



Möta eller mötas?

- En studie av en hälsoenhets arbetsmodell och syn på förändringsarbete

Magnus Ellberg

Tom Ekström

GYMNASTIK- OCH IDROTTSHÖGSKOLAN

Examensarbete: 16

Läroprogrammet: 2003-2007

Seminarieledare: Karin Söderlund & Gunilla Brun Sundblad

Handledare: Birgitta Fagrell

Sammanfattning

Syfte och frågeställningar

Studien syftar till att undersöka vilka arbetssätt personalen på en hälsoenhet i Svealand använde och vad de ansåg vara viktigt för att beteende- och livsstilsförändringar skulle lyckas. Våra frågeställningar var följande: Vilka erfarenheter och vilken utbildning har personalen vid enheten av förändringsarbete? På vilka sätt kan personalen vid enheten hjälpa patienter med livsstilsförändringar, hur ser behandlingen ut? Vilka faktorer anser respondenterna vara betydelsefulla i arbetssättet? Används fysisk aktivitet i behandlingen?

Metod

Datinsamling gjordes med hjälp av öppna intervjuer med två respondenter. Valet av intervjupersoner gjorde kontaktpersonen på hälsoenheten. Personerna intervjuades vid två tillfällen vardera om 30 minuter, intervjuerna bandades och transkriberades. En intervjuguide innehållande frågeområden användes som mall.

Resultat

Av respondenterna var en i grunden barnmorska och en var sjukgymnast. Båda intervjupersonerna hade vidareutbildat sig inom beteendeförändring, vilket de också praktiserade i arbetet. Enheten arbetade efter en behandlingsmodell. De använde sig av motiverande samtal och enkäter vars syfte var att kartlägga patienterna. Utifrån detta underlag kunde man ge rätt stöd och råd till patienten anpassat till det förändringssteg patienterna befann sig i. Förändringsstegen definierades utifrån en transteoretisk modell. Respondenterna upplevde arbetssättet som användes som positivt då de hade ett patientcentrerat förhållningssätt. Fysisk aktivitet integrerades i såväl tobaks- som överviktsbehandlingen, respondenterna ansåg detta vara ett viktigt redskap för behandlingen.

Slutsats

Det fanns två nyckelfaktorer som kunde urskiljas, kännedom om förändringsstadierna som kännetecknar förändringsprocessen och kunskap om en behandlingsmodell. För att kunna hjälpa en patient räckte det således inte för personalen att känna igen vilket förändringsstadium patienten befann sig på, det måste också finnas en behandlingsmodell som kan anpassas utifrån patientens egna behov. Viktigt ansågs det patientcentrerade synsättet vara och genom detta ge rätt behandling vid rätt tillfälle.

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	1
1.1 Bakgrund.....	1
1.1.1 Övervikt.....	1
1.1.2 Tobak.....	2
1.2 Forskningsläge och teoretisk utgångspunkt.....	3
1.2.1 Den transteoretiska modellen.....	3
1.2.2 Ingela Melins modell.....	6
1.2.3 Motivating clinical treatment of obesity.....	8
1.2.4 Gruppriktad behandling av övervikt.....	9
1.2.5 Tobaksforskning.....	10
1.2.6 Sammanfattning av forskningsläget och teoretiska utgångspunkter.....	12
1.3 Syfte och frågeställningar.....	13
2. Metod.....	14
2.1 Urval.....	14
2.2 Datainsamlingsmetod.....	15
2.3 Procedur.....	15
2.4 Litteratur.....	17
2.5 Reliabilitet.....	17
2.6 Validitet.....	18
3. Resultat.....	19
3.1 Utbildning och erfarenheter.....	19
3.2 Hur ser behandlingen på enheten ut?.....	20
3.2.1 Kartläggning av patienten.....	20
3.2.2 Gruppbehandlingen.....	21
3.2.3 Uppföljning.....	22
3.3 På vilka sätt kan personalen vid enheten hjälpa patienter med livsstilsförändringar? ...	22
3.3.1 Det motiverande samtalet som metod.....	22
3.3.2 Strategier för förflyttning genom de tidiga förändringsstadierna.....	23
3.3.3 Att stärka patientens självkänsla.....	24
3.3.4 Återfallsproblematik.....	25
3.4 Vilka faktorer anser respondenterna vara betydelsefulla i arbetssättet?.....	26
3.4.1 Det motiverande samtalets betydelse för respondenterna.....	26
3.4.2 Vårdpersonals samverkan påverkar förändringsarbetet.....	27
3.4.3 Tid för patienten - en faktor för förändringsarbete.....	28
4. Diskussion.....	29
4.1 Vilka erfarenheter/utbildning har personalen vid enheten av förändringsarbete?.....	29
4.2 Hur ser behandlingen på enheten ut?.....	29
4.3 På vilka sätt kan personalen vid enheten hjälpa patienter med livsstilsförändringar? ...	31
4.4 Vilka faktorer anser respondenterna vara betydelsefulla i arbetssättet?.....	33
4.5 Metoddiskussion.....	34
4.6 Slutsats.....	34
4.7 Fortsatt forskning.....	35
5. Käll- och litteraturförteckning.....	36
5.1 Otryckta källor.....	36
5.1.1 Muntliga källor.....	36
5.2 Tryckta källor.....	36
5.3 Elektroniska källor.....	37
Bilaga 1, Bilaga 2, Bilaga 3	

1. Inledning

There is nothing wrong with change, if it is in the right direction. – Winston Churchill¹.

Förändring är en naturlig del av livet och en ständigt pågående process i människans vardag. Många förändringar är av mindre karaktär och kan utan större ansträngning genomföras. Förändringar som är nära knutna till individens identitet, som beteenden, kan vara mer komplicerade. Exempel på långsiktiga beteendeförändringar kan vara personer som vill gå ner i vikt eller sluta bruka tobak. Att finna en metod för att på lång sikt upprätthålla det nya beteendet kan vara något individen själv inte är kapabel till. Det kan behövas hjälp utifrån i form av stöd och vägledning.

Hösten 2005 besökte vi en hälsoenhet i Svealand, inom ramen för en kurs i folkhälsovetenskap. Det var ett intressant besök och vi förde intressanta samtal med delar av personalen vid enheten. Vi beslöt oss för att undersöka personalens arbetssätt närmare och deras syn på förändringsarbete. Särskilt intressanta var de metoder som personalen använder för att motivera deltagarna till att ändra sina beteenden. Varför ansåg personalen att den metoden som de använde vara mest gynnsam?

1.1 Bakgrund

1.1.1 Övervikt

Överviktiga människor som vill gå ner i vikt kommer att i någon utsträckning behöva genomgå en beteendeförändring. Här ges först en bakgrund till vad övervikt och fetma är och vilka konsekvenser det ger.

Övervikt och fetma definieras av Världshälsoorganisationen (WHO) som onormal eller överdriven fettansamling som kan påverka hälsan negativt.²

Fetma är ett komplext tillstånd med allvarliga sociala och psykologiska dimensioner som påverkar alla åldrar och socioekonomiska grupper. Fetma och övervikt orsakar högre risk för

¹ Crystal Digital Media, Winston Churchill – 1874 to 1965.

<http://www.cdmedia.co.uk/assets/printables/churchill.htm> (Acc. 2007-05-04)

² WHO, Obesity and overweight; What are overweight and obesity Factsheet N°311, 2006-09
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> (Acc. 2007-02-28).

allvarliga kostrelaterade kroniska sjukdomar som typ 2 diabetes, kardiovaskulära sjukdomar, högt blodtryck, stroke och vissa former av cancer. Hälsokonsekvenserna spänner från ökad risk för förtidig död till allvarliga kroniska tillstånd som sänker livskvaliteten.³

WHO använder sig av BMI (Body Mass Index) för att definiera gränserna för övervikt och fetma. För att räkna fram BMI använder man vikten i kilo dividerat med längden i meter i kvadrat. Vid ett BMI över 25 kg/m² klassas personen som överviktig. Vid ett BMI över 30 kg/m² klassas det som fetma.⁴ Kriterierna för att antas till överviktsbehandlingen på enheten är att patienten ska vara remitterad av läkare samt ha ett BMI som överstiger 30 kg/m².

Människor som vill gå ner i vikt behöver inte bara bli av med sina extra kilon, de behöver också upprätthålla förändringen för att inte återfalla i det gamla beteendet och lägga på sig vikten igen. Vår uppfattning är att det är upprätthållandet av beteendeförändringen och inte förändringen i sig, som kan bli den svåraste delen då det handlar om en livsstilsförändring resten av livet och inte under en kortare period.

1.1.2 Tobak

Att sluta med tobak är likvärdigt som att gå ner i vikt ett slags förändringsarbete som förhoppningsvis skall vara livet ut. Finns det andra villkor knutna till förändringen att sluta röka kontra den att gå ner i vikt?

Nikotin är en starkt beroendeframkallande drog. Både nikotinberoende och nikotinabstinens klassas idag som en sjukdom. I de internationella klassifikationssystemen för sjukdomar klassas nikotinberoendet som psykisk störning, orsakad av att en kemisk psykoaktiv substans sätter hjärnans belöningssystem ur balans. Det innebär att för att fungera normalt i arbets- och privatliv måste drogen tillföras kontinuerligt för att personen ska vara i balans. De flesta av fördelarna en rökare/snusare upplever när de får i sig tobaken är knutet till befrielsen från nikotinabstinensen.⁵

³ WHO, Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health; Obesity and Overweight, <<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en/>> (Acc. 2007-02-28).

⁴ WHO, BMI classification, <http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html> (Acc. 2007-02-28).

⁵ Margaretha Haglund, FHI, Hälsorisker, (2005-08-31) <http://www.fhi.se/templates/Page_1620.aspx> (Acc. 2007-04-23).

Olika undersökningar pekar på att mellan 70-84 procent av de svenska rökarna vill sluta, och nästan 50 procent av snusarna. Det är alltså 800 000 svenskar som vill sluta röka och 300 000 som vill sluta snusa. Var tredje person av dessa vill enligt undersökningar ha hjälp.⁶

2002 – 2004 fick Statens Folkhälsoinstitut (FHI) 90 miljoner kronor av regeringen för att förstärka tobaksarbetet. Tobaksuppdraget har resulterat i ett antal samverkansprojekt i samarbete med kommuner och landsting. Det har avsett metodutveckling, implementeringsprojekt och kompetensutveckling.⁷

”Därutöver behöver varje vårdenhet, till exempel [...] kunna ge eller hänvisa till avvänjningsstöd hos utbildad rökavvänjare för de mer behandlingskrävande fallen.”⁸

Att övervikt och tobaksberoende kan ge negativa hälsokonsekvenser är något som är allmänt accepterat. Då det gällde tobaksberoende är det också många som vill sluta med sitt bruk, detta uttryck för förändring, exempelvis i tal om att gå ner i vikt eller att dricka mindre alkohol stannar oftast vid talet och blir sedan inte av. Vad är det då som gör att det är så svårt att sluta, finns det forskning som kan förklara varför förändringen ej kommer till stånd?

1.2 Forskningsläge och teoretisk utgångspunkt

1.2.1 Den transteoretiska modellen

Ett sätt att förklara varför en förändring i människors liv ej blir av trots att man vill, går att finna i den transteoretiska modellen. Denna modell är enligt upphovsmännen av den, en konstruerad psykoterapeutisk och beteendeförändringsmodell.⁹ Modellen kan även ge förklaringar till vad det är som gör att människor som försöker förändra ett beteende lyckas eller misslyckas. För att förstå och tolka vår data har de två dimensionerna *förändringsstadier* och *förändringsstrategier/processer* i modellen varit relevanta. Vi använder dessa dimensionerna som verktyg för att analysera intervjumaterialet.

⁶ Margaretha Haglund, FHI, Tobaksavvänjning, (2006-08-24) <http://www.fhi.se/templates/Page_766.aspx> (Acc. 2007-04-23).

⁷ FHI, Vår verksamhet, insatser mot tobak, <http://www.fhi.se/templates/Page_790.aspx> (Acc. 2007-04-23).

⁸ Ibid.

⁹ James O. Prochaska, John C. Norcross, *Systems of Psychotherapy: a Transtheoretical Analysis: Comparative Conclusions: Toward a Transtheoretical Therapy*, 5. ed. (Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Pub, 2003) s.516.

Förändringsstrategier är enligt modellens författare olika sätt att hantera en ändring i beteendet: exempel på dessa är medvetandehöjning, självomvärdering och socialt stöd. För att optimera användningen av förändringsstrategier anser de att det behövs en förståelse för de förändringsstadier som personer passerar genom. Stadierna representerar beteenden relaterade till var personen befinner sig i förändringscykeln. Författarna upptäckte i de intervjuer de gjorde att på frågan hur ofta deltagarna använde förändringsstrategierna blev svaret att det berodde på vilken del av förändringen det gällde. Vid olika tillfällen användes olika strategier. Förändringsprocessen delas av författarna in i fem stadier: precontemplation (ej beredd), contemplation (begrundande), preparation (förberedelse), action (handling) och maintenance (upprätthållande).¹⁰ Nedan följer författarnas beskrivning av varje stadium.

Precontemplation (ej beredd): I det här stadiet finns det ingen avsikt att förändra beteendet inom en överskådlig framtid. Personer i detta stadium är inte medvetna om att de har ett problem, däremot är ofta omgivningen såsom familj och vänner väl medvetna om det. När dessa personer kommer till en psykoterapeut är det ofta på grund av tryck från omgivningen. Konsekvensen blir ofta att personen inte funderar över sitt beteende, vilket resulterar i att lite aktivitet sker i förändringsprocessen. För att komma vidare krävs det att personen uppmärksammar problemet och att de negativa aspekterna av problemet medvetandegörs.¹¹

Contemplation (begrundande): I detta stadium är personer medvetna om att problemet existerar och har allvarligt funderat på att lösa det, men har ännu inte bestämt sig för att agera. Tankar på att försöka lösa problemet är det centrala för en person i begrundandestadiet. Personer kan stanna i begrundandestadiet under långa perioder. "Begrundare" utvärderar sina alternativ men för att komma vidare måste de undvika fällan att fundera i årtal och fatta ett beslut att börja agera. Dessa små steg av inledande handling leder personerna in i nästa steg.¹²

Preparation (förberedelse): Personer i detta stadium avser att handla omedelbart och gör några små beteendeförändringar, exempelvis röker färre cigaretter. Trots att de har gjort mindre förändringar i sitt problembeteende har de ännu inte nått kriteriet för effektiv handling som att helt sluta röka. De avser dock att göra detta inom en snar framtid. Personer i

¹⁰ Prochaska, Norcross, s.516ff.

¹¹ Ibid., s.519f.

¹² Ibid., s.520.

förberedelsestadiet behöver sätta mål, prioriteter och hålla sig till sin specifika handlingsplan.¹³

Action (handling): I detta stadium modifierar personen sitt beteende, sina erfarenheter och/eller omgivningen för att kunna lösa sina problem. Handlingsstadiet involverar de mest öppna beteendeförändringarna och kräver ett stort engagemang i form av tid och energi. Modifiering av problem i handlingsstadiet brukar vara de mest synliga och får ofta den största uppmärksamheten av omgivningen. Många människor likställer ofta handling med förändring, vilket är felaktigt. Då förbises det nödvändiga arbete som förbereder personer för handling och de viktiga insatser som är nödvändiga för att vidmakthålla förändringarna efter handlingsstadiet. Att lyckas med att förändra ett problembeteende innebär att man nått ett specifikt kriterium, exempelvis att helt avstå från att röka. Personerna blir medvetna om de fallgropar som kan försvåra fortsatt handling oavsett om dessa är kognitiva, beteendemässiga, känslomässiga eller relaterade till omgivningen. Genom detta skapar de effektiva strategier för att förebygga återfall och snedsteg.¹⁴

Maintenance (upprätthållande): Personerna arbetar i detta stadium med att förebygga återfall och fastlägga de framsteg som åstadkommits under handlingsstadiet. Stadiet innebär ett upprätthållande av det nya beteendet, inte att förändringen upphör. För vissa beteenden kan upprätthållandestadiet vara en livstid. Stadiet kännetecknas av att stabilisera beteendeförändringar och att undvika återfall. De flesta personer som försöker förändra ett beteende lyckas inte upprätthålla det vid första försöket, utan det är vanligt med upprepade försök. Återfall och tillbakagång i stadierna inträffar ganska ofta när personer försöker att modifiera eller upphöra med beroendeframkallande beteenden.¹⁵

Det är alltså vanligt att personer får återfall och kan genom misslyckanden i exempelvis handlingsstadiet åter hamna i tidigare stadier, till och med i *ej bereddstadiet* enligt författarna. Vidare anser de att de flesta personer lär sig av de misstag de gör och använder dessa erfarenheter för att prova ett nytt tillvägagångssätt vid nästa försök. Psykoterapeutisk behandling avslutas oftast före personens problembeteende är helt förändrat menar

¹³ Prochaska, Norcross, s.521.

¹⁴ Ibid., s.521.

¹⁵ Ibid., s.522.

författarna. Som en konsekvens av detta förväntas det att patienter kommer på återbesök, ofta när de känner att de är på väg att återfalla.¹⁶

Genom att känna till att vissa förändringsprocesser är mer användbara under särskilda förändringsstadier anser författarna att terapeuten på ett systematiskt och effektivt sätt kan använda dessa för att hjälpa patienten att nå nästa förändringsstadium.¹⁷

Man kan konstatera att den transteoretiska modellen hjälper till att förklara när och vad som behövs för att en förändring skall ske. Befinner sig en person i ett visst stadium skall förändringsstrategierna, vilket är de strategier en person använder sig av för att förändra ett beteende, vara anpassade till det stadiet. För någon som arbetar med att hjälpa patienter med en beteendeförändring är detta viktigt att känna till, för att kunna ge rätt råd vid rätt tillfälle. Den transteoretiska modellen beskriver fem olika stadier av förändring. Det innebär att det kan vara en lång väg att gå för en person som ej är beredd till förändring till att upprätthålla förändringen under resten av sitt liv.

Modellen kan ses som ett teoretiskt ramverk för att förstå hur förändringar kommer till stånd, dock måste det finnas behandlingar som praktiskt integrerat modellen, för att den skall vara till någon praktisk nytta. Modellen är i första hand tillämplig på individnivå. Vi har även tagit del av en behandlingsmodell som är inriktad på behandling på gruppnivå, som till viss del kan kopplas till den transteoretiska modellen.

1.2.2 Ingela Melins modell

Ingela Melin är dietist och med. dr. och har forskat kring behandling av övervikt, modellen bygger på denna forskning och mångårig erfarenhet av behandling.¹⁸ Modellen är utformad som ett behandlingsprogram för överviktiga som försöker gå ner i vikt. Det är en gruppbehandling som utgår mycket från deltagarnas egna insatser.

¹⁶ Prochaska, Norcross, s.523.

¹⁷ Ibid., s.525.

¹⁸ Ingela Melin, *Obesitas – Handbok för praktisk klinisk behandling av övervikt, fetma och metabolt syndrom baserad på kognitiv beteendemodifikation och konventionell behandling*, 2. Uppl. (Lund, Studentlitteratur, 2001) s.7.

Programmet bygger på 17 lektioner med tillhörande hemuppgifter. I behandlingen ingår, förutom lektionerna som presenterats i handboken, föreläsningar och aktiviteter. Föreläsningarna och aktiviteterna skall ge faktakunskaper och fungera som motivationshjäjare. Behandlingsprogrammet utgörs av 25 behandlingstillfällen men kan utvidgas till att omfatta runt 50. Dessa kan fördelas över en längre tidsperiod, t.ex. två år. För att optimera modellen är behandlingsteamet viktigt och att man nyttjar personalens kompetens. I behandlingsteamet bör det enligt Melin finnas läkare, sjuksköterska, sjukgymnast, dietist, kurator, psykolog och arbetsterapeut.¹⁹

Vid grupp sammansättning, bör man tänka på att skapa så homogena grupper som möjligt för att kunna rikta behandlingen. En gruppstorlek på åtta personer, maximalt tio, är att rekommendera. Finns det fler deltagare riskerar metoden *laget runt* att ta för lång tid. *Laget runt* är ”ett begrepp som innebär att deltagarna muntligt och i tur och ordning sammanfattar sina upplevelser och de erfarenheter som de förvärvat under arbetet med hemuppgiften.”²⁰ Syftet med hemuppgifterna är att deltagarna ska kartlägga och arbeta med sina individuella problem, dessa redovisas sedan i gruppen. Hemuppgiften medverkar till gruppens utveckling och är deltagarens bidrag till behandlingen.Handledarens uppgift är inte att förändra patientens beteende, utan målsättningen är att hjälpa patienten så att denne finner sina egna individuella steg till förändring. Det är viktigt att patienten får ta stegen i sin egen takt och gör de förändringar som den vill göra, för att det skall fungera i vardagen. Handledaren ska föra anteckningar under *laget runt* för att kunna följa både gruppens och individens utveckling. Att föra anteckningar är ett redskap för att kunna leda diskussionen som följer efter att *laget runt* avslutats. Behandlingen bygger på hög närvaro, det är viktigt med minst 80 procent närvaro för att nå ett adekvat resultat. Att gruppen och behandlingen fungerar optimalt läggs på deltagarnas ansvar.²¹

Strukturen för det 90 minuter långa gruppmötet ser alltid ut på samma sätt. Man startar med allmän orientering om nuläget, fem minuter. Varje deltagare får fyra minuter i *laget runt* för att presentera hemuppgiften. Sammanfattning och diskussion av hemuppgiften sker under 5-

¹⁹ Melin, s.24ff.

²⁰ Ibid., s.25.

²¹ Ibid., s.33ff.

10 minuter. Handledaren håller i en lektion/föreläsning/information i ca 15 minuter. Nästa veckas hemuppgift presenteras under 20 minuter.²²

Vid planering, start och genomförande av en behandling bör man enligt Melin ha ett syfte och ett mål med insatsen. Syftet är att medvetandegöra personen om sitt beteende och att medverka till att stödja personens förändring av sitt beteende och sin livsstil, samt att träna in nya vanor för att underhålla behandlingsresultatet. Målet är att individen på sikt ändrar sin livsstil och tar kontrollen över sitt beteende. En fördel med gruppbehandling är att gruppen kan lära av varandra och hjälpa till att stödja varandra. Det blir ett forum där deltagarna kan dela med sig av sina erfarenheter, utbyta tankar och ge konkreta lösningar till varandras problem. De flesta deltagare anser att gruppstödet är det viktigaste i behandlingsarbetet. Detta är något som även underlättar arbetet för handledaren som inte behöver svara på alla frågor eller vara ensam om att stödja patienterna.²³

Denna modell liksom den transteoretiska modellen understryker hur viktigt det är att ta hänsyn till varje steg i förändringsstadierna för att lyckas upprätthålla en förändring. Gemensamt för båda modellerna är att förändring är något som sker på lång sikt. Melins modell är ett färdigupplagt behandlingsprogram, som används inom vården vid uppstart och genomförande av exempelvis överviktsbehandling. Vår uppfattning är att viktiga delar av behandlingen är att patienterna har en hög närvaro och att möjlighet att få råd och stöd finns vid behov. Förändringsarbetet i modellen genomförs gradvis, där deltagarna får ta nya steg vid varje lektion. Finns det någon optimal takt att ta dessa steg i? Denna fråga belyser Melin i en studie hon genomförde innan hon utvecklade sin behandlingsmodell. Där jämfördes en intensiv behandling med en mindre intensiv.

1.2.3 Motivating clinical treatment of obesity

I studien jämfördes två grupper i deras arbete med att gå ner i vikt. Syftet var att undersöka om intensivare behandling genererar en större viktreduktion än mindre intensiv behandling och vilken nivå av input från hälsopersonalen som behövs för att nå adekvata behandlingsresultat. Studien innehöll 43 deltagare i åldern 24 till 60 med ett medel-BMI på 35. Ena gruppen (den intensiva, grupp 1) träffades varannan vecka första året medan den

²² Ibid., s.46.

²³ Melin, s.32f.

andra gruppen (den mindre intensiva, grupp 2) träffades var tredje månad. Andra året träffades den intensiva gruppen vid sex gruppmöten. Det kunde inte bevisas att en intensivare behandling gav en större viktreduktion. I grupp 1 fanns ett positivt samband mellan hög närvaro och hög viktreduktion. I denna grupp hade deltagarna möjlighet till möte och vägledning av hälsopersonal kontinuerligt under två år. Det fanns inte samma samband mellan närvaro och viktreduktion i grupp 2, där var antalet möten begränsade.²⁴

Melin sammanfattar studien med att det verkar finnas ett positivt samband mellan frekvent närvaro vid behandlingstillfällena och viktreduktion. Hur redo patienten är för att förändra beteende i en hälsosam riktning är också viktigt att ta med i beräkningarna, påpekar Melin.²⁵

Utifrån denna studie, ser vi inte att det inte går att säga att man når ett bättre resultat beroende på hur snabbt patienten tar stegen genom de förändringsstadier som den transteoretiska modellen omfattar. Studien visade dock att hög närvaro och tillgänglighet till vårdpersonals råd och stöd var bidragande faktorer för att reducera sin vikt, vilket enligt oss är några av grunderna i Melins behandlingsmodell vi tidigare har beskrivit i 1.2.2.

1.2.4 Gruppriktad behandling av övervikt

Denna rapport behandlar en praktisk tillämpning av Melins behandlingsmodell 1.2.2, som ger en bild av dels hur det upplevs av vårdpersonal och dels hur det upplevs av patienter att arbeta med modellen.

”Syftet med projektet var att utveckla och strukturera behandlingen av övervikt och fetma inom primärvården i Östergötland genom att implementera en utprövad behandlingsmodell. Avsikten var att detta skulle leda till ökad kunskap hos primärvårdens personal och ett förbättrat hälsoläge för patienterna.”²⁶

Personalen fick fylla i tre enkäter, en innan påbörjad utbildning, en efter avslutad utbildning samt en efter projektets genomförande. Rekommenderad gruppstorlek var 8-10 deltagare.

²⁴ Ingela Melin, *A programme for behaviour modification and nutrition counselling in the treatment of obesity*, i *Motivating clinical treatment of obesity – Methods, Education, Supervision and Outcome*, (diss. Stockholm: Karolinska University Press, 2004) s.20ff.

²⁵ Ibid., s.24f.

²⁶ Elin Glad, *Gruppriktad behandling av övervikt i primärvården i Östergötland – En utvärdering ur personal- och patientperspektiv*, (Primärvårdens Forsknings och Utvecklingsenhet, februari 2003, VC Sandbyhov.) s.3.

Några resultat från enkäten efter projektets genomförande visade att de flesta (9 av 14) ansåg att det största hindret/svårigheten var att motivera patienten till att förändra och upprätthålla sitt beteende.²⁷

Patienterna fick besvara beteendeinriktade frågor på enkäterna. Dessa delades in i fem kategorier; *Planering, Ätbeteende, Rörelse, Hunger samt Tid/plats*. Det fanns även frågor som var relaterade till livskvalitet indelade i tre områden; *Omgivning, Livskvalitet och Yrke/aktiv*. Patienter med obetydlig viktreduktion eller viktökning skattade förändrat beteende i positiv riktning utom i kategorin ”Rörelse” där de skattade samma eller lägre som vid första tillfället. De patienterna med stor viktreduktion skattade en större positiv förändring i sitt beteende, särskilt ”Rörelse”, men även ”Hunger”, ”Planering” och ”Ätbeteende” jämfört med första tillfället. Patientgruppen med den största viktreduktionen efter behandlingen var även de som förändrade sina självskattningar inom ”Omgivning” och ”Livskvalitet” i positiv riktning.²⁸

Författaren skriver i rapportens diskussion att både personalen och patienterna var nöjda med modellen. Det var enligt författaren viktigt att sammansättningen av patientgrupperna är homogen och att patienterna är väl insatta i hur behandlingen fungerar. Både handledare och patienter måste arbeta mot realistiska mål och även vara medvetna om att en måttlig viktreduktion ger vinster på sikt. Viktigt för personal som arbetar med övervikts- och fetmabehandling är att få tid avsatt, samt att få stöd och uppbackning gällande kompetensutveckling, enligt författaren. Metoden bör hela tiden utvecklas och integreras i det dagliga arbetet och anpassas till lokala förutsättningar.²⁹

Denna rapport visade att både personal och patienter var nöjda efter att behandlats enligt Ingela Melins behandlingsmodell. Att de patienter som gått ned i vikt var de som hade skattat positivt vid andra tillfället på punkten ”Rörelse”, kan enligt oss ses som att fysisk aktivitet är en del i en förändring mot viktreduktion. En homogen grupp sammansättning nämndes också som en viktig faktor för en lyckad behandling. Vi tror att det blir lättare för handledaren att anpassa det innehåll och de råd som ges till gruppen om den är homogen.

1.2.5 Tobaksforskning

²⁷ Ibid., s.4.

²⁸ Glad, s.15.

²⁹ Ibid., s.19.

Tidigare har forskning och modeller för behandling av övervikt presenterats, här redogörs studier från tobaksforskningen om förändringsarbete.

Rapporten *Metoder för rökavvänjning* togs fram av Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU) i samarbete med FHI. Uppdraget för rapporten var "(...) att systematiskt granska och utvärdera metoder inom hälso- och sjukvårdens ram som stödjer rökare att bli rökfria."³⁰ Rapporten avsåg bara interventioner riktade mot rökare på individnivå.

En livsstilsförändring uppnås oftast efter en längre tids träning och en stor del av befolkningen är inte beredd att ändra sitt beteende. Beteendefaktorer inkluderar att hantera faktorer som påverkar rökning, men också drivkrafter och förstärkning.³¹

Även inom tobaksforskningen har den transteoretiska modellen fått betydelse för att kunna motivera personer att sluta röka. Rådgivningen har kunnat anpassas efter de steg i processen där en person befinner sig till skillnad från tidigare då samma rådgivning och behandling ofta getts till alla rökare. Forskning och framförallt modellens tillämpning avseende rökning ger, enligt rapporten, stöd för modellens konstruktion. För att förstå rökslutsprocessen och koppling till återfallsproblematiken har modellen ett pedagogiskt värde. Kunskapen av modellens tillämpning har tillvaratagits i program för att utbilda personalgrupper inom rökavvänjning och vid utformning av rökavvänjningsprogram. Modellen har dock kritiserats för att vara för omfattande, att inte vara transteoretisk eller att gå att utvärdera som andra beroendemodeller.³²

I andra studier har man försökt påvisa hur fysiska hjälpmedel, i detta fall hur en nikotinersättningsprodukt kan hjälpa till vid en beteendeförändring. Fokus ligger alltså inte på beteendeförändringen primärt, utan på hjälpmedlet och dess effektivitet. I en avhandling baserad på fem studier, gjord av Agneta Hjalmarsson, undersökte man huruvida behandling med en nikotinersättningsprodukt var ett bra sätt att sluta röka. Sammanfattningsvis visade resultatet av den här studien att nikotininhalatorer kan räknas till de andra tillgängliga

³⁰ Rapport 1998: rapport nr: 138, *Metoder för rökavvänjning*, SBU, s.31.

³¹ Ibid., s.73.

³² Ibid., s.75ff.

nikotinersättningsprodukterna som en effektiv rökavvänjningsprodukt för rökare.³³ I avhandlingen som bestod av flera studier visade studie V att 28 procent av de som använde nikotininhalator lyckades med att bli helt rökfria efter ett år. Studien innefattade 247 personer varav 123 stycken använde nikotininhalator och 124 använde inhalator innehållande placebo. Personerna blev indelade i smågrupper och behandlades vid åtta tillfällen under en sexveckorsperiod.³⁴

Sammanfattningsvis kan vi säga att tobaksforskningen vi presenterat skiljer sig från överviktsforskningen på så sätt att den både visar på beteendeförändringsmodeller, men också hur ett fysiskt hjälpmedel kan ingå i behandlingen för att uppnå målet att sluta röka.

1.2.6 Sammanfattning av forskningsläget och teoretiska utgångspunkter

Om man ser till Melins behandlingsmodell är den ett färdigt program för beteendeförändring, framtagen för överviktsbehandling på gruppnivå. Behandlingen skall dock enligt Melin vara individanpassad, för att förstå den förändring en patient genomgår behövs en modell för att förklara patientens progression. Den transteoretiska modellen är ett verktyg för att kunna förklara vilka stadier en patient går igenom vid en beteendeförändring. De fem förändringsstadierna den transteoretiska modellen tar upp verkar vara viktiga för en behandlare att känna till. De tre första stadierna är primärt en tankeförändring och de två senare innebär en handgriplig förändring. Utifrån Melins studie av behandling med olika grad av intensitet var det ingen skillnad i vilken utsträckning patienterna lyckades nå en viktreduktion. Detta tolkar vi som att hur snabbt förändringen sker inte påverkar möjligheten att upprätthålla det förändrade beteendet. Både den transteoretiska modellen och Melins behandlingsmodell poängterar att det är viktigt att stegen till förändring tas i patientens egen takt.

Både Melins behandlingsmodell och den transteoretiska modellen har sin grund i den kognitiva teoribildningen. Inom den kognitiva teorin beskrivs automatiska negativa tankar hos personen. Dessa tankar orsakas av felaktiga grundantaganden, vilka bygger på personens

³³ Agneta Hjalmarsen, *Smoking cessation – evaluation of supportive strategies with special reference to nicotine replacement therapy*, (diss. Göteborg: Göteborg University, 1996) s.12.

³⁴ Agneta Hjalmarsen, *Study V – The nicotine inhaler in smoking cessation: A double-blind, randomized clinical evaluation*, i *Smoking cessation – evaluation of supportive strategies with special reference to nicotine replacement therapy*, (diss. Göteborg: Göteborg University, 1996) s.1.

inlärda uppfattningar om sig själv och sin omvärld. Ett felaktigt grundantagande är en missuppfattning som bygger på resonemang som är oreflekterade, vilket gör att de är svåra att förändra eftersom de inte ifrågasätts av personen själv. På ett liknande sätt som på enheten sker inom kognitiv behandling en kartläggning av patienten, genom att den lyssnas in.³⁵

I den praktiska tillämpningen av Melins behandlingsmodell vi studerade, fanns det ett positivt samband mellan ökad rörelse och viktnedgång. Detta samband anser vi kunna motivera fysisk aktivitet som en del av överviktsbehandling. Denna forskningsgenomgång har lett oss fram till vårt syfte med denna undersökning.

1.3 Syfte och frågeställningar

Syftet är att undersöka vilka arbetssätt personalen på en hälsoenhet i Svealand använder och vad de anser vara viktigt för att beteende och livsstilsförändringar skall lyckas.

- Vilka erfarenheter/utbildning har personalen vid enheten av förändringsarbete?
- På vilka sätt kan personalen vid enheten hjälpa patienter med livsstilsförändringar, hur ser behandlingen ut?
- Vilka faktorer anser respondenterna vara betydelsefulla i arbetssättet?
- Används fysisk aktivitet i behandlingen?

³⁵ Giacomo d'Elia, *Kognitiv psykoterapi i primärvården*, (Stockholm: Natur och Kultur, 2005), s.30f. Se också: Michael Gelder, *The scientific foundations of cognitive behaviour therapy* i Science and practice of cognitive behaviour therapy, red. David M. Clark, Christopher G. Fairburn, (Great Britain, Biddles Ltd, 2001) s.29f.

2. Metod

Metoden som används i studien är kvalitativa intervjuer. I boken *Kvalitativa intervjuer* av Jan Trost³⁶, professor i sociologi, beskrivs att ”Intervjun går bland annat ut på att förstå hur den intervjuade tänker och känner, vilka erfarenheter den har, hur den intervjuades föreställningsvärld ser ut.”³⁷ Därför har vi valt att använda oss av öppna intervjufrågor för att öka respondenternas möjligheter att påverka sina svar och därigenom nå ett större djup i intervjun. Ett uttömmande svar ger en bättre helhetsbild och vi kan tydligare förstå hur respondenten tänker och känner.

Intervjutiden var en timme per respondent, uppdelad på två separata tillfällen. För att underlätta för respondenterna skickades en intervjuguide³⁸ ut med frågeområdena, samt studiens syfte. Detta gjordes för att respondenterna skulle få en möjlighet att förbereda sig. Syftet med intervjuerna hade tidigare belysts i telefon- och e-postkontakter med kontaktpersonen på enheten. Detta gjordes delvis för att respondenterna skulle kunna ge ett informerat samtycke.³⁹

2.1 Urval

Valet av hälsoenhet för studien grundades på att vi hösten 2005 kom i kontakt med denna, då vi skrev ett arbete i folkhälsovetenskap. Vi upplevde enhetens arbete som mycket intressant och vår nyfikenhet väcktes att djupare undersöka hur enheten arbetar och hur personalen ser på beteendeförändring.

Respondenter valdes ut av kontaktpersonen vid enheten. De två intervjupersoner som valdes var de som hade tid för att ta emot oss. Detta urval är visserligen begränsande, men vi tror att vi har fått en tillräckligt bra grund för att kunna belysa hur beteendeförändringsmodellen för verksamheten såg ut. En intervjuguide sändes via e-post ut till respondenterna innan intervjuerna. Att båda respondenterna fick möjlighet att förbereda sig inför intervjun gjorde att de hade tid att reflektera över de frågeområden vi berörde.

³⁶ Jan Trost, *Kvalitativa intervjuer*, (Lund: Studentlitteratur, 1997).

³⁷ Ibid., sid. 23.

³⁸ Bilaga 3.

³⁹ Trost, s.105.

Före intervjun fick respondenterna en beskrivning av undersökningens syfte. Hur detta kan göras beskrivs i boken *Examensarbetet i lärarutbildningen* av Bo Johansson och Per-Olov Svedner⁴⁰. Respondenterna upplystes om att de kunde avbryta intervjun när helst de kände att de inte ville svara längre. Respondenterna hade även möjlighet att lämna frågor obesvarade och gå vidare i intervjun utan konsekvenser. Respondenterna lovades att de skulle vara anonyma. Respondenterna hade möjlighet att under intervjun ställa frågor kring undersökningen få dessa sanningsenligt besvarade.⁴¹

Kontaktpersonen upplystes om dessa etiska regler som också delgavs respondenterna. Båda respondenterna fick en andra information då intervjun började och godkände detta på bandupptagningen.

2.2 Datainsamlingsmetod

Vid båda intervjuerna ställdes öppna frågor utifrån intervjuguiden med olika följdfrågor beroende på respondenternas svar. Detta är en intervjuform med låg grad av standardisering, då respondenterna själva väljer struktur på svaren.⁴² Metoden gör att svaren från de intervjuade kommer att skilja sig mycket. Med detta sätt att intervjua ”erhålls information om respondentens inifrån bestämda definition och karaktäristik av fenomenet”⁴³, alltså deras egna åsikter. Intervjuarens uppgift blir att styra intervjuerna mot syftet och frågeställningarna, genom valet av följdfrågor utifrån vad respondenten tidigare sagt och hur deras tankesätt uppfattades. Men det är respondenterna som slutligen avgränsar och definierar problemområdet.⁴⁴

För att frågeområdena skulle vara relevanta för undersökningen och kunna knytas till den transteoretiska modellen tog vi hjälp av en fackhandledare. Via e-post skickades intervjuguiden ut till fackhandledare ut för att få feedback. Han svarade via e-post, då tidsbrist gjorde att ett möte före intervjuerna ej kunde genomföras.

2.3 Procedur

⁴⁰ Bo Johansson, Per-Olov Svedner, *Examensarbetet i lärarutbildningen*, (Uppsala: Kunskapsförlaget, 2004).

⁴¹ *Ibid.*, s.23f.

⁴² Trost, s.19ff.

⁴³ Annika Lantz, *Intervjumethodik*, (Lund: Studentlitteratur, 1993), s.18.

⁴⁴ *Ibid.*, s.18.

Hälsoenheten var till en början svår att komma i kontakt med. Efter några misslyckade försök kunde de nås den 6/3 -07 för ett första samtal. Syftet med studien förklarades vid detta tillfälle. Efter ett godkännande per telefon från hälsoenheten sköttes vidare kontakter per e-post. Vi skickade även ut ett första informerande brev⁴⁵, där vi förklarade vad studien fokuserade på. Via e-post skickades den 25/3 -07 intervjuguiden till kontakten på hälsoenheten.

Att båda respondenterna godkände sin medverkan fick vi reda på genom vår kontaktperson. För att försäkra oss om att de båda kände till de forskningsetiska reglerna⁴⁶ gick vi återigen igenom dessa på plats. Intervjuerna ägde rum 27/3 -07 samt 2/4 -07. Intervjuerna spelades in på band och transkriberades. Upplägget på intervjuerna var så att en av oss förde samtalet under intervjun. Den andre satt bredvid och såg till att samtliga frågeområden på intervjuguiden berördes. Denna förde anteckningar, som var ett komplement vid resultatbearbetningen av transkriberingen.

Intervjuerna genomfördes på ett av hälsoenhetens kontor. Enligt Trost ska en intervju hållas på en plats där respondenten känner sig trygg och samtalet kan pågå ostört. Att intervjuerna hölls på respondenternas arbetsplats var utifrån trygghetssynpunkt bra, men innebar en risk att respondenten skulle störas under intervjun.⁴⁷

Totalt var varje intervju 60 minuter lång, intervjuerna var uppdelade på två tillfällen om 30 minuter vardera. Vid de första 30 minuterna behandlades hela intervjuguiden. Till det andra tillfället hade vi lyssnat igenom intervjubandet, för att kunna behandla de frågeområden där utförligare svar behövdes från respondenten. Till det andra tillfället hade även fackhandledaren per e-post återkommit med feedback. Vi beaktade synpunkterna och kunde tack vare dessa fördjupa vissa frågeområden.

En kopia på de transkriberade intervjuerna skickades till respondenterna via e-post. I e-posten uppmanades respondenterna att läsa igenom materialet och kommentera eventuella missförstånd och/eller göra tillägg eller förtydliganden. Även studiens preliminära resultatdel, skickades till respondenterna via e-post av samma anledningar.

⁴⁵ Bilaga 2.

⁴⁶ Bo Johansson, Per-Olov Svedner, sid.23f.

⁴⁷ Trost, s.44.

Analysen av intervjuerna gjordes med hjälp av meningskoncentrering.⁴⁸ Det innebar att materialet först lästes igenom för att ge en överblick av vad som sagts under intervjuerna. Därefter fastställdes meningsenheterna och de teman som dominerade meningsenheten formulerades. Dessa teman har vi använt som underrubriker i resultatdelen. Därefter analyserades och tolkades respondenternas svar. Den tranteoretiska modellen och Melins behandlingmodell har utgjort analysverktyg vid tolkningen. Sista steget bestod i att sammanföra meningsenheterna utifrån frågeställningarna.⁴⁹

2.4 Litteratur

Valet av litteraturen vid tidigare forskning inhämtades på två sätt. Sökandet skedde i databaser, till största delen Libris för att finna relevanta artiklar. Skribenternas tidigare studier inom folkhälsovetenskap på GIH i Stockholm, har medfört kännedom om författare verksamma inom områden av intresse för denna studie. Sökande efter dessa författares publikationer skedde i bibliotekskatalogerna på Gymnastik och Idrottshögskolan i Stockholms bibliotek samt på Kungliga biblioteket. Sökande i databaser på nätet gav inte så många relevanta träffar.⁵⁰ Utifrån den sökta litteraturens titlar gjordes en bedömning av relevansen för studien. Grundkriterierna för litteratursökningen var att den skulle handla om beteendeförändring, övervikt och/eller tobak.

2.5 Reliabilitet

”Idén med reliabilitet bygger på att man gör kvantitativa studier, på att man *mäter*, att man anger värden på variabler för varje enhet”⁵¹. Vid den kvalitativa intervjun mäter man inte på så sätt utan idén är att få så uttömmande information som möjligt, detta förutsätter också en låg grad av standardisering i intervjufrågorna.⁵² Att respondenterna fick ut intervjuguiden innan kan ses som att standardiseringen blev något högre, vilket vi inte tror skedde eftersom inga strukturerade frågor ställdes. Intervjuguiden ser vi som ett underlag för att respondenterna skulle förstå vilken inriktning intervjun skulle få. Till det andra intervjutillfället användes mer specifikt vissa områden från intervjuguiden, vilket medförde en

⁴⁸ Steinar Kvale, *Den kvalitativa forskningsintervjun*, (Lund: Studentlitteratur, 2001), s.177.

⁴⁹ *Ibid.*, s.177.

⁵⁰ Bilaga 1.

⁵¹ Trost, s.112.

⁵² *Ibid.*, s.112.

viss styrning av intervjun från intervjuarens sida. Det som vid kvalitativa studier kallas för slumpinflytelser är saker som en skicklig intervjuare noterar och använder vid analysen av intervjun. Felsägningar eller missuppfattning är kanske delar av den information som man använder sig av vid analysen.⁵³ ”Det blir därför en smula egendomligt att tala om reliabilitet eller tillförlitlighet vid kvalitativa intervjuer. Självfallet gäller dock att intervjuaren skall vara lyhörd och skall uppmärksamma inte bara tonfall utan också ansiktsskiftningar och –uttryck likaväl som andra kroppsrörelser och –ställningar.”⁵⁴ Att vi valde att ha en intervjuare samt en observatör vid intervjutillfällena medförde att observatören hade möjlighet att anteckna respondenternas skiftande uttryck. Dessa användes dock i liten utsträckning under bearbetningen av intervjuerna.

Som ovana intervjuare förelåg det en risk att inte kunna leda intervjun och ställa relevanta följdfrågor, som en skicklig intervjuare skulle ha gjort. Detta kan ses som en möjlig svaghet i studien.

Reliabilitetsbrister kan bero på att intervjuaren inte är samma person vid alla tillfällen. För att öka reliabiliteten valde vi att intervjuaren var samma person vid samtliga tillfällen.⁵⁵ Principen frångicks vid två tillfällen då den som var observatör i slutet av respektive intervju ställde en fråga till vardera respondenten på ett område som ej hade blivit tillräckligt besvarat.

2.6 Validitet

”[...] traditionellt menar man med *validitet* eller giltighet att instrumentet eller frågan skall mäta det den är avsedd att mäta.”⁵⁶ Vi skickade ett utkast på vårt frågeformulär till en fackhandledare tillsammans med vårt syfte och våra frågeställningar. Detta för att få hjälp så att intervjun skulle ”mäta” det den var avsedd att mäta. Kunskaper från vår genomgång av forskning användes vid utformning av intervjuguiden.

”Trovärdigheten utgör ett av de största problemen med kvalitativa studier och således också kvalitativa intervjuer. [...] Det innebär att jag måste kunna visa eller göra trovärdigt att mina data är insamlade på sådant sätt att de är seriösa och relevanta för den aktuella

⁵³ Trost, s.112.

⁵⁴ Ibid., s.112.

⁵⁵ Bo Johansson, Per-Olov Svedner, s. 69.

⁵⁶ Trost, s.113.

problemställningen.”⁵⁷ Vi har försökt att öka trovärdigheten genom att vara tydliga med hur vi har bearbetat och analyserat intervjuerna. Analysverktygen har varit meningskoncentration, vilken har använts för att hitta kärnan i intervjumaterialet. De andra analysverktygen var den transteoretiska modellen och Ingela Melins behandlingsmodell. Dessa användes för att sätta in respondenternas svar i en forskningskontext, för att nå djupare i intervjubearbetningen.

3. Resultat

Intervjuerna genomfördes på en hälsoenhet i Svealand med två respondenter som arbetar på enheten. Resultaten kommer att presenteras utifrån våra frågeställningar, förutom frågan om fysisk aktivitet som går in under flera rubriker. Under varje huvudrubrik finns det underrubriker som är strukturerade efter det tema som genomsyrar stycket.

3.1 Utbildning och erfarenheter

Respondent 1 (R1) var i grunden sjukgymnast och har arbetat på enheten de senaste sju åren. Utöver sin sjukgymnastutbildning hade R1 gått ett flertal kurser gällande beteendeförändringar. R1 har även gått en kurs i det korta motiverande samtalet, en behandlingsteknik som bygger på att lyssna in patienten och hjälpa denne att själv hitta strategier och lösningar på sina problem. Tidigare har R1 även gått en kurs i tobaksavvänjning på Centrum för folkhälsa. De arbetsuppgifter R1 har förlagda på enheten var att vara en resurs vid beteendeförändringsarbetet, där dennes huvudsakliga uppgift var att ansvara för fysisk aktivitet.

Respondent 2 (R2) är barnmorska till professionen och har arbetat med detta i 20 år. I början av 1990-talet började R2 intressera sig mer för tobaksfrågor ur ett kvinnoperspektiv eftersom R2 var barnmorska. Sedan dess har R2 arbetat mycket med tobaksavvänjning. 1998 var R2 med och grundade hälsoenheten, tillsammans med kolleger som var mer inriktade på överviktsbehandling. R2 var ansvarig för tobaksmottagningen på enheten. Det startade som ett projekt på halvtid första året och efter ett år permanentades verksamheten. Hälsoenheten utökades med en sjukgymnast och sedan år 2000 var de fyra som arbetade på enheten.

⁵⁷ Trost, s.113.

Samtliga personal på enheten har enligt uppgift från respondenterna hälften av arbetstiden avdelad till behandling, där de koncentrerar sig på patienter och klienter. Hälften av tiden var vad R1 kallar utåtriktat folkhälsoarbete och R2 refererade till som folkhälsoinriktat arbete. Detta arbete innebar att de föreläste för föreningar, tog kontakt med allmänheten och genomförde kampanjer på centrum. De handledde också personal inom primärvården gällande arbete med livsstilsförändringar. R1 förklarade att båda respondenterna höll kurser i motiverande samtal inom deras sjukvårdsområde. R2 berättade att de har kontakt med en till två kontaktpersoner som var involverade i livsstilsfrågor, på elva olika vårdcentraler inom tre närkommuner.

3.2 Hur ser behandlingen på enheten ut?

Respondenterna var ansvariga för tobaksmottagningen (R2) respektive fysisk aktivitet (R1). Då deras arbetsuppgifter även involverade patienterna på överviktsmottagningen kunde de berätta även om den. Fyra personer arbetade med beteendeförändring och behandling på hälsoenheten, dessutom arbetade en sekreterare med administrativa uppgifter. Personalen skrev sin egen verksamhetsplan, verksamhetsberättelse och stämde av med varandra så att arbetet de gjorde hela tiden var aktuellt. Personalen jobbade mycket mot sina uppsatta mål och utvärderade verksamheten för att se till att syftet med enheten uppfylldes.

3.2.1 Kartläggning av patienten

Både tobaks- och överviktsbehandlingen använde sig av individuella samtal med varje patient innan behandlingsperioden började, detta för att ta reda på motivationen hos varje patient. Patienten fick även fylla i ett bedömningsformulär där basen utgjordes av tre skattningsfrågor. Hur beredd är man till en förändring, hur säker är man på att lyckas med förändringen och hur viktigt är det med tobaksfrihet. Skalorna var från 0-10 och hamnade patienten mellan 7-10 på de tre frågorna anses den vara motiverad. Annars får personalen gå in och hjälpa till lite extra på de områdena där patienten skattat lägre. Utöver detta fyllde patienten i information om sin nuvarande livssituation, exempelvis sjukdomar eller andra besvär och fysisk aktivitet, det skedde alltid en kartläggning av varje patient. Detta arbetssätt är enligt den transteoretiska modellen ett sätt att hjälpa patienterna genom de tre inledande förändringsstadierna, ej beredd, begränsande och förberedelse, innan behandlingen startade på gruppnivå.

3.2.2 Gruppbehandlingen

Tobaksgrupperna kom på möten tio gånger under loppet av tre månader. På överviktsenheten pågick gruppbehandlingen i två och ett halvt år, där man under första halvåret träffades en gång i veckan för att sedan efter hand träffas mindre frekvent.

Såväl gruppbehandlingen för övervikt som tobaksbehandlingen byggde mycket på Ingela Melins modell. Enheten har arbetat efter modellen i flera år, även om den inte följdes till punkt och pricka. Patienterna fick köpa arbetsboken som ingår i Melins behandlingsmodell och gruppmötena var strukturerade efter arbetsbokens mall med föreläsningar, redovisning av hemuppgift i laget runt samt genomgång av ny hemuppgift. Exempel på hemuppgifter var matregistrering på överviktsenheten och tobaksregistrering på tobaksenheten, då patienterna fick registrera allt de ätit respektive all tobak de brukat mellan två möten. Detta redovisades och diskuterades sedan i laget runt. R2 menade att hemuppgiften syftade till att träna på sitt nya beteende. ”Jag ska ju lägga utav med tobaken så att säga, men jag ska ju också ändra lite grand av mina tankar och funderingar här va”.⁵⁸ Behandlingen på gruppnivå förutsätter att patienterna gör aktiva handlingar som att delta på mötena och göra sina hemuppgifter. Utifrån den transteoretiska modellen är detta exempel på vad som sker i handlingsstadiet, då personerna/patienterna handgripligen förändrar sitt beteende.

R2 arbetade mycket med att öka kunskapen hos patienterna, öka deras medvetande, vilket även är en del av syftet med Melins behandlingsmodell. Det handlade då om att få patienten att fundera och reflektera kring problemet. Behandlingens innehåll kunde därför se lite olika ut mellan grupperna eftersom det lyssnades mycket till gruppernas egna önskemål och frågor. Det kom alltid upp något under *laget runt*, någon fråga eller önskemål om föreläsning. R2 utgick mycket från sammansättningen i gruppen i valet av föreläsning. Var det exempelvis en grupp med kvinnor talade R2 om hur kvinnor använder tobak idag och på vilket sätt tobaken marknadsförs. Att R2 anpassar innehållet på gruppmötena efter målgruppen, kan utifrån den transteoretiska modellen ses som att R2 ville ge rätt information och råd vid rätt tillfälle.

Vidare ingick inom båda behandlingarna föreläsningar om och tillämpningar av kost och fysisk aktivitet, även om detta till viss del var utformat på olika sätt. På överviktsbehandlingen fanns det vid en del tillfällen hjälp från en dietist och en sjukgymnast

⁵⁸ Respondent 2.

som föreläste om kost och motion. R2 ansåg att det var viktigt att tala om för gruppen vikten av att äta regelbundet och att ha en bra måltidsordning för att minska på röksuget. Fysisk aktivitet sågs inom tobaksbehandlingen som ett medel för att minska röksuget, enligt R2 ökade endorfinnivåerna och välbefinnandet, något som hjälpte patienterna att bli rökfria. Fysisk aktivitet var en positiv del att arbeta med menade R1, det var ett bra verktyg både för tobaks- och överviktsbehandlingen. R1 ingick i överviktsmottagningens arbetsgrupper, som en resurs då det gällde fysisk aktivitet. R1 föreläste om fysisk aktivitet och erbjöd deltagarna att prova på olika aktiviteter, så som stavgång, linedance, gym, spinning med mera. Detta skedde under sex utav behandlingstillfällena. När R1 var inkopplad i överviktsgruppen arbetade hon inte efter Melins arbetsbok, utan som R1 själv säger ”jag kör mitt eget race med fysisk aktivitet då”⁵⁹.

3.2.3 Uppföljning

Uppföljningen av tobaks- och överviktgrupperna skedde på liknande sätt. Enkäter skickades ut efter ett halvår, dessa följdes sedan upp under fem års tid. Det fanns även möjlighet att komma tillbaka för ett samtal om det var någon som fick ett återfall. På överviktsenheten kunde patienterna efter behandlingsperiodens slut komma till en så kallad viktpool där de erbjöds att komma och väga sig och prata med personalen. Kopplat till den transteoretiska modellen blir denna uppföljning ett sätt att se om enhetens behandling har hjälpt patienterna att nå och klara av upprätthållandestadiet.

3.3 På vilka sätt kan personalen vid enheten hjälpa patienter med livsstilsförändringar?

När behandlingen påbörjats kunde personalen hjälpa patienterna på många olika sätt. Båda respondenterna framhöll ett patientcentrerat förhållningssätt som en nyckel till en lyckad behandling.

3.3.1 Det motiverande samtalet som metod

I samtal med patienterna användes det *motiverande samtalet* som metod av båda respondenterna. Respondenterna beskrev det motiverande samtalet som ett samtal där

⁵⁹ Respondent 1.

personalen lyssnade in och sammanfattade det patienten sade, för att kartlägga denne. Därefter ställdes öppna frågor anpassade till det stadium patienten befann sig på i förändringsstegen. Syftet med det motiverande samtalet var att patienten skulle fundera och själv komma på lösningen på sitt problem. Ur det transteoretiska perspektivet kan detta ses som att en förändring kommer till stånd först när patienten själv är beredd att göra den. R2 ansåg att det var viktigt att utgå från patientens situation, deras tankar och funderingar kring problemet. Inom båda behandlingarna försökte respondenterna i samtal med patienterna se helhetsperspektivet, det handlade inte bara om att se till problembeteendet i sig exempelvis tobaksnyttjandet. Det var viktigt med ett holistiskt synsätt, ”jag som tobaksterapeut kan inte bara titta på tobaken.”⁶⁰ Viktigt var att undersöka vad beteendet stod för och av vilka anledningar tobaksnyttjandet eller åtandet skedde. Samtalen med patienterna kom då att handla mycket om livssituationen i stort och vad patienten använde, exempelvis tobaken till. Var patienten inte beredd att göra en förändring upplevde R2 att man måste väcka intresset, öka medvetenheten och insikten om att problemet existerade. Genom att framkalla ett förändringsprat hos patienterna, ville R2 att de själva skulle få tänka och fundera och på det sättet berätta vad situationen betyder. När patienten befann sig i något av de tidiga förändringsstadierna gav R2 inga råd. R2 använde istället det motiverande samtalet som metod, speciellt i de stadier där patienten ej var beredd, eller var ambivalent.

Då patienten var beredd att gå till handling kunde R1 ge råd och hjälpa patienten att, exempelvis, hitta en träningsform som passade den. R1 menade att det var viktigt att vara redo att stödja och förstärka patientens positiva vilja att göra en förändring och genom det stärka självkänslan hos patienten. R1 upplevde att genom att utgå ifrån den transteoretiska modellen gick det att se i vilket stadium patienten befann sig och kunde då ge råd som patienten var mottaglig för. R1 fungerade som en stödjande person och rådgivare till patienternas förändring, men ansvaret för beteendeförändringen låg hos patienten. R2 var noga med att patienterna skulle använda *jag* istället för *man*, detta för att tydliggöra att det var jag som agerade på olika sätt, det var jag som hade det här beteendet.

3.3.2 Strategier för förflyttning genom de tidiga förändringsstadierna

Personer som befinner sig i ej bereddstadiet är, enligt den transteoretiska modellen, ofta utsatta för tryck från omgivningen att förändra sitt beteende. R2 tog emot och förde samtal

⁶⁰ Respondent 2.

med personer som ännu inte var inskrivna vid tobaksmottagningen. R2 talade om att det alltid gick att kontakta hälsoenheten om personen bestämt sig för att den ville förändra sina tobaksvanor. R2 frågade om det gick bra att skicka med personen en broschyr gällande tobak och noterade detta. Utifrån den transteoretiska modellen kan detta ses som ett försök att medvetandegöra personen och få den att börja begrunda sitt beteende. Om personen återkom visste personalen om att personen varit i kontakt med mottagningen tidigare och det kunde vara utgångspunkten för ett samtal. Då ställdes frågor som; har du funderat vidare på det här, hur tänker du kring det? Vid ett återbesök utforskade R2 vilka anledningar som låg bakom personens begrundande. Då blir det en diskussion kring vad personen upplevde som positivt, respektive vad som var negativt med beteendet tills det upplevdes som att ämnet var uttömt. Det R2 gjorde i det stadiet var alltså att titta på för- och nackdelar och utvärderade för att kunna sammanfatta och gå vidare mot handlingsstadiet. Det här kan enligt den transteoretiska modellen ses som förändringsstrategier R2 använder, för att få till stånd förflyttning mellan förändringsstadierna.

3.3.3 Att stärka patientens självkänsla

Personalen gav patienterna den individuella tid som krävdes för en förändring, något som även beskrivs i Melins modell. De patienter som var mer sårbara lät personalen ta längre tid på sig och göra små förändringssteg. Personalen lät patienten fokusera på de små sakerna som de hade lyckats med för att stärka tilltron till sin egen förmåga. Patienten fick titta på tidigare erfarenheter; vad har jag lyckats med och hur gjorde jag då? Att kunna peka på tidigare situationer i patientens liv, att patienten hade starka resurser som gjort att den klarat av svåra situationer tidigare. För att stärka självkänslan hos patienten fanns det möjlighet att vid några tillfällen komma på enskilda samtal innan gruppbehandlingen startade. Utifrån den transteoretiska modellen är detta ett sätt för respondent och patient att använda en förändringsstrategi, *självomvärdering*.

Vid gruppbehandling av tobaks- och överviktpatienter var R1 en resurs för den fysiska aktiviteten och höll föreläsningar, samt erbjöd patienterna att prova på olika aktiviteter. När R1 arbetade med motiverande samtal individuellt gällande fysisk aktivitet var målet att patienten själv skulle finna motivationen att bli mer fysiskt aktiv. Den konventionella delen av behandlingen kom enligt R1 automatiskt in då patienten var beredd att göra en förändring. Patienten ville då ofta ha råd och stöd, det kunde vara övningar eller praktiskt individuella

program. När patienten befann sig i handlingsstadiet kunde R1 tack vare ett brett kontaktnät och kunskap hjälpa till mycket med förslag på aktiviteter. För en del patienter kunde det vara svårt att själva aktivera sig och gå till ett träningscentra. R1 har vid tillfällena erbjudit sig att följa med första gången, vilket vid en del tillfällen har underlättat. Det var även viktigt att så frön när det gällde den fysiska aktiviteten, exempelvis promenader. Detta är något som kan härledas till den transteoretiska modellen med att ge rätt råd vid rätt tillfälle, beroende på vilket förändringsstadium patienten befinner sig i.

3.3.4 Återfallsproblematik

Patienter kunde återfalla i det gamla beteendet och även ta steg tillbaka i förändringsstadierna, R2 berättade att återfallsfrekvensen var hög när det handlade om livsstilsfrågor. På tobaksmottagningen klarade ungefär en tredjedel (32,5 procent) av patienterna att vara rökfria efter ett år, vilket innebar att två tredjedelar inte klarade det. Den transteoretiska modellen beskriver riskerna för återfall inom förändringsstadierna. Detta försökte respondenterna förebygga genom att göra patienterna införstådda med att beteendeförändringar skedde under en längre tid och att det var ett långsiktigt arbete. Respondenterna menade dock att det var vanligt med en hel del bakslag under behandlings- och uppföljningstiden. När patienter fått ett återfall eller tagit ett steg tillbaka i förändringsstegen, lyssnades patienten in för att ta reda på vad det berodde på. R1 menade dock att även om vissa fick återfall tog de ändå med sig erfarenheter vilka kunde diskuteras vid ett förnyat besök. Personalen kunde ställa frågor om vad som hände vid det tillfället, vilka orsaker var det som låg bakom återfallet och vad som kunde göras annorlunda den här gången för att undvika att det hände igen. Exempelvis tillfrågades överviktiga patienter hur länge de har varit överviktiga, det brukade ofta vara flera år.

Vid återfall under uppföljningstiden skrev många före detta patienter till enheten att de ville ha kontakt med personalen igen. R2 ringde då upp personen och stämde av situationen och det var många som kom tillbaka för samtal. Patienterna hade möjlighet att komma till enheten varje vecka då de upplevde sin situation som jobbig. Efter en tid när patienten klarat sig bättre med förändringsarbetet gick de i samråd med personalen över till att träffas varannan vecka, en gång i månaden eller mer sällan. Det fanns en del patienter som på ett eller annat sätt hade det extra jobbigt, det var viktigt att även de skulle få tillräckligt med vägledning för att klara processen. Det fanns patienter som inte lyckats med en rökavvänjning på ett eller två år, det

tog längre tid. Likt Melins behandlingsmodell berättade personalen att de fanns med för coachning och som hjälp och vägledning för de patienter som trappade ner under en längre tid. Det gjordes i små steg i taget, och personalen poängterade för patienten vad den gjort bra under tiden.

3.4 Vilka faktorer anser respondenterna vara betydelsefulla i arbetssättet?

Här kommer vi att presentera vad respondenterna lyft fram i intervjuerna som de ansåg vara centralt för dem själva och för förändringsarbetet på enheten. Här kommer också respondenternas tankar om framtida utveckling av enhetens arbetssätt att tas upp.

3.4.1 Det motiverande samtalets betydelse för respondenterna

Att jobba med den här typen av arbete var det bästa som hänt R1 sedan utbildningen till sjukgymnast. När R1 började arbeta med det motiverande samtalet upplevde R1 att det var en del svårigheter, men har sakta men säkert kommit in i tankesättet på enheten. I egenskap av sjukgymnast var R1 tidigare kvar i den traditionella vårdande rollen, att tala om för patienten vad som behövde göras tack vare sin expertis. Det nya arbetssättet med motiverande samtal har inneburit en utmaning och tog ett tag att komma in i eftersom patienten istället skulle komma fram till de lösningar R1 redan kunde se. En insikt R1 har utvecklat genom att lyssna in patienterna är att de har mycket med sig i bagaget som kunde hjälpa dem att finna lösningar på sina problem. När patienten satte ord på sina upplevelser under samtalen, gick det enligt R1 ganska enkelt att identifiera i vilket förändringsstadium patienten befann sig i. R2 menade att det inte skedde stora synbara förändringar från en dag till en annan, processen upplevdes som ganska flytande.

Något som R2 ansåg var positivt med det motiverande samtalet, var att utgå från den egna nyfikenheten vid utforskandet och kartläggningen av patienten. Därför har R2 genom åren fått lära sig mycket om olika människor, lyssnat på intressanta livsberättelser och sett vilken kraft det fanns i väldigt många människor. Detta har medfört att mötet med patienterna har blivit intressantare och att det var roligare att träffa patienterna, även de som upplevts som svårare att arbeta med. Att arbeta med det motiverande samtalet upplevdes positivt av båda respondenterna som inte kunde se några direkta nackdelar med metoden utan de tyckte att det var positivt att lyssna in och arbeta patientcentrerat. R1 upplevde att det krävdes mycket av

personalen i deras arbete. Det var inte bara att komma till arbetsplatsen och beta av patienter, utan det låg mycket förberedelser och tankearbete bakom.

Båda respondenterna framhöll att det motiverande samtalet hade medfört ett nytt synsätt på patienten. De upplevde båda att de tidigare i större utsträckning tagit på sig ansvaret för patienternas problem, något som framförallt R2 menade hade medfört frustration och en känsla av misslyckande i sin profession. Förändringen i synsättet på patienten har inneburit en förskjutning av ansvaret från respondenterna till patienterna, det var patienterna som sågs som ansvariga för att fatta egna beslut gällande sin egen hälsa. För R2 har förskjutningen av ansvaret inneburit en form av stresslindring eller stresshantering för egen del. Båda respondenternas roller hade utvecklats till att bli stödjande och rådgivande personer till patienternas förändring, inte i första hand problemlösare. Denna omdefinition av yrkesrollen har även gjort att respondenternas förståelse för patienten har ökat, något som belyses av R2:s åsikt att detta hade lett till en större empati för patienten.

3.4.2 Vårdpersonals samverkan påverkar förändringsarbetet

Många av de som sökt hjälp på enheten var remitterade dit av läkare. R1 menade att även om de inte var beredda att inleda ett förändringsarbete när de kom, hade de kanske fått en insikt om att deras tidigare beteende riskerade att orsaka en sämre hälsa. På det sättet ansåg R1 att läkare hade en viktig roll i att medvetandegöra ett problem, men att en person som bara fick en diagnos och en rekommendation att exempelvis börja motionera inte säkert gjorde det. Detta kan utifrån den transteoretiska modellen ses som att läkaren initierar förändringsarbetet genom att bidra till att patienten förflyttas från att vara ej beredd till förändringsstadiet begrundande. R1 menade att de oftast behövde mer stöd och vägledning, vilket enligt modellen då beror på att patienten befinner sig i ett mycket tidigt förändringsstadium. R2 berättade att traditionellt sett så var personalen inom sjukvården väldigt bra utbildade på att ge råd och information. Enligt den transteoretiska modellen förutsätter detta att patienten själv var beredd att ta beslutet att påbörja en beteendeförändring, något som även R2 poängterade. R2 såg det som ett dilemma att det fanns många patienter på andra vårdinstanser som bara fick en ordination eller rekommendation angående vad de borde göra. Var patienten då inte redo att göra en förändring, kommer den inte att komma till stånd. R2:s dilemma kan belysas utifrån Melins behandlingsmodell, där det är viktigt att ha läkare direkt knutna till behandlingsteamet på en vårdenhet för att kunna optimera behandlingen.

3.4.3 Tid för patienten - en faktor för förändringsarbete

R1 gav uttryck för att tiden med patienterna var en viktig faktor för att lära känna dem tillräckligt. I de individuella behandlingarna R1 hade, fanns tiden där, dock upplevdes det som att det var en möjlig svårighet i gruppbehandlingen för överviktiga. R1 upplevde att under det arbetet fanns det inte tillräckligt med utrymme för att lära känna grupperna tillräckligt. R1 ville veta mer om vilket stadium patienterna befann sig och få möjlighet att lyssna in patienterna på lite olika sätt. Kopplat till den transteoretiska modellen innebär detta möjligen att R1 hade svårare att identifiera vilket stadium patienten befann sig i och kunde därmed få svårare att ge rätt råd vid rätt tillfälle. R1 skulle vilja vara med vid varje tillfälle och lära känna grupperna mycket mer. Idealet för R1 skulle vara att ha något mer individuellt samtal också, samtidigt hade R1 förståelse för att det inte fanns det utrymmet i behandlingen på överviktsmottagningen. Det var inte bara ett beteende som skulle förändras, förutom förändringen av kostvanorna skulle även ökad fysisk aktivitet bli en del av patienternas beteendeförändring. Det handlade enligt R1 om tid och en idé kunde vara att utöka varje tillfälle från en och en halv timme till två. Det var nog enklare än att skapa fler tillfällen för gruppen att träffas. Detta var enligt R1 några spontana tankar på förbättring som dök upp under intervjun.

4. Diskussion

Studien syftade till att undersöka vilka arbetssätt personalen på en hälsoenhet i Svealand använder och vad de ansåg vara viktigt för att beteende och livsstilsförändringar skall lyckas.

För att besvara syftet användes följande frågeställningar:

- Vilka erfarenheter/utbildning har personalen vid enheten av förändringsarbete?
- På vilka sätt kan personalen vid enheten hjälpa patienter med livsstilsförändringar, hur ser behandlingen ut?
- Vilka faktorer anser respondenterna vara betydelsefulla i arbetssättet?
- Används fysisk aktivitet i behandlingen?

Diskussionen är strukturerad efter de rubriker som återfinns i resultatdelen, under varje rubrik kommer de teman vi tycker är mest värda att belysa, lyftas fram och diskuteras. Diskussionen inleds med vår slutsats och avslutas med fortsatt forskning följt av en metoddiskussion.

4.1 Vilka erfarenheter/utbildning har personalen vid enheten av förändringsarbete?

Det dominerande temat under denna rubrik är *erfarenhet och utbildning*.

Det går att som utomstående att ha synpunkter på huruvida en barnmorska och en sjukgymnast har tillräcklig utbildning för att bedriva den här formen av förändringsarbete. Med deras bakgrund inom vården tycker vi dock att båda respondenterna har en rejäl grund att stå på i arbetet gentemot patienter. Den utveckling och fortbildning som skett, med bland annat Ingela Melins modell samt den transteoretiska modellen, anser vi bidragit till att respondenterna på ett väl förankrat sätt kan arbeta med beteendeförändring. Att personalen var ute och föreläste på föreningar och på stadens centrum, menar vi, blir ett sätt för dem att ständigt uppdatera sina kunskaper för att hålla ämnet aktuellt. Den förnyade kunskapen bör komma respondenterna till nytta även under behandlingen av patienter på enheten.

4.2 Hur ser behandlingen på enheten ut?

De teman vi kunde urskilja under denna rubrik var *kartläggning av patienter*, *gruppbehandlingen* och *uppföljning*. Vi diskuterar i huvudsak temat gruppbehandlingen, då detta är en av grundbultarna i verksamheten.

I förberedelserna inför behandlingen framstår *kartläggningen av patienten* som central för att avgöra om patienten är tillräckligt beredd för att påbörja en behandling. Kartläggning ser vi som en nödvändighet för att personalen skall förstå i vilket förändringsstadium, i den transteoretiska modellen, patienten befinner sig. Därmed kan personalen ge den hjälp patienten behöver för att vara beredd att starta en behandling. Kartläggningen erbjuder även enligt oss ett lysande tillfälle att skapa homogena grupper, något som förordades i Melins behandlingsmodell. Eftersom individer är så komplexa har vi förståelse för att homogena grupper eftersträvades för att behandlingstillfället skulle ge så mycket som möjligt för varje patient, något R2 tog hänsyn till vid uppstart och behandling av grupper.

Som framgår av resultatet var *gruppbehandlingen* av övervikts- och tobaksgrupperna lika varandra i upplägget som byggde på Melins behandlingsmodell, även om längden på behandlingen skiljde sig åt. Melins behandlingsmodell är tänkt att vara flexibel gällande längden på behandlingen, vilket gör att vi tror att den fungerar i det avseendet även på tobaksmottagningen. En del i gruppbehandlingen av både övervikts- och tobaksgrupperna var laget runt. Att patienterna fick ventiler sina tankar och fick synpunkter från övriga i gruppen, beskrevs även i Ingela Melins modell som viktigt. Här anser vi att det är viktigt dels att gruppen är homogen, dels att patienterna kan känna igen varandras förändringsstadier, för att kunna ge varandra relevanta råd. Ett problem vi tror kan uppstå då gruppen inte är homogen är att de inte förstår varandras situation, risken är att de talar förbi varandra och då inte tar åt sig andras tankar och synpunkter. På liknande sätt kan det bli problematiskt om gruppmedlemmarna inte känner igen varandras förändringsstadier, vilket innebär att råd ges som en patient inte är mottaglig för, detta skapar motstånd. Respondenterna gav inget uttryck för att det var ett vanligt förekommande problem, vilket enligt oss delvis kan bero på väl genomförd kartläggning av patienterna. Delvis tror vi också att behandlingens utformning med teman på lektionerna, bidrar till att patienterna tar små steg ungefär samtidigt genom förändringsstadierna.

Rapporten där Melins behandlingsmodell praktiskt tillämpades visade ett positivt samband mellan ökad fysisk aktivitet och viktnedgång. Även respondenterna ansåg att fysisk aktivitet

var en viktig del av behandlingarna. Vi anser utifrån de samlade erfarenheter och kunskap vår utbildning har gett oss, att fysisk aktivitet påverkar positivt, inte bara viktnedgång utan även att kunna hantera den stress som vi tror att en beteendeförändring kan medföra. R1 introducerade fysisk aktivitet för patienterna i gruppbehandlingarna och tog med dem på aktiviteter. Vi ser detta som ett bra sätt att ge patienter stöd som sedan tidigare inte har någon träningsbakgrund. När man skall ta med personer till någon träningsform, tycker vi att det är viktigt, dels att träningsformen passar individerna, dels att det blir ett tillfälle att umgås. Vi menar att personerna ska se träningen som ett alternativ för att umgås socialt med vänner, istället för att exempelvis ta en kaffe och tårbit när de träffas. Vi tror att stödet personer emellan leder till att motivationen att träna blir större och att träningen kan upprätthållas under en lång tid.

Både den viktigaste och svåraste delen av en beteendeförändring, som vi ser det, är att upprätthålla den förändring som gjorts. Då förändring är något som ofta sker på lång sikt, anser vi att det är bra att enheten har *uppföljning* av patienterna som sträcker sig över så pass lång tid som fem år.

4.3 På vilka sätt kan personalen vid enheten hjälpa patienter med livsstilsförändringar?

Temat som finns under denna rubrik är *det motiverande samtalet som metod, strategier för förflyttning genom de tidiga förändringsstadierna, att stärka patientens självkänsla samt återfallsproblematik*. Vi kommer att fokusera diskussionen kring temat det motiverande samtalet, då det är där respondenterna främst arbetar med de andra temana.

Det motiverande samtalet som metod framstod som en nyckel för att respondenterna skulle lyckas hjälpa patienterna att göra en förändring. Detta för att möta patienten på den nivå den befinner sig på, detta gjordes genom att arbeta patientcentrerat och lyssna in patienten. Vi ser detta som den viktigaste delen när man applicerar den transteoretiska modellen i det motiverande samtalet. Detta går även att koppla till Ingela Melins forskning då hon menade att det var viktigt att känna till hur redo patienten är för att förändra beteende i en hälsosam riktning, vilket vi tolkar som att det stadium patienten befinner sig på är avgörande för att respondenterna skall kunna möta patienten på rätt nivå. Vi tror att den största hjälpen respondenterna ger patienterna under det motiverande samtalet är att de får formulera sitt eget

problem, begrunda det och finna lösningar för att kunna gå till handling. Att målsättningen för handledaren var att hjälpa patienten, så att denne finner sina egna individuella steg till förändring finns det stöd för i Melins modell. Där är det viktigt att patienten får ta stegen och göra förändringar i sin egen takt för att det ska fungera i vardagen. En viktig del som vi ser i det motiverande samtalet är att göra patienten medveten om sitt problem. Detta var något respondenterna gjorde med de patienter som ännu ej var beredda till förändring, vilket vi tycker är ett tydligt exempel på hur man kan använda *strategier för förflyttning genom de tidiga förändringsstadierna* - att medvetandegöra. Ett exempel på hur medvetandegörandet kan ske var då R2 tog emot personer som ännu inte var inskrivna på enheten. För att hjälpa patienten vidare mot handlingsstadiet framstod det som viktigt *att stärka patientens självkänsla*. Att stärka patientens självkänsla och självtillit ser vi som viktigt för att kunna ge denne tron på att en förändring är möjlig.

Den kognitiva teoribildningen som både den transteoretiska modellen och Ingela Melins modell på många sätt grundas i, anser vi belyser problematiken med patienten och det motiverande samtalet. Vi ser att det motiverande samtalet utifrån respondenternas beskrivning är ett kognitivt sätt att arbeta, då patienten får ta fram sina egna kunskaper och erfarenheter och diskutera dessa. Vi tror att en person som inte haft ett problem så länge kan ha lättare att reflektera och därmed vara mer öppen i ett motiverande samtal. En patient som har ett djupt rotat felaktigt grundantagande, tror vi dock kan bli en stor utmaning för personalen på enheten att nå fram till genom att bara använda det motiverande samtalet. Vi tror att det kan vara dessa patienter som får det svårast att nå en beteendeförändring, för att de inte kommer vidare genom stadierna då de är motvilliga till att reflektera över sitt problem. Dessa patienter tror vi behöver träffa en psykolog eller kurator innan de är redo för att delta i en behandling. Ingen psykolog eller kurator arbetade på hälsoenheten, utan vår uppfattning är att personalen på enheten genom främst det motiverande samtalet själva till viss del tog på sig kurators- eller psykologrollen. Vi är kluvna till om detta är en bra lösning, eller om yrkesutbildade kuratorer eller psykologer bör placeras på arbetsplatsen för att kunna ta hand om dessa patienter.

Att hantera *återfallsproblematik* är en del av respondenternas arbete på enheten. Att förändra ett beteende är svårt och återfall är vanligt, något som får stöd av både forskning och respondenterna. Det vi ser som viktigt för att kunna hantera denna problematik är att patienten får dra lärdom av vad som gick fel vid det förra försöket och formulera en ny lösning för att förebygga ett återfall av samma anledning, något som även respondenterna menade på. Gör

patienten detta tror vi att det stärker självkänslan och tilltron till den egna förmågan och kan motivera dem till ett nytt försök att nå upprätthållandestadiet.

4.4 Vilka faktorer anser respondenterna vara betydelsefulla i arbetssättet?

Temat som kunde identifieras under denna rubrik var *det motiverande samtalets betydelse för respondenterna, vårdpersonals samverkan påverkar förändringsarbetet, tid för patienten – en faktor för förändringsarbete*. Vi kommer att diskutera temana det motiverande samtalets betydelse samt hur vårdpersonalens samverkan påverkar. Dessa teman var de som respondenterna tydligast tryckte på som betydelsefulla under intervjuerna.

R1 talade i intervjun om att det till en början var lite problematiskt och en stor utmaning att arbeta med det *motiverande samtalet*. Vi ser ett möjligt problem i arbetssättet eftersom det kräver en stor personkännedom från personalens sida. Att kunna se var en patient befinner sig i förändringsstadierna är centralt, då situationen inte alltid är svartvit utan som R2 menade flytande mellan nivåerna. Vi tror att det är ett problem som med tiden antagligen minskar, då erfarenheten hos handledaren hjälper denne att bedöma patienten framför sig.

Det motiverande samtalet och den transteoretiska modellen har för båda respondenterna förändrat förhållningssättet till patienterna. Att detta inneburit en ansvarsförskjutning från respondent till patient tycker vi är ett intressant fynd, då personalen genom att inte ta på sig patientens problem bör kunna inta en mer objektiv roll. Med distans till problemställningen bör också mer relevanta frågor kunna ställas när negativa känslor inte påverkar lika mycket. Något som vi upptäckte skiljde sig från Melins behandlingsmodell var att enheten inte hade ett behandlingsteam i det avseendet Melin rekommenderar, exempelvis fanns ingen läkare, kurator eller psykolog direkt knuten till behandlingen. Vi anser att *vårdpersonals samverkan påverkar förändringsarbetet*, då mer expertis kan ge bättre stöd för patienten. En tanke som väckts hos oss om hur vården skulle kunna fungera där beteendeförändringar står i fokus, är att samverkan mellan olika vårdinstanser skulle kunna förbättras. Vi menar att patienter oftare borde kunna slussas från läkarbesök till samtal på hälsoenheter som denna, då forskning och respondenter påvisar att beteendeförändringar är svårare att genomföra på egen hand även om man vet att problemet finns. Detta förutsätter enligt oss flera saker, det första är att enhetens arbetssätt vinner en bred acceptans bland läkare och övrig vårdpersonal. Det andra är att vi

tror att läkare idag främst arbetar med att motverka sjukdom, medan vi ser hälsoenhetens arbete som att främja hälsa. Det gör att vi ser en dikotomi mellan synsätten. Läkarna bör som vi ser det få större förståelse för hälsoenhetens arbetssätt och därigenom se nyttan med att skicka patienter dit. En reservation är att den hjälp som hälsoenheten erbjuder *är* bättre än den traditionella som erbjuds inom vården, här ser vi ett behov av mer kunskap och forskning.

4.5 Metoddiskussion

Vid arbetets start ansåg vi att en kvalitativ studie skulle vara lämpligast för att få en djupare bild av enhetens arbetssätt med beteendeförändring. Att vi inte hade möjlighet att påverka vilka två respondenter som vi fick genomföra intervjuerna med kan ses som en svaghet i studien. Vi anser dock att det inte varit ett hinder för att svara på vårt syfte och frågeställningar, då personalen på verksamheten hade god insyn i varandras arbetsuppgifter och hade ett nära samarbete.

Ett problem som är svårt att undkomma är att bedöma hur nyanserade respondenterna är i sina svar. Det finns alltid en risk för att negativa aspekter inte kommer fram i intervjun, då respondenten medvetet eller undermedvetet förskönar eller låter bli att ta upp dessa i svaren. Något vi upptäckte i arbetet med intervjuerna var att respondenternas svar på frågor rörande deras personliga åsikt om vissa saker, var snarlika fakta som presenteras i forskning som använts i vår uppsats eller från annan litteratur vi läst. En möjlig förklaring till detta är att forskningen är så pass omfattande att det inte går att se det på så många andra sätt. En annan förklaring skulle kunna vara att respondenterna väljer att luta sig mot fakta från forskning när de är osäkra eller inte vill säga vad de egentligen tycker. Vi tycker att vi har gjort vad vi kunnat utifrån vad som har beskrivits i vår metod, även om vi medger att vår brist på erfarenhet kan ha påverkat intervjuerna.

4.6 Slutsats

Det fanns två nyckelfaktorer som kunde urskiljas i intervjumaterialet; förståelse för i vilket förändringsstadium patienten befinner sig och hur behandlingsmodellen skall anpassas till detta. För att kunna hjälpa en patient räckte det inte för personalen att känna igen vilket förändringsstadium den befann sig på, det måste också finnas en behandlingsmodell som kan

anpassas utifrån patientens egna behov. Viktigt ansågs det patientcentrerade synsättet vara och genom detta ge rätt behandling vid rätt tillfälle.

4.7 Fortsatt forskning

Då vi endast fördjupat oss i det här sättet att arbeta med beteendeförändringar är det omöjligt att få en helhetsbild över hur andra verksamheter bedriver sin behandling. Det skulle vara intressant att veta huruvida behandlingsmetoden är effektiv att bedriva jämfört med andra behandlingsmetoder och belysa behandlingsresultaten från olika perspektiv. Det skulle gå att jämföra hälsoenhetens rökavvänjningsbehandling där 32,5 procent var rökfria efter ett år, mot exempelvis Hjalmarssons studie där 28 procent var rökfria efter ett år. Intressant vore att undersöka hur dyra projekten var, hur personalkrävande och hur mycket tid som togs i anspråk. Även hur behandlingen upplevs av patienten bör vara av intresse. Vilken behandling är mest kostnadseffektiv, både för individen och för kommun och landsting? Dessa typer av jämförelser är något vidare forskning skulle kunna riktas mot.

5. Käll- och litteraturförteckning

5.1 Otryckta källor

5.1.1 Muntliga källor

I författarens ägo

Bandupptagning 1, med transkribering.

Intervjuer med R1 och R2 (2007-03-27).

Bandupptagning 2, med transkribering.

Intervjuer med R1 och R2 (2007-04-02).

5.2 Tryckta källor

d'Elia, Giacomo, *Kognitiv psykoterapi i primärvården*, (Stockholm: Natur och Kultur, 2005).

Gelder, Michael, "The scientific foundations of cognitive behaviour therapy", in *Science and practice of cognitive behaviour therapy*, ed. David M. Clark, Christopher G. Fairburn, (Great Britain, Biddles Ltd, 2001).

Glad, Elin, *Gruppriktad behandling av övervikt i primärvården i Östergötland – En utvärdering ur personal- och patientperspektiv*, (Primärvårdens Forsknings och Utvecklingsenhet, VC Sandbyhov 2003.).

Hjalmarson, Agneta, *Smoking cessation – evaluation of supportive strategies with special reference to nicotine replacement therapy* (diss. Göteborg: Göteborg University, 1996).

Johansson, Bo, Svedner, Per-Olov, *Examensarbetet i lärarutbildningen*, (Uppsala: Kunskapsförlaget, 2004).

Lantz, Annika, *Intervjumethodik*, (Lund: Studentlitteratur, 1993).

Kvale, Steinar, *Den kvalitativa forskningsintervjun*, (Lund: Studentlitteratur, 2001).

Melin, Ingela, *Motivating clinical treatment of obesity – Methods, Education, Supervision and Outcome* (diss. Stockholm: Karolinska University Press, 2004).

Melin, Ingela, *Obesitas - Handbok för praktisk klinisk behandling av övervikt, fetma och metabolt syndrom baserad på kognitiv beteendemodifikation och konventionell behandling*, 2. Uppl. (Lund: Studentlitteratur, 2001).

Prochaska, James O., Norcross, John C., *Systems of Psychotherapy: a Transtheoretical Analysis: Comparative Conclusions: Toward a Transtheoretical Therapy*, 5. ed. (Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Pub, 2003).

Metoder för rökavvänjning Rapport 1998: rapport nr: 138, SBU, (Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik).

Trost, Jan, *Kvalitativa intervjuer*, (Lund: Studentlitteratur, 1997).

5.3 Elektroniska källor

Crystal Digital Media, Winston Churchill – 1874 to 1965.
<<http://www.edmedia.co.uk/assets/printables/churchill.htm>> (Acc. 2007-05-04).

Haglund, Margaretha, FHI, Hälsorisker, (2005-08-31)
<http://www.fhi.se/templates/Page_1620.aspx> (Acc. 2007-04-23).

Haglund, Margaretha, FHI, Tobaksavvänjning, (2006-08-24)
<http://www.fhi.se/templates/Page_766.aspx> (Acc.2007-04-23).

Haglund, Margaretha, FHI, Vår verksamhet, insatser mot tobak,
<http://www.fhi.se/templates/Page_790.aspx> (Acc. 2007-04-23).

WHO, Obesity and overweight; What are overweight and obesity, Factsheet N°311, (2006-09)
<<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>> (Acc. 2007-02-28).

WHO, BMI classification,
<http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html> (Acc. 2006-02-28).

WHO, Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health; Obesity and Overweight,
<<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en/>> (Acc. 2007-02-28).

Bilaga 1

KÄLL- OCH LITTERATURSÖKNING

Frågeställningar:

- Vilka erfarenheter/utbildning har personalen vid enheten av förändringsarbete?
- På vilka sätt kan personalen vid enheten hjälpa patienter med livsstilsförändringar, hur ser behandlingen ut?
- Vilken är respondenternas syn på arbetssättet?
- På vilket sätt används fysisk aktivitet i behandlingen?

VAD?

Vilka ämnesord har du sökt på?

Ämnesord	Synonymer
<i>Beteende, Obesitas, Rökavvänjning, Överviktsbehandling,</i>	<i>Behavio(u)r, obesity, overweight, smoking cessation,</i>

VARFÖR?

Varför har du valt just dessa ämnesord?

Vi valde dessa ämnesord för att de stämde in på kriterierna som satts upp för vår litteratursökning. Vi valde bort en del ämnesord för att vi kände till Prochaskas Transteoretiska modell och därför sökte den via författaren. Sökandet skedde brett för att sedan smalnas av närmare mot studiens inriktning.

HUR?

Hur har du sökt i de olika databaserna?

Databas	Söksträng	Antal träffar	Antal relevanta träffar
Libris(avhandling)	Övervikt* Behandling*	2	1
Libris(alla)	Överviktsbehandling	6	1
Libris(avhandling)	Rökavvänjning	7	1
Libris(alla)	Rökavvänjning* metod*	15	1
Libris(alla)	James Prochaska	7	1
Regina(avhandling)	Smoking cessation	13	1
Regina(avhandling)	Obesity treatment	14	1
Regina(alla)	Ingela Melin	6	2

KOMMENTARER:

Initialt har litteratur sökts i Libris och där fanns utgångsmaterialet. Mycket av litteraturen återfanns på Kungliga Biblioteket och där söktes ytterligare i databasen Regina. Då materialet nästan uteslutande var på engelska tog litteraturgenomgången mycket tid i anspråk, detta gjorde att det upplevdes ansträngande att sovra bland litteraturen.

Bilaga 2

Hej (...)

Här kommer en övergripande beskrivning av vad vi har tänkt oss att undersöka i vår uppsats.

Vi har planerat att bygga uppsatsen på intervjuer med er i personalen på enheten. Det vi främst kommer att koncentrera oss på i intervjufrågorna är er syn på beteendemodifikation på individ/gruppnivå. Vi vill även få reda på mer om era metoder för att förändra beteenden och vilka teorier/forskning ni bygger er metod på.

Vi har läst en hel del av Ingela Melins forskning och studier inom överviktsbehandling och undrar om och i så fall vilka kopplingar ni har gjort till hennes studier. Vi har också tittat på mer generella teorier om beteendeförändring bl.a. Prochaskas transteoretiska modell som bygger på att en person i olika skeden av en beteendeförändring behöver olika typer av stöd. Det är exempel på sånt som vi är intresserade av att höra era tankar om.

Vi vill också veta lite mer om vilka resultat och erfarenheter ni har av tidigare grupper, svårigheter/möjligheter, hur många det är som lyckas vidmakthålla en "ny livsstil".

Detta är exempel på områden vi är särskilt intresserade av, men vi vill naturligtvis få reda på mer generell information t.ex. hur stora grupperna är, hur ofta de träffas o.s.v.

Detta är bara en inledande information till er gällande vad vi vill undersöka i stort, vi vill gärna återkomma med mer specifika intervjufrågor så att ni får en möjlighet att förbereda er innan vårt besök i slutet av månaden.

Tack för ert vänliga bemötande och vi uppskattar att ni tar er tid att hjälpa oss med vår uppsats! Skulle ni ha några frågor eller funderingar är ni varmt välkomna att höra av er via mail eller telefon.

Mvh

Tom Ekström & Magnus Ellberg
GIH i Stockholm 7/3 2007

Kontaktuppgifter:

Tom Ekström
Tom_ekstrom@hotmail.com
tel: 0735-103218

Magnus Ellberg
snowtigern@yahoo.se
tel: 0739-140172

Bilaga 3

Syfte: Studien syftar till att undersöka vilka arbetssätt överviktsenheten använder och personalens syn på beteende och livsstilsförändringar

Intervjuguide

På vilka sätt kan personalen vid enheten hjälpa överviktiga med livsstilsförändringar?

- Grupsammansättning
- Individ/gruppbehandling
- Rådgivning
- Resurser

Hur ser behandlingen ut?

- Behandlingstid
- Involverad personal
- Modell
- Fördelar/nackdelar
- Arbetsbelastning
- Mål
- Närvaro/delaktighet
- Uppföljning
- Tidsplanering
- Ramar
- Utvecklingen mellan personal/patient
- Återfall
- Rådgivning

Vilka erfarenheter/utbildning har personalen vid enheten av förändringsarbete?

- Utbildning
- Erfarenheter
- Arbetssätt
- Utvecklingsmöjligheter
- Visioner

Vilka metoder upplever de har störst möjligheter att lyckas i ett långsiktigt perspektiv?

- Fördelar/nackdelar
- Vidmakthållande
- Återfall
- Rådgivning
- Ekonomiska begränsningar