

**GÖTEBORGS UNIVERSITET**  
Institutionen för mat, hälsa och miljö



# **Planering och utvärdering av en intervention**

**Viktningskurs för långtidssjukskrivna FaR-patienter**

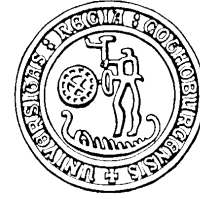
**Johanna Davidsson  
Helen Mellqvist**

**Examensarbete, 10 poäng**  
Kost- och friskvårdsprogrammet  
Handledare: Christina Berg  
Examinator: Helena Åberg  
Datum: VT 2006

# GÖTEBORGS UNIVERSITET

Institutionen för mat, hälsa och miljö

Box 320, SE 405 30 Göteborg



Titel: Planering och utvärdering av en intervention.  
Viktminskningskurs för långtidssjukskrivna FaR-patienter

Författare: Johanna Davidsson, Helen Mellqvist

Typ av arbete: Examensarbete, 10 poäng

Handledare: Christina Berg

Examinator: Helena Åberg

Program: Kost- och friskvårdsprogrammet, 120 poäng

Antal sidor: 21 sidor exklusive bilagor

Datum: VT 2006

## Sammanfattning

Då vi har ett stort intresse för fysisk aktivitet på recept (FaR) fick vi en möjlighet att genomföra en intervention i form av viktminskningskurs för en grupp långtidssjukskrivna FaR-patienter. Syftet med arbetet var att planera, genomföra och utvärdera en viktminskningskurs för FaR-patienter. Vi valde att i en enkät utvärdera kortsiktiga mål såsom förändrad motivation, attityder, self-efficacy och vanor beträffande kost och motion hos deltagarna samt genom fysiska mätningar utvärdera långsiktiga mål som mindre midjemått och lägre BMI. Distriktsläkaren Ingrid Bertilsson vid Samverkansteamet i Västra Frölunda valde ut tio lämpliga deltagare, det vill säga motiverade personer som skulle kunna fungera i grupp, varav sex av dessa tio formade gruppen.

För att få information om gruppdeltagarna och deras matvanor genomfördes personliga samtal i kombination med en kostintervju (24-h-recall). Ytterligare information som bland annat deltagarnas ålder, ursprung, ekonomi, livsstil och familjeförhållanden erhöles från läkaren och Samverkansteamet. Denna information användes som underlag för planeringen av viktminskningskursen. Enkät och mätning av kroppsmaått utfördes vid interventionens start och vid sista kurstillfället. Utvärdering av deltagarnas uppfattning om kursen skedde vid sista enkättillfället och via mailkontakt fick Samverkansteamet kommentera om de sett några förändringar hos deltagarna.

Resultatet av kartläggningen blev en fem veckors kurs där vi träffade gruppen en gång i veckan. Interventionen fokuserades på måltidsordning. Kursen utgjordes av ett introduktionstillfälle följt av tillfällena med teman som frukost, lunch och middag, mellanmål/heldagsmeny samt ett besök i livsmedelsbutik. Efter interventionen sågs en förändring av self-efficacy hos en deltagare, en person hade gjort en förändring i form av att börja äta frukost och en minskade midjemåttet med 3 cm. Deltagarnas synpunkter på viktminskningskursen var att vår insats som kursledare hade varit bra och att vi hade fått fram vårt budskap. Vid ytterligare tillfällen skulle deltagarna vilja ha samma upplägg dock med mer matlagning och motion.

**Nyckelord:** intervention, FaR-patienter, viktminskningskurs, kost, motion, sjukskrivning

## Förord

Fysisk aktivitet på recept (FaR) är ett ämne som intresserat oss under hela vår utbildning och därmed valdes detta ämne för vårt examensarbete. Vi hade många funderingar före uppsatsens påbörjande om hur vi skulle kunna kombinera huvudämnet kost med fysisk aktivitet på recept. Genom kontakter med olika FaR-samordnare i Västra Götalands region kom vi till slut i kontakt med Distriktsläkare Ingrid Bertilsson som gav oss fria händer att hålla i en viktminskningskurs för FaR-patienter på Samverkansteamet. Vi vill därmed tacka Ingrid och Samverkansteamet för denna möjlighet. Interventionen har gett oss en ökad förståelse för alla de olika aspekter som man måste tänka på då man arbetar med människor och vi har genom denna intervention utvecklats som kost- och friskvårdspedagoger.

## Innehåll

1. Bakgrund .....	5
1.1 Hälsa.....	5
1.2 Långtidssjukskrivning .....	5
1.3 Fetma och sjukdomar .....	6
1.4 Kost i relation till viktninskning .....	6
1.5 Fysisk aktivitet och övervikt .....	8
1.5.1 Fysisk aktivitet på recept (FaR) .....	9
1.6 Förändringsarbete.....	10
1.7 Pedagogisk form.....	10
1.7.1 Learning by doing .....	11
2. Syfte .....	12
3. Metod för interventionsstudie .....	12
3.1 Urval.....	12
3.2 Intervention .....	12
3.3 Utvärdering.....	14
3.4 Analys.....	15
4. Resultat.....	16
4.1 Data vid studiens start .....	16
4.2 Intervention .....	17
4.3 Kortsiktiga mål.....	18
4.4 Långsiktiga mål .....	20
4.5 Deltagarnas synpunkter på interventionen .....	20
5. Diskussion .....	20
5.1 Intervention .....	20
5.2 Kortsiktiga mål.....	21
5.3 Långsiktiga mål.....	21
5.4 Loggbok .....	22
6. Fortsatt forskning .....	22
7. Referenser.....	23

## Bilagor

# 1. Bakgrund

WHO (World Health Organization) anser att den viktigaste orsaken till sjukdom i EU-länderna är felaktig kost och för lite fysisk aktivitet (Kallings & Leijon, 2003). I Sverige är idag cirka en halv miljon feta och en ännu större andel är överviktiga. En anledning till detta problem är att det finns en obegränsad tillgång till energität föda och att vi idag har en alltmer stillasittande livsstil (Ståhle, 2003). Andra problem i samhället är sjukskrivningar som ökat dramatiskt det senaste årtiondet (Landstinget i Östergötland, 2006). Kan man som sjukskriven uppleva hälsa då man även lider av övervikt eller fetma?

## 1.1 Hälsa

Vad är hälsa? Hälsa definieras av WHO som ”ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte blott frånvaro av sjukdom och handikapp” (WHO, 2006). WHO beskriver alltså hälsa som ett positivt tillstånd där man ser till helheten i förhållande till individens situation (NE, 2006). I denna uppsats används WHO:s definition av hälsa då det väsentliga är att individen själv mår bra och upplever hälsa.

KASAM-begreppet, känsla av sammanhang, är kärnan i det salutogena synsättet som ingår i den humanistiska synen där man ser hälsa och sjukdom som ett kontinuum. Då individen upplever KASAM uppkommer hälsa (Medin & Alexanderson, 2000). KASAM-begrettets upphovsman Antonovsky utgår ifrån att man som individ utsätts för påfrestningar och svårigheter men att man måste lära sig att klara av dessa. Denna förmåga är beroende av att individen ser ett sammanhang i tillvaron och detta sammanhang består, enligt Antonovsky, av tre komponenter: begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Det som kännetecknar en person med starkt KASAM är ett starkt själv och en fast identitet. Dessa individer har förmåga att balansera ny information med redan erhållen information. Man har ett öppet synsätt som gör informationen begriplig, hanterbar och meningsfull. Motsvarande kommer en individ med en svag KASAM att ha ett svagt själv och en svag identitet (Antonovsky, 2000).

## 1.2 Långtidssjukskrivning

Sjukfrånvaron i Sverige har ökat dramatiskt och de årliga samhällskostnaderna för sjukskrivning är 40 miljarder kronor. Problemen bakom långtidssjukskrivningar och nedsatt arbetsförmåga beror ofta på en blandning av medicinska, psykologiska, sociala och arbetsrelaterade problem. Långtidssjukskrivna lider ofta av diffusa symtom som trötthet, värk och smärta i leder och muskler. Särskilt vanligt är detta bland unga kvinnor där många också lever i en svår social situation (Landsstinget i Östergötland, 2006).

Ungefär var fjärde man och varannan kvinna drabbas någon gång i livet av en depression som skulle behöva medicinsk behandling. Individer med psykisk ohälsa har högre dödlighet än totalbefolkningen. Riskfaktorer som rökning, övervikt, brist på motion, svagt socialt nätverk och låg social status ger en förhöjd risk att drabbas av hjärtinfarkt då individen lider av depression och ångeststörningar. Ångslan, oro, ångest och sömnbesvär har ökat sedan början av 1900-talet och besvären är vanligare bland invandrare än infödda svenskar (Pellmer & Wramner, 2003).

### **1.3 Fetma och sjukdomar**

I Sverige är idag ca en halv miljon personer feta och en ännu större andel är överviktiga. Situationen ser liknande ut i de övriga skandinaviska länderna (Stähle, 2003). Fetma är en benämning på ett tillstånd där onaturligt mycket fettvävnad lagras i kroppen. Vid övervikt finns en ökad risk att drabbas av sjukdomar och dödlighet (NNR, 2005). För att bedöma om vikten innebär hälsomässiga risker måste kroppsvikten sättas i relation till kroppslängden. BMI (body mass index) relaterar vikten till längden och är ett mått som ofta används för att bedöma fetma utifrån hur mycket kroppsvikten avviker från det normala (Abrahamsson m.fl., 1999). En normalviktig person har ett värde på 18,5-24,9. Övervikt definieras som BMI 25-29,9 och ett värde lika med eller över 30 klassas som fetma. Ett annat sätt att definiera bukfetma är ett midjemått som är eller överstiger 88 cm för kvinnor och 102 cm för män (NNR, 2005). Vid fetma finns en stor risk att drabbas av diabetes typ 2, hjärt- och kärlsjukdomar, högt blodtryck, stroke, höga blodfetter och gikt (Stähle, 2003).

### **1.4 Kost i relation till viktminskning**

Svenska Näringsrekommendationer är baserade på de Nordiska Näringsrekommendationerna (NNR). Genom att följa de Nordiska Näringsrekommendationerna kan en god hälsa främjas. Planeras kosten enligt rekommendationerna minskar risken för att drabbas av kostrelaterade sjukdomar. Ett antal kontrollerade interventionsstudier har visat att om man går över till en kost enligt de Nordiska Näringsrekommendationerna och kombinerar detta med regelbunden fysisk aktivitet kan riskerna att drabbas av diabetes och hjärt-kärlsjukdom minska. Dessa rekommendationer gäller för friska och normalaktiva individer. De råd som NNR ger är att äta en allsidig och varierad kost med följande fördelning mellan näringsämnen för vuxna: 50-60 E % kolhydrater, varav kostfiberintaget bör ligga mellan 25-35 g per dag. Ett önskvärt intag av protein är 10-20 E % medan fett bör bidra med 25-35 E % (NNR, 2005). Måltiderna bör fördelas jämnt över dagen och det är lämpligt med tre huvudmål och 1-3 mellanmål av god näringsmässig sammansättning. Frukosten bör stå för 20-25 E % av det totala dagsbehovet, lunchen 25-35 E % och middagen för 25-35 E %. För att tillgodose ett optimalt näringsupptag och undvika alltför stora blodsockersvängningar bör man sprida ut måltiderna över dagen.

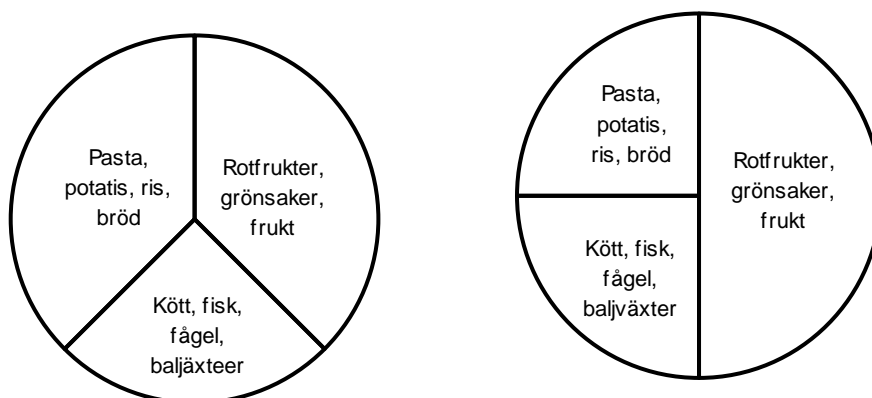
Psykologiska undersökningar har visat att frukost förbättrar prestationen i förhållande till minne, uppmärksamhet och vaksamhet. Ämnesomsättningen gynnas av ett mål mat, närmare bestämt frukost efter en natts fasta. Att äta frukost förknippas, förutom med förbättrade kognitiva funktioner, även med positiva effekter såsom en bättre kvalitet på kosten, samt en mindre risk att utveckla fetma trots att ett direkt orsakssamband inte fastställts ännu. En interventionsstudie har visat att mängden energi som äts till frukost påverkar näringsupptaget. Andra studier har också visat att frukost har en mer mättande effekt jämfört med måltider som intas senare under dagen. Personer som lider av fetma har en viss tendens att äta mindre på morgonen och därmed äta mer på eftermiddagen och kvällen (NNR, 2005).

För att undvika ett flitigt småätande rekommenderas ett jämnt måltidsmönster. Ytterligare forskning behövs för att styrka att det inte finns ett optimalt och generellt måltidsmönster då det gäller antalet måltider och dess fördelning. Generellt påverkar inte antalet mål per dag kroppsvikten om inte energiintaget är större än energiuttaget. Energibalans innebär det fysiologiska tillstånd där det dagliga energiintaget är lika stort som energiuttaget och där både kroppsvikt och energiinnehåll är oförändrade. Viktökning beror på en positiv energibalans. Ju högre energiförbrukning desto större är behovet av mat. För att behandla fetma krävs en negativ energibalans och en viktminskning på 0,5 kg i veckan är att rekommendera (NNR, 2005).

I tidiga studier har småätande associerats med positiva effekter på kroppsvikt och ämnesomsättningen. Emellertid är dessa observations- och epidemiologiska studier inte övertygande på grund av problem med studiernas utformning och med underrapportering. Nyare studier motsäger dessa resultat. Interventionsstudier på ett antal veckor med begränsat energiintag visar att den totala energiförbrukningen och tiden det tar att gå ner i vikt inte påverkas genom att man äter ofta (NNR, 2005). Berteus Forslund m.fl. (2005) har i en studie visat motsatsen då en grupp personer med fetma småät oftare än referensgruppen som representerade en normalviktig population.

Kroppsvikten är relaterad till det totala energiintaget och det finns alltså lite stöd i dagens forskning för att en ökad måltidsfrekvens skulle spela stor roll i förebyggandet av övervikt. Om antalet måltidstillfällen ökar måste också portionsstorlekarna minskas och omvänt för att bibehålla kroppsvikten. Det kan finnas indirekta förhållanden mellan att äta ofta och kroppsvikten men i nuvarande läge finns det inte tillräckligt med forskning som styrker detta. Exempelvis genom att äta ofta kan vissa individer hindras från att överäta till följd av starka hungerskänslor på grund av långa intervaller mellan måltiderna. Å andra sidan, för andra individer kan varje måltid vara en risk att äta för mycket och tappa kontroll över matintaget (NNR, 2005). Genom att motionera kan man främja goda måltidsvanor och på så sätt kan man äta mer mat eftersom mer energi förbrukas. Otillräcklig sömn och mental stress försämrar regleringen av matintaget och medför en risk för att äta för mycket (NNR, 2005).

Ett bra hjälpmedel för att tillgodose balansen och behovet av de olika näringsämnen är tallriksmodellen. Den visar proportionerna (*Figur 1*) och är avsedd för att användas som modell för luncher och middagar (Abrahamsson m.fl., 1999). Tallriksmodellen består av tre delar varav den första består av potatis, ris, pasta samt bröd. Den andra delen utgörs av grönsaker, rotfrukter och frukt och är lika stor som den första delen. Om man som överviktig behöver mindre mängd energi kan man öka denna del till hälften av tallriken. Den sista delen är ämnad för kött, fisk, ägg eller baljväxter (Livsmedelsverket, 2006a).



*Figur 1.* Tallriksmodell. Standard- och lågenergimodell

Ett annat hjälpmedel är matcirkeln där våra livsmedel indelas i sju olika bitar (Abrahamsson m.fl., 1999).

För den som vill äta hälsosamt har Livsmedelsverket kostråd om att äta mer frukt och grönt, gärna 500 g dagligen. Vi bör äta fisk tre gånger i veckan och bröd till varje måltid, gärna fullkorn. Dessutom bör vi byta till flytande margarin eller olja då vi lagar mat och välja nyckelhålmärkta livsmedel i affären (Livsmedelsverket, 2006b). Nyckelhålet är en symbol som används för att informera om en låg halt av fett, socker eller salt eller en hög halt kostfiber (Livsmedelsverket, 2006c).

### 1.5 Fysisk aktivitet och övervikt

Studier har visat att övervikt och fetma bland nordiska kvinnor och män har ökat under de senaste decennierna trots att energiintaget varit det samma från sjuttioalet fram till slutet av 90-talet (NNR, 2005). Våra kroppar är gjorda för rörelse och vi tar skada av att vara fysiskt inaktiva. I kombination med att vardagsmotionen har minskat och att många har en stillasittande livsstil kan detta leda till en ökad risk att drabbas av välfärdsjukdomar (Stähle, 2003). Fetma utvecklas under en lång tid och exempelvis kan en person under en femårsperiod öka 20 kilo i vikt. Denna viktökning kan bero på ett ökat intag av endast 50 kalorier per dag, det vill säga mindre än en halv smörgås. Dessa 50 kalorier skulle kunna förbrännas med en promenad motsvarande 20 – 30 minuter per dag (Stähle, 2003).



En definition av fysisk aktivitet är ”Fysisk aktivitet innefattar all kroppsrörelse som är ett resultat av skelettmuskulaturens kontraktion och som resulterar i en ökad energiförbrukning” (Folkhälsoinstitutet, 2006). Alla individer bör helst varje dag vara fysiskt aktiva i sammanlagt minst 30 minuter där en måttlig intensitet bör eftersträvas. Denna tid behöver inte utövas oavbrutet utan kan delas upp exempelvis 3 x 10 minuter eller liknande. Den fysiska aktiviteten kan till exempel innebära en rask promenad, trädgårdsarbete eller hushållsarbete. Ytterligare hälsoeffekter kan uppnås genom att öka den dagliga mängden fysisk aktivitet eller öka intensiteten (Ståhle, 2003).

Fysisk inaktivitet kan leda till en rad sjukdomar och lidande som exempelvis vissa cancertyper, högt blodtryck, diabetes typ-2 och hjärt-kärlsjukdomar. Fysisk aktivitet har fördelaktiga effekter på fetma och det bästa resultatet får man genom en kombination av ökad fysisk aktivitet och minskat energiintag (Ståhle, 2003). Effekterna av regelbunden fysisk aktivitet är i många fall jämförbara med att äta en välbalanserad kost (NNR, 2006). Ett positivt samband mellan motionsvanor och självförtroende samt ökat psykologiskt välmående har setts. Observationsstudier har visat att personer som är fysiskt inaktiva har större risk att drabbas av depressioner än de som är fysiskt aktiva (NNR, 2005). Flera stora studier har visat att fysisk aktivitet förbättrar livskvaliteten till följd av ökat psykiskt välbefinnande och bättre fysisk hälsa. Det är dock enligt forskning fortfarande svårt att bevisa då det är komplicerat att i behandlingsstudier finna ett klart samband mellan behandlingseffekten vid depression och förbättringen av den fysiska förmågan (Ståhle, 2003).

### **1.5.1 Fysisk aktivitet på recept (FaR)**

Det finns vetenskapligt stöd för att fysisk aktivitet är effektivt både i förebyggande- och behandlingssyfte. Fysisk aktivitet har visat sig kunna användas som ett komplement till eller som ersättning för läkemedel för över 30 sjukdomstillstånd (Ståhle, 2003).

Inom hälso- och sjukvården finns det idag ett behov av att inte enbart behandla sjukdom utan även förebygga den. Förskrivning av fysisk aktivitet på recept har bedrivits på ett antal ställen i landet under de senaste årtionden i mer eller mindre organiserad form. 2001 initierades dock ett nationellt pilotprojekt om fysisk aktivitet på recept – FaR av Statens Folkhälsoinstitut (Kallings & Leijon, 2003). Projektet sågs som en möjlig lösning på problemet med Sveriges inaktiva befolkning för att förbättra folkhälsan (Ståhle, 2003).

Fysisk aktivitet på recept innebär att fysisk aktivitet ordinerar på motsvarande sätt som ett läkemedel. Förskrivaren (läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster eller annan behörig personal) tar en anamnes (sjukdomshistoria), förskriver fysisk aktivitet på recept och följer därefter upp behandlingsresultatet. Fysisk aktivitet på recept kan användas både i förebyggande och behandlande syfte. Receptet ska vara individuellt anpassat vad gäller dosering i form av intensitet, frekvens och behandlingstid samt typ av aktivitet. Uppföljningen inom hälso- och sjukvården är betydelsefull för att få en framgångsrik verksamhet. Syftet med uppföljningen är att patienten hämtar ut sitt recept och får hjälp att komma i gång med en mer fysisk aktiv livsstil. FaR-samordnare ansvarar för både internt och externt arbete (Folkhälsoinstitutet, 2006) vilket kan innebära arbetsuppgifter som exempelvis att skapa kontakter med lokala motionsanläggningar, att hålla regelbunden kontakt med kontaktpersoner på de olika anläggningarna och stödja dem i deras verksamhet, ansvara för att FaR-verksamheten följs upp och att utbilda förskrivarna (Universitetssjukhuset i Lund, 2006).

## 1.6 Förändringsarbete

Att förändra en individs beteende kan göras genom fokusering och kartläggning av beteendet för att sedan analysera det. Därefter läggs tonvikt på att skapa nya vanor och göra dem bestående. Denna metod kan med fördel användas i grupp, trots att den till stor del är individanpassad, eftersom gruppstödet kan vara betydelsefullt (Melin, 2001). En modell som används inom förändringsarbete är den transteoretiska modellen (TTM). De olika förändringsstadierna enligt TTM är:

1. Prekontemplationsstadiet – har inte tänkt tanken att förändra sitt nuvarande beteende
2. Kontemplationsstadiet – börjar fundera på en förändring
3. Förberedelsestadiet – börjar bli redo för en förändring
4. Handlingsstadiet – är redo att handla och börjar förändringen
5. Kontinuitetsstadiet – det nya beteendet är förankrat i vardagen

Denna modell innebär alltså att individen går igenom olika stadier (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992), från ointresse till intresse, beslut, förberedelse, handling och vidmakthållande (Kallings & Leijon, 2003). Förändringsberedskapen, det vill säga motivationen, blir större för varje steg individen går igenom. Det kan ta olika lång tid för olika individer att gå igenom de olika stegen och man kan även pendla fram och tillbaka mellan de olika stegen (Kallings & Leijon, 2003).

Att kunna motivera gruppmedlemmar är en förutsättning för att gruppen ska nå målet (Hassmén, Hassmén & Plate, 2003). Genom att arbeta med motivation kan man upprätthålla ett nytt beteende och därigenom öka chanserna att bibehålla beteendet. Tester av olika slag är ett sätt att höja motivationen som exempelvis mätningar där man bestämmer kroppsbyggnad och proportioner som midjemått och BMI (Ståhle, 2003).

Self-efficacy är en persons tro på sin egen kapacitet att kunna genomföra vissa uppgifter och är kraften som driver oss till att handla. Om man tror att man klarar av en viss uppgift kommer man troligtvis att genomföra handlandet. Därmed ökar exempelvis chansen att äta en hälsosam kost om man också tror på sin egen förmåga att göra detta (Connor & Armitage, 2002).

## 1.7 Pedagogisk form

Människors erfarenheter har stor betydelse för deras val och användning av livsmedel. Svederberg (2001) skriver att ofta grundar sig sämre livsmedelsval på otillräckliga kunskaper och missuppfattningar. De kostbudskap som når människor i vardagslivet, muntligt eller skriftligt, utgår oftast från att människor redan har en viss mängd kunskap och budskapet läggs därmed på en alltför hög nivå vilket gör att personerna inte kan ta till sig det väsentliga i budskapet. De som redan är välinformerade ökar sin kunskap medan de som behöver kunskapen går miste om informationen. Genom att lägga tonvikten på att föra fram ett kostbudskap och vad det innebär rent praktiskt, till exempel genom att använda tallriksmodellen och matcirkeln, kan individen få en ökad förståelse för budskapet (Svederberg, 2001).

### **1.7.1 Learning by doing**

”Learning by doing” – att lära genom att handla – är ett begrepp som den amerikanske filosofen John Dewey (1859-1952) myntade. Han ansåg att miljön och processen runt lärandet var det allra viktigaste, alltså hur miljön och processen lockar individen till att vilja lära och därmed bli medveten om informationen. Enligt Dewey måste individen få en chans att aktivt pröva och experimentera för att lära. I och med att man aktiverar flera sinnen bidrar detta till att vårt vetande kan utvecklas till ett medvetande, med andra ord får vi bättre inläring ju fler sinnen som involveras (Dewey, 2004).

### **1.7.2 Gruppkonstruktion**

Ett sätt att öka kunskapen kring kost och fysisk aktivitet är genom utbildning i grupp. En grupp består av människor som i någon form påverkar varandra och mellan vilka det existerar ett socialt samspel (Hassmén, Hassmén & Plate, 2003). I en grupp kan individen uppleva trygghet och tillhörighet där sociala kontakter kan skapas vilket kan leda till ett ökat socialt nätverk. Detta nätverk kan hjälpa individen att utvecklas samt hantera yttre påfrestningar (Rydqvist & Winroth, 2004). Chanserna till framgång ökar då man i gruppen arbetar för att nå de gemensamma målen tillsammans (Hassmén, Hassmén & Plate, 2003). I en grupp är det naturligt att ha en ledare som inspirerar gruppmedlemmarna att uppnå de gemensamma målen genom att ledaren skapar en miljö som möjliggör handlingar för det. En viktig del i ledarskapet är kommunikation och det är exempelvis som ledare betydelsefullt att kunna ge feedback och lyssna på gruppdeltagarna. Kommunikation innebär att gruppmedlemmar och ledare delar med sig av sina tankar, känslor, upplevelser, behov och attityder (Hassmén, Hassmén & Plate, 2003). Attityder kan definieras som en psykologisk tendens att värdera objekt, personer, idéer eller handlingar på ett positivt eller negativt sätt (Conner & Armitage, 2002). Attityder kan i viss mån förutsäga ett beteende, dock är det inte självklart eftersom vi ibland kopplar många olika attityder till ett beteende eller att den aktuella situationen gör att vi handlar på ett sätt som vi inte brukar (Angelöw & Jonsson, 2000).

## 2. Syfte

Syftet är att planera, genomföra och utvärdera en intervention i form av en viktminskningskurs för en grupp långtidssjukskrivna FaR-patienter.

- Mätbara kortsiktiga mål: Motivation, attityder, self-efficacy och vanor beträffande kost och motion.
- Mätbara långsiktiga mål: Hälsoeffekter som minskat midjemått och lägre BMI.

## 3. Metod för interventionsstudie

### 3.1 Urval

Vi valde att kontakta ett antal FaR-samordnare i Västra Götalandsregionen för att undersöka om det fanns intresse för ett eventuellt samarbete med vårt examensarbete. Detta resulterade i ett samarbete med Distriktsläkare Ingrid Bertilsson på Samverkansteamet i Västra Frölunda som hade ett förslag om en viktminskningskurs för långtidssjukskrivna FaR-patienter. Då ekonomiska resurser saknades för att göra en insats med en dietist hade detta inte kunnat genomföras tidigare. Samverkansteamet är ett samarbete mellan Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Västra Götalandsregionen och Göteborgs Stad. Samverkansteamet arbetar med att stötta personer som är arbetslösa eller sjukskrivna. Huvudsyftet är att individerna ska återgå till arbete även om vägen dit är olika lång. Utgångspunkten i verksamheten är att människor själva har resurser och förmåga att förändra sin situation.

Antalet deltagare för viktminskningskursen maximerades till tio. Lämpliga deltagare, det vill säga motiverade personer som skulle kunna fungera i grupp, valdes ut av läkaren. Gruppen kom att bestå av sex deltagare, varav fem kvinnor och en man.

### 3.2 Intervention

En tidsplan utarbetades (*Figur 2*) för att kunna planera, genomföra och utvärdera interventionen. Det bestämdes att viktminskningskursen skulle pågå i fem veckor och att ett kurstillfälle i veckan var lämpligt för att inte ställa alltför stora krav på deltagarna. Fokusering och kartläggning av deltagarnas matvanor och måltidsmönster gjordes med hjälp av en 24-h-recall. Detta gjordes för att möjliggöra en beteendeförändring (Melin, 2001). I samband med 24-h-recall mättes även deltagarnas motivation och attityd med hjälp av olika skalor (*Bilaga A*) för att kunna göra en bedömning om var i den transteoretiska modellens trappa deltagaren befann sig (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992). Detta gav en riktlinje för vilken typ av information och stöd de behövde för att kunna nå ytterligare ett steg högre upp i trappan.

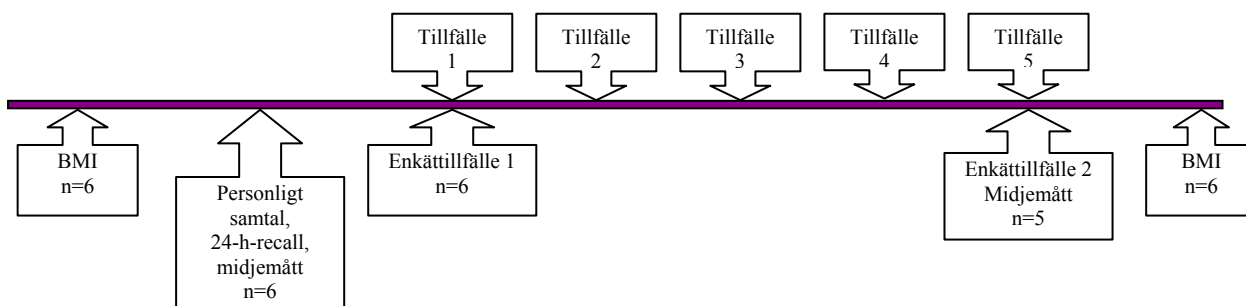
Ett sätt att höja motivationen är att se resultat i någon form (Annerstedt & Gjerset, 2002) och därför valde vi att mäta midjemått och vikt före kursstart. Ytterligare en metod till att motivera deltagarna att öka vardagsmotionen var att låna dem stegräknare. En anledning till att uppmuntra till fysisk aktivitet är att motion förbättrar livskvaliteten till följd av ökat psykiskt välbefinnande och bättre fysisk hälsa (Ståhle, 2003). Då viktningskursen till stor del handlade om kost valde vi dock att betona vikten av fysisk aktivitet vid varje kurstillfälle då en kombination av dessa kan verka förebyggande på exempelvis hjärt-kärlsjukdomar och typ 2-diabetes (NNR, 2005).

Då alla deltagare hade som mål att gå ner i vikt valde vi att arbeta i grupp eftersom chansen att lyckas nå målet ökar i en gruppverksamhet (Hassmén, Hassmén & Plate, 2003) och att stöd från övriga gruppdeltagare kan vara betydelsefullt (Melin, 2001). Öppna diskussioner valdes framför föreläsningar för att skapa en kommunikation mellan gruppdeltagare och ledare. Detta gav en möjlighet till att stärka deltagarna genom att kunna lyssna och ge feedback (Hassmén, Hassmén & Plate, 2003).

Genom att motivera deltagarna med stöd och uppmuntran och få dem att tro på sig själva och sin egen kapacitet kan man genom detta styrka dem till ett handlande (Connor & Armitage, 2002). Även de redskap de fått i form av kost- och motionsinformation under kursens gång kan bidra till ett handlande i form av att börja äta nyttigare och röra på sig.

Praktisk matlagning användes vid ett tillfälle för att underlätta deltagarnas inlärningsprocess då det är lättare att ta till sig information då denna fås genom praktiska moment (Dewey, 2004). Även en uppdukad heldagsmeny visades vilket kan göra det lättare att förstå mängden mat man kan äta då man ser alla måltider samtidigt (Dewey, 2004) jämfört med om maten endast vore näringsberäknad och skriftligt redovisad. Ytterligare en fördel är att man rent konkret ser hur mycket man faktiskt kan äta om man väljer bra livsmedelsalternativ. Vi valde att använda tallriksmodellen som pedagogisk modell vid de olika kurstillfällena då den är ett bra hjälpmedel för att visa proportionerna på tallriken. Ytterligare ett bra hjälpmedel var matcirkeln som visar betydelsen av att äta varierat (Livsmedelsverket, 2006).

För att främja en viktnedgång visades bra exempel på mellanmål. Detta för att inspirera deltagarna till att äta regelbundet och på så sätt undvika blodsockersvängningar, överätning vid nästkommande mål och ett flitigt småätande (NNR, 2005). Otillräcklig sömn och mental stress försämrar regleringen av matintaget och medför en risk för att äta för mycket (NNR, 2005). Därför framhölls vikten av att äta regelbundet och framför allt hur viktig frukosten är för prestationen och ämnesomsättningen. Vi ville stärka deltagarna i deras vardag genom att bland annat få kontroll på måltidsordningen (NNR, 2005).



Figur 2. Tidsaxel över interventionen

### 3.3 Utvärdering

Innan påbörjad intervention vägdes deltagarna och deras längd noterades för att kunna beräkna BMI. För att ta reda på deltagarnas önskemål och behov av viktminskningskursen ansågs personliga samtal tillsammans med en 24-h-recall vara lämpliga. Information om deltagarna samlades vid samtal med läkaren och då deltagarna vägdes. Vid ett möte med Samverkansteamet erhöles ytterligare information om deltagarna.

Inför de personliga samtalet utformades en intervjuguide som mall (*Bilaga A*) med stöd av Dimbleby och Burtons ”att leda en intervju” (1999). Denna utformades för att inte styra den intervjuade med invecklade och ledande frågor samt för att få samma underlag för alla intervjuer då den genomfördes av båda kursledarna. Intervjuerna genomfördes enligt etiska regler (Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet, 1999). Varje intervju inleddes med en allmän presentation och syftet med intervjun. Motivation, attityd och self-efficacy mättes med hjälp av frågor till två olika skalor (*Bilaga B*) där deltagarna själva markerade sitt svar till varje fråga som ställdes. Första frågan som ställdes var ”hur beredd är du att på att göra förändringar vad gäller mat och motion” och denna mättes med en motivationsskala graderad från ”inte beredd”, ”osäker/tveksam” till ”beredd”. Skalan hade således tre skalsteg. Deltagarnas attityd gentemot betydelsen till göra förändringar vad gäller mat och motion mättes på en skala från noll till tio. Frågorna och skalorna förklarades för deltagarna så att eventuella missförstånd skulle undvikas. Dessutom mättes deltagarnas self-efficacy genom att fråga hur säkra de var på att lyckas göra dessa förändringar, även här på en skala från noll till tio. I samband med samtalen mättes även midjemått vilket läkaren rekommenderade skulle mätas över naveln. En sista mätning av deltagarnas midjemått gjordes vid sista tillfället.

En standardiserad enkät (*Bilaga C*) utformades inför första kurstillfället för att få en uppfattning om deltagarnas måltidsordning och deras attityder till de olika måltiderna. Enkäten bestod av korta och enkla frågor med öppna och stängda svarsalternativ. De öppna svarsalternativen användes för att få veta eventuella skäl till att inte äta en viss måltid. En mindre pilotstudie på fem personer genomfördes inför första kurstillfället för att kontrollera om eventuella förändringar behövde göras vad gäller tydlighet och utformning av enkäten. Inför sista tillfället utökades den första enkäten med ytterligare frågor (*Bilaga D*) om eventuella förändringar som deltagarna gjort gällande kost och motion under kursens gång samt en kort utvärdering av kursen och oss själva som kursledare. I enkäten ingick även samma mätning av deltagarnas motivation och attityd till att göra förändringar vad gäller kost och motion samt self-efficacy som mättes vid de personliga samtalen. Den utökade delen av enkäten testades på fem personer i en pilotstudie. Varje enkät märktes med en siffra för att kunna hålla isär varje deltagare för att underlätta resultatsammanställningen. Enkäterna behandlades konfidentiellt och listan på namnen förstördes efter resultatsammanställningen vid sista kurstillfället.

Vi valde att skriva loggbok under kursens gång som hjälp för att själva kunna utvärdera kursen och vår insats som kursledare.

### **3.4 Analys**

Inför det personliga samtalet skapades en lista där varje deltagare registrerades med en siffra. Efter samtalen samlades all information om respektive deltagare i en mapp som märktes med respektive siffra. Informationen från deltagarna som framkommit under samtalen diskuterades och utbyttes intervjuarna emellan. Deltagarnas 24-h-recall analyserades genom att göra en jämförelse mellan vilka som åt frukost, hur många måltider per dag deltagarna åt, vilken tidpunkt de åt samt uppskattning av energiintag. Dessutom granskades näringssammansättning, frukt- och grönsaksintag och varifrån deltagarna fick de största energikällorna från. Slutligen sammanställdes deltagarnas önskemål inför viktminskningskursen.

Frågorna om förändringsbenägenhet, attityd till förändring av vanor samt tron på att lyckas sammanställdes efter sista kurstillfället och jämfördes med svaren från de personliga samtalen för att kunna mäta en eventuell förändring i gruppen. För att mäta deltagarnas förändringsbenägenhet valde vi att utgå från markeringen närmast skalsteget. Tiostegsskalan avlästes där deltagaren markerat sitt svar. Mätning skedde enbart på de deltagare som svarat på frågorna vid det personliga samtalet och vid det sista enkättillfället.

## 4. Resultat

### 4.1 Data vid studiens start

Gruppen bestod av fem kvinnor och en man i åldrarna 34-50. Deltagarna kom ursprungligen från sex olika länder vilket gav gruppen en stor internationell spridning. Deltagarna var långtidssjukskrivna och hade levt på socialbidrag under en längre tid. Överlag led individerna av utmattningsdepressioner och sömnproblem. Många saknade ett socialt nätverk vilket bidrog till att vissa av dem inte gick ut. En kombination av dålig kosthållning, rökning, stress och övervikt gjorde dem extra sårbara vilket i framtiden kan ge dem ökad risk att drabbas av hjärt-kärlsjukdomar och diabetes. Kunskapsnivån upplevdes ganska varierande och i många fall liten då det gällde kost och motion. Gruppens KASAM tolkades som svagt vilket medför att gruppdeltagarna troligtvis har svårt att balansera ny information och har ett stängt synsätt som gör information svårbegriplig, mindre hanterbar och inte så meningsfull. Många i gruppen hade tagit till sig den svenska matkulturen men till viss del behållit sin matkultur från sitt hemland. Deltagarnas BMI varierade mellan 28-46 (*Tabell 1*).

*Tabell 1.* Deltagarnas BMI och midjemått vid kursens start

Deltagare	BMI	Midjemått (cm)
1	39	116
2	33	95
3	28	91
4	33	98
5	50	137
6	46	Uppgift saknas
<i>Medelvärde</i>	<i>38</i>	<i>107</i>

Deltagarna markerade var på skalan de upplevde sig vara vid det personliga samtalet till att göra förändringar vad gäller kost och motion (*Figur 3*).

	X	XXXX
Inte beredd	Osäker/tveksam	Beredd

*Figur 3.* Deltagarnas svar på frågan "hur beredd är du att göra en del förändringar vad gäller det du äter och rör på dig?"

Fyra av deltagarna ansåg sig vara beredda till att göra en del förändringar vad gäller kost och motion och en deltagare var osäker/tveksam. En deltagare valde att inte markera var på skalan denne befann sig.



## 4.2 Intervention

Utifrån 24-h-recall förstod vi att det var nödvändigt att lägga informationen på en enkel nivå för att tillgodose alla gruppdeltagare. Det personliga samtalet visade att måltidsordningen hos deltagarna inte motsvarade NNR:s rekommendationer och därmed fokuserades viktnedskningskursen på måltidsordning. Deltagarnas ekonomiska situation medförde att vi valde att använda billiga livsmedel då vi komponerade recept och vid matlagningstillfället. Interventionen utgjordes av ett introduktionstillfälle följt av tillfällen med teman som frukost, lunch och middag, mellanmål/heldagsmeny samt ett besök i livsmedelsbutik. Vi ville koncentrera vår insats till att stärka deltagarna för att de ska kunna bemästra, få kontroll och påverka sin livssituation. Detta gjordes genom att ge dem information om kost och motion, stöd och uppmuntran.

Första tillfället fungerade som en introduktion då vi fokuserade på att tala om varför kroppen behöver mat, att behovet av energi varierar mellan olika individer, energibalans, hur man går ner i vikt, näringsämnen och måltidsordning. Olika livsmedel som används dagligen (exempelvis mjölk, keso, margarin, olja, bröd, pasta, couscous, bönor, linser, kött, fågel, frukt och grönsaker) visades för deltagarna och dessa delades därefter in i respektive grupp för fett, kolhydrat och protein för att ge en ökad förståelse var den huvudsakliga energin kommer från. Stegräknare och ett stegprotokoll delades ut för att deltagarna skulle kunna notera antal steg per dag. Detta var ett sätt att motivera deltagarna till att röra på sig.

Vid andra tillfället hölls praktisk matlagning där lunch och middag lagades. Före kökstillfället planerade vi recept och handlade. Gruppdeltagarna delades in i grupper och en genomgång av recepten gjordes. Vid detta tillfälle fokuserade vi på tallriksmodellen, matcirkeln, fett, frukt och grönsaker. Dessutom gjordes en jämförelse av olika livsmedel vad gäller näring och pris.

Vid tredje tillfället diskuterades betydelsen av att äta frukost. Tre olika frukostförslag presenterades och vi diskuterade problematiken med att hoppa över eller att ha svårt att äta frukost. I samband med detta gavs förslag på hur man kan "lära sig" att äta frukost i form av en smoothie. Vi avslutade tillfället med att visa hur man läser en innehållsförteckning och vad man ska tänka på då man ska jämföra olika livsmedel vad gäller till exempel socker- och fettinnehåll.

Fjärde tillfället ägnades åt att tala om mellanmål och dess betydelse genom att visa bra förslag. Tillfället avslutades med att knyta ihop säcken genom att duka upp en heldagsmeny bestående av måltiderna som lagats och visats under kursens gång.

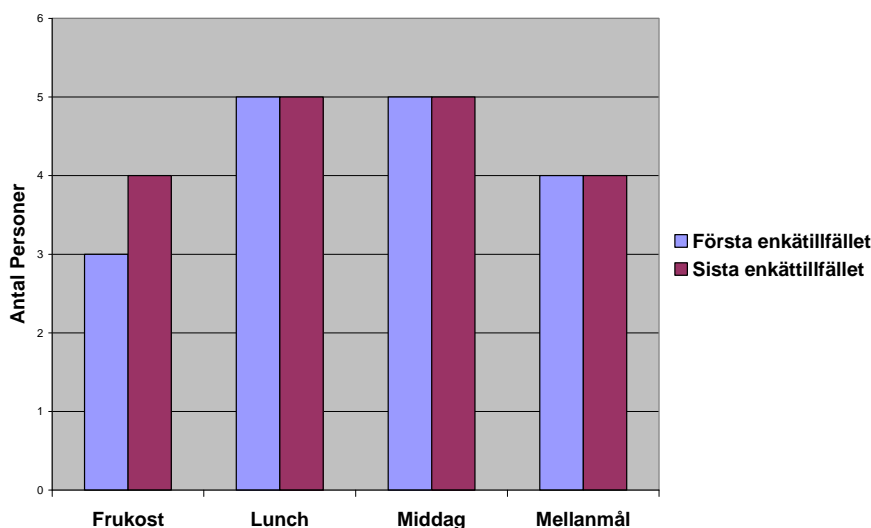
Vid femte och sista tillfället besökte vi en livsmedelsbutik och tittade på livsmedel som exempelvis mejerier, spannmål, frukt, grönsaker, kött och halvfabrikatprodukter såsom såser och soppor. Bra och mindre bra alternativ visades och vi jämförde bland annat energiinnehåll, pris och olika innehållsförteckningar och visade hur man kan göra bättre livsmedelsval. Recept (*Bilaga E*) som lagats under kursens gång delades ut tillsammans med en broschyr innehållande enkla tips (*Bilaga F*) på vad man kan göra för att må bra.

Vid varje tillfälle valde vi att tala om hur man går tillväga för att gå ner i vikt samt betydelsen av vardagsmotion. Varje nästkommande tillfälle marknadsfördes positivt för att minska eventuella bortfall. Ytterligare ett sätt att försöka minska bortfallet var att vi före andra och sista tillfället ringde deltagarna och påminde om nästkommande tillfälle.

### 4.3 Kortsiktiga mål

Följande resultat (*Figur 4*) baseras på de fem deltagare som var närvarande vid det personliga samtalet och vid det sista kurstillfället.

På frågan ”hur beredd är du att göra en del förändringar vad gäller det du äter och rör på dig” (bilaga) på en skala från ”inte beredd”, ”osäker/tveksam” till ”beredd” svarade fyra deltagare att de var beredda och en var osäker/ tveksam. Inga förändringar sågs efter interventionen. På frågan ”hur viktigt är det för dig att göra dessa förändringar?” på en skala från ”noll” till ”tio” sågs ingen förändring vid sista tillfället dock fanns ett stort bortfall. På frågan ”hur säker är du på att du kommer att lyckas” fanns ett stort bortfall dock svarade en deltagare fem på skalan vid det personliga samtalet och 10 vid sista tillfället. Därmed kunde en förändring ses hos en deltagare.



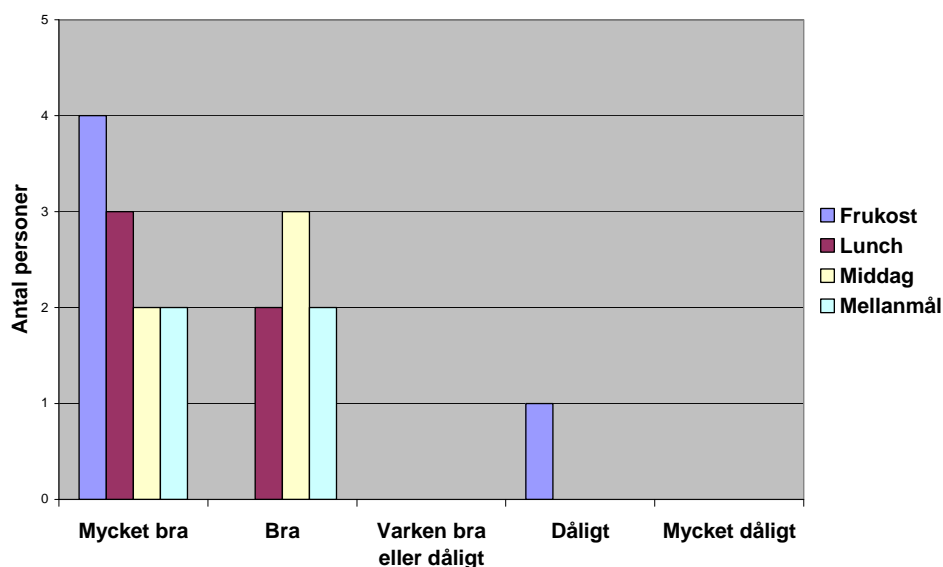
*Figur 4.* Diagram över gruppdeltagarnas måltidsordning

En kommentar som gavs till frågan om varför man inte åt frukost var ”för att jag börjar dagen med kaffe och cigg”. Anledningar till att inte äta mellanmål var ”för att jag äter hela tiden” och ”jag hinner inte, ibland glömmer jag att äta”.

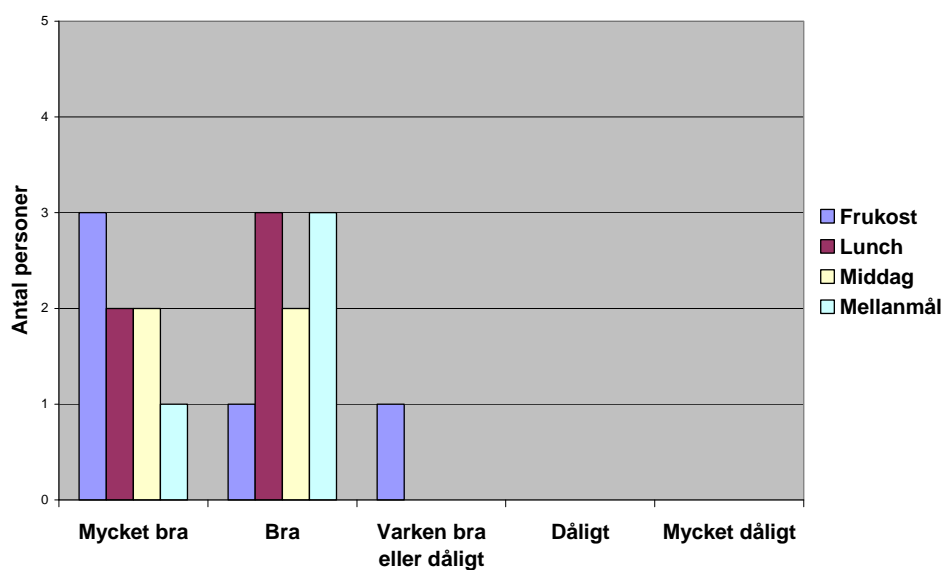
Enligt enkätundersökningen har en deltagare börjat äta frukost och resterande måltider är oförändrade från första till sista tillfället.

Vid första tillfället valde en deltagare att inte besvara frågan om dennes attityd till mellanmål (Figur 5). Vid sista tillfället valde en deltagare att inte besvara frågan om dennes attityd till middag och ytterligare en deltagare valde att inte besvara frågan om dennes attityd till mellanmål (Figur 6).

Rapporterade förändringar om matvanor som deltagarna gjort under kursens gång var att äta mindre, blivit mer medvetna om vad de handlar och hur tallriksportionen ska se ut. En deltagare hade förändrat sina motionsvanor genom att simma och promenera och en annan promenerade tack vare stegräknare. En deltagare svarade att denne påverkats av kursen och därigenom ändrat sin uppfattning om mat.



Figur 5. Diagram över deltagarnas attityder till måltid vid första enkättilfället



Figur 6. Diagram över deltagarnas attityder till måltid vid sista enkättilfället

#### **4.4 Långsiktiga mål**

Midjemått mättes vid det personliga samtalet och sista kurstillfället. Midjemåttet minskade i genomsnitt med 0,5 cm varav en deltagare minskade midjemåttet från 116 cm till 113 cm. Deltagarna hade ett genomsnittligt BMI på 38 vid studiens start där det lägsta värdet var 28 och det högsta 50. Vid sista mätningen hade gruppen ett genomsnittligt BMI på 38 därav kunde ingen förändring ses.

#### **4.5 Deltagarnas synpunkter på interventionen**

Vid ett ytterligare kurstillfälle skulle deltagarna vilja ha samma kurs igen, mer matlagning samt motion och träning. Deltagarna ansåg att vår insats som kursledare varit bra, att vi varit glada och positiva och fått fram vårt budskap.

### **5. Diskussion**

#### **5.1 Intervention**

Vi upplevde att de praktiska momenten i kursen som matlagning, uppdukning av heldagsmeny och förslag på frukostar och mellanmål gav deltagarna inspiration och de visade ett större intresse genom att ställa frågor och be om recept. Vår uppfattning är att den här formen av pedagogik fungerar bäst på individer som har en låg kunskapsnivå gällande kost då man kan lättare ta till sig kunskapen då det sker genom praktiskt lärande (Dewey, 2004). Med tanke på att de praktiska momenten var uppskattade hade det kanske varit lämpligt att även utöva fysisk aktivitet tillsammans med deltagarna. Då vi bedömde att deltagarna hade ett svagt KASAM hade deltagarnas KASAM eventuellt kunnat stärkas genom ökad fysisk aktivitet då det psykiska välbefinnandet ökar (Stähle, 2003). Ett svagt KASAM gjorde även att vi var noggranna med att tydliggöra informationen som vi gav och dessutom upprepa den i ett försök att nå fram till deltagarna.

Efter interventionens slut kan man ifrågasätta hur lämplig en viktminskningskurs är för långtidssjukskrivna med fysisk och psykisk ohälsa. Är det för svårt att ta tag i en livsstilsförändring vad gäller kost och motion? Man kan kanske ifrågasätta om det är rätt metod att stärka individer med. Gruppverksamheten i sig kan vara positiv, men temat bör kanske vara allmän hälsa, där man lyfter fram andra hälsoaspekter än enbart kost och vardagsmotion.

## 5.2 Kortsiktiga mål

Vi är medvetna om att förändringsbenägenhet, attityd till förändring av vanor samt tron på att lyckas inte är kortsiktiga mål utan tar tid att förändra. Vi valde dock att benämna dem som kortsiktiga mål då vi förmodade att det var här vi först skulle kunna se en förändring.

Orsaken till få besvarade frågor i enkäten vid sista tillfället kan ha berott på att vi enbart nämnde att frågorna var de samma som vid första enkättillfället och därmed hölls ingen genomgång av enkätfrågorna. Möjligtvis hade en gemensam genomgång bidragit till fler besvarade frågor. Innehöll enkäten för många frågor? Utifrån vissa av svaren som deltagarna gett kan man ifrågasätta om språket i enkäterna var komplicerat. Kunde vi ha varit tydligare i vår frågeformulering? Vi såg en tendens till missförstånd vid sammanställning av de öppna svarsalternativen i enkäten då många hade problem att skriftligt uttrycka sig på svenska. Av dessa anledningar hade möjligtvis ett personligt samtal varit att föredra framför en enkät.

Kan resultatet av motivation, attityd och self-efficacy ha påverkats då deltagarna vid sista tillfället själva fick besvara frågorna. Är det lättare att förstå den här sortens frågor då de ställs muntligt? Kan detta vara anledningen till få besvarade frågor vid sista tillfället? Var frågorna om motivation, attityd och self-efficacy och skalorna för komplicerade? Kan språket och våra frågeformuleringar haft en inverkan?

Mätningarna av self-efficacy visade att större delen av gruppen inte trodde på sig själva och sin egen kapacitet. Därav kan det vara svårt att genomföra en viktnedgång då man saknar tron till den egna kapacitet som ger oss kraften och driver oss till att handla (Connor & Armitage, 2002). Detta kan vara en anledning till att förändringar i den här gruppen har varit svåra att se. Kan man förvänta sig ett viktnedgångsresultat hos personer med låg self-efficacy?

Enligt enkäten hade deltagarna en bra måltidsordning då de flesta åt tre huvudmål och 1-3 mellanmål (NNR, 2005) dock fanns det brister i måltidsordningen enligt 24-h-recall. Vad kan detta bero på? Är det svårare att dölja sanningen i ett personligt samtal än vad det är i en enkät?

Då en person visade en förbättring av self-efficacy under kursens gång tror vi att det beror på den information och stöd vi gav under interventionen. Likaså kan resultatet av att en deltagare har börjat äta frukost berott på vår information om frukost.

## 5.3 Långsiktiga mål

Vid sista mätningen upptäckte vi att det är nödvändigt att samma person gör mätningen vid alla mättillfällen för att förhindra en alltför stor skillnad på resultatet då det kan variera när två olika personer mäter. Trots att vi kom överens om att mäta över naveln kan olika resultat fås beroende hur hårt måttbandet dras åt samt hur högt eller lågt måttbandet hamnar på ryggen. Detta medförde att samma person mätte deltagare vid båda tillfällena. På längre sikt skulle en minskning av midjemåttet och BMI kunna ses men efter en fem veckors kurs kan man troligen inte förvänta sig några större resultat. Interventionens längd i samband med att deltagarna hade en låg self-efficacy och en svag KASAM gör att en längre intervention troligtvis behövs för att deltagarna ska kunna stärkas och därmed nå resultat.

## **5.4 Loggbok**

Loggboken fungerade som en bra metod för att ventilera tankar och funderingar som uppkom efter varje kurstillfälle. Den fungerade också som en utvärdering efter varje tillfälle vilket gjorde att nästkommande tillfälle kunde förbättras.

## **6. Fortsatt forskning**

Att fysisk aktivitet har positiva effekter är forskarna väl överens om. Det hade varit intressant att fokusera mer på den fysiska aktiviteten då det gäller långtidssjukskrivna. En möjlig fortsättning på vår intervention skulle kunna vara att utöka kursen med mer fysisk aktivitet då dessa två komponenter, kost och fysisk aktivitet, påverkar hälsan positivt.

## 7. Referenser

- Abrahamsson, L., Andersson, I., Aschan-Åberg, K., Becker, W., Göranson, H., Hagren, B., Håglin, L., Jonsson, I., Jonsson, L. & Nilsson, G. (2003). *Näringslära för högskolan*. Stockholm: Liber AB.
- Angelöw, B. & Jonsson, T. (2000). *Introduktion till socialpsykologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Annerstedt, C. & Gjerset, A. (Red.). (2002). *Idrottens träningslära*. Malmö: SISU Idrottsböcker.
- Antonovsky, A. (2000). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Bertéus Forslund, H., Torgerson, J S., Sjöström, L., & Lindroos, A K. (2005). Snacking frequency in relation to energy intake and food choices in obese men and women compared to a reference population. *International Journal of Obesity*, 29, 711–719.
- Conner, M. & Armitage, C J. (2002). *The Social Psychology of Food*. Buckingham: Open University Press.
- Dewey, J. (2004). *Individ, skola och samhälle*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Dimbleby, R. & Burton, G. (1999). *Kommunikation är mer än ord*. Lund: Studentlitteratur.
- Folkhälsoinstitutet. (2006). *Definitioner för fysisk aktivitet*.  
[http://www.fhi.se/templates/Page\\_\\_\\_870.aspx](http://www.fhi.se/templates/Page___870.aspx) [Hämtad 2006-04-01]
- Folkhälsoinstitutet. (2006). *FaR – Fysisk aktivitet på recept*.  
[http://www.fhi.se/templates/Page\\_\\_\\_786.aspx?&MSHiC=65001&L=9&W=FaR+'&Pre=%3CFONT+STYLE%3D%22color%3A+%23000000%3B+background%2Dcolor%3A+%23FFFF00%22%3E&Post=%3C%2FFONT%3E](http://www.fhi.se/templates/Page___786.aspx?&MSHiC=65001&L=9&W=FaR+'&Pre=%3CFONT+STYLE%3D%22color%3A+%23000000%3B+background%2Dcolor%3A+%23FFFF00%22%3E&Post=%3C%2FFONT%3E) [Hämtad 2006-05-01]
- Hassmén, N., Hassmén, P. & Plate, J. (2003). *Idrottspsykologi*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet. (1999). *Etikregler för humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. [www.stingerfonden.org/documents/hsetikregler.pdf](http://www.stingerfonden.org/documents/hsetikregler.pdf) [Hämtad 2005-11-07]
- Kallings, L V. & Leijon, M. (2003). *Erfarenheter av fysisk aktivitet på recept – FaR*. Rapport: 2003:53. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.
- Landstinget i Östergötland. (2006). *Långtidssjukskrivning - ett hot mot individens välfärd, hälsa och livskvalitet*. <http://www.lio.se/templates/PageWithColumn.aspx?id=11180> [Hämtad 2006-05-03]
- Livsmedelsverket. (2006a). *Tallriksmodellen*.  
[http://www.slv.se/templates/SLV\\_Page.aspx?id=4905](http://www.slv.se/templates/SLV_Page.aspx?id=4905)[Hämtad 2006-04-03]

- Livsmedelsverket. (2006b). *5 kostråd 2005*.  
[http://www.slv.se/templates/SLV\\_Page.aspx?id=2306](http://www.slv.se/templates/SLV_Page.aspx?id=2306) [Hämtad 2006-04-03]
- Livsmedelsverket. (2006c). *Nyckelhål*.  
[http://www.slv.se/upload/dokument/Mat\\_Halsa/Nyckelhalet/2005\\_9.pdf](http://www.slv.se/upload/dokument/Mat_Halsa/Nyckelhalet/2005_9.pdf) [Hämtad 2006-04-03]
- Medin, J. & Alexanderson, K. (2000). *Begreppen Hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur.
- Melin, I. (2001). *Obesitas*. Lund. Studentlitteratur.
- NE. (2006). Nationalencyklopedin. *Hälsa*.  
[http://www.ne.se/jsp/search/article.jsp?i\\_art\\_id=208127&i\\_word=h%e4lsa](http://www.ne.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=208127&i_word=h%e4lsa) [Hämtad 2006-04-07]
- NNR (2005). *Nordic Nutrition Recommendations 2004*. Köpenhamn: Nordic Council of Ministers.
- Pellmer, K. & Wramner, B. (2003). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Trelleborg: Liber AB.
- Prochaska, J O., DiClemente, C C. & Norcross, J C. (1992). In Search of How People Change: Applications to Addictive Behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Rydqvist, L-G. & Winroth, J. (2004). *Idrott, Friskvård, Hälsa & Hälsopromotion*. Malmö: SISU Idrottsböcker.
- Ståhle, A. (red) (2003). *FYSS. Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.
- Svederberg, E., Svensson, L. & Kindeberg, T. (2001). *Pedagogik i hälsofrämjande arbete*. Lund. Studentlitteratur.
- Universitetssjukhuset i Lund. (2006). *FaR-samordnare*.  
<http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=134448> [Hämtad 2006-05-22]
- WHO. (2006). World Health Organization. *WHO definition of health*.  
<http://www.who.int/about/defintion/en/> [Hämtad 2006-04-07]



## Mall för individuellt samtal

- Presentation av oss själva och utbildning.
- Tidsplanering för kursen samt vad den kommer innehålla. Anledning till varför vi träffas för ett personligt samtal.
- Tystnadsplikt.
- Tid för samtalet.
- Frågor om motivation, attityder och self-efficacy. Förklara frågor och skalor.
  1. Hur beredd är du på att göra en del förändringar vad gäller det du äter och rör på dig?
  2. Hur viktigt är det för dig att göra dessa förändringar?
  3. Hur säker är du på att du kommer att lyckas?
  4. Vad är det som gör att du inte satt en lägre siffra än du gjort?
- 24-h-recall. Be personen berätta hur gårdagen såg ut gällande mat och dryck samt tidpunkt. Fråga om dagen brukar se ut så här och om personen känner sig nöjd med dagens matintag.
- Önskemål för kursen.
- Mätning av midjeomfånget.

Hur beredd är du att göra en del förändringar vad gäller det du äter  
och rör på dig?

Inte beredd

Osäker/tveksam

Beredd

1. Hur viktigt är det för dig att göra dessa förändringar?
2. Hur säker är du på att du kommer att lyckas?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

GÖTEBORGS UNIVERSITET  
Institutionen för hushållsvetenskap  
Kost- och friskvårdsprogrammet, 120 poäng  
Johanna Davidsson, Helen Mellqvist

#

### Enkätundersökning

1. Äter du frukost?

Ja

Nej

Vad tycker *Du* om att äta frukost?

Mycket bra

Bra

Varken bra eller dåligt

Dåligt

Mycket dålig

Om du inte äter frukost, vad är det som gör att du struntar i den?

---

---

---

2. Äter du lunch?

Ja

Nej

Vad tycker *Du* om att äta lunch?

Mycket bra

Bra

Varken bra eller dåligt

Dåligt

Mycket dålig

Om du inte äter lunch, vad är det som gör att du struntar i den?

---

---

---

3. Äter du middag?

Ja

Nej

Vad tycker *Du* om att äta middag?

Mycket bra

Bra

Varken bra eller dåligt

Dåligt

Mycket dåligt

Om du inte äter middag, vad är det som gör att du struntar i den?

---

---

---

4. Äter du mellanmål?

Ja

Nej

Vad tycker *Du* om att äta mellanmål?

Mycket bra

Bra

Varken bra eller dåligt

Dåligt

Mycket dåligt

Om du inte äter mellanmål, vad är det som gör att du struntar i den/dem?

---

---

---

Tack för din medverkan! Ditt svar kommer att behandlas konfidentiellt, dvs ingen utomstående kommer att ta del av ditt svar.

Enkätundersökning

1. Äter du frukost?

Ja

Nej

Vad tycker *Du* om att äta frukost?

Mycket bra

Bra

Varken bra eller dåligt

Dåligt

Mycket dålig

Om du inte äter frukost, vad är det som gör att du struntar i den?

---

---

---

2. Äter du lunch?

Ja

Nej

Vad tycker *Du* om att äta lunch?

Mycket bra

Bra

Varken bra eller dåligt

Dåligt

Mycket dålig

Om du inte äter lunch, vad är det som gör att du struntar i den?

---

---

---

3. Äter du middag?

Ja

Nej

Vad tycker *Du* om att äta middag?

Mycket bra

Bra

Varken bra eller dåligt

Dåligt

Mycket dåligt

Om du inte äter middag, vad är det som gör att du struntar i den?

---

---

---

4. Äter du mellanmål?

Ja

Nej

Vad tycker *Du* om att äta mellanmål?

Mycket bra

Bra

Varken bra eller dåligt

Dåligt

Mycket dåligt

Om du inte äter mellanmål, vad är det som gör att du struntar i den/dem?

---

---

---

5. Har du ändrat dina matvanor sedan du började den här kursen? I så fall vad har du ändrat?

---

---

---

6. Har du ändrat dina motionsvanor sedan du började den här kursen? I så fall hur och vad gör du?

---

---

---

7. Promenerar du mer nu när du har en stegräknare än innan?

---

---

---

8. Är det något särskilt som vi tagit upp under kursens gång som ändrat din uppfattning om mat och/eller vardagsmotion?

---

---

---

9. Om vi skulle ha ytterligare ett tillfälle, vad skulle du då vilja att det handlar om?

---

---

---

10. Vad tycker du om vår insats som kursledare? Vad skulle vi kunna göra bättre?

---

---

---

Tack för din medverkan! Ditt svar kommer att behandlas konfidentiellt, dvs. ingen utomstående kommer att ta del av ditt svar.