



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Patienters upplevelser av två levnadsvanegrupper på en vårdcentral i Region Skåne

En kvalitativ intervjustudie

Författare: Alexandra Rüegg & Ylva Ulfsdotter Gustafsson

Handledare: Eva Drevenhorn

Magisteruppsats

November 2012

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Avdelningen för omvårdnad
Box 157, 221 00 LUND

Patienters upplevelser av två levnadsvanegrupper på en vårdcentral i Region Skåne

En kvalitativ intervjustudie

Författare: Alexandra Rüegg & Ylva Ulfsson Gustafsson

Handledare: Eva Drevenhorn

Magisteruppsats

November 2012

Abstrakt

Problembeskrivning: Levnadsvanor är ett centralt arbetsområde för distriktssköterskan och många berörs negativt av ohälsosamma levnadsvanor. En vårdcentral önskade en undersökning av sina levnadsvanegrupper för att få förslag och idéer, till förbättring av dem. *Syfte:* Syftet var att undersöka patienters upplevelser av att delta/inte delta i levnadsvanegrupper, KOL- eller viktgrupp, vid en vårdcentral i Region Skåne. *Metod:* 16 personer ur grupperna intervjuades och intervjumaterialet analyserades enligt Burnards kvalitativa innehållsanalys. *Resultat:* Patienterna gick med i grupperna efter inbjudan. De förändrade sina levnadsvanor beroende bl.a. på att de erkänt för sig själva att de behövde göra en förändring och fick stöd och kontinuitet. När de inte lyckades berodde det t.ex. på att de upplevde någon känslomässig påverkan och fick för lite hjälp med träning och mat. *Konklusion:* Att delta i grupperna har upplevts som stödjande. Vidare forskning på levnadsvanegruppens upplägg behövs.

Nyckelord

Gruppverksamhet, KOL, levnadsvanor, upplevelser, vikt

Avdelningen för omvårdnad
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Medicinska fakulteten
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Problembeskrivning	3
Bakgrund	4
Lagar och förordningar	4
Levnadsvanor	4
KOL	5
Övervikt	5
Empowerment	6
Egenvård	7
Uppföljning	7
Rådgivning	8
Levnadsvanegrupper på en vårdcentral i Region Skåne	8
Syfte	9
Specifika frågeställningar	9
Metod	9
Urval	10
Datainsamling	11
Analys av data	12
Forskningsetiska avvägningar	13
Resultat	15
Vad upplevde informanterna gjorde att de gick med i grupperna?	16
Hur kännedom?	16
Information	17
Erkänt sjukdom	17
Stöd	18
Kostnadsfritt	18
Vad upplevde informanterna gjorde att de inte gick med i grupperna?	18
Inte accepterat	18
Okunskap	19
Vad upplevde informanterna har gjort att de har utfört en levnadsvaneförändring?	19
Personligt erkännande	19
Förebilder	20
Stöd	20
Trygghet	22
Information	22
Kontinuitet	23
Träningsstöd	23
Vägning	23
Vad upplevde informanterna hade kunnat göra att de skulle kunnat utföra en levnadsvaneförändring?	24
Personligt erkännande	24
Brist på stöd	24
Känslomässig påverkan	25
Kontinuitet	26
Träning	26
Matråd	27

Diskussion av metod och resultat.....	28
Metoddiskussion.....	28
Resultatdiskussion.....	30
Konklusion.....	33
Referenser.....	34

Problembeskrivning

Internationellt sett är det en stor mängd människor som berörs av problematiken kring ohälsosamma levnadsvanor såsom onyttiga matvanor, otillräcklig fysisk aktivitet, tobaksbruk och riskbruk av alkohol. I världen dog år 2004, vilket är den senaste publicerade statistiken, 237 miljoner människor pga. högt blodtryck, rökning och annan användning av tobak, diabetesrelaterade sjukdomar, övervikt och fysisk inaktivitet (World Health Organization [WHO], 2004). Dessa levnadsvaneproblem ökar i sin tur risken för kroniska sjukdomar som påverkar hjärtat, cancersjukdomar m.fl. (a.a.). År 2004 dog i Sverige 32 000 människor av sjukdomar som direkt kan relateras till problem med levnadsvanor, vilket var 1/3 av alla dödsfall det året (Socialstyrelsen, 2011b). Siffrorna från 2010 visar på att antalet dödsfall gått ner till cirka 29 000. Ytterligare 2000 personer/år dör i alkoholrelaterade sjukdomar (dessa tas ej upp i studien). I Skåne dog 4000 människor av levnadsvanerelaterade sjukdomar år 2004 och 3600 år 2010. Ej inräknat är alkoholrelaterad dödlighet på 280 personer/år (a.a.). Problemen kring levnadsvanor i denna uppsats fokuserar främst på övervikt och KOL (Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom).

Problemen kring levnadsvanorna är stora och är ett av distriktssköterskans centrala arbetsområden vilket gjort att författarna har intresserat sig för detta område. Det har gjorts många tidigare studier på levnadsvanegrupper men grupperna och arbetssätten ser mycket olika ut vilket gör det svårt att generalisera. Socialstyrelsen gav i november 2011a ut nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Dessa hade inte tagits i bruk på aktuell vårdcentral när denna uppsats började skrivas. På vårdcentralen i Region Skåne önskades en undersökning av levnadsvanegrupperna (KOL- och viktgrupp) och genom den också få förslag och idéer på vad som skulle kunna förbättras så att fler patienter kan bli hjälpta.

Bakgrund

Lagar och förordningar

Hälso- och sjukvårdslagen (SFS1982:763) säger att ”Hälso- & sjukvården skall arbeta för att förebygga ohälsa”. Det ingår alltså i primärvårdens och därmed distriktssköterskans uppdrag att förebygga hälsorisker och värna om patientens hälsa (Lingfors, Lindström, Persson, Bengtsson & Lissner, 2003). World Health Organization (WHO, 2004) har definierat hälsa som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och ej enbart frånvaro av sjukdom eller handikapp. Distriktssköterskan har alltså till uppgift att arbeta med förebyggande arbete samt hälsofrämjande uppgifter för individen, som står skrivet i Kompetensbeskrivning för sjuksköterskor (SOSFS:1995:5). Hon har också till uppgift att undervisa och stödja patienten och vid behov även närstående individuellt eller i grupp (a.a.).

Levnadsvanor

Alfred Adler definierade 1929 att livsstil är människans levnadssätt som bestäms av karaktärsdrag, egna värderingar och personliga orsaker (Livsstil, n.d.). Numera omfattar livsstil dessutom familjeförhållanden, arbetssituation och boende (a.a.). Enligt Folkhälsoinstitutet (Levnadsvanor, n.d.) talas det idag om levnadsvanor (som har stor betydelse för vår hälsa) istället för livsstil. I denna uppsats väljer författarna att diskutera levnadsvanor.

Levnadsvanor är en kombination av handlingar som är delar av våra liv (Jahren Kristoffersen, 2005). Dessa handlingar och vanor påverkas av materiell standard, ekonomi, sociala relationer, sysselsättning, handlingskraft, levnadsnivå mm. För personer med sjukdomar relaterade till levnadsvanor som hypertoni, diabetes typ 2, KOL m.fl. är förändringar av levnadsvanor en viktig del av vården (a.a.). Att ge råd vid behov av förändring av levnadsvanor innebär att patientens vanor och beteenden behöver påverkas och om det lyckas beror helt på patientens vilja att ändra sina vanor (Richards, 2011). Att påverka beteenden bygger på hur familjelivet, arbetslivet mm. ser ut. Alltså är det enligt Richards (2011) och Liehr et al. (2004) viktigt att se till patientens hela livssituation.

För att åstadkomma en bättre hälsa, genom en förändring av levnadsvanor, som t.ex. att börja med fysisk aktivitet krävs, enligt Henriksson (2006), endast 30 minuter per dag. Ett exempel på vad som kan göras är t.ex. att gå i trappor eller hoppa av bussen en till två hållplatser tidigare. Om individen klarar denna nivå av fysisk aktivitet kan hon/han genom detta få ett skydd mot hjärtkärl-sjukdomar och diabetes typ 2 (a.a.).

KOL

KOL är en sjukdom som är starkt förknippad med rökning (Melbye, Hjortdahl & Langhammer, 2003). In- och utströmningen av luft är hindrad pga. inflammationer i luftrör och lungor. Det är en sjukdom som utvecklas långsamt under ett antal år. Genom rökningens gifter inflammeras lungorna. Det mest extrema tillståndet av KOL är lungemfysem, där lungblåsorna förstörs, vilket resulterar i att patienten har svårt med gasutbytet i lungorna (a.a.). Det viktigaste som individer med KOL kan göra för att må bättre är framför allt att sluta röka (Henriksson, 2006). För att må bättre kan de dessutom behöva träning som hjälper dem att förbättra muskelstyrka och musklernas uthållighet. I praktiken finns det inga risker med fysisk aktivitet vid KOL (a.a.). I en sammanställning gjord av Scullion (2010) om följsamhet hos patienter med KOL kom hon fram till att denna patientgrupp, varken vad gäller medicinering eller att sluta röka, är följsam till givna råd. WHO (2003) definierar följsamhet som ” i vilken utsträckning patienten följer medicinska instruktioner”(s.17). En annan definition på följsamhet hittas i Arbetsgruppen för bättre läkemedelsanvändning ABLA II (2001). Här är följsamhet detsamma som att en patient samstämigt följer de råd och ordinationer som sjukvårdspersonal ger honom/henne vad gäller t.ex. levnadsvanor, diet, läkemedel mm. (a.a.). En annan studie visar att personer med KOL blir hjälpta av att tillsammans med rådgivning ha ett hjälpmedel som t.ex. en stegräknare vid sina promenader för att öka antalet steg/dag (de Blok, de Greef, ten Hacken, Sprenger, Postema, & Wempe, 2005).

Övervikt

Bukfetma är den typ av fetma som är mest ohälsosam (Henriksson, 2006). Midjans omkrets mäts för att se om individen har bukfetma. Denna fetma är en av de vanligaste orsakerna till hjärt-kärlsjukdomar, diabetes typ 2, höga blodfetter, hypertoni mm. (a.a.). Bukfetma utgör en stor riskfaktor för att utveckla det metabola syndromet som enligt Alberti och Zimmet (1998) innebär att patienten har minst två av följande sjukdomar, diabetes typ 2, förhöjt blodtryck,

förhöjda blodfetter och protein i urinen samt övervikt med ett Body Mass Index (BMI) på mer än 30.

Enligt Henriksson (2006) är det brist på fysisk aktivitet som bl.a. gör att fler och fler ungdomar blir överviktiga och då också riskerar att förbli överviktiga när de blir äldre. He, Kramer, Houser, Chromitz & Hacker (2004) säger i sin enkätstudie på en gymnasieskola i USA, att i överensstämmelse med andra studiers resultat, så väljer ungdomar mer sällan bra levnadsvanor. Deras riskbeteende ökar dessutom när de blir vuxna (a.a.). I en annan studie ses att med rätt diet, ökad fysisk aktivitet och psykisk support kan livet för den som är överviktig förbättras mentalt och fysiskt och detta är dessutom kostnadseffektivt för primärvården (Arrebola, Gomez- Candela, Fernández- Fernández, Loria, Munoz- Pérez & Bermejo, 2011).

Empowerment

Empowerment används flitigt i samband med hälsofrämjande åtgärder (Empowerment, n.d.). Ordet empowerment kan översättas med att ge befogenhet, godkännande, behörighet och makt samt att tillåta och möjliggöra för individen att bli mer obunden (a.a.). Empowerment har till syfte att förstärka individens egna tillgångar och dessutom ge tillräckligt med kunskaper för att han/hon skall kunna göra rationella avväganden, ta kontrollen över sin situation och förändra den (Ewels & Simnett, 2009). Funnel och Andersson (2003) säger att genom att arbeta med empowerment flyttas tonvikten från en vårdgivarcentrerad till patientcentrerad vård. Patienten skall ta ansvar och därmed har personalen ett förhållningssätt som innebär concordance (informerad följsamhet) (a.a.).

Det är dock viktigt att distriktssköterskan är införstådd med att individen inte alltid väljer att göra de val som föreslås, även om kanske distriktssköterskan ser sig själv som mer medicinskt kunnig (Rodwell, 1996; Funnel & Andersson, 2003). Det kan finnas hinder för patienten att göra föreslagna levnadsvaneförändringar (a.a.). Enligt Jallinoja et al. (2007) är ett av dessa hinder bristen på motivation till att förändra levnadsvanorna. Men enligt Olsson-Gislow & Folkesson (2009) kan bristen på kunskap vara grunden till icke följsamhet. Genom empowerment skall individen få kunskap och befogenhet att tillvarata och främja sin hälsa genom egenvård (a.a.).

Egenvård

Egenvård är den/de handlingar som en person kan utföra vid lättare och vanliga åkommor, krämpor och skador (Egenvård, n.d.). Egenvård är ett centralt begrepp i omvårdnadsteoretikern Dorothea Orems omvårdnadsteori, vilket innebär att människan har en inneboende potential och drivkraft som krävs för att kunna tillfredsställa egenvårdsbehoven och därmed också de behov som kommer av hälsoproblem (Kirkevold, 2000). Detta kräver kunskap och intresse. När patienten på något sätt sviktar i sin egenvård, som vid sämre val av levnadsvana, finns en egenvårdsbrist enligt Orem. Distriktssköterskan får gripa in och hjälpa individen i dennes egenvård. De hjälpmetoder som står till förfogande är att handla eller utföra handlingen för någon annan, vägleda, ge psykiskt eller fysiskt stöd genom att skapa en utvecklande miljö och genom att undervisa. Hjälpmetoder väljs beroende på patientens behov (a.a.). På vårdcentralen uppfylls tre av dessa hjälpmetoder vägledning, psykiskt och fysiskt stöd genom att skapa en utvecklande miljö och genom att undervisa.

Genom att uppmuntra patienten att sköta sin egenvård kan distriktssköterskan ge kontroll åt individen i dennes situation (Simmons, 2009). Patientundervisning är enligt Klang Söderqvist (2007) viktigt och av värde för att distriktssköterskor skall kunna stötta och stimulera patienten. Flera studier visar på hur betydelsefullt det är att det är just distriktssköterskan som tar hand om information och undervisning av levnadsvaneförändringar (Whittmore et al., 2009; Jallinoja et al., 2007; Drevenhorn, Kjellgren & Bengtson 2007). Distriktssköterskan måste vara lyhörd och känna in var patienten står, personligheten mm. Kanske har patienten inte hunnit eller velat acceptera att hon/han är i behov av vissa omvårdnadsåtgärder (Jahren Kristoffersen, 2005).

Uppföljning

I en proposition som lades av regeringskansliet (2008) fastställer politikerna att oavsett vem individen samverkar med i sina förändringar av levnadsvanor, anser den nya folkhälsopolitiken att det skall göras systematiska uppföljningar av det arbete som gjorts tillsammans med individen. Även ter Bogt et al. (2010) påpekar hur viktigt det är att följa upp individen för att på så sätt stödja denne i sin fortsatta strävan mot bättre levnadsvanor. Drevenhorn et al. (2007) anger dock att ett år är en för kort tid för en uppföljning när det gäller förändringar av levnadsvanorna.

Rådgivning

SBU:s genomgång av artiklar vad gäller främjande av fysisk aktivitet som förändringar av levnadsvanor visar att patienter som får bra råd ökar sin fysiska aktivitet med upp till femtio procent under åtminstone sex månader (SBU, 2007). Artiklarna redovisar samtidigt att en mer frekvent rådgivning också ökar aktiviteten hos patienten.

Levnadsvanegrupper på en vårdcentral i Region Skåne

Som tidigare nämnts har vi fått en förfrågan om att titta på upplevelserna hos ett antal män och kvinnor som deltagit i de olika livsstilsgrupperna på en vårdcentral i Region Skåne. Detta med syfte att försöka kvalitetssäkra vården av patienter som önskar ändra sina levnadsvanor samt att se på vilket sätt grupperna kan förbättras för att få en större följsamhet till de råd som ges för att patienten skall förbättra sina levnadsvanor. Levnadsvanegrupperna på vårdcentralen är av två slag:

- a.) Viktgrupp
- b.) KOL-grupp (Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom)

För att kunna erbjuda effektiv, etisk och mänsklig omvårdnad så måste sjuksköterskan veta varför patienten gör som han/hon gör (Parahoo, 2006). Ett av de stora problemen inom hälsovården är bristande följsamhet och där kan patienterna bidra med sina synpunkter för att ge hälso- och sjukvårdspersonalen ökad förståelse för varför följsamheten inte fungerar (a.a.). Det är därför viktigt att genom intervjuer få förförståelse för patienters behov och eventuellt hitta nya vägar för stöd och vägledning för individerna. Denna kunskap kan förbättra upplägget/innehållet i levnadsvanegrupperna för att få fler att lyckas med sina varaktiga förändringar av levnadsvanorna och få en bättre följsamhet till dessa. Detta är synnerligen viktigt för att minska det mänskliga lidandet och kostnaderna för samhället av sjukdomar som en följd av ohälsosamma levnadsvanor.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka patienters upplevelser av att delta eller inte delta i levnadsvanegrupper (KOL- och viktgrupp), vid en vårdcentral i Region Skåne.

Specifika frågeställningar

Vad gjorde att informanterna gick med i grupperna?

Vad gjorde att informanterna inte gick med i grupperna?

Vad gjorde att informanterna utförde en levnadsvaneförändring?

Vad hade kunnat göra att informanterna skulle kunnat utföra en levnadsvaneförändring?

Metod

Författarna valde att göra en empirisk studie med kvalitativ ansats, med anledning av det stora intresset för att ta del av informanternas upplevelser, synpunkter och önsknings. Den kvalitativa forskningen bygger på beskrivningar och subjektiva upplevelser (Notter & Rose Hott, 1996). Informanter är intervjudeltagarna i en kvalitativ studie enligt Jakobsson (2011) och detta begrepp används i denna studie. Den kvalitativa forskningen används för att få förståelse för människors upplevelse, beteende, uppfattning, motivation och intentioner (Parahoo, 2006). "DSK" är den distriktssköterska som håller i de olika grupperna på den utvalda vårdcentralen och kommer att användas som begrepp i studien. Allmänt hållna frågeställningar formulerades och dessa grundades i den här studien på studiebesök och diskussion med "DSK" samt genom diskussion författarna emellan. Notter & Rose Hott (1996) säger att frågeställningarna skall grundas på kliniska erfarenheter och/eller observationer.

Urval

Verksamhetschefen på en vårdcentral i Region Skåne informerades om studien genom personlig kontakt och information gavs också i ett informationsbrev, vilket resulterade i att verksamhetschefen gav erforderligt tillstånd. Att just denna vårdcentral valdes berodde på att personalen där önskade få kunskap om vårdcentralens KOL- och viktgrupper.

Viktgruppen är en grupp bestående av ungefär 20 män och kvinnor. Viktgruppen startar med ett uppstartsmöte varje termin där distriktssköterskan informerar deltagarna om upplägg mm. och invägning görs. Gruppen får de kommande fem mötena information av läkare, sjukgymnast, dietist och psykolog. Deltagarna kan fritt komma på träffarna för att väga sig, få stöd och information. Vem som helst som är listad på vårdcentralen får komma, ingen anmälan behövs och deltagarna får fortsätta så länge de vill. I samarbete med Skåneidrotten har deltagarna i viktgruppen fått betala en lägre avgift i tre månader på ett ”gym” i närheten för att kunna komma igång med bl.a. styrketräning. Begreppet ”gym” kommer att användas om detta träningscentra i studien.

KOL-gruppen består av 6-8 individer som tillsammans med eventuella anhöriga bildar en grupp och träffas vid fyra tillfällen för att få information och samtala kring KOL och levnadsvaneförändringar (alltså inte en slutarökakurs). För att gå med i gruppen måste personerna ha pratat med distriktssköterska/läkare på vårdcentralen, blivit tillfrågade och tackat ja. Under dessa möten informeras deltagarna om friskt och sjukt vad gäller lungor och andning, inhalationsteknik/exacerbationer (försämringsperioder) och inkontinens. Det diskuteras även om vikten av hälsosamma levnadsvanor genom rökstopp/avvänjning, sjukgymnastik/vikten av att röra på sig och en dietist kommer för att prata om kostens betydelse. Efter genomgången ”utbildning” kallas gruppen efter två månader och därefter om ytterligare ett år för uppföljning.

Inklusionskriteriet för studien var att personen deltagit på minst ett möte i antingen Kol- eller viktgrupp eller då patienten nekat till att delta. Urvalet av informanter gjordes av en distriktssköterska anställd på vårdcentralen och som hade den kunskap som enligt Hartman (2004) krävs för att göra ett urval. De valdes ut genom att göra ett bekvämlighetsurval, vilket innebär att deltagare i en population som är lätt tillgänglig med den rätta bakgrunden väljs (Notter & Rose Hott, 1996). Genom detta urval önskade författarna fånga upp gruppdeltagare

med störst kunskap och erfarenhet om levnadsvanegrupperna och dessa informanter skulle därmed kunna ge författarna den information som söktes. Syftet och målsättningen med bekvämlighetsurvalet var, att från de tre grupperna få tre till sex informanter ur vardera grupp och genom dessa informanter få en bredd i dem erfarenheter som författarna ville undersöka. De tre grupperna som skulle intervjuas var deltagare i KOL-grupp, viktgrupp samt de som blivit tillfrågade om att gå med i en grupp men tackat nej. Under studiens gång upptäcktes att det inte gick att hitta de som tackat nej till att delta i grupperna pga. logistiska problem. De tillfrågade informanterna erhöll informationsbrev angående studien samt samtyckesblankett, som undertecknades vid intresse av att delta i studien.

Antal informanter som tillfrågades var sammanlagt 18 personer varav en tackade nej av personliga skäl. En person exkluderades pga. att intervjun, beroende på avstånd, gjordes per telefon och då resultatet bedömdes bli annorlunda än för de övriga intervjuerna. De 16 kvarvarande personerna som intervjuades var alla kvinnor i åldern från mellan 45-80, lika många från vardera KOL- och viktgruppen. Samtliga informanter hade deltagit minst en termin i antingen KOL- eller viktgrupp men vissa ända upp till åtta terminer. Ett försök gjordes för att öka bredden på undersökningen genom att få med en manlig deltagare, men detta misslyckades.

Datainsamling

Enligt Hartman (2004) är en intervjuguide ett bra hjälpmedel att ha som stöd vid intervjun. Denna säkerställer att det material som samlas in är aktuellt för studien. I denna studie användes frågor som liknar frågeställningarna under syftet som intervjuguide. Intervjuaren följde upp huvudfrågorna med öppna frågor t.ex. med hur, vad och vilka som frågeord vilket kan göras enligt Polit och Beck (2012). Enligt Lantz (2007) ger dessa informanten en frihet att fördjupa sig inom det som hon/han tycker är intressant.

Nästan alltid i kvalitativa intervjuer finns en låg standardiseringsnivå, vilket innebär att frågorna ställs och informanterna svarar med egna ord (Patel & Davidsson, 2003). Författarna började intervjuerna med att låta de intervjuade ange ålder, kön och vilken grupp de tillhörde, dessutom fick de på slutet möjlighet att kommentera om det var något speciellt de ville framföra. Som Patel och Davidsson (2003) säger var både intervjuobjekt och intervjuare

medskapande i samtalet under intervjun. Alla samtal blir färgade av de personer som är med och det är svårt för intervjuaren att övervinna de bakgrundsfaktorer som spelar in t.ex. ålder, kön och i författarnas fall att de är sjuksköterskor (a.a.). Dock försökte författarna sätta sin förförståelse åt sidan. Syftet med kvalitativa intervjuer är att få reda på alla de sätt som informanten ser och upplever en sak/ett fenomen på (Parahoo, 2006).

Deltagandet i studien var frivilligt och informanterna kunde när som helst avbryta sitt deltagande. Enligt Notter och Rose Hott (1996) har informanterna rätt till god information om studien, deltagandet ska vara frivilligt, det insamlade datamaterialet vara konfidentiellt och informanten skyddas mot skada i samband med forskningen. Dessa punkter uppfylldes och intervjun genomfördes på en plats som bestämdes av informanten. Enligt Lantz (2007) skall platsen vara så fri från störande inslag som möjligt. Vid ett tillfälle, mot slutet av intervjun avbröts samtalet av att en person inte observerat önskan om ostördhet samt vid en annan intervju av att telefonen ringde en gång. Intervjuerna tog mellan 30-75 minuter. Enligt Parahoo (2006) varierar längden på intervjuer mycket då varje interaktion är unik och intervjuer kan vara ungefär 30 minuter till två timmar. De första fem intervjuerna genomfördes av en av författarna YUG medan den andra författaren AR observerade och ställde enstaka följdfrågor, därefter gjordes intervjuerna av YUG ensam. Detta tillvägagångssätt valdes för att båda författarna skulle veta hur intervjuerna gick till och kunna påverka följdfrågorna etc. Anledningen till att inte båda författarna var med på alla intervjuer var tidsbrist pga. att informanterna ville göra intervjuerna under dagtid då AR arbetade. Intervjuerna spelades in och därefter transkriberades de ordagrant dvs. även med pauser, hummanden, skratt mm. Förutom detta noterades dessutom om patienten gjorde rörelser eller antydningar genom sitt kroppsspråk.

Analys av data

Författarna till detta arbete har valt att tolka sina intervjuer genom att använda kvalitativ innehållsanalys. Den kvalitativa metod som använts är Burnards (1996) fyra steg. I det första steget lästes texten igenom och under tiden skrevs ord eller fraser i marginalen, som sammanfattade innehållet i olika avsnitt av texten. All text som var relevant för frågeställningarna innefattades. Steg två innebar att orden och fraserna i marginalen samlades och reducerades genom att ta bort liknande ord och fraser för att få en lista över kategorier

som inbegrep allt datamaterial. Under detta steg diskuterades de olika kategorierna fram och tillbaka av författarna som också fick vägledning av handledaren för att komma fram till de nu gällande kategorierna. De kategorier som författarna fick fram, sammanfattar allt material i intervjuerna. För att försäkra att all information i intervjuerna täcktes in av rubrikerna lästes materialet åter igenom av författarna och justeringar gjordes. I steg tre markerades de textavsnitt som hörde till ett visst tema, en viss kategori eller underkategori i en viss färg och klipptes ut och sattes samman, så att det under varje tema fanns allt material som tillhörde denna rubrik. Steg fyra gick ut på att gå genom de olika temata och skriva ett resultat (a.a.). De tre första stegen gjordes först var för sig av författarna och jämfördes därefter. Det sista steget gjordes gemensamt.

Forskningsetiska avvägningar

Deltagandet i denna studie var frivilligt och kunde avbrytas när som helst. Författarna ville också att forskningen skulle ske enligt autonomi- (deltagandet var frivilligt och kunde avbrytas när eller om informanten ville detta), godhets- (studien hade ett syfte där informanterna fick hjälpa till) och icke skada- och rättvisepincipen (att författarna givit informanterna frihet att avsluta, eller ge sitt samtycke till studien) (World Medical Association, 2008). Informanterna fick full information, både skriftlig och muntlig angående studien. De fick tillfälle att säga nej om de inte ville fortsätta sitt deltagande. Informanterna kunde och kan känna trygghet i att intervjumaterialet förvaras säkert och inte används av annan person än författarna och endast för denna studie. Presenterat material kommer inte att kunna kopplas samman med de enskilda informanterna. Transkriptionerna försågs med kodnummer för att bevara de intervjuades konfidentialitet. Kodlista med nummer och namn förvaras separat från transkriptionerna och inlåst. Transkriberade intervjuer sparas både i ett Word-dokument samt på en USB sticka. Transkriberade intervjuer kommer efter detta arbetets slutförande att arkiveras under ett år och därefter förstöras. Forskningsetisk ansökan skickades till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) Lund för rådgörande bedömning. Rådgivandet för fortsatt intervjuarbete erhöles av denna nämnd 120423. Dessförinnan hade tillstånd sökts hos verksamhetschef. Före denna studie hade en överenskommelse med ledaren för livsstilsgrupperna slutits, vilken löd att om någon av informanterna, till följd av deltagande i studien, skulle känna ett behov av att börja eller fortsätta i någon av grupperna, fanns denna möjlighet under hösten 2012. Författarna till studien gjorde sitt bästa för att sätta sina motiv,

förväntningar och förförståelse åt sidan vid behandling av materialet vilket också bör göras, enligt Malterud (2009) och Langemar (2008).

Resultat

Det resultat som författarna kom fram till efter sin analys av intervjuerna presenteras i tabell 1. Många av kategorierna liknar varandra och är återkommande beroende på temafrågorna.

Tabell 1 visar de teman, kategorier samt underkategorier som kommit fram under intervjuerna.

Teman	Huvudkategorier	Underkategorier
Vad upplevde informanterna gjorde att de gick med i grupperna?	Hur kännedom? Information Erkänt sjukdom Stöd Kostnadsfritt	<i>Distriktssköterska Läkare Kompis Annat</i>
Vad upplevde informanterna gjorde att de inte gick med i grupperna?	Inte accepterat Okunskap	
Vad upplevde informanterna har gjort att de utfört en levnadsvaneförändring?	Personligt erkännande Förebilder Stöd Trygghet Information Kontinuitet Träningsstöd Vägning	<i>Peppning Gruppstöd Anhörigstöd Inte anonym Förbättrad hälsa</i>
Vad upplevde informanterna hade kunnat göra att de skulle kunnat utföra en levnadsförändring?	Personligt erkännande Brist på stöd Känslomässig påverkan Kontinuitet Träning Matråd	<i>Peppning Brist på anhörigstöd</i>

Vad upplevde informanterna gjorde att de gick med i grupperna?

Det kom fram olika orsaker till att informanterna deltagit i grupperna, att de fick kännedom om verksamheten, för att få information, för att de erkänt att de hade ett behov av en levnadsvaneförändring, för att de behövde stöd och för att deltagandet var kostnadsfritt. Det var oftast en kombination av dessa anledningar som informanterna upplevde ha gjort att de gått med.

Hur kännedom?

Informanterna hade fått kännedom om gruppverksamheten på olika sätt. Fyra undergrupper framkom till hur informanterna fått reda på och gått med i grupperna.

Distriktssköterska

Många av informanterna gick med efter att de fått en personlig förfrågan från distriktssköterskan. I vissa fall krävdes mer än en anmodan, d.v.s. upprepade inbjudningar för att patienterna skulle gå med. I nedan exempel krävdes t.o.m. tjat, för att patienten som distriktssköterskan tyckte skulle må bra av att vara med, skulle acceptera.

”Det var faktiskt ”DSK” som mer eller mindre tjtade på mig att gå med i gruppen, jag ville inte, men hon ansåg att jag skulle...”(6)

Läkare

En annan personalgrupp som träffade patienterna var läkarna och i de fall där dessa tyckte att patienten skulle vara hjälpt av att delta i en av grupperna, frågade de patienterna om intresse fanns. Detta har gjort att några har gått med i levnadsvanegrupperna.

” E... det var min läkare som tipsade.” (3)

Kompis

Kamratskap är något speciellt och i några fall var det just detta som fick informanterna att söka sig till grupperna. Några började samtidigt och drog med varandra.

”Nej....vi började tre stycken på samma gång...jag tror vi peppade varandra där?”(14)

Annat

Det sista sättet på vilket vissa informanter upplevde att de fick kännedom om gruppen var att de hört genom någon att gruppen fanns och att den som så önskade kunde delta i denna grupp. En informant hade sett en affisch med reklam för gruppen och diskuterade därefter med en vän om att gå med.

”Ja jag har vetat om att de hade en grupp...eee.... För det var....ja....e..... läste det här ute i gången,...”(11)

Information

Informanterna gick med i levnadsvanegrupperna både för att få information om sin egen ”sjukdom” och om sina anhörigas ”sjukdom”. De ville veta mer om hur de kunde förändra sina levnadsvanor, för att de skulle må så bra som möjligt samt möjlighet att få mer information om den sjukdom de själva eller anhöriga drabbats av, till följd av de levnadsvaneval som de gjort.

”Därför jag vill ha information om vad man kan göra för att förbättra situationen, min situation...”(9)

”...därför att jag såg min syster, hur hon hade det,Paus..... det var liksom det....Information om hur förändra levnadsvanor”(8)

Erkänt sjukdom

Många informanter gick med i levnadsvanegrupperna, för att de upplevde att de erkänt sin sjukdom för sig själva och bestämt sig för att göra något åt det. De tyckte att de hade problem med sina ohälsosamma levnadsvanor och ville nu kunna ändra dem så att de kunde leva ett så bra liv som möjligt utan negativa effekter på hälsan.

”Ja det är ju för att jag.....jag..... vill gå ner i vikt och jag klarar det inte själv...”(14)

Stöd

Flertalet informanter gick med i levnadsvanegruppen för att de upplevde att de behövde stöd från distriktssköterskan, gruppmedlemmarna, av information för att kunna göra en levnadsvaneförändring eller för att de tyckte att gruppens upplägg passade dem.

"... att jag kände att jag behövde kontrollera mig, att jag behövde någon form av stöd eller, ja, någon som följer upp det....kollar upp det, ja,så att jag kan komma, så det är därför jag, vill ha hjälp med det..."(2)

Kostnadsfritt

Att deltagandet var kostnadsfritt upplevde de intervjuade vara en bidragande orsak till att de gått med och varför de har valt denna grupp istället för en kommersiell viktgrupp.

Vad upplevde informanterna gjorde att de inte gick med i grupperna?

Några informanter gick inte med i grupperna förrän efter ett tag. Författarna fick här fram två olika orsaker till detta, att inte acceptera sin sjukdom, som de upplevde var orsaken till att de från början tackat nej, samt okunskap angående gruppens existens.

Inte accepterat

I KOL-gruppen upplevde informanterna framför allt att de inte gick med i gruppen när de blev tillfrågade beroende på att de inte hade accepterat att de hade KOL. Informanter i viktgruppen som tidigare sagt nej, kunde nu när de gått med, erkänna att viktproblemen var något som de behövde hjälp med, vilket de tidigare inte accepterat.

"Nej jag ville väl inte som många andra acceptera att jag har KOL..."(6)

Okunskap

En person i KOL-gruppen gick bara på enstaka möten då informanten upplevde att hon inte blivit kallad/fått inbjudan till de andra mötena. I viktgruppen dröjde det för informanterna att gå med pga. att de inte visste om att gruppen fanns eller att de inte visste att det bara var att gå dit utan remiss eller personlig inbjudan.

"Att folk vet att gruppen finns men man vet inte hur man kommer med man tror att man, och det har jag också trott, jag tror att man tror att man skall ha någon remiss från vårdcentralen, eller lapp från läkaren för att komma med va. "(1)

Vad upplevde informanterna har gjort att de har utfört en levnadsvaneförändring?

Gällande informanternas upplevelse av vad som har gjort att de har förändrat sina levnadsvanor framkom åtta olika områden (personligt erkännande, förebilder, stöd, trygghet, information, kontinuitet, träningsstöd och vägning). De flesta upplevde att det var många områden som i en kombination gjort att de förändrat sina levnadsvanor men alla var överens om att det i grunden alltid behövdes ett personligt erkännande.

Personligt erkännande

Som rubriken till detta avsnitt säger, så upplevde informanterna att för att göra en levnadsvaneförändring behövdes ett personligt erkännande på flera plan. Det krävdes att de erkände för sig själva att det fanns ett problem, att de upplevde att detta problem gick att åtgärda och att viljan till en förändring fanns. En av informanterna uppgav, att när hon erkänt att hon inte behövde vara så duktig, utan gjorde det hon mådde bra av, då gick det bättre.

"man behöver inte ha så jäkla.....alltså... Det tycker jag är det positiva för det fick man ju också... belägg för det här.....efter att ha pratat med både personalen och andra... man behöver inte vara så jäkla duktig....att man liksom... man skall må bra...."(4)

Förebilder

Den distriktssköterska som höll i grupperna hade erfarenhet både av att sluta röka samt av att gå ner i vikt, och hon utgjorde därför en viktig beståndsdel i varför informanterna upplevde att de gjort en levnadsvaneförändring, genom att gruppledaren var en förebild för dem. Även en del av gruppmedlemmarna sågs som förebilder.

”...jag hade hört talas om ”DSK” och jag har ju sett “DSK” själv tidigare. Jag vet vilken resa hon har gjort.” (1)

”...sedan har man ju träffat många andra i samma situation.....där är de som har det ännu värre än vad jag har om man säger det.....det positiva och hur mycket de gör....där är speciellt en i gruppen och hon är helt fantastisk.....Hon dansar och står i och hon promenerar och hon har sig.....jag blir helt fascinerad av henne....Kan hon kan väl jag....och vi sporrar varandra på något vis.....så att jag...”(7)

Stöd

Fem underkategorier kunde ses under stöd, nämligen peppning, gruppstöd, anhörigstöd, att informanterna inte var anonyma samt att deras hälsa förbättrades. Peppningen var det som togs upp som viktigt av i princip alla.

Peppning

När gruppledaren som gjort en resa i sitt eget liv genom att gå ner i vikt och sluta röka, berättade om sin bakgrund, så imponerades de flesta informanterna. Genom hennes uppmuntran och råd och att hon inte använde pekpinningar, upplevde informanterna att också de hade en chans att lyckas med sina levnadsvaneförändringar. Även vissa gruppmedlemmar hade denna funktion, dvs. att ingjuta sina kompisar med hopp om succé.

”Och jag tror att allihopa som sitter i den gruppen tycker att det är så bra med “DSK” för att hon är så positiv människa och liksom man har inte känt....en press att nu har jag gått upp...för man väger ju sig hemma ...o.... jag har gått upp nu jag har gått upp ett halvt kilo.....o... det är vikt på tisdag Och så kommer jag ner hit och säger n är det så och då

säger "DSK" ja ja...det tar du igen sedan det är inga problem du vet ju hur du skall göra.....det är inget problem, så är det man går upp och ner.....det känns ju skönt att kunna gå ner och ställa sig på vågen... okey jag har gått upp ett halvt kilo jag går ner sedan igen..."(11)

Gruppstöd

Stödet från gruppen var viktigt för många, att få träffa andra i samma situation samt att träffa olika yrkeskategorier och få stöd även från dem. Men för de flesta deltagarna i främst viktgruppen var det framförallt stödet från "DSK" som var det viktiga.

"Jag tycker att det är bra....att det är bra....jag kände det att vi fick en sammanhållning i gruppen.... Vi vågade prata om problem.....och kunna ge varandra tips det kände jag vara jättebra... och sedan....tycker jag att det är bra att "DSK" har tagit in arbetsterapeuter, dietister sjukgymnast....också som håller föreläsningar så man får lite. Det är inte bara vi som sitter själv och pratar vårt utan vi får lite annat också. Vi får andra vinklar och aha...liksom så...så skall man tänka och så skall man göra.....så."(11)

Anhörigstöd

Även stödet från anhöriga var av betydelse för en del av informanterna. De upplevde att de hade bättre levnadsvanor tack vare anhörigstödet.

"Laga middag varje dag för att min man...äter hemma....han får ju hemlagad mat.... Hade jag varit ensam hade det nog varit kris.... Ibland vill jag inte laga mat det är inte så lätt....jag är inte sugen..."(12)

Inte anonym

Informanterna kände sig speciella då distriktssköterskan såg dem och visste vilka de var, till skillnad från, som de upplevde det, fallet var inom vissa kommersiella viktgrupper. Detta upplevdes som en hjälp för dem till att göra förändringar i sina levnadsvanor.

"Ja så jag tror att det är skillnad på personerna där var man en i mängden anonym.....man var anonym....."DSK" ser alla ...vi känner henne...vi har gått här...hon är distriktssköterska.....det blir annorlunda på ett sådant litet ställe."(11)

Förbättrad hälsa

Den förbättrande hälsan upplevdes också som en stimulerande faktor för att hålla fast vid en levnadsvaneförändring. När informanterna mådde bättre upplevdes det som onödigt att förstöra det genom att t.ex. börja röka igen eller sluta träna.

”Jag märkte ju snabbt hur mycket bättre jag mådde och då fanns det ju ingen anledning.... Att fördärva det.... sedan kasta jag dom och sedan har jag inte.... Jag har inte tagit ett bross sedan dess och saknar det inte ett dugg.”(7)

Trygghet

För några informanter var det tryggheten i att alla kände dem, den goda kontakten och omsorgen från personalen på vårdcentralen som upplevdes som faktorer, vilka gjort att de kunnat permanenta sina levnadsvaneförändringar.

”...så har man ju fått en väldigt bra kontakt med “DSK” då va, så hon....vet liksom hur...eftersom man går till henne..... för spirometri och sånt där så..... hon känner en och vet liksom att..... hur man fungerar och det hela...”(7)

Information

Informationen som gruppdeltagarna fick på träffarna, gav dem en kunskapsgrund att stå på som bidrog till levnadsvaneförändringarna. Till exempel handlade denna information om tips på hjälpmedel som gjorde att några kunde sköta mycket i hemmet som de tidigare inte kunnat eller tips om att de skulle kunna vara ute och gå och få motion. Information om vilken mat som var bra och ungefär hur mycket de kunde äta upplevdes av flertalet som en stor hjälp. Olika förslag på träning som de fått bidrog också till att förändringar kom till stånd.

”Då har man ju fått kött på bena...det får man ju utav de andra, som sjukgymnasten får man,....hur viktigt det är att man rör sig.....och allting.... Hur bra det blir...dietisten säger maten att äta nyttigt så blir det bra.....sjuk... eller psykologen.... Ja han ... ja att du måste bestämma dig...”(16)

Kontinuitet

Programmet för gruppträffarna var detsamma från termin till termin. Många i viktgruppen upplevde dock att repetitionerna gav dem chans till att plocka upp kunskap, som de tidigare missat och förstärka information som var relevant. Informanterna tyckte också att det var av vikt att träffas med jämna mellanrum, vilket var en av de saker som hjälpt dem med levnadsvaneförändringar.

”...innan nu skall jag dit och nu får jag skärpa mig....., ja.... Nej..... jag kommer att gå på sommaren också, och träffa “DSK”/...../ även om det är samma program som går om och om igen...”(1)

”...så...så det måste....det man...man måste nog ha upprepning.....för att klara va...”(17)

Träningsstöd

Författarna fann att den för höga kostnaden för att träna på närliggande ”gym” bidrog till att informanterna inte ändrade sina levnadsvanor, medan vissa av dem påpekade hur generöst det t.ex. var med gymnastik som var gratis för seniorer. Några informanter tränade på gym, medan andra utnyttjade natur mm. Vissa fick stöd av t.ex. kamrater som försökte aktivera dem till träning och andra hittade stödet i regelbundenheten på gymmet.

”Nej... nä det är kommunens friskvård... för seniorer... helt otroligt.... Där är hon Tove som är nere på “gymmet” ...”(1)

”Javisst är det det..... hon (en kompis) försöker dra ut mig och gå på promenader och så.... Så det är väldigt bra också, sånt där...”(15)

Vägning

Författarna såg att bland det mest centrala i arbetet med levnadsvaneförändringarna var viktgruppens vägningar. Att vägningarna gjordes med en viss regelbundenhet och frekvens upplevde informanterna också var av stor betydelse för att de skulle lyckas med levnadsvaneförändringen. De kände en viss press ett tag innan det var dags för vägning och

skötte då matintag och träning bättre. Blev tiden mellan vägningarna för lång, blev det också lätt att de tänkte att det kunde vänta till senare eller att det är inte något som måste göras just nu.

”.....liksom vetat att nu skall jag snart...gå...för så är det liksom att man har lite.....som att det blir lite press...”(14)

Vad upplevde informanterna hade kunnat göra att de skulle kunnat utföra en levnadsvaneförändring?

De flesta informanter upplevde att det är svårt att göra levnadsvaneförändringar. I analysen framkom sex olika kategorier (personligt erkännande, brist på stöd, känslomässig påverkan, kontinuitet, träning och matråd) som informanterna upplevde att de saknade dvs. om dessa faktorer hade funnits, hade de kunnat utföra en levnadsvaneförändring.

Personligt erkännande

Informanterna var väl medvetna om att det är en klar fördel att ha viljan till förändring oavsett vilken levnadsvana det gällde. Den rätta viljan var mycket betydelsefull för att kunna göra en levnadsvaneförändring. Några betonade dessutom hur viktigt det var att ha roligt.

”Jo...men det är ju så...det är bara viljan som skall till...”(8)

Brist på stöd

Här framkom två underkategorier, dels att informanterna kunnat bli mer peppade på olika sätt och dels att anhöriga hade kunnat stötta dem mer för att kunna genomföra levnadsvaneförändringar. Trots peppning och stöd av anhöriga behövdes ytterligare någon hjälp för att vissa av informanterna skulle kunna genomföra en förändring.

Peppning

Den ”DSK” som hållit i grupperna har visat ett stort tålamod och peppat gruppmedlemmarna till att ändra sina levnadsvanor, vilket för de flesta hade fungerat, men för en liten grupp upplevdes det inte som tillräckligt. Dessa gruppmedlemmar ansåg att de hade ytterligare behov av enskild ”peppning” för att klara sin levnadsvaneförändring. Några hade även förslag på ytterligare sätt att ”peppa” på, som de upplevde kunde ha hjälpt dem. Exempelvis kunde informanterna i KOL-gruppen bara få sitta och samtala och peppa varandra och i viktgruppen kunde de få en gruppvikt och alltid bli peppad vid vägning.

”Däremot hade jag tyckt det varit skoj om man t ex. vid terminens slut hade sagt att ja denna terminen har gruppen minskat i vikt med trettio två kilo.... Det tycker jag hade varit rätt roligt... skrattar Det tycker jag hade varit roligt, liksom... Det hade tom varit roligt om man varje gång hade haft resultatet, ja resultatet denna gång var si och så , ... för ingen ja...”(1)

Brist på anhörigstöd

Några informanter upplevde att anhöriga hade kunnat stötta mer, samt att vänner och anhöriga inte utsatt dem för så många frestelser. Någon fick laga två olika maträtter varje dag då anhöriga inte åt samma mat som de själva gjorde och någon tyckte det var svårt att sluta röka när anhöriga fortsatte med rökningen.

”Ja..... annars hade jag väl gått ner mer....om jag varit ståndaktig och inte gått med på hans önskemål...”(10)

Känslomässig påverkan

Vissa informanter hade svårigheter med hur de kände det känslomässigt, vilket de upplevde hindrade dem från att göra levnadsvaneförändringar, t.ex. att de snabbt tröttnade eller behövde något att lugna sig med. De kände det som att detta var något som de behövde komma till rätta med innan de kunde förändra sina levnadsvanor.

”Jo men det är för att jag tröttnar... jag tröttnar igen....Jag har inte tålamod och jag liksom känner jag har... nej....liksom nej jag känner mig inte motiverad.”(2)

Kontinuitet

Flertalet av de informanter som deltagit i grupperna har som nämnts tidigare varit beroende av att ses med något så när jämna och inte för långa mellanrum. De flesta klarade att hålla fast vid sina ändrade levnadsvanor, men ett antal klarade det inte när uppehållen blev för långa. De föll då tillbaka till sina tidigare beteenden eller upplevde åtminstone att de gjorde det. Det framkom en del förslag på hur de hade velat ha det. KOL-gruppen ville t.ex. gärna fortsätta att träffas med jämna mellanrum och/eller kontrollera sina värden oftare. En av de intervjuade ville gärna prata mer enskilt. Förslag framkom om att ha skilda grupptillfällen, ett där det var information och ett där det pratades och diskuterades. I viktgruppen tyckte medlemmarna att det ibland kunde bli för långt mellan grupptillfällena. De flesta önskade som mest ha två till tre veckors uppehåll. Informanterna önskade även möjligheten att kunna komma och väga sig på vårdcentralen utanför dessa grupptillfällen, om de fick förhinder eller om uppehållet blev för långt.

”... fler tider kanske skulle vara bra....i alla fall fler vägningar..... Det är nog det enda för min del....fler tider.... För man kanske inte har möjlighet till den fasta tiden.... Utan bara....det behöver kanske inte stå på pappret... utan bara att veta att....jag kan komma hit...”(15)

”Nej jag tror inte det var något speciellt....jag bara tycker att....jag hoppas att man får fortsätta...”(7)

Träning

Träning på de kommersiella gymmen upplevdes som något av en stötesten för flera av informanterna som anser att de inte hade råd till detta. De visste att oavsett vilken levnadsvanegrupp de än tillhörde så var träning A och O för deras hälsa. Någon tyckte det fungerade bra att gå till sjukgymnasten och träna där, men när hon sedan skulle göra det på egen hand fortsatte hon inte. Detta var dock inte ekonomiskt betingat utan berodde på att ingen då pushade eller räknade med att hon kom till träningen längre så som sjukgymnasten gjort. Flera kom med förslag om att få ett gymnastikprogram av en instruktör som kom till gruppmötet eller av de sjukgymnaster som är knutna till vårdcentralen.

”Dessutom så tycker jag att....jag pratade....med....det kostar att gå på ”gymmet”det är ju jättedyrt.....ja jag tyckte det var dyrt.....jag kommer inte ihåg det nu...”(5)

Matråd

Mat utgjorde ett problem för båda levnadsvanegrupperna. För viktgruppen gällde det att inte äta för mycket och för KOL-gruppen att inte äta för lite. Därför efterlystes det lätta matsedlar som var uträknade vad gäller kalorier, volymer mm. Det upplevdes som ett hinder för att hålla sin kost, att behöva lägga tid på detta arbete och för dyrt att få det gjort av någon annan. Förutom detta har författarna funnit att en matdagbok t.ex. i elektronisk form skulle kunna utgöra ett hjälpmedel.

”....men det är det jag sagt hela tiden att jag skulle vilja ha, en rätt sammansatt kost, det är som jag sade till han dietisten...man kunde liksom få en lista hur en vecka ser ut, tex. om man nu skall hålla sig inom,...”(2)

Diskussion av metod och resultat

Metoddiskussion

Informanterna till denna studie har valts ut av distriktssköterskorna på vårdcentralen. Risken som författarna ser med denna metod, är att det endast är de positiva personerna som tackat ja till att delta i studien och endast de som kanske är positiva till personal och vårdcentral. Troligtvis är det ändå så att de personer som är med i gruppen är positivt inställda rent allmänt, annars hade de inte gått med, vilket bör tas i åtanke när studien läses. Författarna har dock varit noga med att påpeka, hur viktigt det är att alla sidor och aspekter av de båda grupperna skall komma fram, alltså även det mest negativa och det som deltagarna tyckte borde förändras. Deltagarna valdes inte bara ut av distriktssköterskorna utan vid ett tillfälle var författarna på vårdcentralen och lämnade information angående studien inför en större grupp av informanter, där de även hade chansen att anmäla sitt intresse.

Författarna till denna studie tog tidigt ett beslut, att en av dem skulle intervjua medan den andra skulle observera och ställa frågor där hon upplevde att detta skulle behövas för att få efterfrågad information. Så gjordes under de fem första intervjuerna och anledningen var att vi önskade få intervjuerna så likartade som möjligt. Nu föll det sig så att den observerande författaren fick anställning dagtid under den period det var lämpligt att göra intervjuerna och dagtid var den tid som informanterna valde att förlägga intervjuerna till. Detta kan kanske ses som något negativt, men frågorna hade då hunnit "sätta sig" så att de följande intervjuerna blev likartade och den som observerade hade hunnit påverka intervjumetodiken tills hon var nöjd. Transkriberingen gjordes av den intervjuande, så snart intervjun var gjord. Skälet till detta var att intervjuaren ville komma ihåg gester och uttryck mm. som informanten visat under intervjun. I och med att intervjuerna spelades in hade intervjuaren chansen att koncentrera sig på samtalet och de kroppsliga uttryck som informanten visade.

När författarna diskuterade upplägget av studien var en av de viktigaste delarna, att intervjua de personer som tackat nej till att delta i någon av levnadsvanegrupperna. Tyvärr fann författarna inte dessa personer och detta berodde bl.a. på att det inte förts något register på dem som tackar nej. Det närmaste författarna kom i denna strävan var att få intervjua några personer som mycket motvilligt gått med i någon utav grupperna. Det kan självklart diskuteras om de personer som tackat nej gjort detta för att de inte erkänner att de har KOL eller problem med vikten vilket sades av några informanter. Orsaken till ett nej kunde ju också vara att de inte tyckte om den ”DSK” som höll i kurserna eller någon annan av de personer som var inblandade. Det är självklart så att orsakerna kan var lika många som de som tackat nej. Det verkar dock vara så att för dem som inte tackat ja från första början, eftersom de då inte varit redo att acceptera sin sjukdom, har ”DSK”s envishet resulterat i att de till slut tagit steget.

Av de sjuutton personer som intervjuades var en man och sexton kvinnor. När mannen tillfrågades om han ville delta i studien, visade det sig att han hade flyttat rätt långt från den ort där studien genomfördes. Författarna ville dock behålla honom i studien för att få ett så brett underlag som möjligt, därför gjordes intervjun med mannen per telefon. I efterhand har författarna dock diskuterat frågan och kommit fram till att just eftersom intervjun gjordes per telefon, borde den också exkluderas ur studien, eftersom den gjorts på ett helt annorlunda sätt än de övriga 16 intervjuerna. Enligt Novick (2008) anses telefonintervjuer inte lika bra som de intervjuer som görs ansikte mot ansikte. Men hon kommer fram till att detta inte alltid är sant. Telefonintervjuer kan ge en ärlighet pga. sin ”anonymitet” dvs. att inte ha en intervjuare som sitter och tittar på informanten gör att personen vågar berätta större hemligheter, pinsamheter mm. än vid intervjuer ansikte mot ansikte. Telefonintervjuer är dessutom billigare eftersom varken intervjuaren eller informanten måste resa (a.a.). De 16 intervjuerna med kvinnorna spelades dessutom in vilket inte intervjun med mannen gjordes. Det innebär alltså att ingen av författarna kan gå tillbaka till något transkriberat material vid tvivelsmål om vad han sagt eller inte sagt. Polit och Beck (2012) påpekar att inspelning gör att forskarna kan lägga uppmärksamheten på vad som sägs osv., vilket inte heller kunnat göras i detta sammanhang. Förutom det som redan nämnts så bedömdes den exkluderade intervjun inte tillföra ytterligare information till studien. Exkluderingen gjordes efter en tids diskussion, trots att det var den enda manliga informanten.

Resultatdiskussion

Författarna fann genom intervjuerna att bästa sättet att få nya medlemmar till grupperna var att ”DSK” talade med de utvalda patienterna. Men det fanns också en grupp av patienter som, om de vågat och vetat tidigare, hade gått med i grupperna. Dessa personer hade eventuellt tagit kontakt med ”DSK” om de sett en affisch eller liknande. Den annonsering informanterna i det fallet föreslog var en klar och tydlig information som berättar om grupperna. När det gäller viktgruppen handlar denna information om att det inte behövs remiss, anmälan etc. Primärt är det av stor betydelse att vårdcentralen informerar om betydelsen av hälsosamma levnadsvanor.

Båda grupperna hade problem med vikten men på olika sätt. För viktgruppen handlade det om att gå ner i vikt genom träning, lägre kaloriintag, mm. Dietisten är en viktig person i detta sammanhang. De flesta informanterna i viktgruppen efterlyste ett större samarbete med dietisten. Detta samarbete skulle då bestå i att dietisten bistod med t.ex. fler recept och menyer för ett antal dagar (gärna fjorton) med lättlagade och rätt sammansatta maträtter. Informanterna visade stor tacksamhet för de recept som redan delats ut till gruppen och då speciellt de recept som delades ut inför grillsäsongen. Det kan kanske invändas att informanterna själva skulle ta reda på denna information för att lära sig vad maten är värd i kalorier, men få av de som nyligen gått med i gruppen orkade göra detta, efter vad som kommit fram vid intervjuerna. Dietisten föreslog för någon av informanterna att de som inte orkade fick vända sig till andra dietister t.ex. på gymmet eller liknande. Men kostnaden för denna tjänst upplevdes som för hög. En studie av Dhanapalaratnam, Fanaian och Harris (2011) visade att de flesta viktningspatienterna såg tiden som ett hinder för att bibehålla levnadsvaneförändringar och skyllde ofta bristande följsamhet på andra åtaganden samt tidsbrist.

Under intervjuerna kom det också fram hur viktigt det är att ha maträtter som genom en liten förändring kan passa alla i familjen utan för mycket extra arbete. Informanter uppgav att om det blev för mycket arbete med att laga ett nyttigt alternativ, tog de hellre den lätta vägen och åt det de anhöriga föredrog. Det framkom också hur viktigt det var för informanterna att ha anhörigas stöd, speciellt i matsituationerna. Detta har även framkommit i Dhanapalaratnam et al.(2011) studie att anhöriga både kunde vara ett viktigt

och positivt stöd men i vissa fall utgöra en negativ faktor. Informanterna från båda grupperna var intresserade av någon typ av matdagbok, gärna datoriserad, av den typ där patienten själv kan bygga matsedlar och se hur många kalorier maten de ätit innehöll. De i KOL-gruppen hade ofta problem med att upprätthålla sin normalvikt, då bara arbetet med att andas tar mycket energi, mer energi än de orkade inta. Enligt Lan, Su, Chou, Yang, Lim och Wu (2012) får underviktiga patienter med KOL en sämre livskvalitet, eftersom de inte har styrkan i musklerna som kan göra att de kan träna eller andas tillräckligt kraftfullt för att byta ut de skadliga gaserna i lungorna (a.a.) För denna grupp är dietisten också en tillgång. Det finns näringsdrycker mm., men dessa kan inte ersätta bra kaloririk vällagad mat utan skall endast användas som ett komplement.

Under arbetet med analysen har författarna förstått hur viktigt det är att det finns en kontinuitet i mötena under terminerna och även under somrarna. Några i viktgruppen tyckte att de inte hade styrka nog att stå emot frestelser i omgivningen om det gick mer än två veckor mellan gångerna de sågs. De behövde en dos av den peppning som ”DSK” gav dem vid varje vägning. Längre perioder än fjorton dagar utan vägning innebar för vissa av de intervjuade att de var frestade att lämna sin kosthållning, med tanken att ”det hinner jag ta igen senare”. Kontinuitet är extra viktig för de personer som inte har ett bra stöd hemma, antingen för att de lever ensamma eller för att de inte har stödjande anhöriga. Att då komma till vårdcentralen varannan vecka skulle kunna hjälpa dem att vara ståndaktiga i sin strävan att sluta röka eller gå ner i vikt. I en studie av Reyes et al. (2011) kom forskarna fram till att i början av en viktnedgång gick det bra, men allt eftersom tiden gick, så avtog eller uteblev stödet från omgivningen. Studien kom fram till att när den som går ner i vikt verkligen behöver stöd och support saknas ofta någon som vill ge det (a.a.). Av denna orsak är det viktigt med täta kontroller. I Dhanapalaratnam et al. (2011) studie framkom att kontinuerligt gruppstöd samt uppföljning på vårdcentral behövdes. En annan studie av Hindle & Carpenter (2011) visade på vikten av att inte använda pekpinningar, att få positiv respons samt att när peppandet hemifrån eller från vänner och bekanta försvinner, kunna hitta annat stöd. Det stödet får informanterna i denna studie av ”DSK”, andra yrkesgrupper på den vårdcentral där undersökningen genomfördes samt vännerna i grupperna. I KOL-gruppen ville i princip alla att gruppen skulle fortsätta träffas. Önskemålen varierade med önsknings om att träffas allt ifrån en gång per månad till en gång i halvåret. Det fanns även på förslag om att de skulle kunna välja mellan att gå utbildningen och få

informationen en gång till eller ha möten där de fritt diskuterade vad som hjälpte dem där tips kunde ges eller att de kunde diskutera svårigheter de hade.

De som deltog i viktgrupperna hade rabatt på ett ”gym” i närheten under tre månader. Resultatet i denna studie visar att några av de intervjuade personerna inte anser att de hade råd att fortsätta på detta ”gym” efter att rabattperioden gått ut. Förslag från dessa personer var att sjukgymnasterna eller personal från ”gymmet” skulle komma till grupperna och visa olika rörelser mm. som kunde göras hemma. Författarna fann också att vissa av informanterna som tränade uppskattade när tränaren hörde av sig och frågade varför informaten inte dykt upp som vanligt på träningen. De önskade att bli sedda, att känna att någon brydde sig och även ha lite press på sig. Enligt Socialstyrelsens (2011a) nationella riktlinjer bör samtalen kring otillräcklig fysisk aktivitet kompletteras med stegräknare eller skriftlig ordination samt följas upp. Det kan självklart diskuteras om varför patienterna ansåg att de inte kunde fortsätta med sin gymnastik, styrketräning mm. Det handlar inte bara om ekonomi utan även om att vi av naturen söker efter de enkla och lätta lösningarna. En vis person sade vid en av intervjuerna att det tar 21 gånger att ändra en vana, men inte ens efter 21 gånger ändrar sig alla. Ekonomin kan ju vara både ett skäl till att de inte går med i ett gym, men också en realitet dvs. att de inte har råd. När patienten går på viktgruppens möten får det ändå anses att han eller hon vill göra något åt sitt liv, och då är det viktigt att patienterna hittar olika sätt som får honom eller henne att fortsätta träna, även om inte ekonomin tillåter träning på ”gymmet”.

De allra flesta informanterna upplevde stödet från ”DSK” eller gruppen som angeläget för att kunna ändra levnadsvanor. De flesta interventioner som förordas enligt Socialstyrelsens (2011a) nationella riktlinjer kan utföras både i grupp och individuellt. En gruppverksamhet genom levnadsvanemottagningar ses som ett bra exempel på hur det kan lösas praktiskt (a.a.).

De informanter som ännu inte kommit så långt att de bestämt sig för att förändra sina levnadsvanor eller hade någon bakomliggande känslomässig påverkan hade kanske behövt en annan typ av stöd efter att de deltagit i grupperna. De hade eventuellt behövt träffas mer enskilt för samtalsstöd, få stöd att sluta röka och kanske erbjudande om att de kunde gå med igen i grupperna när de kände sig redo. Även i Dhanapalaratnam et al. (2011) studie kom det fram att psykologiska faktorer gjorde att informanterna hade svårigheter att göra

levnadsvaneförändringar eller att bibehålla dem. Författarna har funderat på om eventuellt KBT (Kognitiv Beteende Terapi) skulle kunna vara lösningen för de personer som inte ens med gruppernas stöd klarat att ändra sina levnadsvanor. Forskarna Tsiros et al. (2008) visar i sin studie att KBT, i alla fall hos ungdomar, tycks vara en bra metod när övervikt skall behandlas.

Förebilder är viktiga och det är med stor tydlighet som författarna sett detta hos de intervjuade personerna i denna studie. Det är därför av betydelse att diskutera hur en liknande grupp skall ledas. Den perfekta förebilden är en person, som i detta fall, slutat röka och gått ner i vikt. En person som vet vad hon talar om och kan ha överseende när det blir temporära misslyckanden. Det kan inte krävas av en gruppledare, men författarna tror dock att det är en fördel att gruppledaren har förändrat sina levnadsvanor för att vara mer förtroendeingivande. De flesta informanterna önskade se goda resultat och ett lyckligt slut på den långa resan att gå ner i vikt eller att sluta röka.

Konklusion

Överlag har patienterna i denna studie upplevt levnadsvanegrupperna som något positivt som hjälpt dem att kunna förändra sina levnadsvanor. Det upplevdes också som centralt att ha ett föredöme att se upp till och kunna få uppmuntran och råd ifrån. Kontinuiteten upplevdes vara en av orsakerna som gjorde att resultatet hos informanterna i viktgruppen blev så positiva, medan avsaknad av kontinuitet i KOL-gruppen visade på motsatsen. Förutom vad de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder (Socialstyrelsen, 2011a) säger, önskar författarna riktlinjer eller förslag på hur en gruppverksamhet kring levnadsvanor kan var upplagd för att fungera så bra som möjligt, samt hur den individuella anpassning som krävs ska kunna göras i gruppform. Då skulle arbetssättet vara så likvärdigt som möjligt överallt och det skulle vara lättare att forska kring, med syfte att i framtiden göra förbättringar.

Referenser

- Alberti, K. G. M.N., & Zimmet, P. Z. (1998). The WHO consultation diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications part 1. *Diagnosis of Diabetes Mellitus, Provisional Reports of a WHO Consultation Diabetec Medicine*, 15, 539-553.
- Arbetsgruppen för bättre läkemedelsanvändning, ABLA II. (2001). *Mindre sjukdom och bättre hälsa genom ökad följsamhet till läkemedelsordinationer – professionernas roll*. Hämtad 21 september 2012 Från > <https://www.google.se/search?q=ABLA+II&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:sv-SE:official&client=firefox-a><
- Arrebola, E., Gómez-Candela, C., Fernández- Fernández, C., Loria, V., Munoz- Pérez, E., & Bermejo, L. M. (2011). Evaluation of a lifestyle modification program for treatment of overweight and no morbid obesity in primary healthcare and its influence on health-related quality of life. *Nutrition in Clinical Practice*, 26, (3), 316-321.
doi:10.1177/0884533611405993
- Burnard, P. (1996). Teaching the analysis of textual data: an experiential approach. *Nurse Education Today*, 16, 278-281.
- de Blok, B. M. J., de Greef, M. H. G., ten Hacken, N. H. T., Sprenger, S. R., Postema, K., & Wempe, J. B. (2005). The effects of a lifestyle physical activity counseling program with feedback of a pedometer during pulmonary rehabilitation in patients with COPD: A pilot study. *Patient Education and Counseling*, 61, (1), 48-55.
doi:10.1016/j.pec.2005.02.005
- Dhanapalaratnam, R., Fanaian, M., & Harris, M. F. (2011). Lifestyle intervention: A study on maintenance in general practice. *Australian Family Physician*, 40, (11), 903-906.
- Drevenhorn, E., Kjellgren, K. I., & Bengtson, A. (2007). Outcomes following a programme for lifestyle changes with people with hypertension. *Journal of Clinical Nursing*, 16, (7b), 144-151. doi:10.1111/j.1365-2702.2005.01493.x
- Egenvård. (n.d.). I Nationalencyklopedin. Hämtad januari, 20, 2012 från <http://www.ne.se/sok?q=egenvard><
- Empowerment. (n.d.). I Nationalencyklopedin. Hämtad januari, 20, 2012 från <http://www.ne.se/sok?q=empowerment><
- Ewles, L., & Simnett, I. (2009). *Hälsoarbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Funnell, M. M., & Anderson, R. M. (2003). Patient Empowerment: A look back, a look ahead. *The diabetes Educator*, 29, (3), 454-464.
- Hartman, J. (2004). *Vetenskapligt tänkande: Från kunskapsteori till metodteori*. Lund: Studentlitteratur.

- He, K., Kramer, E., Houser, R. F., Chomitz, V. R., & Hacker, K. H. (2004). Defining and understanding healthy lifestyles choices for adolescents. *Journal of Adolescent Health, 35*, (1), 26-33. doi:10.1016/j.jadohealth. 2003.09.004
- Henriksson, J. (Red.). (2006). *Fyss för alla. En bok om att röra på sig för att må bättre, samt att förebygga och behandla sjukdomar*. Västerås: Apoteket AB.
- Hindle, L., & Carpenter, C. (2011). An exploration of experiences and perceptions of people who have maintained weight loss. *Journal of Human Nutrition and Dietetics, 24*, 342-350. doi:10.1111/j.1365-277X.2011.01156.x
- Jahren Kristoffersen, N. (2005). *Grundläggande omvårdnad*. Stockholm: Liber.
- Jakobsson, U. (2011). *Forskningens termer & begrepp -en ordbok-*. Lund: Studentlitteratur.
- Jallinoja, P., Abzetz, P., Kuronen, R., Nissinen, A., Talja, M., Uutel, A., & Patja, K. (2007). The dilemma of patient responsibility for lifestyle changes: Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal of primary Health Care, 25*, (4), 244-249. doi:10.1080/02813430701691778
- Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.
- Klang Söderkvist, B. (2007). *Patientundervisning*. Lund: Studentlitteratur.
- Lan, C.-C., Su, C.-P., Chou, L.-L., Yang, M.-C., Lim, C.-S., & Wu, Y.-K. (2012). Care of patients with pulmonary disorder. Association of body mass index with exercise cardiopulmonary responses in lung function-matched patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Heart and Lung, 41*, 374-381. doi:10.1016/j.hrtlng.2012.02.010
- Langemar, P. (2008). *Kvalitativ forskningsmetod i psykologi – att låta en värld öppna sig*. Stockholm: Liber.
- Lantz, A. (2007). *Intervjumetodik*. (2 Rev uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Levnadsvanor. (n.d.). I Folkhälsoinstitutet (FHI), statistik och uppföljning. Hämtat 04 oktober 2012 från ><http://www.fhi.se/Sok/?quicksearchquery=levnadsvanor><
- Liehr, P., Meninger, J. C., Vogler, R., Chan, W., Frazier, L., Smalling, S., & Fuentes, F. (2004). Adding story-centered care to standard lifestyle intervention for people with stage 1 hypertension. *Applied Nursing Research, 19*, 16-21. doi:10.1016/j.apnr.2004.12.001
- Lingfors, H., Lindström, K., Persson, K.-G., Bengtsson, C., & Lissner, L. (2003). Lifestyle changes after a health dialogue. *Scandinavian Journal Prime Health care, 21*, 248-252. doi:10.1080/02813430310003282

- Livsstil. (n.d.). I Nationalencyklopedin. Hämtat oktober, 4, 2012 från
><http://www.ne.se/lang/livsstil><
- Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. (2 Rev uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Melbye, H., Hjortdahl, P., & Langhammer, A. (2003). Lungor och luftvägar. I S Huskår, (Red.), *Allmänmedicin* (s. 455-485). Lund: Studentlitteratur.
- Notter, L.E., & Rose Hott, J. (1996). *Forskningsmetodik inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Novick, G. (2008). Is there a bias against telephone interviews in qualitative research?. *Research in Nursing & Health*, 31, 391-398. doi: 10.1002/nur.20259
- Olsson-Gislow, A., & Folkesson, P. (2009). *Erfarenheter av Fysisk aktivitet på recept-FaR® i Värmland 2006*. Karlstad: Folkhälsa och samhällsmedicin.
- Parahoo, K. (2006). *Nursing Research: Principles, Process and Issues*. New York: Palgrave Macmillan.
- Patel, R., & Davidson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder: Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Essentials of nursing Research: Methods, Appraisals and Utilization*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Regeringskansliet. Proposition 2007/08:110. *En förnyad folkhälsopolitik*. Hämtad februari, 7, 2012, från <http://www.regeringen.se>
- Reyes, N. R. Oliver, T. L., Klotz, A.A., LaGrotte, C.A., Vander Neur, S.S., Virus, A., Bailer, B. A., & Foster, G. D. (2011). Similarities and difference between weight loss maintainers and regainers; A qualitative analysis. *Journal of the academy of nutrition and dietetics*, 112, (4), 499-505. doi:10.1016/j.jand.2011.11.014
- Richards, S. (2011). Weight management through the development of a healthy lifestyle. *Primary Health Care*, 21, (2), 22-24.
- Rodwell, C. M. (1996). An anlysis of the concept of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 23, (2), 305-313.
- SBU nr 181. (2007). *Metoder för att främja fysisk aktivitet – en systematisk litteraturöversikt*. Mönlycke: Elanders Infologistics Väst AB.
- Scullion, J. E. (2010). Helping patients with chronic obstructive pulmonary disease adhere to regimens. *Primary Health Care*, 20, (5) 33-39.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Fakta Info Direkt.

- Simmons, L. (2009). Dorothea Orem's self care theory as related to nursing practice in hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 36, (4), 419-421.
- Socialstyrelsen. (2011a). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 – stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2011b). *Statistikdatabas: Dödsorsaksstatistik*. Hämtad januari, 25, 2012, från Socialstyrelsen, <http://192.137.163.49/sdb/dor/val.aspx>
- SOSFS 1995:5. *Kompetensbeskrivning för sjuksköterskor*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- ter Bogt, N C. W., Milder, i. E. J., Bemelmans, W. J. E., Beltman, F. W., Broer, J., Smit, A. J. & van der Meer, K. (2010). Changes in lifestyle habits after counseling by nurse practitioners: 1-year results of Groningen overweight and lifestyle study. *Public Health Nutrition*, 14, (6), 995-1000. doi:10.1017/S1368980010003708
- Tsiros, M. D., Sinn, N., Brennan, L., Coates, A. M., Walkley, J. W., Petkov, J., Howe, P. RC., & Buckley, J. D. (2008). Cognitive behavioral therapy improves diet and body composition in overweight and obese adolescents. *American Journal of Clinical Nutrition*, 87, 1134-1140.
- Whittemore, R., DÉramo Melkus, G., Alexander, N., Zibel, S., Visone, E., Muench, U., Magenheimer, E., & Wilborne, S. (2009). Implementation of a lifestyle program in primary care by nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22, 694-693. doi: 10.1111/j.1745-7599.2010.00562.x
- World Health Organization [WHO]. (2003, januari). *Adherence to long-terme therapies: evidence for action*. Hämtat september 22, 2012 från http://www.google.se/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CC0QFjAB&url=http%3A%2F%2Fwhqlibdoc.who.int%2Fpublications%2F2003%2F9241545992.pdf&ei=tIRfUKHVKcfm4QTS5oG4CA&usg=AFQjCNEBB2EBw3_93m5INnF-cUSyer0dbQ
- World Health Organization [WHO]. (2004). *Global health risks- Mortality and burden of disease attributeable to select major risks*. Hämtad september 21, 2012 från http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf
- World Medical Association [WMA]. (2008, oktober). *WMA declaration of Helsinki- ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad oktober 11, 2011 från [http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=\[page\]/\[toPage\]](http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=[page]/[toPage])