



LANDSTINGET  
SÖRMLAND

FoU-centrum

# Faktorer till framgångsrik och långsiktig viktning

**Författare:** Marie Portström  
Lena Tidblom  
Ekeby vårdcentral

**Handledare:** Eva-Maria Annerbäck  
FoU-centrum  
Landstinget Sörmland

Rapport nr 1:2008



## Sammanfattning

Sedan 1993 har man bedrivit viktgrupper vid VC Ekeby i Eskilstuna. För att utvärdera vårt arbete genomförde vi en studie som resulterade i en rapport ” Beteendemodifikation vid övervikt och fetmabehandling- en 5-årsuppföljning FOU-centrum sektionen för allmänmedicin AMC, LT Sörmland. Rapport 1: 2006. Vi fann då att 15 patienter hade gått ner mer än fem kilo samt bibehållit denna viktning 5 år efter avslutad intervention. Inför den här studien kontaktades dessa 15 patienter som alla ställde upp för en intervjuundersökning och samtidig viktkontroll, BMI och mätning av blodtryck. Vi fann att framgångsfaktorer var den egna motivationen och att själv ha tagit initiativ till att genomföra en viktintervention. Detta bedömer vi vara ett mått på motivation och därmed en framgångsfaktor. Även att få kunskaper kring livsstil och livsstilsförändringar uppgavs som framgångsfaktorer. Matlagningstillfällena i grupp upplevdes också som mycket positivt av flertalet deltagare. Livsstilsförändringar är svårt att göra och att upprätthålla över lång tid. I denna studie framkommer att de livsstilsförändringar som bedöms som lätta att upprätthålla är fortsatt ökad motion, minskat fettintag samt mindre matportioner. De största svårigheterna uppgavs vara att minska och upprätthålla ett lågt sockerintag samt att hålla kvar vid vanan med ökat vätskeintag.

Utifrån resultaten i denna studie vill vi utforma någon form av arbetsverktyg för att bedöma exempelvis graden av motivation inför inskrivning i ett viktprogram och vilka patienter som är bäst lämpade för olika typer av insatser och därmed har chansen till ett lyckat viktningsresultat.



## Innehållsförteckning

Sammanfattning .....	3
1. Introduktion .....	6
Syfte .....	6
2. Material och metod.....	7
Metod .....	8
3. Resultat.....	9
3.1 Intervjustudien.....	9
3.1:1 Framgångsfaktorer .....	9
3.1:2 Försvårande faktorer .....	12
3.1:3 Påverkan av viktminskningen på livskvalitet och välbefinnande .....	12
3.2 Mätningar - hårddata .....	13
4. Diskussion .....	15
5. Slutsats .....	17
Tillkännagivanden.....	17
Referenser: .....	18

## Bilaga 1. Intervjumall

# 1. Introduktion

Fetma är en sjukdom som drabbar allt fler i världen, i Sverige och i Sörmland. Befolkningsundersökningen Liv och Hälsa i Sörmland 2004 visade att 43 % av kvinnor och 58 % av männen hade ett BMI > 25, dvs led av övervikt. 24 000 sörmlänningar i åldern 18-79 år har ett BMI > 30 det vill säga fetma (1)

Förutom att fetman i sig orsakar fysiskt och psykiskt lidande bidrar den även till ökade samhällskostnader, både i form av nedsatt produktion, sjukförsäkringskostnader och ökade sjukvårdskostnader jämfört med en normalviktig befolkning. Enligt en undersökning utförd av Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE) (2) beräknas sjukvårdskostnaderna för fetma och fetmarelaterade sjukdomar vara 3574 miljoner kronor. Då var kostnaderna för sjukfrånvaro, förtidspensioner, sjukersättning och produktionsbortfall inte inräknade.

Det finns ett ytterst litet antal studier som visar långtidsresultat av olika viktreduktionsprogram. De flesta studier visar resultat efter 3 år. I Xendosstudien (3) presenteras resultat efter 5 års behandling med eller utan Xenical.

Den hittills största och mest välkända långtidsstudien är den svenska SOS-studien (4) som hösten 2007 presenterade 10-årsdata. Man såg där att den enda behandlingen av fetma som gav långvarig bestående viktneđgång, minskad incidens i diabetesinsjuknande och ökad livskvalitet var kirurgi. Jämförelser med livsstilsintervention ute i primärvården visade nedslående långtidsresultat (2).

I Sörmland sker den konservativa behandlingen av fetma till största delen inom primärvården, men även dietistmottagningarna bedriver viktgrupper. Den vanligaste behandlingsmetoden idag utgörs av beteendemodifikation i form av ändrad livsstil; ändrade kost och motionsvanor.

Att ändra beteende är en långsiktig process vilket innebär långvarig uppföljning av fetmapatienterna innan målvikt och befästa livsstilsförändringar inträtt.

I flertal studier ser man relativt blygsamma resultat avseende viktneđgång där ett visst antal patienter står för en större viktneđgång medan en annan patientgrupp i bästa fall behåller sin vikt eller fortsätter sin viktökning.

Sedan 1993 har man bedrivit fetmabehandling vid vårdcentralen Ekeby i Eskilstuna dels individuellt men framför allt som gruppverksamhet.

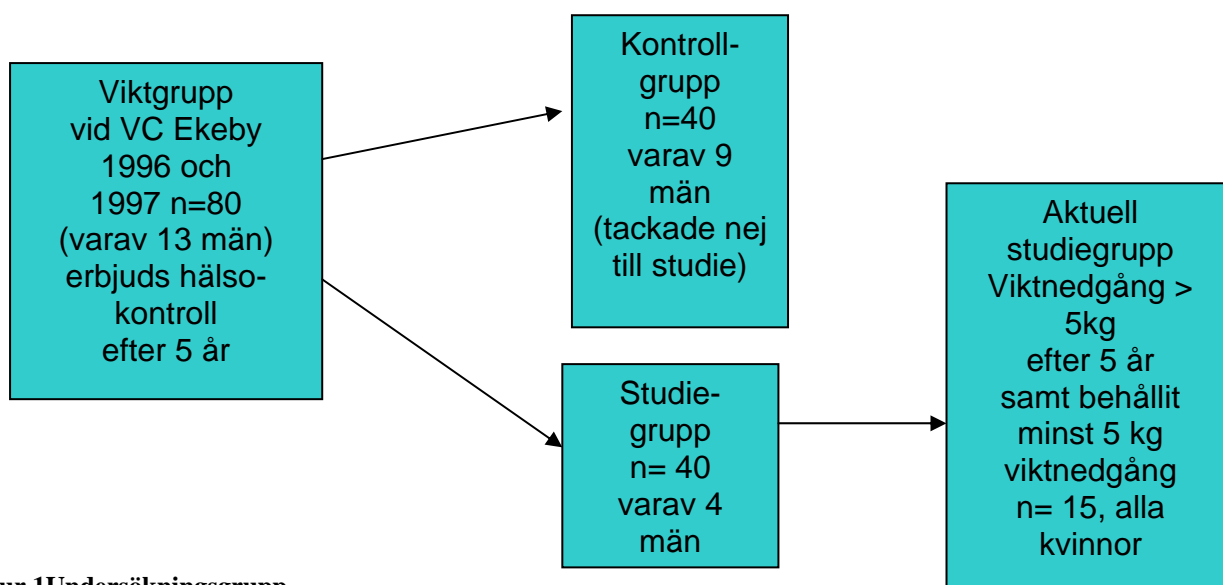
Vi beslutade därför 2004 att genomföra en studie för att följa upp vad som hände avseende vikt, blodtryck, blodfetter och diabetesinsjuknade i de grupper som deltagit i viktprogrammet 1997 och 1998. Dessa patienter (n= 80) erbjöds under 2004 en hälsokontroll avseende vikt, längd, BMI, blodtryck, blodfetter och blodsocker samt fick svara på en enkät avseende livsstilsförändringar. (bilaga 1) 40 personer accepterade erbjudandet och deltog därmed i vår studie. Av dessa 40 personer hade 5-6 år efter avslutad intervention gått ner > 5kg. ( n= 15) (5).

## Syfte

Med tanke på de begränsade resurser avseende fetmabehandling som idag finns, både ekonomiskt och personalmässigt, vore det bra att identifiera de faktorer som patienter lyckats med sin viktneđgång upplever som framgångsrika. Utifrån denna kunskap kan man vidareutveckla utformningen av framtida viktprogram och öppna vägen för att ta fram en metod eller ett instrument för bedömning av vilka patienter som är bäst lämpade för olika behandlingsinsatser.

## 2. Material och metod

I vår förra studie (4) hade vi 15 personer som gått ner > 5kg och bibehållit denna viktnegång efter 5 år. Se figur nedan.



Figur 1 Undersökningsgrupp

Åldern varierade mellan 38-83 år. Medelåldern var 59,8 år. Hela studiegruppen bestod av kvinnor. En person var diabetiker vid inskrivningen i viktprogram 1997.

### Civilstånd i studiegruppen

10 var gifta 1997 och 1 av dessa hade under studieperioden skilt sig och sedan blivit sambo. 1 änka hade blivit sambo och 2 ensamstående hade gift sig. Detta innebär att 5 av 15 hade ändrat sitt civilstånd under de senaste 9-10 åren.

### Yrke i studiegruppen

Vid granskning av uppgivna yrken finner vi att 6 arbetar eller har arbetat inom vården, 2 inom skolan, 3 hade administrativa arbetsuppgifter och 3 hade mer fysiskt aktiva arbeten såsom lokalvårdare, tidningsbud. 1 person uppgav att hon arbetat med "annat" vid båda mättillfällena. Noteras kan att det förelåg en övervikt för personer anställda inom vård och skola men att ingen deltagare hade universitetsutbildning. Tre personer av 15 hade också ett fysiskt tyngre arbete.

### Sysselsättning

Fetma leder inte sällan till ökad sjuklighet och därmed sjukskrivning / sjukersättning / sjukpension. Vi jämförde individerna vid inskrivning och efter 9 år avseende sysselsättning och fann då att;

1 person hade gått från sjukskrivning till 100 % arbete.

1 person gått från arbete till sjukskrivning 100%

1 person hade gått från sjukskrivning till permanent sjukersättning.

3 personer har minskat sin arbetstid.

3 personer var redan ålderspensionärer 1997.

1 person uppgav annan aktivitet = hemarbete både 1997 och nu 2006.

Av 15 personer var år 2006 3 ålderspensionärer. 3 personer hade någon form av sjukersättning, 3 arbetade deltid. 5 personer arbetad heltid och 1 person uppgav hemarbete.

## **Metod**

Intervjuerna genomfördes utifrån både kvantitativ och kvalitativ ansats med en semistrukturerad intervjumall (bilaga 1). Vissa frågor ställdes med fasta svarsalternativ. Övriga frågor var öppna och svaren på de dessa har transkriberats och därefter analyserats för att finna mönster. Vikten kontrollerades med våg av typ Mettler Toledo Spider 1. Blodtrycket mättes med konisk blodtrycksmanschett i liggande hö arm efter 5 minuters tyst vila. Längden mättes med mätsticka uppsatt på vägg där patienten stod med hälarna mot väggen samt sträckta axlar

### Genomförande

Sedan studiegruppen definierats utifrån tidigare genomförd studie, kontaktades de femton aktuella personerna per telefon och tillfrågades om att delta i studien av den person som också genomförde intervjuerna. Samtalen genomfördes av samma person i samma lokaler, där patienterna haft sin tidigare viktintervention. Samtalen spelades in med bandspelare och transkriberades därefter exakt utifrån hur de utspelade sig.

I samband med intervjun gjordes också en kontroll av längd, vikt och blodtryck. Besöket var gratis för studiegruppen.

### Databearbetning

Data avseende längd, vikt, BMI och blodtryck har bearbetats i SPSS ( Statistical Package for Social Scienses)

Vikten analyserades med s.k. T-test. Eftersom att studiegruppen endast utgjordes av 15 individer kompletterades T-testen med Wilcoxon Signed Rank tests. Avseende blodtrycken gjordes enbart Wilcoxon Signed Ranks test.

### Bortfall

Alla personer som erbjöds att delta i denna studie n = 15 accepterade deltagande och genomförde intervjuerna samt vägdes, längden mättes och blodtrycket kollades.



## 3. Resultat

### 3.1 Intervjustudien

#### 3.1:1 Framgångsfaktorer

##### Motivation och egen vilja - att bestämma sig .

Det framkom många kommentarer kring motivation. Både vad som gynnar denna och vad som är svårt. Att hitta den egna drivkraften! Att vara principfast när man hittat sina vanor och inte falla tillbaka i gamla livsstilmönster angavs som en faktor för att stärka motivationen. Att delta i gruppverksamhet har bidragit till att stärka och bibehålla motivationen. Hjälpt, konkreta råd, tillgång till stöd samt även en känsla av press var en viktig faktor. Att få se konkreta resultat av sina ansträngningar – livsstilsförändringar – förstärkte motivationen ytterligare.

- ”Motiverad för att kunna hitta kläder.”
- ”Sköter jag om mig får jag snabbt resultat”
- ” Jag vet att det är möjligt och att jag faktiskt kan”
- ” Inte lika ont i ryggen som jag hade förut”
- ” Bättre livskvalitet”

##### *Hur har motivationen skapats?*

Merparten har själva insett att de måste få hjälp att gå ner i vikt, även om de också fått rekommendation från läkare och annan vårdpersonal. Det är vanligt med nedvärderande känslor och tankar kring den egna personen hos dessa personer. Man har negativa upplevelser av egna spegelbilden - kroppen. Många upplever att inte bli sedda. Ibland kunde mat som tröst och belöning vara en förklaring till deras fetma. Att kunna vända från denna negativa självbild till att kunna ta tag i sin egen situation har varit avgörande.

- ” Man blir inte sedd på jobbet”
- ” Fy katten vad ful du är vid egna spegelbilden.”
- ” Känner mig inte sedd på jobbet.”
- ” Det är svårt få tag i kläder”
  
- ” Jag får tröst genom mat”
- ” Jag får belöning genom mat”
- ” Jag blev matfixerad efter separation. Trodde jag skulle svälta ihjäl”
- ” Erfarenheter från barndomen påverkar”

Den utlösande faktorn till att motivation uppstått, har ofta varit att upplevelsen att må dåligt fysiskt eller psykiskt.

- ” Det höll på att barka åt skogen”
- ” Jag mådde väldigt dåligt av min tunga vikt och sökte för det.
- ” Stod i kö för operation men valde att ta det här istället.”
- ” Man känner sig tung.”
- ” Insett flera gånger tidigare att jag behöver gå ner i vikt.”
- ” Rädsla för ärftligt för hjärt-kärlsjukdom.”
- ” Man var otymplig.”
- ” Sluta röka var primära hälsobefrämjande åtgärden, viktminskning nästa”

- ” Ont knä samt rädsla för diabetes på grund av hereditet.”
- ” Jag läste en artikel i ” Livshälsa” och blev inspirerad.”
- ” Vid pension fick tid över till mig själv.”

## **Kunskaper**

*Gruppverksamheten* har bidragit till kunskap om mat, matlagning motion etc. samt idéer om tillvägagångssätt och individuella lösningar på att hantera livsstilsförändringar. Kunskaper via föreläsningar och filmer upplevdes som viktigt av de femton deltagarna och två deltagare påtalade att helheten i konceptet var betydelsefull

När vi grupperade kommentarer utifrån kost motion osv. dominerade synpunkterna kring mat kraftigt. Matlagning i grupp upplevdes över lag som mycket positivt. Fjorton av gruppens femton personer kommenterade spontant de gemensamma matlagningstillfällena, liksom kunskap om kostens betydelse för kroppen och att den inte utgör ett belöningsinstrument. Nya kunskaper om kostens innehåll, att kunna tyda livsmedlens innehållsförteckningar och därmed kunna göra bra val sågs som positivt. Att få inspiration genom nya recept och nya tillagningsmetoder.

Även vikten av den gruppdynamik och det erfarenhetsutbyte mellan gruppmedlemmarna som uppstår, upplevdes som en viktig kunskapskälla i frågor om mat och måltider.

- ”Jag odlar mycket kryddor som jag använder i maten”
- ”att utnyttja kunskapen om tallriksmodellen, mindre matportioner.”
- ”Det blev roligare att laga mat ”

Att ha fått en ökad kännedom om hur den egna kroppen fungerar utifrån ett kost- och motionsperspektiv upplever många som en ökad livskvalitet

- ” Jag vet att det är möjligt och att jag faktiskt kan”
- ” Just glädjen över att veta hur man bär sig åt för att må bra och känna sig rörlig, ungdomlig och fin.”
- ” Jag är medveten om effekterna.”
- ” Man tycker det är roligare när man inte väger så mycket”
- ” Jag tänker mer på mig själv!”
- ” Ta eget ansvar för sina val, även att inte väja är ett aktivt val”

## *Motion och fysisk aktivitet*

Relativt få personer har kommenterat motion men de som uttalat sig upplever en klart positiv inställning till att vara fysiskt mer aktiv än tidigare! En del hade ökat sin aktivitet genom att hitta rutiner för vardagsmotionen. Sambandet mellan viktning och motion har uppmärksammats.

- ” Jag cyklar till och från jobbet ”. ”Att röra på sig har blivit mer naturligt i vardagen än tidigare”
- ”Att hitta sin egen rörelseglädje”
- ”Att gå på Friskis& Sveltis prioriterar jag”

”Många kilo försvann och jag orkade röra på mig”  
”viktökning sker vid sämre rörelseförmåga eller slarv med motionen”.  
”Att slarva med motionen sätter sina spår”

## **Anpassningsstrategier**

Att hitta egna coping- eller anpassningsstrategier upplevdes som betydelsefullt. Dessa varierade avsevärt mellan individerna.

” jag använder riktigt smör i små mängder, inte lättmargariner. Jag låter smöret stå framme så blir det mjukt och man tar mindre”  
” Jag fortsatte med det jag gjort här, recepten. Jag köpte nyckelhålsmärkt”  
” Jag åt inga såser o bakverk”  
” Jag ändrade till lite lättprodukter”  
” Man hade Lena i bakhuvudet”.  
” Innan käkade jag över huvud taget inte fullkornsbröd och såna saker. Det går automatiskt nu”  
” Jag uteslöt allt socker och nästan allt salt” Jag odlade kryddor istället och använde i matlagningen”  
” Man har aldrig behövt försaka någonting. Det gäller att äta rätt och lagom”  
” Jag kollar vikten en gång per år. Ser jag att jag gått upp för mycket – då får man verkligen ta tag i det. Man får tänka lite mer på vad man äter och försöka röra sig lite mer.”

Att öka sitt intag av vätska/vatten upplevdes av flera som svårt i längden. Någon hade utarbetat sin egen copingstrategi genom att placera vattenkannor på strategiska platser i vardagen för att inte glömma att dricka.

### *Ansvar och konsekvenser*

Ta eget ansvar och ta konsekvenser av sitt beteende var också kommenterat i samtalen. Att ha möjlighet till långvarig uppföljning m viktkontroller upplevdes också som en möjlighet att stärka motivationen.

”Man skulle behöva uppföljning med jämna mellanrum”  
”Då jag gått upp har Lenas röst kommit med på axeln igen ” var är tallriksmodellen?”

### *Långsiktiga mål*

Att utmana sig själv genom att sätta upp långsiktiga mål och att kunna hålla sin nya livsstil ingav ökad självkänsla liksom ökade kunskaper om hälsa, kroppens funktion och faktiska behov.

” Jag har gått upp en del men inte släppt det så långt som när jag startade. Jag försöker göra något åt det mellan varven i all fall”  
” Jag har fått in det i ryggmärgen på nåt vis. Jag kan inte leva på nått annat sätt idag.”  
”Just glädjen över att veta hur man bär sig åt för att må bra och känna sig rörlig.”

### *Livsstilsförändringar som har varit lätta att fortsätta med*

Livsstilsförändringar är svåra att genomföra och framför allt svåra att bibehålla under lång tid. – resten av livet. De är nödvändiga för att inte åter gå upp i vikt.

Mer motion och minskat fettintag uppgav 11 patienter att de fortfarande använde.

10 personer nyttjade mindre matportioner.  
Ökat fiberintag uppgav 9 st.  
5 personer hade minskat sitt alkoholintag.  
8 i studiegruppen uppgav att de hade minskat på sockerintaget  
7 personer hade behållit ett ökat vätskeintaget.  
3 personer har fortsatt med alla förändringar.  
2 har fortsatt med 2 förändringar varav ” minskade matportioner” är gemensamt.

### 3.1:2 Försvårande faktorer

#### *Att tappa fokus*

Att bibehålla fokus var en kommentar som återkom i samtalen och som upplevdes som viktig för att nå resultat. Man upplevde det lätt att tappa fokus och därigenom förlora sin motivation, om det hände oplanerade saker i omgivningen, ex sjukdom och/eller relationsproblem, arbetslöshet. Det framkommer med tydlighet att man vid psykisk och fysisk ohälsa eller relationsproblem tappar kontroll, vilket ofta leder till tröstätning. Graviditet upplevs som en ursäkt att släppa alla nya vanor eftersom man ändå går upp i vikt och ändrar kroppsform.

” När man inte mår bra för övrigt är det svårt att fokusera!”

” Svårt när det händer saker i privatlivet”

” Svårt att hålla fokus på att sköta om sig själv och sin kropp”

” Mår man dåligt eller har det jobbigt då äter jag”

De flesta har en kvarstående egenkontroll av vikten som pendlar lite upp och ner. Man släpper inte kontrollen helt.

” När man inte mår bra för övrigt är det svårt att fokusera!”

” Svårt när det händer saker i privatlivet”

” Mår man dåligt eller har det jobbigt då äter jag!”

” Att äta är det enda roliga jag har”

” När man har jobbigt hemma går jag upp i vikt”

” Graviditeten förstörde det hela.”

” Jag släppte all fokus då jag blev gravid.”

#### *Livsstilsförändringar som har varit svårast att genomföra och hålla fast vid*

Vissa vanor kan vara svårare än andra att ändra och upprätthålla. Drygt hälften av gruppen ansåg att det svåraste varit att minska och vidmakthålla ett lågt sockerintag. Även att dricka mer upplevdes som svårt av en tredjedel av gruppen. Regelbundna måltider, att motionera och äta mindre matportioner upplevdes som svårt av enbart en femtedel. Ett fortsatt minskat alkoholintag upplevdes inte som svårt av någon utifrån denna frågeställning.

### 3.1:3 Påverkan av viktnedgången på livskvalitet och välbefinnande

Tretton individer upplevde att deras livskvalitet hade påverkats gynnsamt av deras viktneigång. En tyckte sig inte se någon påverkan och en individ hade avstått att svara. Välbefinnandet hade förbättrats såväl i fysiskt som i psykiskt avseende och en ökad självinsikt hade utvecklats.

” Jag mårde så mycket bättre. Många kilo försvann och jag orkade röra på mig.”

” Jag är pigg och fått energi. Folk säger att man strålar på ett helt annat sätt.”

- ” Min livskvalitet har blivit mycket bättre”
- ” Jag tycker jag är snyggare i kläderna”
- ” Jag tycker inte min livskvalitet blivit något bättre. Har haft tråkigheter i familjen!”
- ” Man blir ledsen och får dåligt samvete då man flipprat ut. Det blir lätt med negativa tankar.

#### *Fysiskt välbefinnande*

- ” Fördel att vara mera rörlig”
- ” Konditionen förbättrades!”
- ” Sedan jag börjat motionera försvann ryggsproblemen!”
- ” Det är en fördel att var mer rörlig”
- ” Konditionen förbättrades”
- ” Har inte lika ont i ryggen som jag hade förut”
- ” Man orkar mer!”
- ” Jag tror alla prover blev bättre.

#### *Psykiskt välbefinnande*

- ” Jag tänker mer på mig själv”
- ” Jag måste tycka om mig själv”
- ” Man blev snällare hemma!”
- ” Jag vet att det är möjligt och att jag faktiskt kan”
- ” Jag har bättre kontroll över humöret”
- ” Har bättre relationer till närstående”
- ” Ta tag i sitt egna liv – kunna påverka sin egna situation”
- ” Har fått en ökad medvetenhet rent generellt”

## 3.2 Mätningar - hårddata

Förutom intervjuerna vägdes deltagarna och längden mättes. Deras vikt jämfördes med ingångsvikt och vikt vid förra studien. Studiedeltagarnas blodtryck mättes också och jämfördes med inskrivningsblodtryck

**Tabell 1 Utveckling av medelvikt och medel-BMI**

	Vikt kg (M)	BMI (M)
År 0	93	34,3
År 5	82,7	30,5
År 10	85,6	31,9

Medelviktreduktionen efter 9-10 år motsvarade en medelviktreduktion på 9,2% och en medel- BMI-minskning på 2,4.(BMI= massa/längden x längden)

Analyserar vi viktförändringarna individuellt finner vi att av de 15 kvinnor som ingick i studien hade 13 av dem. fortsatt gå ner i vikt sedan uppföljningen 2004. De två som hade gått upp i vikt påvisade en blygsam viktuppgång på 0,3 respektive 2,6 kg. Man kan förvänta en normal åldersrelaterad viktuppgång med 1 kg per 10 år.

Viktnedgången varierade mellan 1,1 kg och 22,7 kg med en medelviktreduktion på 7,4 kg nu 9-10 år efter påbörjad intervention.

Man fann en klart signifikant viktnedgång mellan inskrivning och efter 5 år men ingen signifikans mellan uppföljningen efter 5 år och 9 år. Detta kan förklaras av det låga antalet individer i studiegruppen.

### **Blodtrycksförändring**

Avseende blodtrycksförändringar hade det systoliska blodtrycket stigit signifikant mellan inskrivning och efter 5 år respektive efter 9 år i aktuella studiegruppen. Däremot förelåg inga skillnader avseende det diastoliska blodtrycket.

4 individer har diagnos på hypertoni. 2 stycken av dessa medicinerar med två antihypertensiva läkemedel. 3 individer använder tre blodtryckssänkande farmaka.

### **Diabetesutveckling**

I den primära studiegruppen fann vi en prevalens på 20% diabetiker, övervägande antal i gruppen med BMI > 40. I den aktuella studiegruppen ingick en person med diabetes vid inskrivningstillfället. Inga nya insjuknanden har registrerats i nuvarande studiegrupp vilket kan tala för att den viktnedgång som gruppen gjort har bromsat upp det förväntade antal nya diabetiker.

## 4. Diskussion

Fetma är en svårbehandlad sjukdom som medför ökade risker att utveckla bl. a. diabetes mellitus typ 2 och hjärtkärlsjukdom. Sjukdomstillstånd i rörelse - och stödjeorganen samt psykisk ohälsa är också vanligt förekommande i denna patientgrupp liksom höga sjukskrivningstal. Det har genom åren genomförts olika behandlingsförsök världen över där resultaten varit nedslående. Det har inte heller gjorts några större studier avseende det långsiktiga resultatet av konservativ fetmabehandling. Vi ville med denna studie försöka finna orsaker till varför vissa individer ändå lyckats med en långsiktig viktnedgång.

Det är välkänt att personer som lider av fetma upplever en sämre livskvalitet än normalviktiga. Känslan av nedsatt livskvalitet ökar med högre grad av fetma. Eftersom fetman ofta leder till annan sjuklighet finns också ett samband mellan upplevd försämrad livskvalitet och grad av annan sjuklighet. I SOS-studien (4) har man kunnat se att en bestående viktnedgång lett till en förbättrad upplevelse av livskvalitet och där man också såg ett klart samband mellan känslan av förbättrad livskvalitet kopplad till graden av viktnedgång. I samma studie fann man också att fetma kan utlösa stress och påverka den psykiska hälsan.

I vår studiegrupp framkom ett tydligt samband mellan viktnedgång och ökad livskvalitet uttryckt i ökad rörlighet, förbättrad kondition, minskade fysiska symptom samt förbättrade resultat avseende metabol kontroll. Att kunna hitta snygga kläder fanns också med som en positiv effekt av viktnedgången; ett uttalande som kanske avspeglar den kvinnliga dominansen i vår studiegrupp?! I fråga om det psykiska välbefinnandet uppgavs ökad självkänsla, bättre relationer till omgivningen och en möjlighet att kunna påverka sin egen situation.

Avseende hårddata såsom vikt är det intressant att se att vikten – även om ingen signifikans föreligger - har fortsatt att minska förutom hos 2 individer. Normalt sett kan man förvänta en viktuppgång på ca 1 kg under en 10-årsperiod. Det har dock kommit nya uppgifter att den idag förväntade viktuppgången per dekad istället skulle uppgå till 3-4 kg (6). Detta visar att den aktuella livsstilsinterventionen har haft god effekt.

Nio till tio år efter avslutad intervention var viktnedgången i medeltal 9,2 % vilket får anses som ett gott resultat. Man måste dock beakta att vår studiegrupp utgjordes av personer som i studie ett (4) visat en framgångsrik långvarig viktnedgång. Även om alla livsstilsförändringar inte har följts till 100 % har en del förändringar permanentats och framför allt har flera individer hittat individuella lösningar. Exempelvis har ingen uppgett vikten av regelbundna måltider. Är denna vana etablerad numera?

Redan från början fanns en större andel kvinnor i gruppen 37 av 40 varför vår grupp på detta sätt är representativ för ursprungsgruppen. Varför dominerar kvinnor? Erbjuds inte män viktintervention i samma utsträckning som kvinnor trots att mäns BMI över lag är högre? Finns det någon skillnad idag? Finns det skillnader i medvetenhet hos kvinnor respektive män? En orsak till den kvinnliga dominansen kan vara att kvinnor söker sjukvård i större grad än män. Kvinnor kan också ha fler anledningar att gå ner i vikt än män. Främst lägger kvinnor mer tyngd vid sitt utseende och kläder.

Sättet att motivera till livsstilsförändring kan också utgöra en orsak till den kvinnliga dominansen eftersom det vid tiden för inskrivning i våra viktgrupper saknades kunskap om MI – motiverande samtalsmetodik. Denna teknik, som sprids alltmer, gör det möjligt att på ett evidensbaserat sätt motivera patienter till livsstilsförändringar.(7)

Granskningen av studiegruppens yrkesmässiga sysselsättning kan vara av intresse. Det förelåg en dominans av yrken inom vård och skola. I undersökningen Liv och hälsa 2004 – Hälsan

bland vårdarbetare i Sörmland (8) framkom dock inga skillnader avseende vikt mellan vårdarbetare och andra yrkesgrupper.

Avseende graden av sysselsättning uppgav 7 personer att de arbetade heltid 1997. Antalet heltidsarbetande hade 2004 sjunkit till 3 personer. År 2006 arbetade 4 personer heltid. Beror den relativt stora andelen personer med sjukersättning eller deltidsarbetande ( 6/12, ålderspensionärer ej inräknade) på stigande ålder och därmed minskad ork? Eller har fetman orsakat en nedsatt arbetsförmåga?.

Utifrån intervjuerna såg vi att studiegruppen lade mycket stor vikt vid kosten utifrån antalet uttalanden kopplat till mat, kost. Många angav att ” maten var boven i dramat” Man åt fel, man åt för stora portioner, man hade ett felaktigt förhållningssätt till mat. Är motivation korrelerat till hur man lätt eller svårt man upplever de olika livsstilsförändringarna? Att inse själv att man behöver gå ner i vikt är en motivationsfaktor som framkommer av resultaten.

Att delta i en viktintervention i form av gruppverksamhet upplevdes som positivt över lag, där gruppdynamiken var avgörande. Flertalet av deltagarna tyckte också att matlagning i grupp gav en ytterligare dimension till det övriga programmet. Den positiva uppfattningen om gruppintervention är sannolikt baserad på att alla studiedeltagarna valt att gå i grupp och att de har lyckats med sin viktnedgång.

Finns det samband mellan hur lätt eller svårt man upplever att genomföra de olika livsstilsförändringarna och faktisk långvarig viktnedgång? Efter analys av hur studiegruppen bedömt vilka livsstilsförändringar som varit lätta att hålla kvar korrelerat till viktnedgång kan inte samband ses avseende hela gruppen men de 8 individer som gått ner mer än 8 kg angav att det var svårt att minska sockerintaget, vilket man ute i praktisk verksamhet redan haft en känsla för.

I vår förra studie kunde vi visa att de individer som hade störst förändringsbenägenhet, d.v.s. upprätthållit de nya förändrade kost- och motionsvanorna också gick ner mest i vikt följt av dem som ändrat sin livsstil till viss del. Där såg vi att de som endast hade kvar förändrade motionsvanor hade gått ner mer än de som endast hade kvar de förändrade kostvanorna.

Utifrån detta resonemang kan man säga att instrument för att mäta motivation hos en individ som ska genomgå ett viktprogram bör innehålla frågor om vem som initierat deltagandet och om hur beredd man är att förändra olika livsstilsfaktorer.



## 5. Slutsats

Sammanfattningsvis har vi funnit att patientens egen vilja och att patienten tar initiativ att delta i ett viktprogram är framgångsfaktorer avseende långvarigt bestående viktreduktion i grupp. Att få en ökad kunskap om kost, motion och en hälsobefrämjande livsstil i övrigt, visade sig vara ytterligare en viktig framgångsfaktor.

De livsstilsförändringar som varit lättast att genomföra och bibehålla är fortsatt ökad motion, att äta mindre mängd fett, mindre matportioner och ett ökat fiberintag.

Svårast har varit att minska och bibehålla ett minskat sockerintag och att fortsätta med ett ökat vätskeintag.

Kan dessa resultat leda till en metod för att hitta de patienter som är motiverade och förberedda att göra livsstilsförändringar och därmed lyckas i sin fetmabehandling?

” Motivation = Målets attraktivitet x Sannolikheten att uppnå målet ”är formeln för motivation enligt den finländske psykiatrikern Ben Furman (9).

Då en vårdgivare bedömer, att en individ bör göra livsstilsförändringar för att uppnå en bättre hälsa och/ eller förebygga olika sjukdomstillstånd, bör ett motivationssamtal erbjudas.

Därefter vore det önskvärt att inför en livsstilsintervention tillsammans med patienten kunna bedöma patientens i tiden aktuella förutsättningar för att lyckas. Ett bedömningsinstrument för att spegla patientens position i förändringsprocessen skulle leda till att de knappa viktmnskingsresurser som idag finns skulle utnyttjas till motiverade individer och att mindre motiverade patienter slipper ytterligare ett misslyckat viktmnskingsförsök.

En uppgift för ett kommande utvecklingsprojekt?

### Tillkännagivanden

**Tack** till alla patienter som ställt upp och deltagit i våra studier dels 2004 dels 2007. Utan deras medverkan hade detta arbete inte varit genomförbart.

Stort tack till vår handledare Eva- Maria Annerbäck för allt tålamod, kunskap i vetenskapligt arbete samt synpunkter under arbetets gång.

## Referenser:

1. Liv & Hälsa 2004. Befolkningsundersökning i Sörmland, Landstinget Sörmland
2. Persson U, Svensson M, Ödegaard K 2004. Kostnadsutveckling i svensk sjukvårdrelaterad till övervikt och fetma. Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE), Landstingsförbundet. [www.ihe.se](http://www.ihe.se)
3. Torgerson J S, Hauptman J, Boldrin M N, Sjöström L 2004. Xenical in the prevention of diabetes in obese subjects (Xendos). Diabetes Care 2004 Jan 27(1)
4. Karlsson J. Health-related quality of life in obesity (SOS-studien). Avhandling. Göteborgs Universitets; 2003. ISBN 91-628-5678-2
5. Portström M, Tidblom L 2006. Beteendemodifikation vid övervikt- och fetmabehandling – en 5-årsuppföljning. FOU-centrum sektionen för allmänmedicin (AMC), Landstinget Sörmland. Rapport 1:2006.
6. Lindroos A-K, Rössner S 2007. Fetma - från gen till samhällspåverkan. Studentlitteratur AB.
7. Barth T, Näsholm, C 2006. Motiverande samtal – MI; att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor. Studentlitteratur AB
8. Granström F 2007. Hälsan bland vårdarbetare i Sörmland. FOU-centrum, Landstinget Sörmland
9. Furman B 2000. Formeln för motivation (i muntligt framförande)

**Bilaga 1**  
Intervjumall

**Intervjumall**

Pat nr :

I vår studie 2004 tillhörde Du den grupp som gått ner mer än 5 kg i vikt. Vi vill därför försöka kartlägga vilka faktorer som gjort att Du varit så framgångsrik i din viktnedgång.

Vi kommer prata runt ett antal frågor kring din viktnedgång och hur Du lyckats gå ner och bibehålla vikten fram till studien. I samband med detta spelas samtalet in så den andra av oss får ta del av dina synpunkter. Innehållet på bandet betraktar vi som journalhandling och är därför sekretessbelagt och kommer förstöras efter att studierapporten skrivits.

**Först några bakgrundsfrågor:**

**Kön:** ( ringa in korrekt alternativ)      kvinna                              man

Nuvarande **ålder:**

**Civilstånd**    97/98.....  
Nuvarande.....

**Yrke:**.....

.....

**1. Nuvarande sysselsättning:** (ringa in korrekt alternativ)

arbetssökande                               studerade

har arbete                                       annat

.....

**2. I samband med viktgruppen 1997/98 var Du** (ringa in korrekt alternativ)

arbetslös                                       studerade

hade arbete                                       annat.....

**3. Vad tycker Du var avgörande för att Du klarade gå ner i vikt?**

.....  
.....  
.....

**4. Vad tycker Du var avgörande för att Du klarade att bibehålla vikten till 2004?**

.....  
.....  
.....

(Varför just du och inte alla andra?)

**5. Hur har det gått sedan?**

.....  
.....  
.....  
.....

**6. Hur tycker Du din viktning fram till 2004 påverkat din livskvalitet?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

förbättrat denna

varken förbättrat eller försämrat

försämrat denna

**7. Vad gjorde att Du bestämde Dig från början att göra något åt din vikt? (flera svarsalternativ)**

min läkare rekommenderade viktning

någon annan personalkategori inom vården rekommenderade viktning

vilken?.....  
.....

jag själv insåg att jag behövde gå ner i vikt

jag mådde fysiskt dåligt av min vikt

jag mår psykiskt dåligt av min vikt

annat.....  
.....  
.....

**8. Vilka livsstilsförändringar har varit lättast att fortsätta med? (flera svarsalternativ)**

regelbundna måltider

fortsatt motion

fortsatt ökat fiberintag

fortsatt minskat sockerintag

fortsatt minskat fett intag

fortsatt minskat alkoholintag

mindre matportioner

ökat vattenintag

annat?.....  
.....  
.....  
.....

**9. Vilka livsstilsförändringar har varit svårast att hålla fast vid? /flera svarsalternativ**

regelbundna måltider

fortsatt motion

fortsatt ökat fiberintag

fortsatt minskat sockerintag

fortsatt minskat fett intag

fortsatt minskat alkoholintag

mindre matportioner

ökat vattenintag

annat.....  
.....  
.....

**10. Vilken/ a kunskap/er tror Du var de viktigaste för Din viktnedgång?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Kommer Du ihåg vad vi gjorde i gruppen? Vilken/ vilka moment i viktgruppens program tyckte Du var viktigast?**

.....  
.....  
.....

**11. Hade Du diabetes vid inskrivningen 1997/98?**  ja  nej

**12. Hade Du utvecklat diabetes vid studien 2004?**  ja  nej

**13. Har Du fått diabetes efter studien 2004?**  ja  nej

Stort tack för Din medverkan!

Marie och Lena

Patientnummer

Parametrar:

Längd,

vikt,

BMI,

BT



**FoU-centrum/CKFD**  
Landstinget Sörmland  
Kungsgatan 41, 631 88 Eskilstuna  
Tfn: 016-10 54 00

[www.landstinget.sormland.se/fou-centrum](http://www.landstinget.sormland.se/fou-centrum)

**R&D Centre/Centre for Clinical Research**  
Sörmland County Council  
Kungsgatan 41, 631 88 Eskilstuna  
Sweden