

Vad gör en viktminskning permanent?

Helsingborg 060701
Stefan A. Johansson
Södra Stenbocksgatan 104 B
252 44 Helsingborg
042 13 72 50
0737 59 81 60
stefanajohansson@gmail.com

*“Obesity is not caused by what you eat,
but why you eat”*

D. Berry

Abstrakt

WHO har klassificerat fetma som en sjukdom och den kraftiga ökningen i världen som en epidemi. Olika behandlingsmetoder som används för att reducera övervikt och fetma är kostråd, motion, beteendemodifikation, läkemedel och vid svår fetma kirurgi.

Syftet med uppsatsen är att undersöka vad som finns dokumenterat om motivation och beteendeförändringar i samband med fetma/överviktsbehandling, vad som kan göra en viktnedgång bestående samt att undersöka vad man kan göra för att hjälpa överviktiga patienter till en bestående beteendeförändring.

Litteraturstudien är baserad på sju vetenskapliga artiklar.

Resultatet visar att det är viktigt att sätta upp realistiska mål för behandlingen. Ett mål som ger kliniska hälsoförbättringar och som de flesta kan uppnå är en viktnedgång på 5-10 %. För att behålla en viktnedgång behöver man göra bestående förändringar i livet, både när det gäller mat och motion. Det är framför allt viktigt att etablera ett belöningssystem som inte är matrelaterat.

Det är viktigt att klargöra patientens förväntningar på det engagemang som behövs för att nå målet. Effektiva strategier för beteendeförändring är motiverande samtal och kognitiv beteendeterapi. Det är även viktigt att veta var i förändringsprocessen patienten befinner sig för att kunna ge bästa möjliga stöd. Eftersom det är svårt att förändra etablerade vanor är det viktigt att arbeta preventivt och hjälpa barn och ungdomar att få bra kost- och motionsvanor.

KEYWORDS: obesity, behavior* change, nursing, motivation, treatment, primary care and cognitive behaviour* therapi

Innehållsförteckning

Abstract	3
Innehållsförteckning	4
Inledning	5
Bakgrund	5
Body-Mass Index	5
Tabell 1	5
Midjemått	5
Tabell 2	6
Orsaker till övervikt och fetma	6
Konsekvenserna av övervikt och fetma	7
Behandling	8
Kost och motion	8
Beteendemodifikation	8
Läkemedel	9
Kirurgi	9
Syfte	9
Metod	9
Resultat	10
Vad gör en viktnegång permanent?	11
Vad hindrar att en viktnedgång blir permanent?	13
Vad kan man göra?	13
Diskussion	15
Metodsiskussion	15
Resultatdiskussioner	15
Vad kan man göra?	17
Hur går man vidare?	17
Jag kommer med start i höst att arbeta med en icke medicinsk metod som verkligen fungerar, med bestående effekter. Den ser till de egentliga orsakerna och gör något åt dem.	18
Referenser	19
Artikelpresentation	21

Inledning

Överviktiga har olika utgångspunkter och motivationer till behandling beroende på om det är de själva som söker hjälp för sin övervikt eller en läkare som ser ett medicinskt problem. Ofta finns det ett behov av att försöka förändra både kostvanor och ätbeteende. Enligt erfarenhet söker kvinnor oftast för sina viktproblem, männen söker för följsjukdomarna. Överviktsproblematiken ökar och främst bland yngre vuxna. Ofta mår de även psykiskt dåligt och flera är sjukskrivna för utmattningsdepression. Fler kvinnor än män som söker hjälp för sin övervikt, men männen som söker hjälp har oftast kraftigare övervikt. De flesta människor klarar av att minska i vikt men få klarar av att bibehålla viktnedgången. Det är mycket svårt att förändra ett beteende som man har haft i många år. Det räcker inte bara med undervisning. Det måste finnas en motivation till förändring hos den överviktiga själv för att en beteendeförändring ska fungera. Om det bara är läkaren som tycker att patienten bör minska i vikt brukar kostrådgivning inte resultera i någon viktning.

Bakgrund

Definition av övervikt och fetma

När övervikt definieras handlar det om en vikt där hälsan riskeras. För att kunna bedöma om vikten innebär risk för hälsan måste kroppsvikten ställas i relation till längden men även var de extra kilona sitter har betydelse. De metoder som direkt mäter kroppsfett är komplicerade och kräver speciallaboratorium. Det finns dock ett antal indirekta metoder för att uppskatta mängden kroppsfett (1).

Body-Mass Index

Body-Mass Index (BMI) är den vanligaste indirekta mätmetoden och beräknas genom att vikten (kilo) divideras med längden (meter) i kvadrat (kg/m^2) (Tabell 1). BMI indikerar övervikt men skiljer inte mellan fett- och muskelmassa. Muskler väger mer än fett vilket gör att en vältränad person med lite fettväv får ett högt BMI (1,2).

Tabell 1.

Definitioner av övervikt och fetma enligt WHO (2).

Normalvikt BMI 18,5-24,9

Övervikt BMI 25-29,9

Fetma BMI 30-

Midjemått

Midjemått (eller bukomfång) är ett lätt sätt att mäta mängden bukfett. Det är en bra indikator för hälsofarlig övervikt eftersom bukfetma är en oberoende riskfaktor för metabola komplikationer och hjärt-kärlsjukdomar. Risken för komplikationer är förhöjd även hos normalviktiga med bukfetma. (Tabell 2). Midjemåttet mäts med ett vanligt måttband mitt emellan nedersta revbensbågen och översta spetsen på höftbenet, i de flesta fall blir det i höjd med naveln (1).

Tabell 2.

Gränsvärden midjemått Midjemått (2).

	Män	Kvinnor
Ökad risk för hjärt-kärlsjukdom	94cm	80cm
Mycket ökad risk för hjärt-kärlsjukdom	102cm	88cm

WHO klassificerar fetma (BMI > 30) som en sjukdom och den kraftiga ökningen i världen som en epidemi (3). I Sverige är över hälften av männen och 36 % av kvinnorna överviktiga eller feta varav 11 % av männen och 9 % av kvinnorna är feta. Det betyder att cirka 2,7 miljoner svenskar i åldern 16-74 år är överviktiga och av dem är cirka 630 000 feta. Andelen vuxna med fetma har fördubblats sedan 1980 och andelen överviktiga har ökat med 30 % bland män och 20 % bland kvinnor (4, 5). Vikten har ökat i alla åldersgrupper. Särskilt anmärkningsvärt är att fetma och övervikt även ökar bland yngre. Störst ökning av övervikt kan utläsas i åldrarna under 45 år (6).

Bland yngre kvinnor, 16-34 år, har andelen med fetma sexdubblats sedan 1980/1981. En intressant uppgift är att andelen fetma inte har ökat efter 1998/1999 bland 35-54-åriga kvinnor (4).

Övervikt och fetma är socialt snedfördelat. Fetma är betydligt vanligare bland personer med låg utbildningsnivå än bland högutbildade. Övervikt och fetma har ökat i alla socioekonomiska grupper och oavsett utbildningsgrad sedan början av 1980-talet. Fram till 2002/2003 ökade dock andelen med fetma mer bland arbetare än bland tjänstemän av båda könen. Fetma är vanligare bland kvinnor födda utanför Sverige än bland inrikes födda. Vanligast är fetma bland kvinnor födda utanför Europa (5).

Orsaker till övervikt och fetma

Det finns ingen enskild faktor som orsakar övervikt. Det är ett problem med många olika bidragande faktorer. Övervikt utvecklas av för stort energiintag, för liten energiförbrukning eller båda orsakerna tillsammans. Fetma kan uppstå även när energibalansen är obetydligt rubbad, om det pågår under en längre tid (1).

I dagens samhälle förbrukar människor mindre energi än tidigare. Många tillbringar en stor del av arbetet framför en bildskärm och fritiden framför dator och TV. Fysisk aktivitet utövas numera i stor utsträckning endast som fritidssysselsättning. Kaloriintaget bland stora delar av befolkningen har dock inte anpassats till en mer stillasittande livsstil. Produktionen och energiintaget av mat och godis med hög energitäthet ökade i Sverige under 1990-2002 med ca 5 % (5).

Fetma är ärftligt och genetiska faktorer kan förklara ca 40 % av all fetma. Vanligen krävs det även yttre faktorer för att fetman ska utvecklas. Livsstilsfaktorer som ökat kaloriintag, alkohol, ökad stress och minskad fysisk aktivitet bidrar samtliga till utvecklingen av fetma hos genetiskt predisponerade individer (7). Kvinnors fetma utvecklas ofta i samband med graviditet samt i klimakteriet. Av gravt överviktiga kvinnor anser 40-50 % att graviditeten är den utlösande

faktorn för viktutvecklingen (7). Rökstopp medför normalt en viktuppgång på i genomsnitt 2-3 kg. Vissa läkemedel kan orsaka viktökning t.ex. insulin, kortison och psykofarmaka (2).

Energibalansen bestäms av vårt intag och vår förbrukning av energi. Energiintaget är vad vi äter och dricker. Den totala energiförbrukningen representerar summan av tre delar:

1. Basalmetabolismen, som hänförs till att upprätthålla och bibehålla olika kroppsfunktioner och omsättning av vävnad, utgör ca 60 % av energiförbrukningen.
2. Den termiska effekten av matsmältningen, utgör ca 10 %.
3. Fysisk aktivitet, som för en person med en genomsnittlig aktivitetsnivå utgör ca 30 % av energiförbrukningen, är den mest variabla delen (4).

För de flesta människor är den basala ämnesomsättningen den största delen av det dagliga energibehovet. Den basala ämnesomsättningen skiljer sig inte mellan normalviktiga och överviktiga. Däremot förbrukar normalviktiga mer energi genom högre spontan motorisk aktivitet t.ex. ändring av kroppsställning och omedvetna muskelrörelser. Fysisk aktivitet är allt muskelarbete som ökar energiomsättningen över vilonivån. Energibehovet vid fysisk aktivitet är beroende av ansträngningen och kroppsvikten. Den totala energiomsättningen är på grund av den högre vikten lika stor eller större hos feta än hos normalviktiga trots minskad fysisk aktivitet.

De delarna i energibalansen vi främst kan påverka är graden av fysisk aktivitet och vårt energiintag (1, 2, 7).

Antalet personer som motionerar regelbundet ökar men samtidigt visar den samlade fysiska aktiviteten på en minskande tendens. Andelen svenskar som rör sig för lite och därmed riskerar hälsan ökar. Orsaken ligger bland annat i minskad vardagsmotion (8). Även här finns en social snedfördelning. Andelen som inte motionerar är större bland personer i arbetaryrken och bland lågutbildade än bland tjänstemän och högutbildade (5).

Kosten har en avgörande betydelse för hälsan. Detta gäller både det totala energiintaget och kostens sammansättning. Vissa positiva förändringar har skett när det gäller svenska folkets kostvanor t.ex. har konsumtionen av frukt och grönsaker ökat. Å andra sidan sker en kraftig kommersiell exponering för snabbmat och andra produkter med högt socker - och fetthinnehåll (8).

Konsekvenserna av övervikt och fetma

Risken för en förtidig död ökar med stigande BMI. Det finns starkt stöd för att höggradig fetma fördubblar dödligheten, framför allt under 65 års ålder. Fetma är också en riskfaktor för hjärtinfarkt. Särskilt starka samband finns mellan bukfetma och hjärtinfarkt, speciellt för män (5).

År 1998 var hjärt-kärlsjukdomar orsaken till 47 % av dödsfallen bland män och 49 % av dödsfallen bland kvinnor i Sverige. Hjärt-kärlsjukdomar är även den största gruppen förebyggbara sjukdomar. En stor del av patienterna har under flera år burit på varningssignaler i form av övervikt, bukfetma och diabetes (9).

Fetma utlöser insulinresistens som är ett förstadium till diabetes typ 2. Av dem som utvecklar diabetes som vuxna har 70-90 % fetma. Framför allt ökar bukfetma risken för att utveckla diabetes. Även hjärt-kärlsjukdomar är relaterade till bukfetma, främst via det metabola

syndromet. I det metabola syndromet ingår även insulinresistens, förhöjda kolesterolvärden och hypertoni (1, 2).

Hypertoni är ca tre gånger vanligare bland överviktiga än normalviktiga. Sambandet är starkast hos yngre samt vid långvarig fetma (1, 2, 5). Menstruationsrubbingar, infertilitet, ledbesvär och problem med luftvägar och sömnapné är andra problem som kraftig övervikt kan ge. Även gikt uppkommer i större utsträckning hos personer med fetma (1, 2). Kvinnor med bukfetma har minskade möjligheter att bli gravida. Vid BMI > 27 kg/m² ökar risker för primär ovulatorisk infertilitet (7). Cancer i livmoder, bröst, äggstockar, gallblåsa, bukspottskörtel, lever, njurar och prostata är vanligare vid fetma. Hormonberoende cancerformer har visat sig vara vanligare vid bukfetma (1, 2).

Patienter med fetma har ofta psykosociala problem och sänkt livskvalitet. Många feta behandlas illa i dagens samhälle och mår psykiskt dåligt av sin vikt. Den låga livskvaliteten är jämförbar med livshotande sjukdomar som t.ex. avancerad cancer (1, 2).

En beräkning från Landstingsförbundet visar att de direkta sjukvårdskostnaderna för fetma och dess följsjukdomar är ca 2 % av de totala utgifterna för sjukvården i Sverige, vilket motsvarar ca 3 miljarder kronor (5, 10). Detta bekräftar SBU: s beräkning år 2002 (2).

Behandling

De behandlingsmetoder som används (kost, motion, beteendemodifikation och läkemedel) har hittills enligt SBU: s rapport om fetma generellt en liten effekt på vikten. Den viktreduktion som uppnås har i regel försvunnit efter fem år. Kirurgisk behandling har visat god effekt (2).

Kost och motion

Kostbehandling av övervikt och fetma syftar till att begränsa intaget av energi och därigenom åstadkomma en negativ energibalans, vilket leder till viktnedgång. Oftast ges kostråd i kombination med råd om ökad fysisk aktivitet. Kostbehandling innebär råd om mängder och proportioner av livsmedel, energirestriktion och begränsning av fettinnehåll. Kostbehandling kan också vara inriktad på måltider och måltidsordning, eller på att ersätta vissa måltider med näringspreparat (2). Very Low Calorie Diet (VLCD) motsvarar 400 - 800 kcal/dygn, Low Calorie Diet (LCD), motsvarar 800 - 1200 kcal/dygn. LCD används idag mer än VLCD på grund av likvärdig viktnedgång på sikt men bättre säkerhetsmarginal (11). Under några veckor byts all föda ut mot proteinpulverpreparat t ex Nutrilett eller Modifast, som ger tillräcklig mängd protein av god kvalitet, essentiella fettsyror och dagligt behov av vitaminer och spårämnen. Vanligaste behandlingsperioden är 8-12 veckor (7). Realistiska motionsråd bör komplettera kostrådgivningen vid all överviktsbehandling. En enkel tumregel är att man 2-3 gånger/vecka bör göra något som man byter om för att utöva och duschar efter att ha utfört. En rejäl promenad kan mycket väl vara ett sådant program (12). Livsmedelsverkets kost- och motionsrekommendationer till alla är ½ kg frukt och grönsaker/dag och minst 30 minuters fysisk aktivitet dagligen (4).

Beteendemodifikation

Den process som leder till att människor avsiktligt förändrar beteende och livsstil finns beskriven i flera modeller. I ”Stages of Change”-modellen väljer Prochaska och di Clemente att beskriva förloppet som ett arbete genom olika steg. De talar om före begrundan – begrundan –

förberedelse/ beslut – handling – återfall och stabilisering (13). Rollnick m fl beskriver hur en persons förändrings-beredskap utvecklas fortlöpande – utifrån begreppet ”Beredskap tillförändring”. Personens upplevelse av hur viktig förändringen är för henne samt hur säker hon är på sin förmåga att genomföra den utgör i denna modell två huvudkomponenter i motivation och förändringsberedskap (14). I båda modellerna betonas att ambivalens, osäkerhet och tvekan är ett naturligt och viktigt steg på vägen till förändring. Motiverande samtal är en målinriktad, klientcentrerad samtalsmetod för att motivera till beteendeförändring samt bistå vid förändringsprocessen (15). För att klara en beteendeförändring måste patienten själv ta ställning till sin livsstil. Människan har ett inre behov av att själv bestämma och att känna att hon kan handskas med tillvaron. Det effektivaste sättet att få någon att förändra sina levnadsvanor är att ha patientens ambivalens som utgångspunkt. Man bör fråga efter patientens föreställningar och synpunkter samt acceptera och bekräfta patientens känslor. Diskutera även upplevda för- och nackdelar med beteendet. Ge sedan neutrala faktakunskaper utan att blanda in värderingar (16).

Läkemedel

I Sverige finns två läkemedel mot fetma, Orlistat (Xenical) och Sibutramin (Reductil). Orlistat inducerar fettmalabsorption. Det drar vid passagen genom mag-tarmkanalen med sig ca 30 % av fett i maten. Medicinen har en ”antabusliknande” effekt – håller patienten inte en fettsnål diet får han/hon steatorré. Sibutramin är en centralnervöst verkande hämmare av serotoninadrenalin återupptaget.

Detta ger ett minskat ”sug” efter mat. Indikationer för läkemedlen är fetma med BMI >30 eller övervikt med BMI >27 och samtidigt överviktsrelaterade riskfaktorer som diabetes typ 2 (12).

Kirurgi

Den patientgrupp som för närvarande kommer ifråga för kirurgisk behandling i Sverige är patienter med BMI > 40 eller BMI > 35 samt en komplicerande sjukdom. Årligen behandlas knappt 1000 patienter med fetma kirurgiskt. De kirurgiska operationsmetoder som används i Sverige är gastric bypass och gastroplastiker. De utförs antingen laparoskopiskt eller med öppen operationsteknik, kräver fyra till åtta dagars vårdtid och flera veckors sjukskrivning. Risken för allvarliga komplikationer är 2-5 % och mortaliteten i Sverige under 1990-talet var 0,2 % (2).

Syfte

Syftet med uppsatsen är att studera:

- aktuell forskning om motivation och beteendeförändringar i samband med överviktsbehandling.
- vad som kan göra en viktnedgång bestående.
- vad jag kan göra för att hjälpa mina överviktiga personer till en bestående beteendeförändring som kan leda till en varaktig viktnedgång.

Metod

Arbetet är en litteraturstudie som baserar sig på sjutton vetenskapliga artiklar. De utvalda artiklarna är sökta via databaserna CINAHL, PsycINFO och PubMed. Sökningen av artiklar är begränsad till artiklar publicerade 2000-01-01 till 2006-07-31, med engelsk text och som handlar om vuxna människor. Urvalet har även begränsats av att en del av artiklar inte går att få tag på. Artikel 20 har jag fått direkt av en av författarna.

Resultat

Jag har valt att presentera resultatet med utgångspunkt utifrån mina frågeställningar.

Vad finns dokumenterat om motivation och beteendeförändring vid behandling mot övervikt/fetma?

När patienterna begär hjälp för att förändra sin vikt är de ofta sårbara och som behandlare är det viktigt av att ge hjälp som är både lämplig, mottaglig och stödjande. Beslutet att komma igång med en viktreduktion nås ofta successivt och de flesta patienter gör flera misslyckade försök innan de lyckas (18).

Faktorer som utlöser handling:

- Förlägenhet och förödmjukelse – kommentarer från anhöriga, social förlägenhet.
- Hälsoproblem – hälsovarning.
- Rädsla (för förtidig död).
- Kritiska händelser t ex foton från semester och födelsedagar, att uppnå en viss ålder.
- Utseende (utstrålning) och kläder.

Hinder till handling:

- Förnekelse – inte våga sig, klä sig förståndigt för att dölja vikten.
- Tidigare dåliga erfarenheter t ex tidigare misslyckanden, varit störst i viktgruppen (18).

Livsstilsvanor och ätbeteende är ofta omedvetna vanor. Målet med överviktsbehandlingen är att hjälpa överviktiga bli medvetna om sina vanor och ge dem det stöd de behöver för att på lång sikt ta kontroll över sina liv och förändra livsstilen. Medvetenhet och identifikation är startpunkterna och de första stegen för att identifiera de vanor som är lättast att förändra (19).

Flera artiklar visar på att 5-10 % viktnedgång är ett realistiskt mål för behandling av övervikt och fetma. Viktnedgången ger kliniska förbättringar på blodtryck, kolesterol och blodsocker och det är bevisat att förbättringarna kvarstår om viktnedgången består. Det är idag det rekommenderade målet för överviktsbehandling (19, 20).

Mål kan definieras som orsaken till eller siktet för en handling. Att sätta upp mål är viktigt för möjligheten att kontrollera sitt eget beteende.

Fyra definierade steg för framgångsrika mål:

1. Inse ett behov av förändring
2. Sätta upp ett mål
3. Utvärdera målet
4. Belöning för uppnått mål (21)

Behovsteoribaserade kostutbildningsprogram har varit mer framgångsrika på att åstadkomma kostförändringar än kunskapsbaserade program. Det finns lite forskning om mål för kostförändringar men forskning bland vuxna pekar på att en målsättande procedur verkar leda till förändring (21).

Det är svårt att bedöma i vilket förändringsstadium patienten befinner sig. Stadierna kan variera i olika kostvanor och patienterna kan vara i flera förändringsstadier samtidigt (22).

För att hitta en rimlig nivå på insatserna från vårdpersonalen gjordes en klinisk studie där två behandlingsgrupper med olika intensitet på behandlingen jämfördes. Resultatet gav inget bevis för att intensivare behandling ger en större viktne­dgång (19). Däremot fanns signifikans mellan hög närvaro och viktne­dgång (19, 23, 24). Att ge kontinuerlig feedback och mäta metabolt status under behandlingen verkar vara en viktig faktor för compliance (19).

Ett försök att förutsäga vilka patienter som troligtvis inte skulle komma till en bokad behandlingstid och vilka som skulle gå ner i vikt gjordes av några forskare i London. Ett frågeformulär om hur patienterna kände sig angående tanken på viktminskning, tron på möjligheten att minska i vikt samt engagemanget att göra förändringar skickades ut tillsammans med kallelsen till första besöket. Resultatet blev att inget av det gick att förutsäga. Det starkaste beviset i studien var att de patienter som inte kom till första besöket inte heller skickade in svar på frågeformuläret. Det verkade som om de patienter som var motiverade och redo för förändring i högre grad svarade på frågorna. Forskarna föreslår att man kan skicka ut ett frågeformulär innan kallelse och bara de som svarar får en bokad tid, allt för att minska uteblivna besök (25).

Beredskap kan man föreställa sig både som ett tillstånd och en process. Som ett tillstånd kan man se det som en ”villighet att göra något”. Alternativt kan man se det som en process – att bli redo över tid. Fem faktorer som aktiverar beredskapen från patientens perspektiv är:

1. Patienten inser att en spontan hälsoförbättring inte kommer att ske.
2. En förändring i patientens fysiska kondition tar sig ett nytt uttryck.
3. Patienten upplever sig ha bättre möjlighet att hantera stress.
4. Patienten har tillräcklig energi.
5. Patienten inser att han/hon har adekvat stöttning i att försöka sig på en förändring.

Om en eller flera av faktorerna finns blir patienten redo för att fundera på en förändring (26).

Processen involverar ett upplevt behov av förändring. Att väga för- och nackdelar och när fördelarna överväger, planera för en förändring (26).

Övervikt och fetma har visat sig ha negativ effekt på hälsorelaterad livskvalitet (HRQL). En studie på patienter som deltagit i ett program med kognitiv beteendeterapi visade att HRQL förbättrades under behandlingen men efter ett år kvarstod bara en del av förbättringarna. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan de som behållit viktne­dgången och dem som återgått till ursprungsvikten (27).

Vad gör en viktne­dgång permanent?

Cooper och Fairburn (20) framhåller i sin översiktsartikel att det finns tre huvudsakliga evidensbaserade behandlingsmetoder för fetma/övervikt:

- Kirurgi – rekommenderas till kraftigt feta patienter, BMI 40 eller mer.
- Läkemedel – ger en viktminskning på 5-10 %. Viktminskningen sker oftast inom de första sex månaderna och planar sedan ut. De flesta patienterna fortsätter att vara signifikant överviktiga trots viktminskningen.
- Beteendebehandling – oftast med en kost på 1200 kcal/dag som ger en viktminskning på ca 10 %. Under det första året efter behandlingen går 40 % av patienterna upp igen och de flesta återgår till ursprungsvikten inom tre år (20).

Forskarna identifierar tre huvudsakliga beteendeförändringar bland dem som behåller en

viktnedgång.

1. Bibehålla hög nivå på fysisk aktivitet.
2. Fortsatt konsumtion av mager mat.
3. Regelbundna vägningar (20).

De som behåller vikten uppvisar en serie av mönster som inte bara innebär en viktnedgång utan även andra förändringar i livet. Alla har noterat en ökad medvetenhet om mat under tiden de går ner i vikt. En teknik som är viktig att tillägna sig är kontroll av portionsstorleken, men även motion behöver bli en del av det dagliga livet (28).

Sex huvudmönster har identifierats bland kvinnor som lyckas minska sin vikt och bevara viktnedgången:

- Före viktnedgången hade kvinnorna lågt självförtroende, var sårbara och omedvetna om vilka saker som bidrog till deras viktökning.
- Det fanns ett erkännande av ett problem. Kvinnorna var beredda att vidta åtgärder och hade tagit ett beslut att göra en förändring.
- Kvinnorna tog kontroll över sina liv och engagerade sig aktivt i en beteendeförändring.
- Allt eftersom kvinnorna minskade i vikt införlivades nya vanor.
- Socialt stöd och bekräftelse förstärkte beteendeförändringen.
- Personlig integrering och viktbevarande ledde till minskad sårbarhet och ökat självförtroende, självkänsla och en kontroll av livet (28).

För de flesta kvinnor är främsta orsaken till viktnedgångs försök en önskan om att förändra sitt utseende, men även en önskan om bättre självförtroende och självrespekt. Ett mindre vanligt mål är att få bättre hälsa. Många tror att bara en speciell viktnedgång kan ge det efterlängtda resultatet, som t ex kan vara en ny relation. Det finns ett samband mellan uppsatt mål och uppnådd viktnedgång (22). Det är viktigt att sätta mål som man kan klara av så att man känner sig framgångsrik. Att skapa rutiner för ätande och träning som är internaliserande är kopplat till en perspektivförändring. Det är avgörande att etablera ett belöningsystem som inte är relaterat till mat (29).

Övervikt anses vara ett multifaktoriellt tillstånd bestående av genetiska, kulturella och socioekonomiska beteenden och omständigheter och är därmed ett svårt hälsobeteende att hantera (29). Åtta huvudteman har identifierats för att klara en viktnedgång:

1. Stödande nätverk - behov av ett organiserat program och personer som stöttade.
2. Internalisering kontra yttre omständigheter.
3. Rutiner - extremt viktigt att skapa rutiner och strukturer för ät - och motionsvanor.
4. Återfall.
5. Perspektivförändring - inse att kampen mot övervikten är ett livslångt projekt samt förstå sambandet mellan skuld känslor och överätning.
6. Belöning/bestrafning - hitta en belöning som inte är mat.
7. Känslomässiga problem - utveckla en medvetenhet om orsakerna till överätning.
8. Balans i livet - att hitta tid för sig själv (29).

Vad hindrar att en viktninskning blir permanent?

Cooper och Fairburn (20) anser att det finns två faktorer som är gemensamma för de patienter som misslyckas med att utveckla effektiva strategier för att behålla viktnedgången:

1. De når inte sitt mål och inte heller de förväntade vinsterna av att ha uppnått målet. Som ett resultat av detta överger de sina viktnedgångsansträngningar.
2. De förnekar behovet av tekniker för att behålla vikten och återgår till sina gamla ätvanor och genom detta går de upp i vikt igen (20).

Kvinnor som inte lyckas behålla viktnedgången har inte kunnat göra bestående förändringar i sina liv (28). De flesta patienter vill gå ner 20-30 % av ursprungsvikten. Detta är oftast ett realistiskt mål och i praktiken uppnår få sina mål. De fokuserar ofta på den vikt som fortfarande behöver minskas istället för på de positiva förändringar de uppnått. De flesta patienter negligerar behovet av att aktivt försöka behålla vikten och återgår till sina gamla ätvanor vilket resulterar i en viktuppgång (20).

Flera studier pekar på att de som hoppar av en behandling förlorar mindre i vikt än de som fullföljer (24, 25). En studie gick igenom data från patienter som deltagit i gruppbaseade LCD- och VLCD-program. Vid start ställdes motivationsfrågor angående hur säker man var på att vara engagerad i programmet tills man nått målvikten. Det kom fram ett överraskande resultat i studien. Att ange starkt engagemang bland deltagarna i LCD-gruppen var både signifikant negativt associerat till viktnedgång och till fullföljande av programmet. Behov finns av att klargöra patientens förväntningar angående nivån på det engagemang som behövs för en framgångsrik behandling (24).

Vad kan man göra?

Det är viktigt att ge information och diskutera realistiska mål med patienten innan man börjar ett behandlingsprogram (19). Det är även viktigt att förstå att en dynamisk process, som inkluderar återfall, existerar för patienten under ett viktnedgångsförsök. Att förstå den processen från patientens perspektiv är centralt (29). Försök att hjälpa patienten att förvärva och sedan använda de beteendetekniker och kognitiva reaktioner som behövs för en framgångsrik viktkontroll.

Uppmuntra patienten att ha en stabiliserad vikt som första mål, före viktnedgång. Försök sedan att hjälpa patienten acceptera och värdera den viktnedgång han/hon uppnått (20).

En livsstilsförändring involverar en process av att:

- Lära sig om ett behov.
- Bli motiverad.
- Identifiera eller införskaffa de resurser som behövs för att klara förändringen.
- Genomföra och behålla förändringen (30).

Efter avslutat behandlingsprogram med kognitiv beteendeterapi gjordes en jämförelse mellan fortsatt långvarig behandling och enbart uppföljning. Alla fick ett stödjande terapimaterial om hur man fortsätter med långvariga beteendemodifikationer. Hypotesen var att de som fick fortsatt behandling skulle fortsätta minska sin vikt. Ingen signifikant skillnad framkom mellan grupperna. Enda signifikansen var att högre BMI vid start associerade större viktnedgång. Socialt stöd och professionell hjälp vid återfall, i kombination med detaljerade instruktioner för självständig beteendemodifikation visade sig kunna vara effektiva strategier för ett uppföljningsprogram (31).

Mer än 80 % av alla kvinnor mellan 40 och 60 år uppger att de endera försöker gå ner i vikt eller försöker hålla vikten. Om man lyckas screena vilka som har svårt att uppnå även minimala viktnedgångsmål, skulle man kunna bespara dem framtida besvikelser och göra det möjligt att styra dem till alternativa vägar (23). Närvaro har visat sig vara positivt relaterat till viktnedgång (19, 23). Flera viktnedgångsförsök senaste året och dålig motivation är associerat med en mindre viktnedgång. De som lyckas sämst har haft flera viktnedgångar tidigare, är mer missnöjda med sin kropp, har högre uppfattning om viktens påverkan på jobbet och mer stringenta viktmål. En intressant upptäckt är att individer som uppger högre viktnedgångar som "acceptabla" eller "bra" (individer som ser små viktnedgångar som mindre tillfredställande) minskar signifikant mindre i vikt jämfört med individer som har mindre stränga mål (23).

Vårdpersonal har ofta negativa attityder till överviktiga inklusive en föreställning om personligt ansvar och skuld (18).

Ineffektiva strategier för beteendeförändring är:

- Rädsla, hot.
- Konfrontation och tvång.
- Förmyndarmentalitet (30).

Effektiva strategier för beteendeförändring är:

- Förändringsprocessen, Prochaskas modell i fem steg.

Förändring ses som en serie av olika steg. Modellen är effektiv vid avgörande av det aktuella behovet. Mest effektiv när fokus ligger på att föra personer vidare genom stadierna.

- Motiverande samtal.

Fokus på att hjälpa patienten skingra ambivalensen att göra en förändring. Kan användas i alla förändringsstadier. Lyssna är mer betonat än att tala.

- Kognitiv beteendeterapi.

Fokus på att omstrukturera attityder och missuppfattningar, identifiera hinder till förändring och att hjälpa patienten att förändra sitt beteende och komma över hindren.

Bäst blir resultatet om man integrerar de tre synsätten. Det är viktigt att principerna av motiverande samtal finns med hela tiden. Fokus bör vara mer på lyssnande än talande (30).

Förändringsmodellen kan hjälpa att identifiera de patienter som har mest nytta av viktbehandlingsråd. Strategin för de andra patienterna bör vara att flytta dem till nästa stadium, inte att pressa dem till att gå ner i vikt innan de är redo. Det är viktigt att man är känslig och stödjande i attityder och närmanden. Innan patienterna är redo att göra en förändring behöver de främst stödjas att flytta till nästa stadium (18).

All hälsovårdspersonal måste kunna bestämma hur förändringsbenägen patienten är eller i vilket stadium patienten befinner sig i för att kunna utveckla en behandlingsplan. Vi behöver vara mer öppna för att förstå våra patienters livsmiljö. Den motiverande faktor som oftast förmått patienten att uppsöka oss är en känslomässig angelägenhet. En viktig roll för oss som personal är att hjälpa våra patienter att inse att de har kontroll över sina egna liv. Patienterna är den som slutligen är ansvarig för att göra beteendeförändringen. Undvik att ställa frågan "varför", ställ öppna frågor istället (32). Omvårdnad har en viktig roll att spela när det gäller att skapa förhållanden som stödjer förändringar. Vi behöver ha möjlighet att uppskatta beredskapen för förändring och de faktorer som möjliggör den och sedan ingripa på sätt som underlättar beredskapen (26).

Kostförändringar genomförs inte bara med kunskap. Man behöver sätta upp specifika mål och föra matdagböcker för att uppnå en förändring. Kombinationen av mål och egenkontroll ökar signifikant kostvaneförändringen. För att kunna starta en beteendeförändring måste man ha ett mål. Kunskap är nödvändig men en otillräcklig förutsättning för en kostförändring. För att öka självkänslan och motivationen behöver man sätta nåbara mål, använda egenkontroll och belöna sig själv (33). Överviktiga har högre tendens att underrapportera sitt energiintag än normalviktiga, ett sätt att avslöja det är att upprepa matdagbok flera gånger (19).

Berrys artikel (28) tar upp Newmans omvårdnadsteori om hälsa som en ökande medvetenhet. Teorin stöder uppfattningen om att livsstilsförändringar uppstår när man förstår sina egna livsmönster genom en reflekterande process. Utvecklande medvetenhet uppstår i alla mellanmänniska möten mellan personal och patient.

Diskussion

Metodsiskussion

Det har skrivits mycket om övervikt och fetma under de senaste åren, framför allt i USA. En litteraturstudie med syfte att söka efter aktuell forskning om motivation och beteendeförändringar i samband med fetma/överviktsbehandling visade sig vara ett stort arbete.

Ett problem med arbetet har varit att begränsa och att välja relevanta artiklar. Sökningarna har begränsats till år 2000 tom år 2006 för att finna så nytt material som möjligt. Det har publicerats mycket under 1990-talet. Det fanns inte så många nordiska artiklar som var skrivna år 2000 eller senare. Av de sjuarton artiklarna kommer tio stycken från USA och bara två från Sverige.

Alla artiklar utom en, nr.26, handlar om övervikt eller kostförändringar. Den avvikande artikeln handlar om MS-patienter men tar på ett bra sätt upp förändringsprocessen utifrån patientens perspektiv. Jag tyckte den var mycket relevant i arbetet.

Fyra av artiklarna är litteraturstudier. De har jämfört olika metoder för beteendeförändringar samt undersökt förändringsprocessen. En artikel (30) undersökte tillämpad omvårdnad i patientundervisning. För arbetets syfte är de mycket relevanta.

Resultatdiskussioner

Syftet var att studera aktuell forskning om motivation och beteende - förändringar vid fetma/överviktsbehandling, samt att undersöka vad som kan göra en viktnedgång bestående. Vad jag kan göra för att hjälpa överviktiga/feta patienter att lyckas med en beteendeförändring. Önskemålet var att hitta en fungerande modell att arbeta efter. Syftet har till stor del uppnåtts. Det finns mycket dokumenterat om fetma/överviktsbehandling men inte så många nyheter.

Mycket av det som hittat har bekräftat vad jag trodde eller visste innan. Det märks att det är ett aktuellt ämne eftersom det finns så mycket dokumenterat. Det märks även att övervikt är ett stort problem i USA med tanke på alla studier som publicerats.

De faktorer som utlöser handling som kom fram i Tod och Lacey's arbete (18) stämmer väl överens med de faktorer som utlöser handling även i andra hälsorelaterade problem t ex rökning

och alkoholkonsumtion. Kritiska händelser, social förlägenhet eller utseende är för många den utlösande faktorn. Ett exempel är en patient som ser ett fotografi av sig själv på badstranden och helt plötsligt inser att hon inte ser ut som hon trodde (18). Flera kvinnliga patienter har berättat liknande historier. En kvinna beskrev att hon inte sett sig som fet eftersom hon aldrig tittat längre ner än till halsen. I ansiktet såg hon inte tjock ut. När hon sedan fick se sig i helfigur insåg hon hur tjock hon egentligen var. Mat kan för vissa patienter även vara som ett missbruk eller ett beroende. De kan inte sluta äta när de väl börjat. Oftast är det kolhydratrik mat som överäts t.ex. chips, pasta och sötsaker. Det är mycket vanligt att mat fungerar både som tröst och som belöning.

Det framkommer i flera av artiklarna (20, 21, 29) att man måste ha ett mål som är realistiskt att uppnå för att motivationen ska infinna sig. Många överviktiga vill helst gå ner 30 kg till nästa vecka. Det är svårt att hjälpa patienterna att sätta ett rimligt mål utan att ta bort deras entusiasm och inspiration. De flesta tycker att 10 % av ursprungsvikten (som är det rekommenderade målet) är alldeles för lite. Eftersom 5-10 % viktnedgång kan uppnås av de flesta och det är ett mål som är värt att uppnå ur hälsosynpunkt, blir det en utmaning att få patienterna nöjda om de kan klara den viktnedgången. Det är mycket viktigt att sätta upp mål som man kan uppnå eftersom det finns ett samband mellan uppsatta mål och uppnådd viktnedgång. Att hälsorelaterad livskvalitet förbättras under behandlingen förvånar inte men att den inte kvarstår oavsett resultat är oväntat (27). Jag förväntade mig att de patienter som uppnått sina mål även skulle bevara den förbättrade livskvaliteten.

Ett inte helt oväntat resultat som framkom är att det finns signifikans mellan hög närvaro och viktnedgång (19, 23, 24). Det är de som är mest motiverade som kommer regelbundet till mottagningarna. De andra hittar lättare orsaker till att avboka besöken.

Det finns lite skrivet om bestående viktnedgång och det verkar även vara det som är svårast att lösa. Jag instämmer med de faktorer Cooper och Fairburn (20) kom fram till. För att bibehålla vikten behöver man förstå att man gör en beteendeförändring för livet och alltid måste fortsätta att tänka på vad man äter. Daglig motion och en medvetenhet om vad man äter gör det lättare att hålla vikten. Om man väger sig regelbundet märker man direkt om man ätit mer än man förbrukar och kan förhoppningsvis vända tendensen igen.

Eftersom mat ofta fungerar både som tröst och belöning blir det viktigt att etablera ett belöningssystem som inte är matrelaterat. Det är svårt för någon som alltid tröstat sig med en chokladkaka att helt plötsligt inte få trösta sig med något ätbart. Att belöna sig med något annat än mat är enklare, man kan t.ex. köpa en ny tröja när man klarat första vikt målet. Mat är en stor social del i livet och det är en viktig del i vårt firande av både helger, avslutningar och födelsedagar. Men det är inte de enstaka festerna som orsakat en övervikt eller fetma. Det är vardagsvanorna, det man äter flera gånger i veckan som har betydelse.

Vanor är svåra att bryta. Vanor man kanske haft i hela sitt liv ska man plötsligt förändra och vissa av vanorna kanske man inte ens är medveten om. Första steget i behandlingen av övervikt/fetma måste vara att identifiera vilka vanor som kan och behöver förändras. När det gäller kosten är att föra matdagbok det bästa verktyg jag hittills träffat på. Man skriver upp allt man äter och även när man äter, under några dagar. Om patienten är ärlig mot sig själv och verkligen skriver upp allt han/hon äter blir det en mycket bra bild av matvanorna. I många fall visar det sig att patienten

äter betydligt mer än han/hon är medveten om. Som behandlare är det mycket enklare att ha något konkret att utgå ifrån när man ska försöka hjälpa patienten att hitta vad som är lättats att förändra. Tyvärr är det ganska vanligt att patienterna förskönar sina matvanor när de skriver matdagbok. I bästa fall försöker de äta så bra som möjligt under de dagarna, men oftast ”glömmer” de bort, exempelvis det som de äter mellan huvudmålen.

Många patienter ser kostbehandling som en tillfällig kur. De jämför sig med smalare vänner och tycker att ”*de kan ju äta chips och godis, jag äter inte mer än vad de gör*”. Vad som är svårt att inse är att de aldrig kan äta lika mycket som sina vänner. De vet inte vad vännerna äter i vardagslag och inte hur mycket de rör på sig. Ärftligheten gör även att vissa tål kalorier sämre än andra och har lättare för att öka i vikt.

Om man inte kan göra bestående beteendeförändringar kan man inte behålla viktnedgången. ”*Man måste göra en livsstilsförändring på livstid.*” Det finns ingen tillfällig kur som fungerar i längden. Ska viktnedgången bli bestående måste man alltid tänka på vad man äter men även varför man äter. Det är viktigt att klargöra patientens förväntningar när det gäller nivån på det engagemang som krävs, både för att gå ner i vikt men även för att behålla vikten (24). Det finns alltid ett val – det är patientens ansvar vad han/hon äter. Om de kan ställa sig frågan om de verkligen vill äta det här då blir det ett aktivt val att t.ex. äta en chokladkaka istället för att bara äta det på ren vana. På sikt kan det även bli lättare att välja bort något om man försöker tänka på det sättet.

Vad kan man göra?

Alla som arbetar i sjukvården borde fundera över sin egen attityd till överviktiga/feta patienter. Vad tänker jag som medmänniska när jag möter en överviktig patient? Tycker jag att det är patientens eget fel, att det är ett tecken på dålig karaktär, att han/hon blivit så tjock? Många överviktiga/feta patienter upplever att de blir dåligt behandlade i samhället och det gäller även inom sjukvården.

Alla besvär de söker för relateras till vikten och många upplever att de särbehandlas och inte tas på allvar. Livskvaliteten är ibland mycket dålig, att jämföras med cancerpatienter som fått recidiv (6).

En av de viktigaste uppgifterna som behandlare är att hjälpa patienten att acceptera och värdera den viktnedgång som uppnåtts istället för att sörja det han/hon inte lyckats med. Det är viktigt som behandlare att inte ge upp även om det inte blir något resultat i form av viktnedgång med en gång. Första målet måste alltid vara att sluta gå upp i vikt.

En annan viktig uppgift är att stödja patienten till att förändra en sak i taget. Det är vanligt att patienterna vill göra många förändringar på en gång och efter ett tag orkar de inte utan ger upp. Om jag istället kan stödja dem till att göra en förändring som de känner att de klarar av blir det en positiv reaktion och de kan bli motiverade till att göra en förändring till.

Hur går man vidare?

Det har varit intressant att göra en litteraturgenomgång. I framtiden skulle det vara intressant att ta reda på vilka metoder som används för överviktsbehandling av distriktssköterskorna i Sverige.

En viktig uppgift är att arbeta preventivt. Det är mycket svårare att förändra matvanor man haft under en lång tid, än att lära sig hur man ska äta bra när man är ung. Kan man hjälpa barn och ungdomar att få bra mat - och motionsvanor har de större förutsättningar att fortsätta leva ett hälsosamt liv, förhoppningsvis utan övervikt och fetma.

Jag kommer med start i höst att arbeta med en icke medicinsk metod som verkligen fungerar, med bestående effekter. Den ser till de egentliga orsakerna och gör något åt dem.

Det är en vetenskaplig, framgångsrik och kognitiv behandlingsmetod framtagen av professor Tore Hällström och Lisbeth Stahre, Karolinska Institutet. 10 veckor i grupp en kväll i veckan under 3 timmar (34).

1998 påbörjades en studie av behandlingen där 105 patienter från överviktsenheten på Huddinge sjukhus deltog under 10 veckor, en eftermiddag i veckan. Publicerade studien finns under länken Original Research Paper.

Efter 1.5 år hade deltagarna behållit viktnedgången och fortsatt att gå ner i vikt. Det är ovanligt när det gäller överviktsbehandling. Studier visar att av alla de som bantar återtar majoriteten ca 70 % av sin viktning inom ett år.

I ett samarbetsprojekt med landstinget och försäkringskassan i Västmanland har den kognitiva metodens användbarhet testats vid överviktsproblematik. Resultatet av insatserna för de 54 personerna som deltog i behandlingsprogrammet visade en kraftig viktning bland deltagarna inte bara vid behandlingens slut utan även vid uppföljningen efter 1,5 år.

Investera 4.950 Kr i din permanenta viktminskning,. 1 kväll i veckan under 10 veckor, totalt 30 timmar. Ni blir ej besvikna! Metoden är anpassad att kunna användas av icke-terapeuter.

Stefan A. Johansson
Södra Stenbocksgatan 104 B,
252 44 Helsingborg
042 13 72 50
0737 59 81 60

Referenser

1. Kallings LV. Åtgärder mot fetma. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2002. Rapport 2002:6.
2. SBU Rapport nr 160. Fetma - problem och åtgärder. Statens beredning för medicinsk utvärdering, Stockholm; 2002
3. WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. WHO Technical Report Series 894, Geneva 2000
4. Underlag till handlingsplan för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet. Statens folkhälsoinstitut och Livsmedelsverket. 2005. www.sfi.se
5. Folkhälsorapport 2004. Stockholm: Socialstyrelsen 2004.
6. Lissner L et al: Social mapping of the obesity epidemic in Sweden. *Int J Obes* 2000;24:801-805
7. Andersson T, Rissander A, Rössner S, (red) Fetma/fedme- en nordisk lärobok. Lund: Studentlitteratur; 1998.
8. Ågren G. Mot en ny hälsopolitik. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2002. Rapport 2002:1.
9. Lindeberg S. Maten och folksjukdomarna – ett evolutionsmedicinskt perspektiv. Lund: Studentlitteratur; 2003.
10. Kostnadsutveckling i svensk sjukvård relaterad till övervikt och fetma – några scenarier. Landstingsförbundet; 2004.
11. Björntorp P (Editor). International Textbook of Obesity. West Sussex: Wiley; 2001.
12. Läkemedelsboken 2003/2004. Stockholm: Apoteket AB; 2003.
13. Prochaska J. Assessing how people change. *Cancer* 1991;67:805-807
14. Rollnik S, Mason P, Butler C. Health behavior change. Kina: CHURCHILL LIVINGSTONE; 2000
15. Näsholm C. Motiverande Samtal, att medverka till förändring. Föreläsning 2005 www.symposium.se
16. Arborelius E. Varför gör dom inte som vi säger? 4: e upplagan. Mölndal; 2000.
17. Rooke L. Omvårdnad. Stockholm: Liber; 1995.
18. Tod A M, Lacey A. Overweight and obesity: helping clients to take action. *Br J Community Nurs*. 2004;9(2):59-66
19. Melin I, Karlström B, Lappalainen R, Berglund L, Mohsen R, Vessby B. A programme of behaviour modification and nutrition counselling in the treatment of obesity: a randomised 2-y clinical trial. *Int J Obes*. 2003;27:1127-1135.
20. Cooper Z, Fairburn C G. A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity. *Behav Res Ther*. 2001;39(5):499-511.
21. Cullen K W, Baranowski T, Smith S P. Using goal setting as a strategi for dietary behavior change. *J Am Diet Assoc*. 2001;101:562-566.
22. Kasila K, Poskiparta M, Karhila P, Kettunen T. Patients´ readiness for dietary change at the beginning of counselling: a transtheoretical model-based assessment. *J Hum Nutr Diet*. 2003;16(3):159-166.
23. Teixeira P J, Going S B, Houtkooper L B, Cussler E C, Martin C J, Metcalfe L L, Finkenthal N R, Blew R M, Sardinha L B, Lohman T G. Weight loss readiness in middleaged women: Psychosocial predictors of success for behavioral weight reduction. *J Behav Med*. 2002;25(6):499-523.

24. Martin C K, O'Neil P M, Binks M. An attempt to identify predictors of treatment outcome in two comprehensive weight loss programs. *Eat Behav.* 2002;3:239-248.
25. Macqueen C E, Brynes A E, Frost G S. Treating obesity: can the stages of change model help predict outcome measures? *J Hum Nutr Diet.* 1999;12:229-236.
26. Dalton C C, Gottlieb L N. The concept of readiness to change. *J Adv Nurs.* 2003;42(2):108-117.
27. Fontaine K R, Barofsky I, Bartlett S J, Franckowiak S C, Andersen R E. Weight loss and health-related quality of life: Results at 1-year follow-up. *Eat Behav.* 2004;5:85-88.
28. Berry D. An emerging model of behavior change in women maintaining weight loss. *Nurs Sci Q.* 2004;17(3):242-252.
29. Hayward L M, Nixon C, Jasper M P, Murphy K M, Harlan V, Swirda L, Hayward K. The process of restructuring and the treatment of obesity in women. *Health Care Women Int.* 2000;21(7):615-630.
30. Saarman L, Daugherty J, Reigel B. Patient teaching to promote behavioral change. *Nurs Outlook.* 2000;48(6):281-287.
31. Leibbrand R, Fichter M M. Maintenance of weight loss after obesity treatment: is continuous support necessary? *Behav Res Ther.* 2002;40(11):1275-1289.
32. Shinizky H E, Kub J. The art of motivating behavior change: The use of motivational interviewing to promote health. *Public Health Nurs.* 2001;18(3):178-185.
33. Schnoll R, Zimmerman B J. Self-regulation training enhances dietary self-efficacy and dietary fiber consumption. *J Am Diet Assoc.* 2001;101:1006-1011.
34. Stahre L, Hallström T. A new short term cognitive treatment program gives substantial reduction up to 18 months from the end of treatment. A randomized controlled trial. *The Journal of Eating and Weight Disorders. Studies in Anorexia, Bulimia, Obesity* 2005;10, 51-58.

Artikelpresentation

Referens nr: 18.

Författare: Tod A M, Lacey A

Titel: Overweight and obesity: helping clients to take action

Tidskrift: British Journal of Community Nursing 2004;9(2):59-66

Syfte: Undersöka vilka faktorer som motiverar respektive hindrar överviktiga låginkomsttagare att förändra sin vikt.

Metod: Kvalitativt forskningsprojekt. Semistrukturerade intervjuer av 16 personer som varit medlemmar i en kommersiell viktminskningsorganisation.

Land: Storbritannien

Referens nr: 19.

Författare: Melin I, Karlström B, Lappalainen R, Berglund L, Mohsen R, Vessby B

Titel: A programme of behaviour modification and nutrition counselling in the treatment of obesity: a randomised 2-y clinical trial.

Tidskrift: International Journal of Obesity 2003;27:1127-1135

Syfte: Undersöka om intensiv behandling ger större och mer bestående viktnedgång än en mindre intensiv behandling. Målet var att hitta en rimlig nivå på behandlingsinsatserna.

Metod: Tvåårig randomiserad, klinisk studie av 43 patienter med BMI 29-48.

Land: Sverige

Referens nr: 20.

Författare: Cooper Z, Fairburn C G

Titel: A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity.

Tidskrift: Behaviour Research and Therapy 2001;39(5):499-511

Syfte: Beskriva en kognitiv beteendeanalys av processerna som är inblandade vid en återgång till ursprungsvikten efter genomförd överviktsbehandling.

Metod: Litteraturstudie.

Land: USA

Referens nr: 21.

Författare: Cullen K W, Baranowski T, Smith S P.

Titel: Using goal setting as a strategy for dietary behavior change.

Tidskrift: Journal of The American Dietetic Association 2001;101:562-566

Syfte: Identifikation av en fyrastegs process för att sätt upp mål, samt användningen av den i kostbehandling för vuxna och barn.

Metod: Litteraturstudie.

Land: USA

Referens nr: 22.

Författare: Kasila K, Poskiparta M, Karhila P, Kettunen T

Titel: Patients readiness for dietary change at the beginning of counselling: a transtheoretical model-based assessment.

Tidskrift: Journal of Human Nutrition and Dietetics 2003;16(3):159-166

Syfte: Undersöka patienters motivation för kostförändringar inom en teoretisk ram för den transteoretiska modellen. Undersöka sambandet mellan patienternas stadier i förändringscykeln och fem olika dietbeteenden.

Metod: Kvalitativ studie, deduktiv analys. 16 patienters bandinspelade konsultationer av 32 besök hos diabetessköterskan.

Land: Finland

Referens nr: 23.

Författare: Teixeira P J, Going S B, Houtkooper L B, Cussler E C, Martin C J, Metcalfe L L, Finkenthal N R, Blew R M, Sardinha L B, Lohman T G.

Titel: Weight loss readiness in middle-aged women: Psychosocial predictors of success for behavioral weight reduction.

Tidskrift: Journal of Behavioral Medicine. 2002;25(6):499-523

Syfte: Identifiera psykosociala samband av korttidsförändringar av kroppsvikten hos medelålders kvinnor som deltar i ett viktminskningsprogram.

Metod: Randomiserad fyramånaders studie, en del av ett tvåårigt projekt. Deltagare var 112 kvinnor mellan 40 och 55 år med BMI 25,0-38,0.

Land: USA

Referens nr: 24.

Författare: Martin C K, O'Neil P M, Binks M

Titel: An attempt to identify predictors of treatment outcome in two comprehensive weight loss programs.

Tidskrift: Eating Behaviors. 2002;3:239-248

Syfte: Ett försök att förutsäga resultatet av viktneidgången och fullföljandet av två viktminskningsprogram (VLCD och LCD).

Metod: Jämförande studie av data från 263 patienter som varit deltagare i ett gruppbaserat viktminskningsprogram.

Land: USA

Referens nr: 25.

Författare: Macqueen C E, Brynes A E, Frost G S

Titel: Treating obesity: can the stages of change model help predict outcome measures?

Tidskrift: Journal of Human Nutrition and Dietetics 1999;12:229-236

Syfte: Ett försök att via ett frågeformulär med sex frågor förutsäga vilka patienter som troligast skulle komma till en bokad tid samt att peka ut vilka som skulle gå ner i vikt.

Metod: Studie av 118 patienter som remitteras till kostrådgivning. Formulär med frågor om förändringsstadier

Land: Storbritannien

Referens nr: 26.

Författare: Dalton C C, Gottlieb L N

Titel: The concept of readiness to change

Tidskrift: Journal of Advanced Nursing 2003;42(2):108-117

Syfte: Undersöka förändringsbenägenheten; dess preferenser, associerande faktorer och resulterande konsekvenser.

Metod: 42 intervjuer av 5 MS-sjuka patienter under en 7-månaders period. Både öppna och styrda frågor användes.

Land: Canada

Referens nr: 27.

Författare: Fontaine K R, Barofsky I, Bartlett S J, Franckowiak S C, Andersen R E

Titel: Weight loss and health-related quality of life: Results at 1-year follow-up

Tidskrift: Eating Behaviors 2004;5:85-88

Syfte: Utvärdera ettårs resultatet av hälsorelaterad livskvalitet efter behandlingsinducerad viktnedgång.

Metod: Kvalitativ, uppföljande studie av 32 överviktiga/feta patienter som deltagit i ett 13-veckors viktminskningsprogram.

Land: USA

Referens nr: 28.

Författare: Berry D

Titel: An emerging model of behavior change in women maintaining weight loss

Tidskrift: Nursing Science Quarterly. 2004;17(3):242-252

Syfte: Undersöka kvinnors erfarenheter av viktnedgång och viktbevarande. Vilka är likheterna i livsmönster hos dem som klarar av att minska i vikt och behålla viktnedgången? Studien bygger på och utvecklar Newmans omvårdnadsteori.

Metod: Kvalitativ, hermeneutisk studie med djupintervjuer av 20 kvinnor i ålder 33-82 år.

Land: USA

Referens nr: 29.

Författare: Hayward L M, Nixon C, Jasper M P, Murphy K M, Harlan V, Swirda L, Hayward K

Titel: The process of restructuring and the treatment of obesity in women.

Tidskrift: Health Care for Women International. 2000;21(7):615-630

Syfte: Beskriva två överviktiga kvinnors erfarenhet av ett multidisciplinärt viktminskningsprogram.

Metod: Kvalitativ jämförande fallstudie. Två kvinnor valdes ut bland 18 deltagare, de representerade ytterligheterna av framgång/misslyckande i beteendeförändringen.

Land: USA

Referens nr: 30.

Författare: Saarmann L, Daugherty J, Reigel B

Titel: Patient teaching to promote behavioral change.

Tidskrift: Nursing Outlook 2000;48(6):281-287

Syfte: Undersöka aktuell tillämpad omvårdnad i området patientundervisning.

Undersöker i detalj vilka strategier i beteendeförändringar som fungerar och vilka som inte fungerar, samt erbjuder lösningar för att förbättra patientundervisningen.

Metod: Litteraturstudie.

Land: USA

Referens nr: 31.

Författare: Leibbrand R, Fichter M M

Titel: Maintenance of weight loss after obesity treatment: is continuous support necessary?

Tidskrift: Behaviour Research and Therapy 2002;40(11):1275-1289

Syfte: Undersöka effekterna av behandling med kognitiv beteendeterapi följt av endera uppföljning eller fortsatt program. Hypotesen var att de som fick fortsatt program signifikant skulle förbättra sin vikt.

Metod: Jämförande studie med strukturerade intervjuer av 110 överviktiga patienter som deltagit i en 10-veckors behandling med kognitiv beteendeterapi.

Land: Tyskland

Referens nr. 32.

Författare: Shinitzky H E, Kub J

Titel: The art of motivating behavior change: The use of motivational interviewing to promote health

Tidskrift: Public Health Nursing. 2001;18(3):178-185

Syfte: Integrera teori med praktik genom att beskriva den transteoretiska förändringsmodellen utifrån principerna av motiverande samtal.

Metod: Litteraturstudie/modell.

Land: USA

Referens nr: 33.

Författare: Schnoll R, Zimmerman B J

Titel: Self-regulation training enhances dietary self-efficacy and dietary fiber consumption

Tidskrift: Journal of the American Dietetic Association. 2001;101:1006-1011

Syfte: Undersöka effektiviteten av att inkorporera självreglerande strategier för att öka konsumtionen av kostfiber.

Metod: Randomiserad, jämförande studie av 113 collegestudenter. 26 andra studenter var kontrollgrupp.

Land: USA

Referens nr. 34.**Författare:** Stahre L, Hallström T**Titel:** A new short term cognitive treatment program gives substantial reduction up to 18 months from the end of treatment. A randomized controlled trial.**Tidskrift:** The Journal of Eating and Weight Disorders. 2005:10, 51-58.**Syfte:** Undersöka kognitiv beteendeterapi som behandlingsmetod i grupp för viktminskning och bestående resultat efter 18 månader på 105 patienter med fetma.**Metod:** Från överviktsenhetens väntelista valdes patienter randomiserat ut till en behandlingsgrupp eller stå kvar i väntelistan och fungera som kontrollgrupp. Behandlingsgruppen deltog under 10 veckor (30 timmar) i ett kognitivt behandlingsprogram. Alla deltagare vägdes före behandlingen, efter behandlingen och 6-, 12 och 18-månader efter behandlingsprogrammet utan någon uppföljande behandling efter 10-veckorsprogrammet.**Resultat:** Femtiosju (92 %) av patienterna slutförde behandlingen. För 34 (60 %) av patienterna som deltog i studien var den genomsnittliga viktminskningen 10,4 kg 18 månader efter behandlingen avslutats. Kontrollpatienterna (n=31, 72 %) som deltog i studien ökade i vikt med 2,3 Kg under samma period. Viktdifferensen mellan behandlingsgruppen och kontrollgruppen efter 18 månader var mycket signifikant ($p < 0.001$).**Land:** Sverige