg sig ha tid med.

En kvinna menade att svårigheterna att sluta röka helt enkelt berodde på motivationen, hon vill inte sluta röka och det var det som var problemet.

Nej alltså jag vet ju att det inte är bra att röka och jag vill väl inte röka hela mitt liv och så liksom, men samtidigt känner jag att jag *vill inte* sluta röka nu, det är väl det som är problemet. (Intervjudeltagare 7)

Hon berättade också att hon varit rökfri under en sexmånadersperiod, men mindes inte om det var före eller efter hon kom i kontakt med Hälsolyftet. Hon menade att hon då slutat av fel anledning, att hon helt enkelt inte var redo för det eftersom hon inte ville. En annan kvinna som försökt vänja sig av med cigaretter säger att viljan är ett problem men menar också att det varit svårigheter att få passande hjälp.

Jag tycker att det är lätt för en som inte röker och säga något som hon inte vet något om, eller han. Förstår du? Vadå, det är bara att sluta? Men det är ju, nej, kom inte och snacka med mig. Okej många slutar, men jag fixar det inte. Förrän man helt vill. För om man ska gå på såna här möten, och det är ju jättebra om man inte har ett jobb. Men har man ett jobb kan man inte vara hemma för skoj skull, för att gå på sluta-röka-träff. Det är ingen arbetsgivare, tror jag knappt, i så fall kan jag ta den. (Intervjudeltagare 9)

Kvinnan upplevde svårigheter att blir förstådd av någon som inte själv varit rökare och kunde sätta sig in i hennes situation. Hon tänkte att det kunde vara ett alternativ att ingå i en sluta-röka-grupp, men hon menade att det inte finns någon arbetsgivare som skulle bevilja ledighet för att gå på en sådan träff. Åtminstone gjorde inte hennes arbetsgivare det. Hon berättade också att hon testat både plåster och tabletter men att ingenting hjälpt. Hon poängterade att hon inte skyller ifrån sig på någon annan och säger också att skulle hon vilja sluta, så skulle hon göra det. Men just nu ville hon röka ett par - tre cigaretter varje dag berättade hon. Och därmed var hon ju helt ”ute och cyklade” som hon sa, då fungerar det ju inte att sluta röka menade hon.

### **Frustration och uppgivenhet**

En man berättar att han känner sig otymplig på grund av att han hade blivit lite rund om magen. Mannen tyckte att han behövde gå ner i vikt, men verkade inte särskilt motiverad eller angelägen att lyckas. Han hade funderat på att förändra sina matvanor, men kunde själv inte ge några förklaringar till varför det inte blivit så. En annan man ger delvis förklaringar som handlar om samhället och en känsla av att inte passa in någonstans.

Jag går ju förr en promenad eller förr sprang jag, men nu går jag en promenad, men jag tittar mig fan mer bakom axeln nu än vad jag gjorde för fem år sedan. Vad är det för samhälle vi har fått? Vi ska ju bli klokare men vi blir ju sämre. (...) Man sitter och tittar på TV och tänker att man ska gå ut en sväng och promenera men man blir så förbannad och går och äter istället. Nu har man kommit upp i den här åldern så att man passar ju inte någonstans. De går ju inte att gå ut någonstans idag. (Intervjudeltagare 5)

Mannen menade att det inte längre känns lika lätt att motionera ute som det gjorde förr och att ”det sjuka” samhället är en bidragande orsak till detta. Dels för att det gör honom otrygg men också för att han blir arg. När människor är arga eller olyckliga fungerar de så att de tröstäter, och då blir man tjock sa han. Senare under intervjun nämnde han också att man inte kan

skylla på samhället och att man får acceptera läget som det är. Som när doktorn förklarar hur något ligger till, fortsatte han, är man dålig så är man och det får man acceptera. Under intervjun framkom det också att motion på gym inte var rimligt eftersom han inte tyckte att han passade in på något gym eftersom han inte hade lust att spendera tvåtusen kronor på kläder för att styla sig för ändamålet. Han hävdade bestämt att det förväntades att man skulle vara stylad för att gå på gym och att det inte var någonting han tänkte göra.

En kvinna, som tidigare drabbats av hjärtinfarkt, tyckte att hon borde gå ner i vikt men upplevde problem både med att röra sig och förändra kostvanorna. Hon berättar att hon älskar att laga mat och baka, att det är det roligaste hon vet. Men efter att ha ätit blir hon trött och går gärna och lägger sig en stund, vilket inte är så bra, säger hon. Hon berättar att hon inte kan röra på sig så mycket mer än hon redan gör och inser därför att om hon ska gå ner i vikt måste hon ändå förändra sina matvanor på något sätt. På frågan om hon funderat på om hon velat ha hjälp eller stöd i hur man skulle kunna laga annorlunda mat svarar hon:

Det finns ju såna här dietister där borta va. Det frågade jag läkaren en gång om jag kunde ringa dom och det sa han att det kan du göra. Men man är två va, en karl också, och han kan äta lika mycket som mig, han går inte upp ett hekto, men dom förbränner ju maten helt annorlunda karlar än vad fruntimmer gör så att det är orättvist. Men sen så rör han sig ju mer än vad jag gör. Men jag tycker det bara är jobbigt för jag äter mycket grönsaker och magen är bra och allting. (Intervjudeltagare 12)

Kvinnan upplevde inte att det var någon idé att söka hjälp hos en dietist för att få råd om nya kostvanor på grund av att hennes man inte hade samma problem med vikten som hon själv. Eftersom hon lagar maten till dem båda ville hon inte laga olika rätter berättade hon. Hon verkade också känna att hennes nuvarande kostvanor ändå inte var så dåliga eftersom hon åt mycket grönsaker, halva tallriken är grönsaker menade hon. Hon berättade också att de brukade äta annorlunda framåt våren, då åt de mer sallad vilket också påverkade vikten i positiv riktning.

#### **5.2.4 Primärvårdens roll i livsstilsförändringar**

Intervjudeltagarna tillfrågades om de hade egna tankar kring hur livsstilsförändringar kan stödjas av primärvården. De flesta svarade att det inte är något de funderat över eller att de inte hade en aning. En kvinna svarade att det borde finnas mer information på vårdcentralen. Hon tyckte att det var dåligt att hon fick veta att det går att få träning på recept först då hon besökte KOL-skolan.

En av de yngre intervjudeltagarna trodde att många unga människor skulle uppskatta om de fick tips om motionsalternativ som inte innebar att promenera, springa eller cykla. Även om dessa alternativ är bekanta för de flesta och relativt lätta sätt att aktivera sig med behövs alternativ för dem som vill göra något annat. Intervjudeltagaren menade att det kan vara svårt att komma igång med en idrott om man till exempel är nyinflyttad och inte studerar på en skola som Chalmers som kan guida studenterna till olika alternativ. Intervjudeltagaren sa att det kunde vara en idé att kanske sammanföra en grupp unga som behövde inspiration och göra något tillsammans.

En intervjudeltagare sa att det är viktigt att det finns personal på vårdcentralen som kan hjälpa till och ge stöd vid livsstilsförändringar för den som behöver.

Det ska finnas folk där så att man kan om man själv vill. Förutsättningen är ju att man vill själv och att man har bestämt sig och att man vill ha någon form av stöd

eller hjälp med någonting annars tror jag inte att det är meningsfullt. Men det tycker jag är viktigt alltså. (Intervjudeltagare 10)

Intervjudeltagaren menade att det är en förutsättning att den som får hjälp själv är motiverad och har bestämt sig för att vilja förändra något i sin livsstil. Hon betonade också att hon tyckte att det var viktigt att det finns professionell hjälp att tillgå för den som behöver.

En intervjudeltagare menade också att det är viktigt att personalen i primärvården är vaksam på patienters livsstil oavsett av vilken anledning patienten söker till vårdcentralen. Intervjudeltagaren menade att det skulle vara bra om personalen inte bara koncentrerar sig på att ställa en diagnos utan att den även ser över patientens livsstil vid besöket på vårdcentralen.

En man berättar att han tycker att hälsolyftet var en bra grej och att han har svårt att komma på någon annan väg att gå då man vill stödja människor i livsstilsförändringar. Att få en hälsoprofil och föra ett samtal kring den uppfattades som ett väl fungerande sätt. En av kvinnorna som intervjuades tyckte också att det fungerar väldigt bra som det gör idag.

Jo, men jag tycker dom gör det väldigt bra får jag säga. För att där jag går på vårdcentralen där borta där är ju väldigt fint bemötande på alla sätt vad det än gäller (...). Man blir trygg av det va. (...) Jag tycker alla sjukhus får jag säga har ett enastående tålamod med allting. Ingenting att klaga på. (Intervjudeltagare 12)

Kvinnan tyckte att hon blir väl bemött på vårdcentralen där hon går och att de gör ett bra jobb, inte bara när det gällde livsstilsförändringar utan vad hon än söker hjälp för.

Flera intervjudeltagare menade att det här med livsstilsförändringar var något som är upp till var och en att jobba med. Frågan om hur primärvården skulle kunna stötta människor i livsstilsförändringar eller om de ville ha stöd och hjälp möttes i vissa intervjuer snarare av förvåning än av förslag till förbättring. En del ställde sig frågande till hur en annan person skulle kunna hjälpa dem att förändra vanor, när det ju inte kan gå till på något annat sätt än att de ändrar dem själv. Tankar om möjligheten att få stöd och råd verkade nästan främmande, eller så verkade de bara övertygande om att livsstilsförändringar var något de klarade av på egen hand, om de bara ville.

Jag vet ju vad jag gör för fel och vad jag skulle kunna förbättra men för det behöver man ju inte henne. (Intervjudeltagare 9)

Jag menar vad är det för hjälp jag kan få? Min fru ligger ju här och tittar i taket i alla fall. Det kvittar vad jag får för hjälp, jag har ju henne i bakhuvudet i alla fall. (Intervjudeltagare 5)

Jag har tänkt sådär att försöka själv att äta sådan mat så man går ner så får en se hur det blir. (Intervjudeltagare 6)

Mannen, som var bekymrad över sin fru, berättade att han ofta tröstäter. Han menade att det inte finns någon hjälp att få eftersom orsaken till att han är nedstämd och därmed tröstätandet inte går att göra något åt. Mannen gav under intervjun intrycket av att han inte var helt angelägen att lyckas och dels tyckte han nog att han hade värre bekymmer än sin egen fysiska hälsa. Mannen som sa att han funderat på att ändra matvanorna lite, eftersom han blivit rund om magen och otymplig, sa att det är något han själv tänkt att jobba med och är inte intresserad av råd från någon annan. Han gav dock intrycket av att inte vara särskilt motiverad eller angelägen om att det ska ge resultat.

### 5.2.5 Stadium i förändringsprocessen enligt den transteoretiska modellen.

Av intervjuerna att döma befann sig intervjudeltagarna på olika stadier i förändringsprocessen. För att åskådliggöra intervjudeltagarnas olika stadier och valda områden för livsstilsförändring presenteras detta i tabell 7 nedan.

**Tabell 7.** Sammanställning över intervjudeltagarnas val av område för livsstilsförändring, stadium i förändringsprocessen, uppgiven orsak till att inte delta i ettårsuppföljningen och engagemang.

ID*	Område	Stadium	Orsak	Engagemang start	Engagemang 6 månader**
1	Motion	Vidmakthållande	Minns ej	Ganska mycket	Ganska mycket
2	Kost Motion	Vidmakthållande Begrundande	Flytt	Varken mycket eller lite	Ganska mycket
3	Motion	Före begrundan	Ej fått brev med kallelse	Ganska lite	Inte alls
4	Motion	Vidmakthållande	Andra problem	Varken mycket eller lite	Ganska mycket
5	Kost Motion	Före begrundan Före begrundan	Anhörig sjuk	Ganska mycket	Ganska mycket
6	Kost	Begrundande	Mycket annat att göra	Varken mycket eller lite	Varken mycket eller lite
7	Tobak	Före begrundan	Minns ej, tid?	Ganska mycket	(Ej nåbar)
8	Motion Stress	Före begrundan Före begrundan	Tid	Ganska lite	Inte alls
9	Tobak	Före begrundan	Flytt	Ganska lite	Inte alls
10	Kost Motion	Vidmakthållande Vidmakthållande	Genomfört livsstilsförändring (Missförstånd)	Varken mycket eller lite	Varken mycket eller lite
11	Motion	Vidmakthållande	Tid (Arbetsituation)	Ganska mycket	Varken mycket eller lite
12	Kost Motion	Begrundande Begrundande	Ingen förändring	Ganska lite	Varken mycket eller lite

\*Intervjudeltagare \*\*Det engagemang som angavs vid telefonuppföljningen efter 6 månader.

I sammanställningen ovan syns att intervjudeltagarna (ID) avsåg att förändra sin livsstil inom olika områden, vid tiden för telefonintervjuerna befann de sig på olika stadier och upplevde engagemang i olika hög grad vid start och halvårsuppföljning. Bortfallet orsakades av en mängd olika anledningar, som inte har en given koppling till väl genomförda livsstilsförändringar. Gemensamt för dem som angav att de inte deltog i uppföljningen på grund av tid, men inte gav någon vidare förklaring, var dock att de befann sig på ett tidigt stadium i förändringsprocessen.

## 6. Diskussion

I detta avsnitt diskuteras fördelar och nackdelar med de metoder som använts i studien samt de viktigaste resultaten som framkommit.

### 6.1 Metoddiskussion

För att besvara frågeställningarna som handlade om samband mellan bortfall och olika faktorer användes en kvantitativ metod. Genom att använda redan sammanställd data besparades mycket tid, som annars skulle ha ägnats åt insamlande och inmatning av data. Materialet var därför mycket mer omfattande än det annars skulle ha varit. Analyserna bygger på data endast från en av de åtta vårdcentralerna som ingått i Hälsoflyftets arbete. Då bara en av vårdcentralerna ingick, fanns inte möjligheterna att dra slutsatser av bortfall från de andra delarna av Hisingen då dessa vårdcentralers upptagningsområde kan skilja sig från området kring den utvalda vårdcentralen.

Analyserna av data på nominal nivå utfördes med Chitvå-test ( $\chi^2$ -test). Enligt Bjørndal och Hofoss (1998) är detta det vanligaste testet för att undersöka samband i korsfördelade data på nominal nivå. Då Chitvå-test inte tar hänsyn till om data är på ordinal nivå användes Mann-Whitney U-test för analyser av samband mellan bortfall och upplevd hälsa samt engagemang.

Flera analyser baseras på färre än 427 personer på grund av att en del personer inte besvarat alla frågor och att vissa uppgifter inte fanns tillgängliga i SPSS. Detta innebär således ett internt bortfall i studien. Det största interna bortfallet är för midja-stusskvot där 72 personer saknas i analysen. Detta beror på att midja-stusskvoten inte noterades i Hälsoprofilen vid Hälsoflyftets start utan först efter några månader. Detta påverkar troligen inte resultatet då de första deltagarna i Hälsoflyftet inte förväntas skilja sig från dem som hade sitt hälsosamtal några månader senare. I övriga analyser där internt bortfall observerats saknas oftast bara några få personer, vilket troligtvis inte påverkar resultatet. Vid en analys saknas dock 15 personer (Civilstånd). Orsaken till att uppgifter saknas är okänd och det är möjligt att resultaten skulle bli annorlunda om uppgifter om dessa 15 personer inkluderats i analysen.

Syftet med intervjuerna var att få ta del av anledningar att inte delta i Hälsoflyftets ettårsuppföljning. Avsikten var också att undersöka om dessa personer, vars riskfaktorer och livsstil inte följts upp, ändå genomfört någon form av livsstilsförändring samt vad intervjudeltagarna hade för tankar och erfarenheter om livsstilsförändringar och primärvårdens roll i dem. Beslutet att genomföra telefonintervjuer upplevs i efterhand som en bra metod för ändamålet. Enkäter hade visserligen kunnat nå långt fler än de tolv personer som nu ingick i den kvalitativa delstudien. Men, som Trost (2005) nämner, ger enkäter ett större bortfall än intervjuer. Då det rör sig om en bortfallsanalys upplevdes det angeläget att studien inte gjordes av ytterligare en viss grupp personer med särskilt visat engagemang eller tid. Enkäter hade heller inte möjliggjort följdfrågor, förtydliganden, eller anpassande av frågor, vilket visade sig vara betydelsefullt för informationsmängden i intervjuerna. Valet att utföra intervjuerna över telefon baserades även detta på att minska insatsen för de som intervjuades. Flertalet av intervjudeltagarna nämnde att de inte kom till sin uppföljning på grund av tid, och troligen hade få varit intresserade eller haft möjligheten att delta i en intervju vars syfte var att undersöka orsaker till bortfall. Trost (2005) nämner att telefonintervjuer huvudsakligen bör vara standardiserade och inte lämpar sig för djupgående frågor och svar. Det är mycket möjligt att intervjuer som skett öga mot öga till viss del gett större mängd information, men många av de svar som gavs hade troligen inte kunnat utvecklas så mycket mer. De intervjuer som pågick under kortast tid var de där intervjudeltagarna inte riktigt mindes hälsosamtal eller orsakerna till bortfall.

Telefonintervjuerna upplevdes därför som tillräckliga för ändamålet att undersöka orsaker till bortfall och tankar kring livsstilsförändringar och primärvårdens roll i dem.

Under intervjuerna ställdes inga specifika frågor för att avgöra var intervjudeltagarna befann sig i förändringsprocessen enligt den transteoretiska modellen. Uppfattning om vilket förändringsstadium de befann sig i grundades därför på den samlade bilden av intervjun. De som uttryckte sig med ord som ”jag vill inte” eller ”jag kan inte” förändra något, var självfallna i det första stadiet, före begrundan. I detta stadie placerades även de som genomfört någon form av livsstilsförändring men inte bibehållit den och gett upp. Bedömningen att tre av intervjudeltagarna var i begrundande stadie är inte gjord med samma säkerhet. Personer placerades i begrundande stadie om de berättade att de till exempel hade en önskan att gå ner i vikt och även nämnde sätt att gå till väga. Det är möjligt att dessa bedömningar skulle bli annorlunda om intervjudeltagarna fick specifika frågor kring om och när de avsåg att göra någon form av livsstilsförändring. Troligen är somliga av dem också personer som är så kallade kroniska begrundare. Att bedöma att intervjudeltagarna var i vidmakthållande stadie var enklare, då de ofta nämnde att livsstilsförändringen ägde rum i perioden efter hälsosamtalet, vilket innebar en tidsperiod om minst sex månader fram till intervjutillfället.

Urvalet i undersökningen var strategiskt med intentionen att få variation i intervjudeltagarnas utsagor. Valet att kriterierna för detta innebar män och kvinnor i olika åldrar samt av olika nationalitet och med olika sysselsättning bedöms i efterhand som lämpligt eftersom variationen i utsagorna många gånger hade samband med dessa variabler.

Utförandet av själva intervjuerna upplevdes som mycket smidigt. Att de medverkande i förväg kontaktats av någon från vårdcentralen tycktes underlätta intervjuerna. Intervjudeltagarna visade förtroende och verkade positivt inställda till att intervjuas. Det är också möjligt att de påverkades av att först ha blivit kontaktade av vårdcentralen och därmed inte svarade så ärligt eller uppriktigt som de hade kunnat. Detta är naturligtvis mycket svårt att bedöma utifrån. Intervjudeltagarna upplevdes dock ärliga, även om minnet ofta svek, vilket skulle kunna ha underlättats genom att utföra intervjuerna i närmre anslutning till den avsedda ettårsuppföljningen.

Två av intervjuerna spelades inte in, därför fördes istället anteckningar under tiden som intervjuerna pågick. Följaktligen innebar detta att viss information gick om miste, men min uppfattning är att det väsentliga i personernas berättelser tillvaratogs även om exakta uttryckssätt inte gick att ta till vara.

## **6.2 Resultatdiskussion**

Bortfallet i Hälsolyftet's ettårsuppföljning vid den aktuella vårdcentralen uppgick till 36,8 %. I *Göteborg Health Profile Project* vid Askims vårdcentral (föregångaren till Hälsolyftet) var bortfallet från ettårsuppföljningen 21,5 %. Projektet i Askim innefattade ungefär hälften så många som deltog i det första hälsosamtalet (209 personer) och området det utfördes i skiljer sig också på många sätt från Hisingen, vilket skulle kunna vara en förklaring till den skillnad som ses. Bortfallet är svårt att bedöma i relation till andra studier då interventionsstudier och dess uppföljningar ofta varierar stort i genomförande och tidsram. Interventionsstudien som innefattade byggnadsarbetare hade ett bortfall på 8,6 % (Groeneveld, Proper, van der Beek, Hildebrandt & van Mechelen, 2009), vilket är betydligt lägre än det som ses vid den aktuella vårdcentralen i Hälsolyftet. I studien ingick endast byggnadsarbetare som hade ökad risk för



hjärt- kärlsjukdom, vilket skulle kunna påverka motivationen att delta i interventionen och mätningarna som ingick i den. I en holländsk interventionsstudie av överviktiga patienter med typ 2 diabetes var bortfallet visserligen 39 % (Huisman, Maes, De Gucht, Chatrou & Haak, 2009), vilket är i storlek med denna studie.

Några signifikanta skillnader mellan män och kvinnors deltagande i ettårsuppföljningen sågs inte. Många studier pekar på ett högre bortfall bland män (Goldberg m.fl., 2001). Studien i det franska elektricitetsföretaget visade dock på motsatt resultat, vilket forskarna trodde kunde bero på att det företag som studien bedrevs utifrån var mansdominerat och att kvinnorna inte kände samma tillhörighet till företaget. Vid den aktuella vårdcentralen i Hälsolyftet lämnade 170 män och 254 kvinnor in Hälsoprofilen och deltog i ett hälsosamtal. Det var alltså betydligt fler kvinnor än män vid start. Denna snedfördelning skulle kunna bero på ett högre bortfall bland män i tidigare steg (t.ex. inlämning av screeningfrågor) eller att fler kvinnor sökt vård vid vårdcentralen, vilket betyder att fler kvinnor också fått möjlighet att besvara screeningfrågorna. Snedfördelning av män och kvinnor verkade dock inte påverka deltagandet i ettårsuppföljningen.

Ett starkt samband mellan ålder och bortfall från ettårsuppföljning påvisades, där äldre var mer benägna att delta än yngre. Detta samband syns även i andra studier (Groeneveld, Proper, van der Beek, Hildebrandt & van Mechelen, 2009; Strandhagen m.fl., 2010). Genom att utföra ålderstratifierade analyser fanns möjligheten att undersöka bortfallet utan inverkan av skillnader som var relaterade till ålder. De åldersstratifierade analyserna gjorde det därmed möjligt att se att de som arbetade och studerade inte hade samband med högt bortfall på grund av sysselsättning, utan att detta var mer relaterat till ålder. Den enda signifikanta skillnad som kvarstod i de demografiska grupperna var emellertid mellan personer födda inom och utanför Norden, där personer födda inom Norden var mer benägna att delta. Personer födda inom Norden (med undantag för Finland) har lägre risk att drabbas av hjärt- kärlsjukdom och diabetes än personer från många andra länder (Socialstyrelsen, 2009). Personer från utomeuropeiska länder uppger också mycket oftare ett sämre välbefinnande än personer födda i Sverige. Då dessa personer på många sätt är en utsatt grupp och viktiga att nå i det hälsofrämjande arbetet skulle det vara önskvärt att fler unga och medelålders invandrare valt att delta i Hälsolyftets uppföljning. Det är också viktigt att fundera kring tänkbara anledningar till varför personer utanför Norden inte deltog i lika hög utsträckning som andra. Om det till exempel ter sig så att språkhinder är en bidragande orsak till det högre bortfallet hos personer födda utanför Norden skulle kanske information på fler språk vara ett sätt att nå fler. Att signifikanta skillnaderna syntes endast i den mellersta åldersgruppen (40-69 år) kan bero på att det är få personer i de andra åldersgrupperna, vilket försvårar möjligheten att se signifikanta skillnader.

För livsstilsområdena i hälsoprofilen och BMI sågs signifikanta skillnader för stress, midjastusskvot och BMI. Det är positivt att personer med övervikt och fetma samt hög midjastusskvot i högre utsträckning än andra deltog i ettårsuppföljningen. Toft m.fl. (2001) såg motsatt samband i en dansk interventionsstudie, där överviktiga visserligen var mer benägna att delta från början, men också hoppade av interventionen i högre utsträckning än normalviktiga.

Det hade varit positivt att se att även personer som låg i riskzonen inom de övriga områdena deltog i högre utsträckning än personer som inte låg i riskzonen, eftersom det är särskilt viktigt att följa upp dessa personer. Flera studier rapporterar högre bortfall bland rökare (Lissner m.fl., 2003; Goldberg m.fl., 2001; Berg m.fl., 1998; Groeneveld m.fl., 2009), vilket är ett samband som inte ses i denna studie. Att befinna sig i riskzonen för stress hade tvärt

emot samband med högre bortfall. Personer i riskzonen för stress är personer som upplevt fysiska och psykiska symtom av stress och i många fall att de inte hinner med allt som de vill göra. Att riskzonen för stress hade samband med bortfall i ettårsuppföljningen skulle kunna bero på att många av dem som befann sig i riskzonen för stress vid start fortfarande upplever tidspress, och därför inte ville eller kunde ta sig tid att delta i uppföljningen.

Vilket eller vilka av de livsstilsområden som förändring av livsstil avsågs att ske inom, hade inget samband med bortfall. Detta tyder på att viljan att förändra sin livsstil inom ett visst område inte sedan påverkade benägenheten att delta i ettårsuppföljningen.

I samband med screeningfrågorna besvarades en fråga som rörde engagemang för livsstilsförändringar med tanke på dåvarande livssituation. Graden av engagemang för livsstilsförändringar visade inte på samband med deltagande i ettårsuppföljningen. Det är möjligt att graden av engagemang för livsstilsförändringar i vidare forskning visar sig ha samband med genomförda livsstilsförändringar efter ett år. Om vidare forskning pekar på detta är risken att dra felaktiga slutsatser av resultaten mindre, eftersom graden av engagemang var mycket lika hos de som deltog i ettårsuppföljningen och de som inte gjorde det. Inte heller personernas välbefinnande vid start hade samband med deltagande i uppföljning ett år senare, vilket är positivt då inte bara de som upplevde en god hälsa valt att delta i ettårsuppföljningen.

Anledningarna att inte delta i ettårsuppföljningen varierade mellan intervjudeltagarna. Att två av dem inte mindes varför de inte deltog, kan tolkas som brist på intresse att undersöka sin hälsa eller brist på motivation till livsstilsförändringar. Det är mycket möjligt att det var så i det ena fallet. I det andra fallet menade intervjudeltagaren hur som helst att han genomfört livsstilsförändringar och lyckats bibehålla de nya vanorna. Det var också en av personerna som menade att han inte fått någon kallelse, detta trots att även påminnelse skickats ut. Då posten ofta hamnade hos fel person i området där han bodde är det möjligt att kallelsen aldrig kom fram, och det kan också tänkas vara så att det är den första tanken hos någon som inte minns varför han inte deltagit.

Flera av intervjudeltagarna angav att de inte kom på grund av att de inte hade tid eller hade mycket annat att göra. Ett par av intervjudeltagarna var här noga med att förklara varför de inte hade haft möjlighet att komma på uppföljningen, vilket gav intrycket av att de gärna velat delta om de hade kunnat. De som inte gav någon förklaring verkade tvärt om mindre motiverade, eller stressade, vilket kan tolkas som att ettårsuppföljningen helt enkelt inte var något som prioriterades framför andra göromål. En viktminskningsstudie pekade på att det var vanligare att de som inte lyckats gå ner i vikt hoppade av studien (Kaplan & Atkins, 1987). Så var även fallet för en av kvinnorna som intervjuats i denna studie. En annan kvinna deltog inte av motsatt anledning, att hon hade lyckats gå ner i vikt. Anledningar att inte delta i ettårsuppföljningen har alltså varit både att lyckas och att inte lyckas med livsstilsförändringar.

I hälsosamtalet som ägde rum på vårdcentralen utgick samtalet från hälsoprofilen som deltagarna tagit med sig. För att motivera deltagarna till livsstilsförändringar användes motiverande samtal som grund. Få av intervjudeltagarna mindes det första hälsosamtalet, men flera av dem menar att det var genom denna träff på vårdcentralen som de fick motivation och redskap att genomföra livsstilsförändringar. Utifrån de intervjuer som gjordes är det dock svårt att bedöma huruvida det var just metoden motiverande samtal som bidrog till att deltagarna upplevde samtalet som positivt och skapade motivation till förändring. Enligt

WHO är en viktig del i det hälsofrämjande arbetet att människor kan identifiera sina strävanden och bli medvetna om dem (Pellmer & Wramner, 2007). Faskunger och Hemmingson (2005) betonar också vikten av att människor har insikt i sin nuvarande situation, för utan den kunskapen är det svårt att förändra situationen. Att få en insikt och överblick av sin hälsa och bra råd uppgavs också av intervjudeltagarna som betydelsefullt för att påbörja livsstilsförändringar. Vissa av intervjudeltagarna lyckades behålla sina vanor. För flera av dem tycktes det alltså tillräckligt med en överblick och insikt i sin livsstil samt hälsosamtal för att förändra vanor och även att bibehålla dem. För andra var det svårare att upprätthålla de nya vanorna. Svårigheter att bibehålla nya vanor berodde enligt intervjudeltagarna främst på dåligt väder och kroppsskador. Det tycktes för vissa vara så, att de hade högt situationsspecifikt självförtroende (self-efficacy) vad det gällde fysisk aktivitet under sommarhalvåret. Då deras hälsosamtal utfördes under våren är det möjligt att till exempel de problem som en lång och kall vinter medför inte berördes under samtalet. När så vintern kom uppstod hinder för att vara fysisk aktiv vilket i ett par fall ledde till viktökning och känslor av uppgivenhet. Detta kan ses som återfall som innebar en förflyttning till ett lägre stadium i förändringsprocessen. En kvinna verkade också ha bättre situationsspecifikt självförtroende när det handlade om hälsosam matlagning på sommaren, då lagade hon oftast sådan mat som bidrog till att vikten istället för att öka minskade något. En tanke är att hälsosamtalen vid vårdcentralen skulle kunna beröra den här typen av eventuella ”framtida” problem som kan dyka upp vid livsstilsförändringar. Erfarenheter från tio års interventionsarbete inom primärvården i Norsö kommun visar dock att det är viktigt att de råd som förmedlas ges i små doser och att ett vanligt problem är att ge för många råd vid samma tillfälle (Weinehall, Hellsten, Boman & Hallmans, 2001). Att ge fler råd vid det första hälsosamtalen skulle alltså kunna skapa motsatt effekt. Det är ju också upp till varje patient inom Hälsolyftet att genomföra livsstilsförändringar med stöd från primärvården eller att genomföra de helt på egen hand. Att utöka och anpassa råden vid telefonuppföljningen skulle kanske vara ett sätt att stödja de människor som har svårigheter i förändringsarbetet.

Hassmén (2007) menar att det är viktigt vid hälsorådgivning att människor upplever ett nytt beteende som kontrollerbart och att det attribueras till inre attityder. När människor upplever en inre kontroll finns känslan av att hon själv kan påverka. Flera intervjudeltagare attribuerar svårigheter att leva hälsosamt till yttre och i flera fall icke kontrollerbara orsaker. Exempel på detta är att en nära anhörig är sjuk, tid, att partnern inte behöver förändra matvanorna, att man måste vara stylad på gymmet och att vädret inte tillåter fysisk aktivitet. Även kroppsskador och operationer kan ses som icke kontrollerbara faktorer som försvårar möjligheten att upprätthålla nya vanor. Konsekvenserna av detta blev då att det inte fanns några sätt att övervinna de hinder som fanns. Ett par intervjudeltagare menar att svårigheterna att förändra ett beteende istället beror på inre faktorer som att inte ha motivation eller vilja. Bland intervjudeltagarna var det de som försökt sluta röka som attribuerade orsakerna till inre faktorer medan de personer som försökt gå ner i vikt gav förklaringar som istället berodde på yttre faktorer som inte var kontrollerbara.

Ett par av intervjudeltagarna gav ett gott betyg till Hälsolyftets arbete genom att berätta att de tyckte att det fungerat väldigt bra och att de inte kunde se hur det hälsofrämjande arbetet skulle kunna göras annorlunda. Vid samtal kring primärvårdens roll i livsstilsförändringar var det också flera som poängterade saker som redan nu ingått i Hälsolyftets arbete. Exempel på detta var att någon nämnde att det är viktigt att livsstilen uppmärksammas på vårdcentralerna oavsett anledning som den sökande är där och att det finns personal som kan stötta den som har bestämt sig för att vilja förändra något i sin livsstil.

Flera av intervjudeltagarna hade inga egna tankar kring primärvårdens roll i livsstilsförändringar eller menade att detta inte är något som man söker för eller kan få hjälp med utifrån. Trots medverkan i Hälsolyftet tycktes alltså somliga främmande för att primärvården kan vara en aktör i arbetet med livsstilsrelaterade frågor. Ågren (2003) betonar vilken viktig roll primärvården har i det hälsofrämjande arbetet och att detta arbete har haft stora brister. Några av intervjudeltagarnas inställning skulle delvis kunna bero på ovana vid att primärvården arbetar med den här typen av uppgifter eller att livsstilens betydelse för hälsan inte var lika påtaglig för alla.

## 7. Slutsats

I Hälsolyftets ettårsuppföljning vid den aktuella vårdcentralen påträffades ett högre bortfall bland yngre personer samt personer födda utanför Norden. Dessa grupper har även i andra studier visat sig delta i lägre utsträckning än äldre och personer födda inom Norden. Utomnordiskt födda drabbas av livsstilsrelaterade sjukdomar i högre utsträckning, det är därför angeläget att försöka utveckla ett arbetssätt som når fler av dem. Ett högre bortfall identifierades också hos personer som enligt hälsoprofilen låg i riskzonen för stress. Detta skulle kunna bero på att många av dem som befann sig i riskzonen för stress vid start fortfarande upplever stress i hög grad, och inte deltog i uppföljningen på grund av att de inte tyckte sig ha tid att delta. Överviktiga personer (BMI > 25) samt personer med midjastusskvot i riskzon ( $> 0,79$  för kvinnor och  $> 0,90$  för män) deltog däremot i ettårsuppföljningen i högre utsträckning än de som var normalviktiga och hade en midjastusskvot som inte innebar riskzon. Resultaten av denna studie pekar vidare på att bortfallet från ettårsuppföljningen inte hade några samband med flertalet av de livsstilsrelaterade riskzonerna, vilket livsstilsområde som valts för förändring eller grad av engagemang till livsstilsförändringar.

Hos de tolv personer som intervjuats varierade orsakerna till att inte ha deltagit i ettårsuppföljningen. Den orsak som flest angav var att ha mycket annat att göra eller att inte ha tid, i vissa fall tolkades detta som brist på motivation och i andra fall som att deras livssituation innebar begränsade möjligheter att delta. Viktigt att lyfta fram är att både att ha lyckats med livsstilsförändringar samt det motsatta var anledningar till att inte delta. Personerna som intervjuades tycktes också vara på olika stadium i förändringsprocessen enligt den transteoretiska modellen, från *före begrundan* till *vidmakthållande*, något som ytterligare tyder på att flera personer inte avstått uppföljningen på grund av misslyckade försök att förändra vanor. En majoritet av dem som intervjuats uppgav att de hade genomfört någon form av livsstilsförändring tack vare sitt deltagande i Hälsolyftet, även om det för vissa hade varit svårt att bibehålla de nya vanorna. Ett par av intervjudeltagarna hade flyttat från Hisingen och några mindes inte varför de inte deltagit i sin ettårsuppföljning. Genom att utföra intervjuerna i närmre anslutning till att personerna inte dykt upp för uppföljning skulle fler personer troligen minnas Hälsolyftet bättre, och mer information kring bortfall skulle kunna inhämtas. Att intervjua ett större antal personer skulle också kunna möjliggöra att resultaten kan generaliseras, vilket ytterligare kan bidra till att öka kunskapen inför framtida interventioner.

## 8. Referenser

---

- Andersson, I. (2006). *Epidemiologi för hälsovetare - en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.
- Barth, T., & Näslund, C. (2006). *Motiverande samtal – MI: Att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor*. Lund: Studentlitteratur.
- Berg, C., Jonsson, I., Conner, MT., & Lissner L. (1998). Sources of bias in a dietary survey of children. *European Journal of Clinical Nutrition*, 52 (9):663-7
- Bjørndal, A., & Hofoss, D. (1998). *Statistik för hälso- och sjukvårdspersonal*. Stockholm: Universitetsförlaget.
- Blomstrand, A., Pedersen, N., & Bengtsson, C. (2002). Primärvården kan inspirera till förebyggande egenvård. "Hälsoprofil" hjälper patienten att själv analysera sina riskfaktorer. *Läkartidningen*, 99, 4051-4.
- Blomstrand, A., Lindqvist, P., Enocsson Carlsson, I., Pedersen, N., & Bengtsson, C. (2005). Low-budget method for lifestyle improvement in primary care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 23, 82-87.
- Bryman, A. (2004). *Social research methods* (2:a upplagan). Oxford: University press.
- Faskunger, J., & Hemingsson, E. (2005). *Vardagsmotion: vägen till hållbar hälsa: fysisk aktivitet, viktkontroll och beteendeförändring*. Stockholm: Forum.
- Goldberg, M., Chastang, JF., Leclerc, A., Zins, M., Bonenfant, S., Bugel, I., Kaniewski, N., Schmaus, A., Niedhammer, I., Piciotti, M., Chevalier, A., Godard, C., & Imbernon, E. (2001). Socioeconomic, demographic, occupational, and health factors associated with participation in a long-term epidemiologic survey: a prospective study of French GAZEL cohort and its target population. *American Journal of Epidemiology*, 154 (4):378-84.
- Groeneveld, I., Proper, K., van der Beek, A., Hildebrandt, V., & van Mechelen, W. (2009). Factors associated with non-participation and drop-out in a lifestyle intervention for workers with an elevated risk of cardiovascular disease. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 80 (6).
- Göteborgs universitet, Allmänmedicin. (2009a). *"Hälsolyftet" - ett hälsofrämjande utvecklingsarbete på Hisingen i Göteborg, som visar på mycket bra resultat*. Hämtad 2010-09-14 från [http://www.medicine.gu.se/avdelningar/samhallsmedicin\\_folkhalsa/allmanmedicin/halsolyftet](http://www.medicine.gu.se/avdelningar/samhallsmedicin_folkhalsa/allmanmedicin/halsolyftet)
- Göteborgs universitet, Allmänmedicin. (2009b). *Metod för Hälsolyftet*. Hämtad 2009-11-09 från [http://www.medicine.gu.se/avdelningar/samhallsmedicin\\_folkhalsa/allmanmedicin/halsolyftet/metod](http://www.medicine.gu.se/avdelningar/samhallsmedicin_folkhalsa/allmanmedicin/halsolyftet/metod)
- Göteborgs universitet, Allmänmedicin. (2009c). *Resultat från Hälsolyftet*. Hämtad 2009-11-09 från

[http://www.medicine.gu.se/avdelningar/samhallsmedicin\\_folkhalsa/allmanmedicin/halsolyftet/resultat](http://www.medicine.gu.se/avdelningar/samhallsmedicin_folkhalsa/allmanmedicin/halsolyftet/resultat)

Hassmén, P., Hassmén, N., & Plate, J. (2003). *Idrottspsykologi*. Stockholm: Natur och kultur.

Hjärt- lungfonden. (2009). *Hjärtrapporten 2009: En sammanfattning av hjärthälsoläget i Sverige*. Hämtad 2010-04-20 från [http://www.hjart-lungfonden.se/Global/skrifter-rapporter/Hjartrapport/Hjartrapport%20till%20HLF\\_hi.pdf](http://www.hjart-lungfonden.se/Global/skrifter-rapporter/Hjartrapport/Hjartrapport%20till%20HLF_hi.pdf)

Huisman, S., Maes, S., De Gucht, V., Chatrou, M., & Haak, H. (2010). Low goal ownership predicts drop-out from a weight intervention study in overweight patients with type 2 diabetes. *International Journal of Behavioral Medicine*, 17 (3): 176-181.

Janlert, U. (2000). *Folkhälsovetenskapligt lexikon*. Stockholm: Natur och kultur i samarbete med folkhälsoinstitutet.

Kaplan, RM., & Atkins, CJ. (1987). Selective attrition causes overestimates of treatment effects in studies of weight loss. *Addictive Behaviors* 12 (3): 297-302.

Lissner, L., Skoog, I., Andersson, K., Beckman, N., Sundh, V., Waern, M., Zylberstein, DE., Bengtsson, C., & Björkelund, C. (2003). Participation bias in longitudinal studies: experience from the Population Study of Women in Gothenburg, Sweden. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 21 (4): 242-7.

Lisspers, J., & Nygren, Å. (1992). *Ny livsstil på livstid: om vidmakthållande av livsstilsförändringar*. Stockholm: Folksam.

Livsmedelsverket. (2010). *Hur följs kostråden?* Hämtad 2010-07-14 från <http://www.slv.se/sv/grupp1/Mat-och-naring/Matvanor---undersokningar/Hur-foljs-kostraden-2008/>

Nationalencyklopedin. (2010). *Demografi*. Hämtad 2010-03-09 från <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/lang/demografi>

Passer, M., & Smith, R. (2007). *Psychology: The science of mind and behavior* (3:e upplagan). Boston: McGraw-Hill Education.

Pellmer, K., & Wramner, B. (2007). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber AB.

Prochaska, J., Norcross, J. & DiClemente, C. (1995). *Changing for good: a revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward*. New York: Avon Books.

Prochaska, J., Redding, C., & Evers, K. (2002). The transtheoretical model and stages of change. Ingår i Glanz, K., Rimmer, B., & Lewis, F.(Red.), *Health behavior and health education* (ss.99-120). San Francisco: Wiley.

Socialdepartementet, Folkhälsoinstitutet, Socialstyrelsen & Nationella folkhälsokommittén. (1999). *Hälsa 21: Hälsa för alla på 2000-talet: En introduktion*. Kalmar: Lenanders tryckeri.

Socialstyrelsen. (2005). *Folkhälsorapport 2005*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Västerås: Edita Västra Aros.

Statens folkhälsoinstitut. (2008). *FYSS 2008: fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling / Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA)* (Upplaga 1:3). Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Statens folkhälsoinstitut. (2009a). *Folkhälsopolitikens elva målområden*. Hämtad 2010-02-18 från <http://www.fhi.se/sv/Om-oss/Folkhalsopolitikens-malomraden/>

Statens folkhälsoinstitut. (2009b). *Livsstilsrapport 2008: Lägesrapport om livsstilsfrågor*. Huskvarna: NRS Tryckeri.

Stingerfonden: Stiftelsen för audiologisk forskning. (1999). *Etikregler för humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 2009-10-21 från <http://www.stingerfonden.org/documents/hsetikregler.pdf>

Strandhagen, E., Berg, C., Lissner, L., Nunez, L., Rosengren, A., Torén, K., & Thelle, D. (2010). Selection bias in a population survey with registry linkage: potential effect on socioeconomic gradient in cardiovascular risk. *European Journal of Epidemiology* 25: 163-172.

Toft, U., Kristoffersen, L. H., Aadahl, M., von Huth Smith, L., Pisinger, C., & Jørgensen, T. (2006). Diet and exercise intervention in a general population - mediators of participation and adherence: the Inter99 study. *European Journal of Public Health* 17 (5): 455-463.

Tolonen, H., Dobson, A., & Kulathinal, S. (2005). Effect on trend estimates of the difference between survey respondents and non-respondents: results from 27 populations in the WHO MONICA Project. *European Journal of Epidemiology*, 20 (11): 887-98.

Trost, J. (1997). *Kvalitativa intervjuer* (2:a upplagan). Lund: Studentlitteratur.

Trost, J. (2005). *Kvalitativa intervjuer* (3:e upplagan). Lund: Studentlitteratur.

Västra Götalandsregionen. (2009). *Folkhälsopolitisk policy: Västra Götaland*. Hämtad 2009-10-17 från [http://www.vgregion.se/upload/Folkh%C3%A4lsa/policy/Folkh%C3%A4lsopolitisk%20policy\\_tillg%C3%A4nglig.pdf](http://www.vgregion.se/upload/Folkh%C3%A4lsa/policy/Folkh%C3%A4lsopolitisk%20policy_tillg%C3%A4nglig.pdf)

Weinehall, L., Hellsten, G., Boman, K., & Hallmans, G. (2001). Prevention of cardiovascular disease in Sweden. The Norsjö community intervention programme-Motives, methods and intervention components. *Scandinavian Journal of Public Health* 29 (56):13-20.

WHO. (2003). *WHO definition of health*. Hämtad 2010-09-14 från <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

WHO. (2006). *BMI classification*. Hämtad 2010-07-13 från [http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html)

Widmaier, E-P. (2006). *Vander's human physiology: The mechanisms of body function*. Boston: McGraw-Hill.

Yusuf, S., Hawken, S., Ounpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., McQueen, M., Budaj, A., Pais, P., Varigos, J. & Lisheng, L. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 364: 937–52.

Ågren, G. (2003). *Den nya folkhälsopolitiken: Nationella mål för folkhälsan*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.



## Intervjuguide

Presentation av mig själv, syfte med intervjun, tillstånd att spela in.

Minns du något av hälsosamtalet?

Hur upplevde du det första hälsosamtalet?

Har du förändrat något i din livsstil under den här tiden? I så fall, vad och hur?

Vad påverkade dig att göra det/ inte göra det?

Vad har underlättat respektive gjort det svårt att bibehålla den livsstilen?

Vad har du själv för tankar om hur livsstilsförändringar kan stödjas av primärvården?

Skulle du vilja berätta vad som gjorde att du inte deltog i ettårsuppföljningen? (Om de säger tid, fråga om det var något särskilt just då som gjorde att de inte hade tid)

Finns det något som skulle ha underlättat ditt deltagande?