



SEKTIONEN FÖR HÄLSA OCH SAMHÄLLE
Specialistutbildning med inriktning mot distriktssköterska, 75 hp
DS8150 Examensarbete i omvårdnad 15hp

Interventioner för livsstilsförändring avseende kost och fysisk aktivitet inom primärvården

Datum: 2009-04-20
Författare: Anne Toivonen Kastarinen

Handledare: Berit Andersson
Examinator: Kerstin Samarasinghe

Interventioner för livsstilsförändring avseende kost och fysisk aktivitet inom primärvården

Författare: Anne Toivonen Kastarinen

Handledare: Berit Andersson

Litteraturstudie

Datum 2009-04-08

Sammanfattning

Bakgrund: Livsstilsrelaterad ohälsa på grund av ohälsosamma kostvanor och fysisk inaktivitet ökar och trots kunskaper om hälsosam livsstil är det svårt att tillämpa denna kunskap vid livsstilsförändring. Rådgivning inom primärvården är ofta ytlig och saknar väsentliga element som främjar beteendeförändring. **Syfte:** att belysa interventioner för livsstilsförändring avseende kost och fysisk aktivitet. **Metod:** en allmän litteraturstudie genomfördes och tio vetenskapliga artiklar analyserades och sammanställdes. **Resultat:** Resultatet presenteras i två huvudkategorier; utformningen av interventionerna och deltagandet i dem. Utbildning, hjälp till beslutsfattande, målsättning, feedback, socialt stöd och uppföljning identifierades som viktiga element för att uppnå effekt vid livsstilsförändring för kost och fysisk aktivitet. Interventionerna, som alla hade visat positiva effekter angående kost, fysisk aktivitet eller feedback från deltagarna, genomfördes av bland andra dietister, läkare och sjuksköterskor och deltagarnärvaron var i allmänhet hög. Vid de sjuksköterskeledda interventionerna som genomfördes inom primärvårdens rutinmässiga verksamhet var närvaron över 88 % och distriktssköterskor identifierades som en lämplig yrkesgrupp för genomförandet av livsstilsinterventionerna. **Slutsats:** Multi-nivå interventioner borde användas för beteendeförändring avseende kost och fysisk aktivitet och engagerade distriktssköterskor utgör en idealisk yrkesgrupp för genomförandet av dessa interventioner inom primärvården då även samarbete med andra yrkesgrupper lätt kan etableras.

Nyckelord: livsstil, livsstilsförändring, kost, fysisk aktivitet

Interventions for Change of Lifestyle with Respect to Diet and Physical Activity in Primary Health Care

Author: Anne Toivonen Kastarinen

Supervisor: Berit Andersson

Literature review

Date 2009-04-08

Abstract

Background: Ill-health related to unhealthy lifestyle is increasing and despite existing knowledge about healthy lifestyle it is difficult to change behaviour. Counselling in the primary health care is often superficial and without critical elements for behaviour change. **Aim:** The aim of this paper is to elucidate interventions for change of lifestyle with respect to diet and physical activity. **Method:** A literature review was carried out and ten scientific articles were analyzed and compiled in two main categories: design of these interventions and participation in them. **Results:** Education, decision making, goal setting, feedback, social support and follow-up were identified as critical elements for behaviour change. The interventions that all showed positive effects on diet, physical activity or feedback from participants were mainly carried out by dietitians, physicians and registered nurses. The participation was generally high. Interventions carried out in routine primary health care by registered nurses demonstrated participation over 88 % and the primary health care nurses were identified as appropriate professionals for the interventions. **Conclusion:** Multilevel Interventions for change of lifestyle with respect to diet and physical activity should be used for behavioural changes and motivated district nurses constitute an ideal group for conducting interventions in primary health care setting that also permits a natural cooperation with other health professionals.

Keywords: Lifestyle, Change of lifestyle, Diet, Physical activity

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	5
SYFTE	7
Specifika frågeställningar	7
METOD	7
Design och datainsamling	7
Urval	8
Analys	8
Etiska överväganden	9
RESULTAT	9
Utformning av interventionerna	9
Deltagande i interventionerna	10
Sammanfattning av resultat	14
DISKUSSION	14
Metoddiskussion	14
Resultatdiskussion	15
SLUTSATS	20

REFERENSER

Bilaga 1 Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Bilaga 2 Artikelöversikt

BAKGRUND

Livsstilsrelaterad ohälsa på grund av ohälsosamma kostvanor och fysisk inaktivitet ökar och trots kunskaper om hälsosam livsstil är det svårt att tillämpa denna kunskap vid livsstilsförändring (Poskiparta et al., 2006). I primärvården förekommer ett systematiskt hälsoarbete i form av rutiner och program bland annat beträffande övervikt, matvanor och fysisk aktivitet (Statens folkhälsoinstitut, 2005). Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer (2008) finns det stor efterfrågan på kunskap om effektiva tillvägagångssätt i det praktiska arbetet när det gäller livsstilsrelaterad ohälsa som berör kost och motion.

Sjuklighet och död i industriländer kan i stor omfattning sättas i samband med ohälsosamma matvanor och den moderna livsstil som alltmer präglas av stillasittande (Statens folkhälsoinstitut, 2005). Dessa faktorer kan leda till bland annat övervikt, fetma, typ 2-diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar.

Industrialiseringen har medfört en omfattande förändring i kostvanor och nivån på fysisk aktivitet i världen (WHO, 2006a). Medan ekonomisk tillväxt och produktivitet lovordas borde dess verkan på ohälsosamma livsstilsfaktorer medvetandegöras i större grad. Ett annat fenomen på ”framgången” är raffinerad snabbmat som hänger ihop med den snabba rytmen i det moderna samhället (Choi, Hunter, Tsou et Sainsbury., 2005). Snabbmaten är lättillgänglig, billig och bidrar till överkonsumtion av kalorier (McInnis, 2003).

Enligt Statens folkhälsoinstitut (2005) var 41 procent av männen och 27 procent av kvinnorna i åldern 16 – 74 år överviktiga i Sverige år 2004. Vidare hade 11 procent av männen och tio procent av kvinnorna fetma. Fetma har fördubblats i Sverige sedan 1980 vilket visar att övervikt och fetma är ett stort hälsoproblem (Statens folkhälsoinstitut, 2005). Body Mass Index (BMI) är ett begrepp för klassificeringen av övervikt och fetma (Jacobs-van der Bruggen, Bos, Bemelmans, Hoogenveen, Wijgen et Baan., 2006). BMI mellan 25 – 29,9 innebär övervikt medan BMI lika med eller större än 30 räknas som fetma. Vidare

finns det evidens att diabetes typ 2 är starkt relaterad till hög BMI och fysisk inaktivitet (a.a.). Cirka 80 procent av dem som har sjukdomen är överviktiga. Diabetes typ 2 är en kronisk systemsjukdom som ger förhöjt blodglukos (Statens folkhälsoinstitut, 2005) och som ofta ger upphov till allvarliga komplikationer, främst i hjärta och kärl med försämrad livskvalité som följd. Prevalensen för typ 2 diabetes är hög och utgör 7 – 14 procent av de totala hälsovårdskostnaderna i Europa och USA (Lauritzen, Borch-Jonsen et Sandbaek., 2006).

Trots utveckling av nya mediciner spelar livsstilsförändring en stor roll i bland annat förebyggande av livsstilsrelaterade sjukdomar såsom till exempel typ 2 diabetes och högt blodtryck (Jallinoja et al., 2007). Förändring av livsstil har funnits vara till och med mer effektiv än läkemedel (Poskiparta, Kasila et Kiuru., 2006). Emellertid är det en utmaning att hjälpa människor att förändra livsstil eftersom människor har lättare att ta till med något snabbt som ”pill for every ill” (Choi et al., 2005) än preventiva steg som kan innebära personliga uppoffringar som en livsstilsförändring innebär (Choi et al., 2005).

Det sjätte folkhälsopolitiska målområdet (Statens folkhälsoinstitut, 2005) handlar om en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård för vilket primärvårdens roll och utveckling har betydelse för förmågan att leva upp till denna målsättning. Endast fem procent av hälso- och sjukvårdens totala kostnader används till sjukdomsförebyggande arbete (a.a.). Vidare framhålls fördelarna med att läkare, sjuksköterskor och andra professionella hälsoarbetare inom primärvården kan motivera individer till hälsosamma vanor (McInnis, 2003). Primärvården når praktiskt taget hela samhället ”ansikte mot ansikte” och det finns gott om tillfällen att kunna påverka människor att förändra ohälsosamma levnadsvanor. Detta görs också men utan större framgång enligt Grandes et al. (2008).

Livsstilsrådgivning om kost och fysisk aktivitet inom primärvården är ofta yttlig och trots att människor ofta har kunskaper om hälsosamma levnadsvanor är det svårt att tillämpa denna kunskap i praktiken (Poskiparta et al., 2006). Målsättning,

problemlösning, hinder för livsstilsförändring och hjälp till att fatta beslut förekommer sällan i rådgivningen. Det är därför en utmaning för primärvården att utveckla nya sätt att främja livsstilsförändring avseende kostvanor och fysisk aktivitet (a.a.). Eftersom det förekommer interventioner som bygger på olika teoretiska modeller och som används i det hälsofrämjande arbetet för livsstilsförändring (Grandes et al., 2008) förefaller det vara relevant att belysa dessa interventioner. Vidare är kunskap om tillvägagångssätt att bedriva ett hälsofrämjande arbete på individ-, grupp- och samhällsnivå är centralt i distriktssköterskans kompetens och livsstil utgör ett av de specifika kompetensområdena för distriktssköterskans verksamhet (Distriktssköterskeföreningen i Sverige, 2008). Med interventioner menas i detta sammanhang konkreta terapeutiska handlingar som syftar till att åstadkomma förändring (Wright, Watson et Bell., 2002).

SYFTE

Syftet var att belysa interventioner för livsstilsförändring med avseende på kost och fysisk aktivitet.

Specifika frågeställningar

Hur var interventionerna utformade?

Hur aktivt var deltagandet i interventionerna?

METOD

Design och datainsamling

Studien genomfördes som en allmän litteraturöversikt (Friberg, 2006) baserad på vetenskapliga artiklar som bygger på empirisk data. Det vetenskapliga underlaget inhämtades både via elektroniska databaser och via manuell sökning. I litteratursökningen (bilaga 1) genomsöktes abstracts och artiklar via databaserna Cinahl, PubMed, SweMed och PsykInfo och Science direkt. I kombination med boolsk operatör ”and” användes sökorden “intervention”, “lifestyle”, ”change of lifestyle”, “diet” och “physical activity”. Två av artiklarna hittades via manuella sökningar.

Urval

Urvalet av artiklar gjordes på ett strukturerat sätt så att materialet gav underlag för forskningsproblemet och frågeställningarna; det vill säga utformning och deltagande i interventioner för livsstilsförändring avseende kost och fysisk aktivitet. I innehållet i de flesta interventioner avseende kost och fysisk aktivitet som förekommer i databaserna (även vid olika kombinationer av sökord och vid förändring av tidsmarginalen) återkommer element som presenteras i denna studie; t.ex. utbildning, målsättning och uppföljning, varför urvalet i denna studie representerar utbudet väl. Inklusionskriterier: vetenskaplig litteratur, både kvalitativa och kvantitativa forskningsresultat som publicerats tidigast år 2005. Endast litteratur om interventioner som berörde kostvanor och fysisk aktivitet inkluderades. Interventionerna skulle vara ämnade åt vuxna och artiklarna skulle vara skrivna på engelska. Exklusionskriterier: Litteratur som avsåg studier gjorda inom slutenvården samt interventioner ämnade för speciella sjukdomskategorier.

Analys

Till litteraturstudien utvaldes tio artiklar (bilaga 2) som svarade mot syftet. Artiklarna lästes igenom flera gånger för att få en översikt av materialet. Kvalitetsgranskning gjordes enligt Fribergs (Friberg, 2006) schema för kvalitetsgranskning av kvantitativa och kvalitativa studier. Ur artiklarna utvaldes och sammanställdes de textavsnitt som svarade mot syftet. Vidare indelades textavsnitten i teman som sedan jämfördes sinsemellan för att hitta likheter och skillnader så att resultat och slutsatser kunde redovisas. Resultatet sammanställdes i två huvudkategorier; utformningen av interventionerna samt deltagandet i interventionerna. Huvudkategorierna delades i sex underkategorier omfattande: utbildning, stöd till beteendeförändring, uppföljning, deltagande i interventioner genomförda av sjuksköterskor, deltagande i interventioner genomförda av andra yrkesgrupper och deltagande i Internetbaserade interventioner.

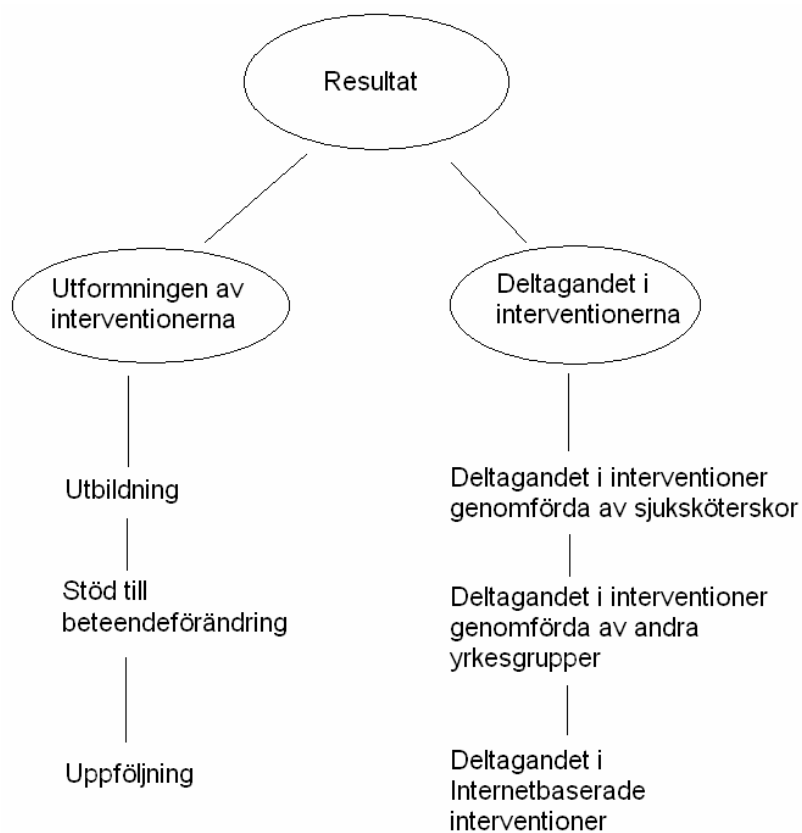
Etiska överväganden

Författaren har en förförståelse att interventioner bestående av flera element är mer effektiva än enbart rådgivning. Förförståelsen grundar sig på att författaren i

sin erfarenhet som sjuksköterska sett att sådana interventioner lett till följsamhet av råd och instruktioner i samband med kliniska prövningar. Vid urvalet av vetenskaplig litteratur eftersträvades objektivitet för att inkludera material som belyst studieproblemet så mångsidigt som möjligt och i överlag eftersträvades en god kvalitet i forskningen.

RESULTAT

Resultatet av litteraturstudien presenteras utifrån de kategorier som framträdde vid analys av artiklarna. Dessa kategorier framgår av nedanstående modell.



Figur 1. Översikt över resultatet

Utformningen av interventionerna

Gemensamt för interventionerna (Absetz et al., 2007; Aldana et al., 2006; Brekke, Jansson et Lenner., 2005; Jackson, Coe, Cheater et Wroe., 2006; Keyserling et al.,

2006; McCarthy, Yancey, Harrison, Leslie et Siegel., 2006; McCoy, Couch, Duncan et Lynch., 2005; Oenema, Brug, Dijkstra, de Weerd et de Vries., 2008; Toft et al., 2008; Whittemore, Melkus, Wagner, Dziura, Northrup et Grey., 2009) var att de visat positiva effekter angående kost, fysisk aktivitet eller feedback från deltagarna (bilaga 2). Förutom utbildning/rådgivning var interventionerna utformade av både psykosociala och fysiologiska strategier för stöd till beteendeförändring. Dessa baserades åtminstone delvis på deltagarnas aktuella livsstil och motivation. Även uppföljning i olika omfattning ingick i utformningen av interventionerna. Resultatet presenteras under följande teman: Utbildning, stöd till beteendeförändring och uppföljning.

Utbildning

Alla interventioner (Absetz et al., 2007; Aldana et al., 2006; Brekke et al., 2005; Jackson et al., 2006; Keyserling et al., 2006; McCarthy et al., 2006, McCoy et al., 2005; Oenema et al., 2008; Toft et al., 2008; Whittemore et al., 2009) innehöll information eller teoretiska utbildningsmoment angående hälsosam kost. Det förekom även praktisk utbildning i form av t.ex. måltidsdemonstrationer, schemalagda shoppingrundor, hemuppgifter eller läsning av innehållsdeklarationer på matvaror (Aldana et al., 2006; Brekke et al., 2005; Keyserling et al., 2006). Även kulturell relevans i utbildningen och rådgivningen lyftes upp (Absetz et al., 2007; Keyserling et al., 2008; McCarthy et al., 2006; Whittemore et al., 2009). Någon form av utbildning eller information angående fysisk aktivitet ingick (Absetz et al., 2007; Aldana et al., 2006; Brekke et al., 2005, Jackson et al., 2006; McCarthy et al., 2006; McCoy et al., 2005; Oenema et al., 2008; Whittemore et al., 2009) och praktiska instruktioner i sportanläggning, träningspass eller promenadaktiviteter (Absetz et al., 2007; Jackson et al., 2006; Keyserling et al., 2006; McCarthy et al., 2006) förekom likaså. Vidare betonades utbildning i förebyggande av kroniska sjukdomar såsom diabetes, hjärt- och kärlsjukdom samt cancer (Absetz et al., 2007; Aldana et al., 2006; Brekke et al., 2005; McCarthy et al., 2006; McCoy et al., 2005; Toft et al., 2008; Oenema et al., 2008; Whittemore et al., 2009).

Stöd till beteendeförändring

Deltagarna fick hjälp att fatta beslut vilket kunde ske genom problemlösning efter att hinder till livsstilsförändring identifierats (Absetz et al., 2007; Brekke et al., 2005; Jackson et al., 2006; Keyserling et al., 2006; McCoy et al., 2005; Oenema et al., 2008; Whitemore et al., 2009). Även motivationshöjande element såsom motiverande samtal, moduler (Internetbaserade interventioner) eller t.ex. videofilm förekom i interventionerna (Keyserling et al., 2006; Oenema et al., 2008; Toft et al., 2008; Whitemore et al., 2009). I den Internetbaserade interventionen som genomförts i Holland (Oenema et al., 2008) kunde deltagare som ännu inte bestämt sig för livsstilsförändring fortsätta vidare till en modul med skräddarsydd förstärkning av attityder och motivation till förändring (Oenema et al., 2008). Samtliga interventioner innehöll även någon form av åtgärder för målsättning (Absetz et al., 2007; Aldana et al., 2006; Brekke et al., 2005; Jackson et al., 2006; Keyserling et al., 2006; McCarthy et al., 2006; McCoy et al., 2005; Oenema et al., 2008; Toft et al., 2008; Whitemore et al., 2009). De Internetbaserade interventionerna (McCoy et al., 2005; Oenema et al., 2008) innehöll moduler som kunde vägleda deltagaren till målsättning och planering. Modulerna var anpassade till individens självrapporterade hälso- och livsstilsstatus (a.a.). Deltagarna kunde efter självrapporterad data om sin aktuella livsstil successivt avancera till personligen skräddarsydda förslag för livsstilsförändring avseende kost och fysisk aktivitet och om deltagarna ämnade förändra sin livsstil kunde de fortsätta till en sektion med tillämpningsplaner (Oenema et al., 2008). I interventionen utförd i Australien (McCoy et al., 2005) fick deltagarna, efter att ha fyllt i enkäter för uppskattning av personliga hälsorisker, guidning i tillämpning av instruktioner för livsstilsförändring och för att kunna behålla de nya vanorna.

En familjemedlem (helst den som preparerade måltider hemma), vän eller släkting erbjöds att följa med till möten, vilket underlättade för deltagaren att tillämpa sina kunskaper i vardagslivet (Absetz et al., 2007; Aldana et al., 2006; Brekke et al.,

2005; Jackson et al., 2006; McCarthy et al., 2006; Toft et al., 2008) och deltagande kunde även ske parvis (Aldana et al., 2006; Brekke et al., 2005). Vägledning angående resurser inom kommunen, t.ex. restauranger som serverar hälsosam mat och resurser till fysisk aktivitet förekom (Keyserling et al., 2006) och det förekom även att deltagaren och en vän till denne bjöds på medlemskap i en sportanläggning, vilket ökade sannolikheten att den fysiska träningen verkligen ägde rum (McCarthy et al., 2006).

Feedback gavs till deltagarna på hur de lyckats förändra sina kostvanor och öka fysisk aktivitet (Keyserling et al., 2006; Jackson et al., 2006; McCarthy et al., 2006; Whitemore et al., 2009). Om deltagaren inte lyckats uppnå sina mål fick hon/han vägledning och uppmuntran till att uppnå målen. Hade deltagaren uppnått sina mål förhandlades nya mål (a.a.). I en av interventionerna som genomfördes inom primärvården erbjöds deltagarna motiverande samtal om framgång i livsstilsförändringen uteblev (Whitemore et al., 2009).

Uppföljning

Längden på uppföljningstiden och intensiteten i den skiljde sig mellan de olika interventionerna. Intensiv uppföljning via telefon användes (Brekke et al., 2005; Keyserling et al., 2006) och i en av de sjuksköterskeledda interventionerna (Jackson et al., 2006) följdes deltagarna upp vid varje besök som skedde varannan vecka under ett år. Syftet med den intensiva uppföljningen var, förutom att följa upp målsättningar, även att ge stöd till deltagarna (Brekke et al., 2005; Keyserling et al., 2006). I de flesta av interventionerna ägde uppföljningen rum vid tidpunkterna för utfallsmätningar (Absetz et al., 2007; Aldana et al., 2006; Brekke et al., 2005; Keyserling et al., 2006; Jackson et al., 2006; McCarthy et al., 2006; Toft et al., 2008; Whitemore et al., 2009) men i en av studierna fick deltagarna efter interventionen erbjudande om medlemskap i en förening som skulle hjälpa till att förebygga återfall och hjälpa deltagarna att behålla den nya livsstilen (Aldana et al., 2006).

Deltagandet i interventionerna

Det förekom interventioner som utfördes huvudsakligen av sjuksköterskor inom primärvården (Absetz et al., 2007; Jackson et al., 2006; Whitemore et al., 2009). Både sjuksköterskor och dietister genomförde interventionen gjord i Danmark (Toft et al., 2008) där även läkare var inblandade i samband med hälsokontroller och feedback vid läkarbesök. Två interventioner genomfördes huvudsakligen av dietister (Brekke et al., 2005; Aldana et al., 2006). En av interventionerna genomfördes av både dietist och läkare samt andra yrkeskategorier som inte specificerats (McCarthy et al., 2006) och ytterligare en intervention som utförts i USA genomfördes av en kommunal hälsorådgivare och en kamratrådgivare, det vill säga någon som själv varit i samma situation som deltagaren (Keyserling et al., 2006). Deltagandet i interventionerna presenteras under underkategorier motsvarande yrkesgrupperna: sjuksköterskor, andra yrkesgrupper samt Internetbaserade interventioner.

Deltagandet i interventioner genomförda av sjuksköterskor

Deltagarnärvaron vid individuella samtal respektive gruppsammankomster vid interventioner som genomfördes huvudsakligen av sjuksköterskor inom primärvårdens rutinemässiga verksamhet var över 88 procent (Absetz et al., 2007; Whitemore et al., 2009). I interventionen (Jackson et al., 2006) som genomfördes i en separat mottagning inom primärvården av en sjuksköterska med expertis för övervikt, och där vikten av personlig kontakt mellan behandlaren och deltagaren särskilt betonades, hade 97 procent av deltagarna haft närvaro vid de tre första månaderna. Närvaron under andra kvartalet fram till sex månader och från sex månader fram till 12 månader var 63 respektive 33 procent. Responsen från deltagarna visade även att en sjuksköterska som är motiverad ansågs lämplig att genomföra interventioner (a.a.). Vidare förekom samarbete med en dietist som informerade om kost vid en av sammankomsterna. (Absetz et al., 2007; Whitemore et al., 2009).

Deltagandet i interventioner genomförda av andra yrkesgrupper

Deltagarnärvaron för de individuella sammankomsterna uppgick till 92 procent i interventionen (Keyserling et al., 2006) som genomfördes av en kommunal

hälsorådgivare och kamratrådgivare, medan närvaron för gruppmöten var ca 59 procent. Angående telefonsammankomsterna uppgick deltagandet till cirka 72 procent; d.v.s. 72 procent av telefonsammankomsterna kunde genomföras. Närvaron i interventionen som utfördes i Danmark av både sjuksköterskor och dietister ospecificerat var cirka 47 procent i gruppen som fick interventionen för både kost och fysisk aktivitet (Toft et al., 2008). Interventionerna utförda av dietister visade närvaro på cirka 87 procent (Aldana et al., 2006; Brekke et al., 2005) och i interventionen som genomfördes av läkare i samarbete med dietist och andra yrkeskategorier hade 70 procent av deltagarna varit närvarande på minst en gruppssammankomst (McCarthy et al., 2006).

Deltagandet i Internetbaserade interventioner

De Internetbaserade interventionerna var självmanövrerade och inga personliga, fysiska möten ingick (McCoy et al., 2005; Oenema et al., 2008). Interventionerna kunde besökas obegränsat antal gånger under studietiden och alla tider på dygnet. Hemsidan för interventionen (McCoy et al., 2005) med 10-veckors interaktiv service besöktes cirka 29 gånger per deltagare. Av alla 808 som initialt registrerades i interventionen besöktes modulen för planering av fysisk aktivitet 2487 gånger, modulen för kostplanering 1344 gånger samt sidan för självuppskattning av hälsa och välmående ("Wellness record page") 1792 gånger. I interventionen som utfördes i Holland (Oenema et al., 2008) besöktes programmets webbsida av 81 procent av de registrerade deltagarna i interventionsgruppen, 21 procent av dessa fyllde inte i frågeformuläret vid eftertest. Beträffande kontrollgruppen fyllde 16 procent inte i frågeformuläret vid eftertest.

Sammanfattning av resultat

Resultatet visade att utformningen av interventionerna omfattade utbildning om kost, fysisk aktivitet och riskfaktorer till kroniska sjukdomar och förutom teori ingick även praktisk utbildning i form av till exempel matlagingsdemonstrationer. Vidare fick deltagarna stöd till beteendeförändring genom hjälp till beslutsfattande, målsättning och motivationshöjande åtgärder samt feedback. Även deltagarnas familjemedlemmar uppmärksammades och erbjöds närvara vid

möten och uppföljning av varierande intensitet ingick i interventionerna likaså. De Internetbaserade interventionerna var självmanövrerade och innehöll inga fysiska möten. Deltagande i interventionerna var generellt högt och motiverade sjuksköterskor inom primärvården identifierades som lämpliga att genomföra livsstilsinterventioner.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Utbudet av interventioner angående livsstilsförändring med avseende på kost och fysisk aktivitet är omfattande varför en litteraturstudie inom området är väl motiverad. För att antalet träffar vid sökningarna inte skulle bli alltför stort begränsades antal sökord och för att få så aktuellt material som möjligt begränsades även årtal till att omfatta artiklar från tidigast år 2005. I och med att interventionerna skulle vara inriktade mot vuxna utan några specifika sjukdomsdiagnoser uteslöts även sökorden ”disease” och ”children”. Däremot inkluderades artiklar med interventioner där individer med förhöjd risk till livsstilsrelaterade, kroniska sjukdomar rekryterades. De flesta interventioner genomförs till övervägande del via personlig närvaro på sammankomster och genomförande via Internet förekommer i mindre omfattning. Detta speglas i urvalet i denna studie där åtta av interventionerna (Absetz et al., 2007; Aldana et al., 2006; Brekke et al., 2005; Jackson et al., 2006; Keyserling et al., 2006; McCarthy et al., 2006; Toft et al., 2008; Whittemore et al., 2009) innehöll fysiska möten och två interventioner (McCoy et al., 2005; Oenema et al., 2008) genomfördes via Internet. Vidare är interventioner och kliniska prövningar som bygger på the Diabetes Prevention Study (DPS) ofta förekommande vilket medger inklusionen av de två artiklar (Absetz et al., 2007; Whittemore et al., 2009) som i modifierade versioner bygger på DPS. Urvalet består av fyra artiklar från USA (Aldana et al., 2006; Keyserling et al., 2006; McCarthy et al., 2006; Whittemore et al., 2009) respektive en artikel var från Australien (McCoy et al., 2005), Danmark (Toft et al., 2008), England (Jackson et al., 2006), Finland (Absetz et al., 2007), Holland (Oenema et al., 2008) och Sverige (Brekke et al., 2005).

Representationen är välförsedd när det gäller artiklar från USA och Europa. Däremot saknas artiklar från Afrika, Asien och Latinamerika.

Resultatdiskussion

Litteraturstudiens resultat visade att utbildningen/informationen i interventionerna ökade individernas medvetenhet om betydelsen av hälsosamma kostvanor och fysisk aktivitet för hälsan (Absetz et al., 2007; Aldana et al., 2006; Brekke et al., 2006; Jackson et al., 2006; Keyserling et al., 2008; McCarthy et al., 2007; Oenema et al., 2008; Toft et al., 2008; Whittemore et al., 2009). Information om livsstilsrelaterade kroniska sjukdomar ökade även medvetenheten kring risker med ohälsosam livsstil (Aldana et al., 2006). Utbildning och andra åtgärder som utgick från individens aktuella livsstil och motivation ökade även deltagarnas möjligheter att förstå och ta till sig informationen (Absetz et al., 2007; Jackson et al., 2006; Keyserling et al., 2008; Oenema et al., 2008; Toft et al., 2008; Whittemore et al., 2009). Som distriktssköterska är det väsentligt att basera information och rådgivning på individens aktuella kunskaper och livsstil för att uppnå dessa effekter. Denna slutsats överensstämmer med Elder, Ayala och Harris (1999) som visar att stöd till livsstilsförändring är mest effektivt om den utgår från diskussion om individens aktuella livsstil och när det bygger på personens inre motivation för beteendet.

Vidare visade det sig vara effektivt vid förändring av livsstil att lära individer att praktiskt engagera sig i ett visst beteende eftersom ohälsosam livsstil åtminstone delvis kunde bero på bristande kunskaper i till exempel att köpa hälsosamma matvaror och preparera hälsosamma måltider (Aldana et al., 2006; Brekke et al., 2005; Keyserling et al., 2006; McCarthy et al., 2007). I och med den praktiska utbildningen/instruktionerna i form av matlagningsdemonstrationer och deltagande i guide shoppingturer (Aldana et al., 2006; Brekke et al., 2005) fick individerna hjälp med att integrera utbildningen i sitt vardagsliv.

Då även familjemedlemmar erbjöds att vara med på aktiviteterna (Absetz et al., 2007; Aldana et al., 2006; Brekke et al., 2005; Jackson et al., 2006; McCarthy et

al., 2007; Toft et al., 2008) blev dessa medvetna om deltagarnas mål och ambitioner vilket ökade deltagarnas möjligheter att tillämpa de nya vanorna i vardagsmiljön hemma. Kanske ingen inom familjen uppmärksammar en individs ansträngningar för hälsosam livsstil i vardagsmiljön och omläggning av kostvanor kan till och med orsaka missnöje när måltider med låg fetthalt lagas för familjen vilket kan försvåra livsstilsförändringen. Genom att vara medveten om familjens betydelse vid förändring av livsstil och genom att åtminstone fråga om familjemedlemmarnas attityder kan distriktssköterskan vid sin rådgivning och stöd underlätta livsstilsförändring. Enligt Wright et Leahey (2005) utgör familjen ett system där alla familjemedlemmar påverkar varandra och för att åstadkomma förändring hos en individ är det väsentligt att beakta det system som hennes/hans familj utgör. Även det sociala stödet i form av att i grupp få kommunicera med andra individer med ambitioner att förändra livsstil ökade engagemanget i den önskade beteendeförändringen hos deltagarna (Absetz et al., 2007; Aldana et al., 2006; Keyserling et al., 2008; McCarthy et al., 2007; Toft et al., 2008). Likaså det sociala stödet med avseende på kommunens resurser i form av medlemskap till medhavad vän i sportanläggning samt instruktioner och stöd i att komma igång med fysisk aktivitet (Keyserling et al., 2006; McCarthy et al., 2007) ökade motivationen till den fysiska aktiviteten. Resultatet på litteraturstudien tyder på att gruppmöten och integration av praktiska moment såsom till exempel promenadaktiviteter i verksamheten kan leda till ökad följsamhet till distriktssköterskans rådgivning.

Deltagarna fick hjälp med målsättning och feedback på hur de lyckats med sina mål (Absetz et al., 2007; Aldana et al., 2006; Brekke et al., 2005, Jackson et al., 2006; Keyserling et al., 2008; McCarthy et al., 2007; Oenema et al., 2008; Toft et al., 2008; Whittemore et al., 2009) och uppföljning av varierande längd och intensitet ingick likaså (Absetz et al., 2007; Aldana et al., 2006; Brekke et al., 2005; Jackson et al., 2006; Keyserling et al., 2008; McCarthy et al., 2007; Toft et al., 2008; Whittemore et al., 2009). Målsättning och feedback inspirerade och motiverade deltagarna att fortsätta med livsstilsförändringen och uppföljningen

ökade följsamheten och hjälpte deltagarna att behålla sina nya vanor för kost och fysisk aktivitet under en längre tid. För att uppnå önskade, långsiktiga effekter i samband med livsstilsförändring skulle åtminstone uppföljning rutinmässigt kunna tillämpas vid distriktssköterskans rådgivning. Även intensiteten av uppföljningen har relevans. Elder, Ayala och Harris (1999) menar att det är väsentligt att individen får hjälp att finna strategier för beteendeförändring och att hon/han får feedback på vägen mot sina mål. Vidare är stöd i form av uppföljning nödvändigt för att förebygga återfall och för att befästa framgångar (a.a.).

Genom att uppmärksamma även små förändringar i livsstil kan motivationen höjas och en känsla av misslyckande hos individen undvikas. Denna slutsats överensstämmer med Lindström (2006) som menar att orealistiska förväntningar angående livsstilsförändring hos professionella inom primärvården kan leda till att individen betraktas som ovillig att förändra sin livsstil trots att sjukdom ibland kan förebyggas bara genom att till exempel behålla en aktuell vikt (inte gå upp i vikt) och borde därför betraktas som framgång.

Flera av interventionerna (Absetz et al., 2007; Brekke et al., 2005; Jackson et al., 2006; McCoy et al., 2005; Whitemore et al., 2009) som förekom var ämnade för individer med någon eller några riskfaktorer; t.ex. övervikt, förhöjd risk för hjärtsjukdom eller förhöjd risk för diabetes typ 2. "Högriskindivider" som fått ökad medvetenhet om möjligheten att inte drabbas av, eller att kunna förskjuta på sjukdomar såsom diabetes och hjärt-kärlsjukdom, verkar vara motiverade till livsstilsförändring med avseende på kost och fysisk aktivitet. Med tanke på den ökande prevalensen av övervikt och typ 2 diabetes som ger komplikationer i form av bland annat hjärt- och kärlsjukdomar (Statens folkhälsoinstitut, 2005) skulle många ha nytta av livsstilsinterventioner med beteendemodifierande element. Genom interventioner kan individers beteende påverkas samt framtida sjukdom förebyggas och därför borde interventioner användas som verktyg inom primärvården. Primärvården utgör en miljö där distriktssköterskan kan få individens hela uppmärksamhet och det finns möjlighet att upprepa och förklara

instruktioner och utforska hinder till förändring. Ytterligare en fördel med att genomföra livsstilsinterventioner inom primärvårdsmiljö är att verksamheten tillåter samarbete mellan yrkesgränser som kan komplettera varandra.

Även till synes ringa beteendeförändringar leder till förbättrade hälsoutfall på sikt och kan generera både personliga och samhällsliga vinster (Toft et al., 2008). För att nå större delar av befolkningen borde systemiska och miljömässiga interventioner på kommunal- eller samhällsnivå användas parallellt med individinriktade högriskstrategier. Elder, Ayala och Harris (1999) lyfter upp att framgångsrikt hälsofrämjande och förebyggande av livsstilsrelaterade sjukdomar kräver en allsidig ansats med varierande strategier för beteendeförändring hos individer, primärvårdspersonal och samhället.

Livsstilsinterventioner via Internet visade sig attraktiva på grund av att genomförandet var oberoende av plats och interventionerna var tillgängliga dygnet runt (McCoy et al., 2005; Oenema et al., 2008). En Internetbaserad, individuellt anpassad livsstilsintervention hade dessutom gynnsamma effekter på kostvanor och fysisk aktivitet åtminstone på kort sikt (Oenema et al., 2008). Emellertid saknades den personliga, fysiska kontakten med behandlaren i de Internetbaserade interventionerna (McCoy et al., 2005; Oenema et al., 2008) och även det praktiska stödet i form av t.ex. personlig vägledning till fysisk aktivitet uteblev. Likaså uteblev det sociala stödet i form av fysiska sammankomster och kommunikation med andra i grupp i de Internetbaserade interventionerna (a.a.). För övrigt förutsätter Internetbaserade interventioner tekniska kunskaper kring användandet av dator och Internet vilket inte alla har. Fysiska möten ger möjlighet både till observation av kroppsspråket och omedelbar kommunikation med frågor, svar och följdfrågor varför interventioner med fysiska möten är att föredra inom distriktssköterskans verksamhet enligt författaren. Däremot skulle interventioner levererade via Internet kunna vara mycket gångbara i kombination med interventioner som innehåller fysiska sammankomster. Litteraturstudien visade att

kontakten med behandlaren hade betydelse för individer som deltar i livsstilsinterventioner (Jackson et al., 2006).

Litteraturstudiens resultat visar ett aktivt deltagande i interventionerna (Absetz et al., 2007; Aldana et al., 2006; Brekke et al., 2005; Jackson et al., 2006; Keyserling et al., 2008; McCoy et al., 2005; Oenema et al., 2008; Whittemore et al., 2009) vilket tyder på att multi-nivå interventioner för livsstilsförändring avseende kost och fysisk aktivitet är attraktiva. Dessutom visar resultatet att interventioner kan genomföras inom den rutinmässiga verksamheten inom primärvården och att sjuksköterskor inom primärvården är en lämplig yrkesgrupp för genomförandet av interventionerna (Absetz et al., 2007; Jackson et al., 2006; Whittemore et al., 2009). Distriktssköterskor är idealiskt placerade för att kunna genomföra interventioner för livsstilsförändring. De möter i sin verksamhet dagligen många individer och har möjlighet att identifiera individer i behov av livsstilsförändring som dessutom kan vara intresserade av att delta i interventioner. För övrigt ligger tonvikten i sjuksköterskans (även distriktssköterskans, egen anm.) utbildning på beteendevetenskap (Lindberg & Wilhelmsson, 2005). För att förebygga livsstilsrelaterad ohälsa borde primärvården utöver rådgivning även kunna erbjuda multi-nivå interventioner för dem som är intresserade att delta i dessa. Forskning visar att individuellt skräddarsydda, långsiktiga interventioner för beteendemodifiering för kost och fysisk aktivitet kan förebygga sjukdom och att det finns efterfrågan på utbildning och stöd till livsstilsförändring hos individer med ökad risk för kronisk sjukdom (Troughton, Jarvis, Skinner, Robertson, Khunti et Davies., 2008).

SLUTSATS

Multi-nivå interventioner för kost och fysisk aktivitet verkar vara effektiva och attraktiva för livsstilsförändring avseende kost och fysisk aktivitet och skulle därför kunna användas som verktyg inom primärvården där även naturliga möjligheter för samarbete mellan olika yrkesgrupper förekommer. Distriktssköterskan träffar i sin verksamhet en stor del av befolkningen och har möjlighet

att identifiera lämpliga individer som kan vara intresserade av att delta i interventioner för livsstilsförändring. Dessa individer borde kunna erbjudas det stöd som interventionerna innebär eftersom det är svårt att förändra livsstil trots kunskap om hälsosamma vanor. Åtminstone borde uppföljningsbesök kunna bokas rutinmässigt för att följa upp hur väl individen följer rådgivning som getts angående kost och fysisk aktivitet. För att nå större delar av befolkningen skulle systemiska och miljömässiga interventioner på kommunal- eller samhällsnivå kunna användas parallellt med individinriktade högriskstrategier.

Mer forskning behövs om klinik- och populationsbaserade interventioner för livsstilsförändring avseende kost och fysisk aktivitet för att kunna erbjuda individer effektiv hjälp vid livsstilsförändring. Vidare bör forskningen fokusera på vad som kan göras för att primärvården ska bli mer anpassad på hälsofrämjande arbete inriktad mot livsstil. Mer forskning behövs även om attityder, motivation och faktorer som påverkar drivkraften hos vårdpersonal samt forskning om vad som bidrar till motivation och förmågan att kunna förändra livsstil hos individer vid behov av livsstilsförändring avseende kost och fysisk aktivitet.

REFERENSER

Absetz, P., Valve, R., Oldenburg, B., Heinonen, H., Nissinen, A., Fogelholm, M., Ilvesmäki, V., Talja, M., et Uutela, A. (2007). Type 2 Diabetes Prevention in the "Real World". *Diabetes Care*, 30.

Aldana, S.G., Greenlaw, R.L., Salberg, A., Diehl, H.A., Merrill, R.M., Thomas, et C., Ohmine, S. (2006). The Behavioral and Clinical Effects of Therapeutic Lifestyle Change on Middle-aged Adults. *Preventing chronic disease*, 3(1), A05.

Brekke, H.K., Jansson, P., et Lenner, R.A (2005). Long-term (1- and 2-year effects of lifestyle intervention in type 2 diabetes relatives. *Diabetes Research and Clinical Practice* 70, 225-234.

Friberg, F. (Red). (2006) Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: Studentlitteratur.

Choi, B.C.K., Hunter, D.J., Tsou, W., & Sainsbury, P. (2005). Diseases of comfort; primary cause of death in the 22nd century. *Epidemiol Community health*, 59, 1030-1034.

Distriktssköterskeföreningen I Sverige (2008). Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska. [Elektronisk] Tillgänglig: www.swenurse.se . Hämtad från WWW 2009-03-14.

Elder, J.P., Ayala, G. X., & Harris, S. (1999). Theories and Intervention Approaches to Health-Behaviour Change in Primary Care. *Am J Prev Med*, 17(4), 275-284.

Grandes, G., Sanchez, A., Cortada, J., Balague, L., Calderon, C., Arrazola, A., & Millan, E. (2008). Is integration of healthy lifestyle promotion into primary care feasible? Discussion and consensus sessions between clinicians and researches. *BMC Health Services Research*, 8(213). [Elektronisk] PDF format. Tillgänglig:

<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/213> . Hämtad från WWW 2009-01-16.

Jacobs-van der Bruggen, M.A.H., Bos, G., Bemelmans, W.J., Hoogenveen, R.T., Vijgen, S.M., & Baan, C.A., (2006). Lifestyle Interventions Are Cost-Effective in People With Different Levels of Diabetes Risk. *Diabetes Care*, 30, 128-134.

Jackson, C., Coe, A., Cheater, F.M., et Wroe, S. (2006). Specialist health visitor-led weight management intervention in primary care: exploratory evaluation. Journal compilation. Blackwell Publishing Ltd.

Jallinoja, P., Absetz, P., Kuronen, R., Nissinen, A., Talja, M., Uutela, A., & Patja, K. (2007). The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25, 244-249.

Keyserling, T.C., Hodge, C.D.S., Jilcott, S.B., Johnston, L.F., Garcia, B.A., Gizlice, Z., Gross, M.D., Savinon, C.E., Bangdiwala, S.I., Will, J.C., Farris, R.P., Trost, S., et Ammerman, A.S. (2008). Randomized trial of a clinic-based, community-supported, lifestyle intervention to improve physical activity and diet: The North Carolina enhanced WISEWOMAN project. *Preventive Medicine* 4, 499-510.

Lauritzen, T., Borch-Johnsen, K.I., & Sandbaek, A. (2006). Is prevention of Type-2 diabetes feasible and efficient in primary care? A systematic PubMed review. *Primary Care Diabetes*, 1 (2007), 5-11.

Lindström J. Prevention of type 2 diabetes with lifestyle intervention-emphasis on dietary composition and identification of high-risk individuals [dissertation] (2006). University of Helsinki. Publications of the National Public Health Institute A 18/2006: Helsinki.

Lindberg, M., & Wilhelmsson, S. (2005). "Vem bryr sig?" Distriktssköterskans förebyggande och hälsofrämjande arbete – ett svårprioriterat uppdrag och en outnyttjad resurs. [Elektronisk] PDF format. Tillgänglig: http://www.lio.se/upload/10481/2005_3_Fammirapport.pdf. Hämtad från WWW 2009-04-02.

McCarthy, W.J., Yancey, A.K., Harrison, G.G., Leslie, J., et Siegel, J.M. (2006). Fighting cancer with fitness: Dietary outcomes of a randomized, controlled lifestyle change intervention in healthy African-American women. *Preventive Medicine*, 44, 246-253.

McCoy, M.R., Couch, D., Duncan, N.D., et Lynch, G.S. (2005). Evaluating an Internet weight loss program for diabetes prevention. *Health Promotion International*, 20(3), 221-228.

McInnis, K. J., (2003). Diet, Exercise, and the Challenge of Combating Obesity in Primary Care. *Cardiovascular Nursing*, 18, 93-100.

Oenema, A., Brug, J., Dijkstra, A., de Weerd, I., et de Vries, H. (2008). Efficacy and Use of an Internet-delivered Computer-tailored Lifestyle Intervention, Targeting Saturated Fat Intake, Physical Activity and Smoking Cessation; A Randomized Controlled Trial. The Society of Behavioral Medicine. [elektronisk],

Poskiparta, M., Kasila, K., & Kiuru, P., (2006). Dietary and physical counselling on Type 2 diabetes and impaired glucose tolerance by physicians and nurses in primary health care in Finland. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 24(4), 206-210.

Socialstyrelsen (2008). Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Hämtad från WWW 2008-12-17. www.socialstyrelsen.se.

Statens folkhälsoinstitut (2005). Folkhälsopolitisk rapport 2005.

Toft, U., Kristoffersen, L., Ladelund, S., Ovesen, L., Lau, C., Pisinger, C., von Huth Smith, L., Borch-Johnsen, K., & Jorgensen, T. (2008). The effect of adding group-based counselling to individual lifestyle counselling on changes in dietary intake. The Inter99 study – randomized controlled trial. *International Journal of Behavior Nutrition and Physical Activity*, 5(59).

Troughton, J., Jarvis, J., Skinner, C., Robertson, N., Khunti, K & Davies, M. (2008). Waiting for diabetes: Perceptions of people with pre-diabetes: A qualitative study. *Patient Education and Counselling*, 72(1).

Whittemore, R., Melkus, G., Wagner, J., Dziura, J., Northrup, V., Grey, M. (2009). Translating the Diabetes Prevention Program to Primary Care A Pilot Study. *Nursing Research* 58(1), 1-12.

WHO. (2006a). Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Diet and Physical Activity: A Public Health Priority. Hämtad från WWW 2008-12-27. www.who.int/dietphysicalactivity/en/ .

Wright, L.M., Leahey, M. (2005). Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention. (4th ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.

Wright, L.M., Watson, W.L., & Bell, J.M. (2002). Familjefokuserad omvårdnad. Studentlitteratur: Lund.

Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Sökning Datum	Huvud sökord Antal träffar	+ Undersökord Antal träffar	+ Undersökord Antal träffar	+ Undersökord Antal träffar	Motiv till exklusion av artiklar	Utvalda artiklar
Cinahl 2009-02-15/Cinahl	Intervention 14893	Lifestyle 324	Diet and physical activity 23			1
PubMed 2009-02-15	Intervention 81013	Change of lifestyle 749	Diet and physical activity 51			4
Science Direkt 2009-02-15	Intervention 31731	Lifestyle 650	Diet and physical activity 49		.	3
2 artiklar från tidigare manuella sökningar via referenslistor						2

Artikelöversikt

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Absetz, P., Valve, R., Oldenburg, B., Heinonen, H., Nissinen, A., Fogelholm, M., Ilvesmäki, V., Talja, M., Uutela, A. Finland 2007	Type 2 Diabetes Prevention in the "Real World".	Att rapportera effektivitet för "The Good Aging in Lahti Region (GOAL) Lifestyle Implementa- tion Trial .	352 medelålders deltagare med ökad risk för typ 2 diabetes rekryterades från vårdcentraler i Päijät- Häme län i Finland. Självrapporterad data från deltagarna ang. utfallsparametrarna för livsstil. Vägning på studiecentra.	6 grupprådgivningstillfällen på 2 timmar var levererade av tränade distriktssköterskor (public health nurses). Rådgivning av dietist vid ett tillfälle. Introduktion till lokala motionsfaciliteter och instruktion för ett träningspass av professionell idrottsfunktionär.	20 % uppnådde minst 4 av 5 livstilsrelaterade utfallsparametrar som omfattade: mindre än 30 % intag av fett, mindre än 10 % intag av mättade fetter, minst 15 g fiber/1000 kcal, medelintensiv fysisk aktivitet 4 h/vecka, mer än 5 % viktnedgång. Mer kvinnor än män bland deltagarna.	God kvalitet. Välbeskrivna teoretiska utgångspunkter. Diskussion kring patientkategorier som deltagit, socioekonomiska förhållanden och könsskillnader diskuterade. Studien följde principerna i "the Declaration of Helsinki".

Artikelöversikt

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Aldana, S.G., Greenlaw, R.L., Salberg, A., Diehl, H., Merrill, R.M., Thomas, C., Ohmine, S. USA 2006	The Behavioral and Clinical Effects of Therapeutic Lifestyle Change on Middle-aged Adults	Att presentera beteendemässig och klinisk effekt av en terapeutisk livsstilsförändringsintervention till frivilliga inom en kommun.	348 frivilliga mellan 24 och 81 år inom Rockfords storstadsområde. Frågeformulär (Block 98 kostformulär) för självrapporterad data om kost. 7-dagars självregistrerad loggbok för stegräknare. Blodprover.	Randomiserad studie omfattande 40-timmars utbildning i form av lektioner under en 4-veckors period. Analys med hjälp av statistiska instrument och program vid baslinjebesöket och efter 6 månader.	Alla variabler för kost och fysisk aktivitet förutom totalt antal steg per vecka och saltintag visade signifikanta skillnader mellan grupperna (mer effekt i interv.gruppen) och även vikt, kroppsfett och BMI hade minskat signifikant mer i interventionsgruppen.	God kvalitet. Kontrollgrupp. Välbeskriven metod. Utförlig metoddiskussion och etiska synpunkter. Teoretiska utgångspunkter beskrivna.
Brekke, H.K., Jansson, P-A., Lenner, R.A. Sweden 2005	Long-term (1- and 2-year) effects of lifestyle intervention in type 2 diabetes relatives	Att undersöka långtidseffekt av intervention för kost- versus kost och fysisk aktivitet samt fastställa 2-års effekter av behandlingarna hos släktingar till individer med typ 2 diabetes	77 friska vuxna mellan 25 – 55 år, släktingar till individer med typ 2 diabetes. Självrapporterad data, mätningar och vägningar samt blodprover.	Allokering i 3 grupper: kostgrupp, grupp för kost och fysisk aktivitet eller kontrollgrupp. Ett fåtal individuella möten och intensiv telefonuppföljning för interventionsgrupperna. Av etiska skäl fick även kontrollgruppen interventionen efter 1 år. Analys med datorbaserade, statistiska analysmetoder.	Signifikant förändring av kostvanor vid 1 år. Kvarvarande effekter även efter 2 år. Vikt och BMI minskade mer i gruppen som fick interventionen för både kost och fysisk aktivitet. Ej generella effekter ang. tiden som ägnats för fysisk aktivitet men störst ökning av fysisk aktivitet hos deltagare som minst aktiva vid baslinjebesöket.	God kvalitet. Välbeskriven metod. Kontrollgrupp fram till ett år. Lång duration.

Artikelöversikt

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Jackson, C., Coe, A., Cheater, F.M., et Wroe, S. England 2006	Specialist health visitor- led weight management intervention in primary care: exploratory evaluation	Att utvärdera effektivitet och uppskattning av en specialist- sjusköterske- ledd mottagning inom primärvården Mottagningens mål: att stödja individer med övervikt till hälsosamt ätande och ökad fysisk aktivitet. .	89 män och kvinnor med BMI > 35 kg/m ² eller BMI > 30 kg/m ² med riskfaktor till kronisk sjukdom. Självrapporterad kostintag (frågeformulär) och självifylld kvalitativ data om hur mottagningen och metoden upplevts. Vägning och kalkylering av vikt av sjusköterska inom primärvården.	Prospektiv ”before and after” studie med individuella sammanskomster med primärvårdssjuksköterska med expertis och träning i övervikt. Samarbete med familjeläkare. Analys av kvantitativ data med hjälp av olika dataprogram för statistiska beräkningar. Kvalitativ data analyserades genom kategoriseringar i teman och med granskning an en annan forskare. Endast deltagare som var med vid alla analystidpunkter (v. 1, 13, 27 och 52) inkluderades i analysen vid v. 52.	Statistiskt signifikant genomsnittlig minskning av vikt och BMI. Intag av kakor, snacks och sötsaker minskade och intag av frukt och grönsaker ökade statistiskt signifikant. Deltagarna uttryckte stor uppskattning för kliniken och identifierade specialistsjuksköterskan som grundläggande för dess framgång.	God kvalitet. Metoden välbeskriven. Teoretiska utgångspunkter beskrivna och etiskt övervägande finns med. En adekvat medtoddiskussion om studiens generaliserbarhet.

Artikelöversikt

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Keyserling, T.C., Hodge, C.D.S., Jilcott, S.B., Johnston, L.F., Garcia, B.A., Gizlice, Z., Gross, M.D., Savino, C.E., Bangdiwala, S.I., Will, J.C., Farris, R.P., Trost, S., Ammerman, A.S. USA 2008	Randomized trial of a clinic-based, community-supported, lifestyle intervention to improve physical activity and diet: The North Carolina enhanced WISE-WOMAN project.	Att fastställa om en klinikbaserad, beteende-inriktad interventionsprogram som betonar användandet av kommunala resurser för kvinnor i medelålder med låg inkomst ökar fysisk aktivitet och förbättrar näringsintag.	236 kvinnor mellan 40 och 64 år med låg inkomst och med liten eller ingen hälsoförsäkring samt tillgång till telefon. Mätning av fysisk aktivitet med hjälp av "accelerometer" (apparat som bärs på kroppen) och frågeformulär om både fysisk aktivitet och matintag. Serum karotenoider via blodprov.	Randomisering till en kontrollgrupp eller till interventionsgruppen som fick både individuella och gruppbaseade interventioner samt material för självkontroll. Kontrollgruppen fick broschyrer om kost och fysisk aktivitet hemskickade. Analys med hjälp av statistiska program.	Bättre näringsintag både ang. självrapporterad och objektiv data i interventionsgruppen. Ej bättre resultat i objektivt mätta utfall angående fysisk aktivitet mellan grupperna.	God kvalitet. Metoden välbeskriven. Kontrollgrupp. Utförlig metoddiskussion. Endast kvinnor.

Artikelöversikt

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
McCarthy, W.J., Yancey, A.K., Harrison, G.G., Leslie, J., et Siegel, J.M. USA 2007	Fighting cancer with fitness: Dietary outcomes of a randomised, controlled lifestyle change inter- vention in healthy African- American women	Att testa effektiviteten av en 8- veckors, kulturellt inriktad kommun- baserad intervention för främjande av hälsosam kost- och fysisk aktivitet Hälsosam beteende- förändring spec. fysisk aktivitet och ökat intag av frukt i fokus.	366 friska, Afrikansk- Amerikanska kvinnor med övervikt eller fetma hos övervägande antal deltagare. Självrapporterad närlingsintag (frågeformulär) vid baslinjebesöket och vid uppföljning efter 12 månader. Analys med hjälp av ett för ändamålet adekvat dataprogram.	Randomisering till antingen interventionsgruppen eller en kontrollgrupp. Deltagarna i interventionsgruppen fick 8 interaktiva gruppsammankomster med teman om kost och fysisk aktivitet. Kostutbildning. Intervju och Individuell feedback från dietist på eget matintag tre gånger under studien. Träninginstruktioner i gym och instruktioner om hur man kan integrera fysisk aktivitet i vardagen. Kontrollgruppen fick 8 gruppsammankomster med andra teman såsom t.ex. menopaus och screening för bröstcancer och fri medlemskap i gym utan ”socialt stöd”.	Intag av frukt och grönsaker förbättrades signifikant i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen vid uppföljning efter 12 månader från studiestart. Fettintaget minskade i båda grupperna. Ingen utvärdering av effekt av fysisk aktivitet. Mer än 70 % av deltagarna var kvar i studien vid uppföljning vid 12 månader. Avsevärd borfall av självrapporterad data om kost. Analys av data om kost på 100 deltagare i interventionsgruppen och 101 deltagare i kontrollgruppen.	God kvalitet. Metoddiskussion. Etiskt övervägande angående studiepopulationen. ang. socioekonomisk bakgrund. Adekvat diskussion om generaliserbarheten av resultatet och bortfallet av självrapporterad kostinformation. Endast kvinnor. Teoretiska utgångspunkter beskrivna.

Artikelöversikt

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
McCoy, M.R., Couch, D., Duncan, N.D., Lynch, G.S. Australia 2005	Evaluating an Internet weight loss program for diabetes prevention	Att utvärdera ett internetbaserat viktminskningsprogram för diabetes prevention	464 män och kvinnor från allmänheten i en kommun. Interventionen var tillgänglig till alla frivilliga vuxna i kommunen. Självrapporterad data från deltagarna. Datainsamling via databas, webbföretag och respons via internet	10-veckors interaktiv service på internet där individerna fyllde i en hälsoriskuppskattning och kunde planera för kost och fysisk aktivitet och få personlig guidning för en lyckad tillämpning och bevarande av beteendeförändring. Analys av användarmönster (anonymt) via webbsidorna, annan (F2L:s egen) databas och respons från deltagare (frågeformulär).	Av 808 individer som registrerades som deltagare fyllde 683 i minst en hälsoriskuppskattning. 464 av dessa enrollerades till viktminskningsprogrammet. Programmet möttes med hög tillfredsställelse av deltagare. Hemsidan för programmet besöktes cirka 29 ggr/deltagare. Inga utfallsparametrar för kost och fysisk aktivitet.	God kvalitet. Välbeskriven metod. Adekvat diskussion kring studiens begränsning. Ingen etisk diskussion.
Oenema, A., Brug, J., Dijkstra, A., de Weerd, I., de Wries, H. Holland 2008	Efficacy and Use of an Internet-delivered Computer-tailored Lifestyle Intervention, Targeting Saturated Fat Intake, Physical Activity and Smoking Cessation.	Att utvärdera kortvarig effekt och användning av en Internet-levererad, dator-skräddarsydd livsstilsintervention riktad mot intag av mättat fett, fysisk aktivitet och rökstopp.	2159 holländsk-talande vuxna över 30 år. Datainsamling via frågeformulärer via E-post och Internet. Användandet av webbsidan kontrollerades via server registreringar.	Randomiserad, kontrollerad studie med före- och eftertest vid baseline och vid 1 månad. Internetbaserad, interaktiv, skräddarsydd intervention. Deltagarna i kontrollgruppen ingen intervention men sattes på väntelista för att få interventionen senare. Självrapporterad data. Användningsfrekvensen av Internetprogrammet kontrollerades genom server-registreringar. Analys av data med multipla linjära och logistiska regressionsanalyser.	Signifikant lägre intag av mättat fett och troligen högre sannolikhet för att de som var mindre fysiskt aktiva vid baseline uppfyllde riktlinjerna för fysisk aktivitet.	God kvalitet. Kontrollgrupp. Välbeskriven metod och adekvat metoddiskussion om generaliserbarhet och tolkning av resultat. Kort duration.

Artikelöversikt

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Toft, U., Kristoffersen, L., Ladelund, S., Ovesen, L., Lau, C., Pisinger, C., von Huth Smith, L., Borch-Johnsen, K., Jorgensen, T. Denmark 2008	The effect of adding group- based counselling to individual lifestyle counselling on changes in dietary intake. The Inter99 study – randomized controlled trial.	Att undersöka effekt av en grupp-baserad rådgivning om kost och fysisk aktivitet som tillägg till individuell rådgivning med avseende på långsiktiga kostförändring ar.	2356 vuxna med riskfaktorer till hjärt- och kärlsjukdom 30 – 60 år i Danmark. Självrapporterad data och blodprover	Randomisering i grupper med enbart individuell rådgivning och individuell rådgivning kombinerad med 6 x 2 h grupp- rådgivning under 4 sexmånaders perioder (en sexmånadersperiod per grupp). Läkar- undersökningar. Uppföljning av deltagare med risk för ischemisk hjärtsjukdom efter ett och tre år. Deltagare som fortfarande i hög risk erbjöds grupprådgivning på nytt. "Lågriskdeltagare" uppföljdes med enkäter. Vid uppföljning efter 5 år erbjöds alla deltagare läkarundersökning och ett individuellt rådgivningstillfälle.	Små men signifikant förbättrade kostvanor vid uppföljning vid 5 år. Tendens till mer bestående livsstilsförändring med grupprådgivning som tillägg till individuell rådgivning jämförd med enbart individuell rådgivning.	God kvalitet. Kontrollgrupp. Teoretiska utgångspunkter beskrivna. Välbeskriven metod. Lång duration.

Artikelöversikt

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Whittemore, R., Melkus, G., Wagner, J., Dziura, J., Northrup, V., Grey, M. USA 2009	Translating the Diabetes Prevention Program to Primary Care A Pilot Study	Att undersöka nåbarhet, tillämpning och effekt av en 6-månaders livsstils- Intervention i primärvården för indiv. med ökad risk för diabetes typ 2.	58 deltagare , 27 i kontrollgruppen och 31 i interventionsgruppen. Data samlades både på organisatorisk nivå och deltagarnivå i samband med besök	Randomisering till antingen utökad standard vårdprogram (1 ssk och 1 dietistbesök) eller till interventionsprogrammet (utökad standardvård och 6 möten med sjuksköterska). Sjuksköterskorna rekryterade testpersonerna (n=58) i den praktiska verksamheten. Mätningar och vägningar. Analys av data med adekvata statistiska metoder.	Programmet nådde en varierande, överviktig studie- population med måttliga inkomster. Medellängden för programmet var 9,3 månader. Närvaron var 98 % och bortfallet var 12 %. Sjuksköterskorna kunde lätt utföra utbildnings-, beteende- och psykosociala strategierna av programmet. Motiverande samtal var svårare för dem. Analyserna indikerade signifikanta trender för för- bättring av kost och fysisk aktivitet i båda grupperna. Deltagarna i interventions- programmet indikerade trender för ökat lipoprotein och fysisk aktivitet jämfört med gruppen för utökad standardvård. 25 % av deltagarna i interventions- gruppen uppnådde målet med 5 % viktminskning jämfört med 11 % i gruppen med utökad standardvård.	God kvalitet. Välbeskriven metod. Presentation av demografisk data och könsskillnader i studiepopulationen. Kontrollgrupp i form av grupp med förhöjd standard vård. Endast ett geografiskt område och kort duration vilket lyfts upp av författarna i studien.