



UMEÅ UNIVERSITET

HUR GÅR DET MED KOSTEN?

En enkätstudie om förebyggande
hälsoundersökningar bland personer
med övervikt.

HOW'S IT GOING WITH YOUR DIET?

A survey about preventative health
examinations of overweight people

Ludvig Hansson

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Dåliga matvanor kan leda till otaliga följsjukdomar och komplikationer. Vården jobbar med att försöka förbättra dessa, främst genom rådgivande samtal. Hälsosamtal som är baserade på ålder är ett sätt att påverka matvanorna och därmed hälsan.

Syfte

Studiens syfte är att undersöka hur personer med övervikt upplever hälsoundersökningar, samt om matvanorna och den fysiska hälsan upplevs ha förändrats efter hälsoundersökningen.

Metod

En digital enkät ifylldes av deltagare som har ett BMI över 25 och nyligen varit på hälsoundersökning i samband med att ha fyllt 40, 50, eller 60 år. Enkäten delades på personliga facebooksidor och i grupper som bedömdes relevanta, samt delades ut fysiskt i form av utskrivna QR-koder.

Resultat

Totalt inkluderades 13 personer i studien, varav majoriteten var mellan 50 och 59 år gamla och huvudsakligen kvinnor. De flesta deltagare (n=8) hade haft ett samtal om sina matvanor vid sin senaste hälsoundersökning, och de vanligaste råden var att öka intaget av frukt och grönsaker, och minska kaloriintaget. Upplevelsen av samtalet kring kost varierade och lika många upplevde samtalet som värdefullt respektive inte värdefullt. På resterande frågor om upplevelsen av samtalet svarade de flesta deltagare ”varken eller”. Lika många deltagare hade gjort en delvis kostförändring utifrån samtalet som ej, men ingen hade gjort en fullständig kostförändring. Majoriteten av deltagarna upplevde någon form av hälsoförändring efter samtalet, där de vanligaste förändringarna var negativa i form av minskad ork eller ökad vikt.

Slutsats

Det låga deltagarantalet innebär att resultaten ej är generaliserbara, men bland deltagarna varierade upplevelsen av hälsosamtalet drastiskt, och om en positiv upplevelse av samtalet är en avgörande faktor i att motivera deltagarna att göra en livsstilsförändring bör bemötandet vid hälsosamtalet ges hög prioritet när riktlinjer för samtalets utförande bestäms. Det går dock inte att säkerställa om hälsoförändringen, förändringen i levnadsvanor, och hälsosamtalet har något orsakssamband.

Abstract

Background

Poor dietary habits can lead to countless sequelae and complications. The Swedish health care system works with improving these, primarily through health consultations. Health consultations based on age are a way to affect dietary habits, and thereby health.

Objective

The objective of the study is to examine how overweight people experience health check-up, as well as any experienced change in health status after the examination.

Methods

A digital survey was taken by participants with a BMI over 25 who had recently been to a health check-up related to turning 40, 50, or 60 years old. The survey was shared on personal Facebook pages, groups that seemed relevant, and were handed out physically in the form of printed QR codes.

Results

In total, 13 people were included in the study. The majority of the participants were between the ages of 50 and 59 and primarily women. Most participants (n=8) had a dialogue about their dietary habits during their last check-up, and the most common advice they were given was to increase intake of fruit and vegetables, followed by reducing caloric intake. When asked if they found the dialogue valuable, an equal number of participants responded positively as negatively. All other questions about their experiences with the dialogue resulted in primarily neutral answers. An equal number of participants reported having made a partial dietary change after the dialogue as reported having made no change, whereas no participants made a complete change. The majority of participants experienced some change in their health after the dialogue, where the most common change was reduced vigor and increased weight.

Conclusion

Due to the low number of participants the results can't be generalized to the rest of the population, but among the participants the experiences of the health dialogues varied drastically, and if a positive experience of the dialogue is a determining factor in motivating the participants to make a lifestyle change it means the reception at the health dialogue should be given a high priority when determining the guidelines for how these dialogues are performed. It's impossible to determine if the health change, the lifestyle change, and the health dialogue have a causal link.

Innehållsförteckning

1 Bakgrund.....	5
2 Syfte.....	6
3 Metod	6
3.1 Metodval.....	6
3.2 Urval.....	6
3.3 Rekrytering.....	6
3.4 Datainsamling	7
3.5 Databearbetning och analys	7
3.6 Förförståelse.....	8
3.7 Etiska aspekter.....	8
4 Resultat	9
4.1 Bakgrundsinformation om deltagarna.....	9
4.2 Samtal om matvanor.....	9
4.3 Upplevelsen av samtalen	9
4.4 Förändringar av hälsan efter hälsosamtalet.....	10
4.5 Övrigt.....	11
5 Diskussion.....	11
5.1 Resultatdiskussion	11
5.2 Samhällsrelevans.....	12
5.3 Metoddiskussion	13
5.4 Framtida forskning.....	13
6 Slutsats.....	14
7 Referenser.....	14
Bilaga 1. Enkät	
Bilaga 2. Q-Q plots för längd, vikt och BMI	
Bilaga 3. Följebrev	

1. Bakgrund

I Sverige har 51% av befolkningen i åldern 18–86 ett Body Mass Index (BMI) över 25, vilket klassas som övervikt, och 16% ett BMI över 30, vilket klassas som obesitas, även kallat fetma (Socialstyrelsen, 2023; Folkhälsomyndigheten, 2023a; Wallin 1996). Många i Sverige har ohälsosamma matvanor (Folkhälsomyndigheten, 2023b), bland annat i form av högt intag av sockersötad dryck och lågt intag av fullkorn, vilket är kopplat till ökat BMI (Keller & Bucher Della Torre, 2015; Liu et al., 2003). Både dåliga matvanor och högt BMI är kopplade till förhöjd risk för sjuklighet; lågt intag av frukt och grönt, högt intag av kött, övervikt och obesitas är alla kopplade till förhöjd risk för cancer, hjärt-kärlsjukdomar, och diabetes mellitus (Giuseppe et al., 2017; Steinmetz & Potter, 1996 Schnurr et al., 2020; Hoyo et al., 2012; Wilson, 1994).

I Sverige åtgärdas ohälsosamma levnadsvanor först genom att med hjälp av mallar och enkäter utvärdera huruvida patientens nuvarande vanor är sunda (Sveriges Regioner i Samverkan, 2022). En behandlingsform väljs sedan utifrån resultatet, samt utifrån vilka resurser som finns tillgängliga. Generellt sett används tre olika behandlingar för ohälsosamma kostvanor: enkla råd, rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal. Enkla råd är då vårdgivaren ger enkla förslag på förbättringar, ofta en kombination av muntliga och skriftliga råd. Rådgivande samtal är mer patientanpassat och ska ta patientens ålder, hälsa, medicinering och risknivåer i åtanke. Kvalificerat rådgivande samtal är detsamma som rådgivande samtal men innefattar även teoribaserade och strukturerade åtgärder som kognitiv beteendeterapi (KBT) eller motiverande samtal (motivational interviewing, MI), och kräver att personen som ger råden har speciell utbildning i den givna tekniken, samt utbildning inom nutrition (Socialstyrelsen, 2018).

Det som i folkmun kallas ”40-, 50- eller 60-årskontroll” är en typ av hälsoundersökning där personer utan misstanke om sjukdom kallas till hälsocentral vid en specifik ålder. Där utförs en generell hälsobedömning och därefter ett hälsosamtal där man får möjlighet att diskutera sina levnadsvanor.

Hur hälsoundersökningen och samtalen utförs varierar mellan olika regioner. I Region Västerbotten ska exempelvis alla som fyllt 40, 50, och 60 år kallas på hälsoundersökning (1177, 2023). Som första steg får de som tackat ja till undersökningen fylla i ett utförligt formulär som innehåller frågor om deras levnadsvanor. Därefter bokas ett besök där de får lämna fastande blodprover för analys av blodfetter och blodsocker. Blodtryck och puls mäts, samt midjemått, vikt, och längd, där de senare även konverteras till ett BMI-värde. Efter att prover och mätvärden analyserats bjuds patienterna in till ett hälsosamtal där de får samtala om risker associerade med deras nuvarande levnadsvanor och eventuella förändringar de kan göra för att förbättra dessa. Systemet i Västerbotten skiljer sig dock som tidigare nämnt från vissa andra regioner. I region Jönköping kallas exempelvis personer även upp till 70 års ålder; i Halland kallas bara 40-åringar och varken blodsocker eller blodfett mäts; i vissa regioner såsom Stockholm och Uppsala har systemet med hälsokontroller vid en viss ålder inte funnits alls, hälsosamtal har endas getts på utvalda hälsocentraler (men planeras att utökas) (Svenberg, 2023; Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, 2023).

Huruvida hälsosamtal faktiskt leder till hälsoförbättringar är dock omstritt. Vissa studier visar att kostråd kan leda till förbättrad kost och viktnedgång (Bräutigam-Ewe et al., 2017), samtidigt kunde en studie av Mccarthy et al. (2016) ej se någon viktförbättring efter kostråd givits till överviktiga kvinnor i syfte av att undvika komplikationer under graviditeten, vilket av författarna tolkas som ett resultat av att interventionen var för liten. Tidigare forskning

visar även att kostråd kan leda till skuldkänslor (om kostråden sätter mål som inte är rimliga att nå), förvirring (om kostråden motsäger annan information patienten har fått), och ångest (om patienten upplever att definitionen av ”hälsosam kost” ofta ändras) (Rangel et al., 2012). För att ta reda på om hälsosamtal så som de utförs idag är en bra metod för att främja goda matvanor hos patienter krävs därmed forskning, inte bara kring om samtalen leder till kostförbättring, utan även kring patienters upplevelse av dessa samtal.

2. Syfte

Studiens syfte är att undersöka hur personer med övervikt upplever hälsoundersökningar, samt om matvanorna och den fysiska hälsan upplevs ha förändrats efter hälsoundersökningen.

3. Metod

3.1. Metodval

Valet av kvantitativ metod motiverades av att studien ursprungligen hade som mål att undersöka skillnader mellan grupper (Henricson, 2023), men den undersökningen gjordes ej, på grund av det låga deltagarantalet. En digital enkät skapades där deltagarna kunde svara på frågor med förvalda svarsalternativ, och öppna textrutor där det var relevant. Enkäten gjordes digital istället för fysisk då detta gav större möjlighet att nå fler deltagare, ingen kostnad krävdes för utskrivning av enkäter eller porto, ingen tid behövde spenderas på inmatning av data, risken för oläsliga svar minskade, och det gav en lägre miljöpåverkan (Henricson, 2023; Eljertsson, 2005).

Enkäten skapades i verktyget Microsoft Forms i Office 365 eftersom det verktyget ej sparar deltagarnas IP-adresser, och därmed kan ingen se vem som deltagit i studien, vilket tillåter deltagarna att vara anonyma.

3.2. Urval

För att besvara syftet var inklusionskriterierna för deltagande i studien att ha ett BMI ≥ 25 samt att ha varit på hälsoundersökning, i samband med att ha fyllt 40, 50, eller 60 år. Initialt fanns även ett ytterligare inklusionskriterium, nämligen att hälsoundersökningen måste ha skett för minst en månad sedan, men maximalt sex månader sedan. Motivet till detta var att deltagarna ska ha haft möjlighet att uppleva en hälsoförändring efter hälsoundersökningen, samtidigt som de måste kunna komma ihåg vad som samtalades om. På grund av låg svarsfrekvens inkluderades dock även deltagare som gjort undersökningen utanför detta tidsspänn.

3.3. Rekrytering

Eftersom deltagarna i studien tillhör en relativt begränsad målgrupp, samt på grund av begränsningar i tid och resurser, valdes ett bekvämlighetsurval (Henricson, 2023), med förhoppningen att nå så många som möjligt. Detta gjordes ursprungligen med hjälp av Facebook, ett inlägg lades upp på mitt personliga Facebookflöde med uppmaning att dela inlägget på samma sätt, skicka inlägget till personer som uppnår deltagarkriterierna, samt dela inlägget i relevanta grupper. Utöver det delades inlägget i facebookgrupperna ”Enkäter/Undersökningar”, ”Tips mm Umeå”, ”Tipsgruppen – hjälp & tips”, och ”Vi som INTE tror på Livsmedelsverkets kostråd!”. Utöver dessa kontaktades administratörer i många andra grupper för att få tillåtelse att dela i dessa, då de förbjuder personer att dela utan tillåtelse, men ingen av dem svarade.

Målet var att under en period på 6 dagar nå minst 100 deltagare till studien, men efter 4 dagar hade endast 8 personer deltagit. På grund av lågt deltagande implementerades en sekundär rekryteringsstrategi som involverade att stå på allmän plats med en skylt som beskrev deltagarkriterierna, en QR-kod med länk till enkäten, samt en bunt små utskrivna QR-koder som delades ut till personer som hade möjlighet att dela denna med någon som mötte deltagarkriterierna.

Efter de 6 dagarna som enkäten var planerad att vara öppen hade endast 14 personer deltagit, och därmed fattades beslutet att förlänga tiden den pågick i ytterligare 7 dagar.

Eftersom ett okänt antal deltagare hade möjlighet att delta i undersökningen går det ej att veta hur stor andel av de som valde att fylla i enkäten och därmed är det omöjligt att veta hur stort det externa bortfallet var. Studien hade ett internt bortfall i form av två deltagare som ej delgav sitt kön, och en som ej delgav sitt födelseår.

3.4. Datainsamling

Enkätfrågorna utformades för att besvara syftet, samt samla in relevant demografisk information och identifiera deltagare som ej når kriterierna för att delta. För att kunna delta krävdes även att respondenten samtyckte till att deras svar användes i denna studie, p.g.a. etiska skäl.

Enkäten innehöll 13 frågor, varav 2 var för att avgöra om deltagarna når kriterierna, 5 var demografiska, 5 var direkt kopplade till syftet, och sist gavs en öppen fråga som lät deltagarna lägga till övrig information i fritext (Bilaga 1).

För att bedöma upplevelsen av hälsosamtalet användes en Likertskala där deltagarna läste ett påstående och fick svara hur väl påståendet stämde överens med deras upplevelse på en femgradig skala med valen ”Instämmer helt”, ”Instämmer”, ”Varken eller”, ”Instämmer inte” och ”Instämmer inte alls”.

Ett övervägande gjordes angående om deltagarna skulle ha möjligheten att lämna in enkäten utan att ha svarat på alla frågor, beslutet fattades att det är bättre att deltagarna alltid kan lämna in, för att minska externt bortfall och maximera mängden data som samlas in, trots att det ökar risken för internt bortfall.

Innan enkäten skickades ut genomfördes en liten pilotstudie med 6 deltagare, där alla deltagare beskrev att frågorna var korrekt utformade, lätta att svara på och upplevdes som relevanta, med undantaget att en flervalsfråga endast lät deltagare lämna ett svar, vilket åtgärdades.

3.5. Databearbetning och analys

Deltagarnas svar angående hur samtalet upplevts delades upp i två grupper: positiva svar (de som svarat ”instämmer helt” eller ”instämmer delvis”) och negativa svar (de som svarat ”varken eller”, ”instämmer inte” eller ”instämmer inte alls”).

För att beräkna deltagarnas BMI så användes formeln ”vikt (kg) / längd² (m)”, och för att beräkna ålder så användes formeln ”2024 – födelseår”. All analys och bearbetning utfördes i Microsoft Excell.

Efter visuell analys bedömdes vikt, längd och BMI ej vara normalfördelade. Därför användes median och kvartiler i stället för medelvärde för att minimera risken att något extremvärde leder till en felrepresentation av deltagarna (Bilaga 2).

Alla variabler inkluderades i analysen trots internt bortfall och att det interna bortfallet framgår i resultatdelen.

Svaren på den sista öppna frågan analyserades genom att dela in svaren i kategorier utifrån vad som beskrevs.

3.6. Förförståelse

Inspirationen som ledde till arbetet var att en närstående till mig beskrev sig efter en hälsoundersökning ha fått råd som denne ej upplevde möjliga att applicera, och därmed inte fått någon möjlighet att förbättra sin hälsa. Detta motiverade undersökning om det är ett generellt problem som finns på dessa undersökningar eller om det var ett undantag till regeln.

För att minska påverkan av min förförståelse var målsättningen att ställa frågor som så objektivt som möjligt skulle besvara syftet. En pilotstudie användes för att identifiera om frågorna upplevdes vara ledande eller sakna något önskat svarsalternativ.

Jag hade studerat över två år på dietistprogrammet då jag påbörjade denna studie och hade därmed god kunskap om kost och hälsa. Tack vare detta var jag redan bekant med prevalens av övervikt i samhället, vilka problem med kosten som kan vara vanliga i diverse åldrar, och vad riktlinjerna är för kostrekommendationer. Jag hade därmed kompetens att formulera relevanta frågor.

3.7. Etiska aspekter

Individer som deltar i forskning skyddas huvudsakligen genom de fyra etiska huvudkraven: informationskravet, konfidentialitetskravet, samtyckeskravet, och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002).

Informationskravet nåddes genom att följebrevet tydligt beskrev att deltagande var frivilligt och anonymt, samt vad studiens syfte var (Bilaga 3). Konfidentialitetskravet nåddes genom att svaren samlades in med verktygen Microsoft Forms från Office 365 vilket innebär att deltagarnas IP-adress och metadata inte sparas, samt att frågorna formulerades så inte att mer personlig information än nödvändigt samlades in. Samtyckeskravet nåddes genom att man behövde ge samtycke för att kunna fylla i enkäten, vilket innebar att alla deltagare i studien har gett samtycke (Bilaga 1). Nyttjandekravet uppfylldes då det ej fanns någon plan att använda informationen som är insamlat till något annat. Utöver de aspekterna formulerades frågorna med tanke att minska risken att någon skulle uppleva dem som kränkande.

En ytterligare aspekt som kan ha gett upphov till etiska problem i form av att deltagare känner sig kränkta är den sekundära ”ansikte mot ansikte”-rekryteringen. Många personer som tillfrågades om de kände någon som kunde delta i studien tolkade detta som en fråga om de uppnådde kriterierna eller inte. Detta kan ha upplevts som stötande i och med att ett av kriterierna var övervikt, vilket är stigmatiserat i vårt samhälle (Crocker et al., 1993).

4. Resultat

4.1. Bakgrundsinformation om deltagarna

Totalt svarade 15 personer på enkäten, varav en ej gav samtycke till att delta och en inte mötte inklusionskriterierna. Av de 13 återstående hade 8 ett BMI som motsvarar obesitas, och majoriteten var kvinnor och mellan 50–59 år gamla (Tabell 1).

Tabell 1: Bakgrundsinformation om deltagarna (n= 13).

Variabel	Kategori	Antal	Variabel	Median (25e-75e percentiler)
Ålder	50-59	8	Längd	170 (168-182)
	60-69	4	Vikt	98 (80-104)
	inget svar	1		
Kön	Man	3	BMI	30 (27-35)
	Kvinna	8		
	inget svar	2		

Endast 3 av 13 deltagare nådde det ursprungliga inklusionskriteriet där den senaste hälsoundersökningen skulle ha utförts mellan 1-6 månader sedan; en deltagare hade samtalet för 2 månader sedan, och 2 hade samtalet för 6 månader sedan. Majoriteten hade sitt hälsosamtal för mer än 6 månader sedan och en deltagare hade samtalet för mindre än en månad sedan.

4.2. Samtal om matvanor

Av 13 deltagare uppgav 8 att de samtalat om matvanor vid hälsosamtalet. Av de samtal där matvanor lyftes gavs oftast rekommendationen att öka intaget av frukt och grönsaker eller minska kaloriintaget (Tabell 2).

Tabell 2: Antal deltagare som angett att de fått nedanstående kostråd vid hälsosamtalet

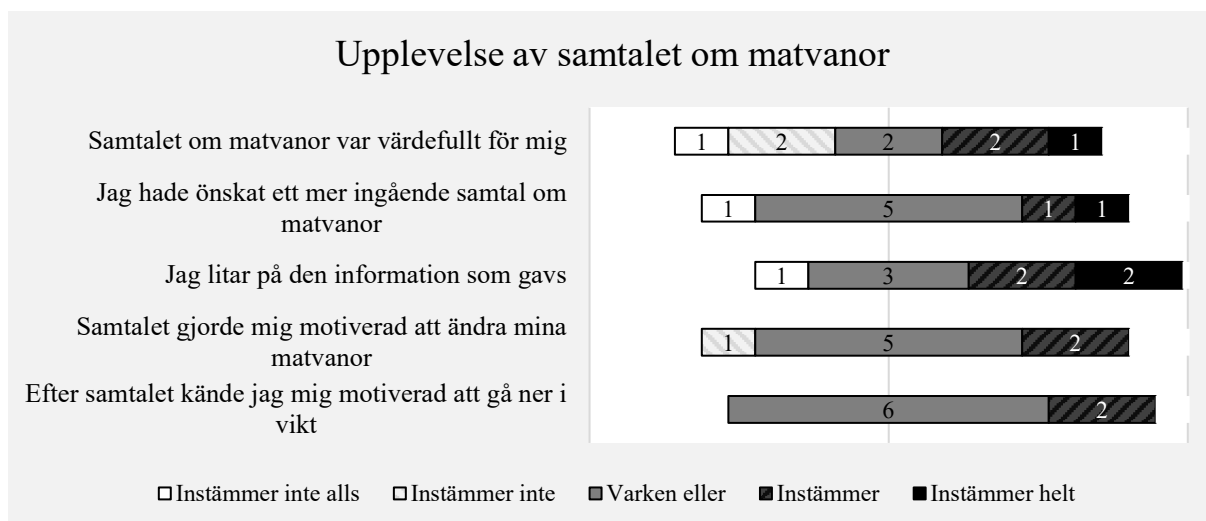
Äta mer frukt och/eller grönsaker	5
Minska kaloriintaget	4
Äta mindre sötsaker	2
Äta mindre feta mejeriprodukter	2
Äta mer fullkorn/fibrer	2
Äta mer fisk	1
Annat	1

Det fanns ett öppet alternativ som lät deltagare svara i fritext, där svarade en av deltagarna att denne viktskammats och att ”vården suger”.

4.3. Upplevelsen av samtalen om matvanor

På frågan om samtalet upplevdes värdefullt gavs lika många positiva som negativa svar, samt ett mindre antal neutrala svar, och på frågan om deltagaren litade på informationen som gavs svarade de flesta positivt (Figur 1). På alla andra frågor gav den största andelen av deltagarna ett neutralt svar, och av övriga svar var majoriteten positiva. På båda frågorna om de kände sig motiverade svarade respondenterna också huvudsakligen neutralt, men

resterande svar var mer positiva än negativa. Ingen deltagare svarade negativt på om de var motiverade att gå ner i vikt.



Figur 1: Upplevelserna från de 8 deltagare som samtalade om mat av och åsikter om hälsosamtalet vid hälsokontrollen. Neutrala svar är centrerade (se mittlinje) för att illustrera överrepresentation av positiva eller negativa svar.

Hälften av deltagarna svarade att de delvis förändrat sina matvanor utifrån kostsamtalet, medan den andra hälften svarade att de inte gjort någon förändring. Ingen deltagare svarade att de gjort en ändrat sina matvanor helt/i stor utsträckning. Samtliga tre deltagare som beskrev att de upplevde samtalet som värdefullt angav också att de gjort en förändring i sina matvanor.

4.4. Förändringar av hälsan efter hälsosamtalet.

Av samtliga 13 respondenter upplevde 5 inte någon förändring avseende deras fysiska hälsa medan 8 respondenter upplevde någon form av förändring. Den vanligaste förändringen var minskad ork (Tabell 3). Av de deltagare som samtalade om kost hade en gått ner i vikt, och denne beskrev sig ha gjort en kostförändring utifrån kostråden och två deltagare hade gått upp i vikt, varav båda beskrev sig ej ha gjort en kostförändring. Tre deltagare rapporterade någon kombination av viktnedgång, ökad sömnkvalitet, och ökad ork, utan några andra hälsoförändringar. Fyra deltagare rapporterade en kombination av antingen viktuppgång eller försämrad sömnkvalitet tillsammans med minskad ork, medan en deltagare endast rapporterade minskad ork. Endast en deltagare rapporterade en förändring (minskning) i hungerkänslor, då i kombination med försämrad sömn och minskad ork.

Tabell 3: Antal deltagare (n=13) som angett att hälsfaktorerna vikt, hunger, sömn och ork har förändrats (ökat/minskat) eller förblivit oförändrade efter kostsamtalet vid den senaste hälsokontrollen.

	Haft samtal om matvanor (n=8)			Inte haft samtal om matvanor (n=5)		
	Negativ förändring	Oförändrad	Positiv förändring	Negativ förändring	Oförändrad	Positiv förändring
Vikt	2	5	1	1	3	1
Hungerkänslor	0	8	0	0	4	1
Sömnkvalitet	0	6	2	1	4	0
Ork	2	4	2	3	2	0

Även här fanns det ett alternativ som lät deltagarna svara i fritext, där beskrev sig en av deltagarna som frisk och nöjd att slippa framtida hälsoundersökningar.

4.5. Övrigt

Enkäten innehöll även en öppen fråga som tillät deltagarna att lägga till ytterligare information, svaren på den frågan delades in i två kategorier, 3 av deltagarna gav svar som förmedlade att vården ej är nog hjälpsam / behöver förbättras, och 1 deltagare svarade att stödet från vården varierar utifrån region.

“Skulle önska mer dietistkompetens hos den som genomförde hälsokontrollen”

“Flyttade från region Östergötland till region Sörmland ... Upplever mycket större stöd från sjukvården här...”

5. Diskussion

5.1. Resultatdiskussion

Trots försöken att på olika sätt nå presumtiva deltagare blev antalet respondenter i studien betydligt färre än planerat. Denna undersökning är därmed att betrakta som en pilotstudie, men resultaten ger en bild av att hälso- och kostsamtalen vid hälsokontroller kan förbättras och att detta område bör studeras vidare. Resultaten indikerar även en koppling mellan hur samtal om matvanor upplevs och sannolikheten att de leder till en livsstilsförändring i framtiden. Detta kan ses i att alla deltagare som gjort en förändring i sina matvanor beskrev samtalet som värdefullt. Dock bör det tas i beaktande att detta enbart handlar om tre deltagare i denna studie. Resultatet stöds emellertid av tidigare forskning som visar att patienter blir mer motiverade då de har en dietist som är ickedömande och har god kommunikation (Hancock, 2012). En förändring i bemötandet och/eller den information som delges under samtalet kan förbättra upplevelsen, vilket i sin tur kan leda till en livsstilsförändring. Om detta samband kan bekräftas skulle detta kunna användas för att informera vården om sätt att öka antalet patienter som gör en livsstilsförändring till följd av samtal vid hälsokontroller, genom att jobba på att ha kostsamtal som upplevs som mer värdefulla.

Av deltagarna så svarade 5 att deras hälsosamtal ej handlade om kost, detta kan innebära att deltagarna hade god kosthållning och var därför ej i behov av att samtala om detta. En annan förklaring är om deltagarna ej kommer ihåg att kost nämndes under samtalet, risken för detta minimerades genom att det fanns ett ”minns inte”-svarsalternativ (Bilaga 1), som ingen deltagare valde. Ytterligare en förklaring är att deltagarna kan ha haft livsstilsfaktorer som bedömts som mer akuta att åtgärda, det finns forskning som visar att ofta så är den viktigaste livsstilsförändringen man kan göra att minska alkoholintaget eller tobakskonsumtion (Espinosa-Salas & Gonzalez-Arias, 2023).

De flesta respondenter angav att de upplevt någon typ av förändring i sitt hälsotillstånd efter hälsosamtalen (Tabell 3). Om vi baserat på allmänna hälsorekommendationer (Socialstyrelsen, 2018) antar att en ”positiv” förändring efter hälsosamtalet är minskad vikt, ökad sömnkvalitet och ökad ork ser vi att tre respondenter upplevt minst en positiv förändring efter samtalet, medan fem respondenter rapporterat negativa förändringar. Detta skiljer sig

från tidigare forskning som indikerat med måttlig tillförlitlighet att riktade hälsosamtal leder till förbättrat BMI och förbättrade matvanor (Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård, 2022). Av de deltagarna som angav ett kön var 8 av 11 kvinnor. Detta kan ha påverkat resultatet då forskning pekar på att kvinnor har en högre tendens att ha negativa upplevelser med vården än män (Upmark et al., 2007). En annan faktor som kan ha påverkat resultatet är att personer som är missnöjda med sina hälsobesök eventuellt i större utsträckning deltagit i studien i syfte av att få uttrycka sitt missnöje.

Endast en av deltagarna rapporterade en kombination av både ”positiva” och ”negativa” effekter, vilket kan antyda en koppling mellan dessa faktorer, exempelvis genom en livsstilsförändring som påverkat flera hälsotillstånd samtidigt. Tidigare forskning har hittat liknande resultat, en amerikansk studie fann en statistiskt signifikant koppling mellan sömnkvalitet och viktnedgång (Thomson et al., 2012).

Det går dock ej att med insamlat data att ta reda på vilka, om några, av dessa förändringar som hälso- eller kostsamtalen direkt bidragit till. Vi kan exempelvis inte verifiera huruvida en upplevd reduktion i ork eller viktökning skett på grund av en förändring i individens livsstil eller om den är en effekt av normala förändringar som förväntas med ökad ålder (Seidell & Visscher, 2000; Cella et al., 2002). För att undersöka detta samband skulle det krävas en utökad studie, förslagsvis med en kontrollgrupp i samma ålder som uppskattar sina hälsotillstånd under samma tidsram (se Framtida Forskning).

Det är även relevant att ta hänsyn till att alla individer med BMI>25 inte nödvändigtvis personligen önskar minska sin vikt och aptit, eller att det ej är önskvärt med ökad aptit eller vikt (Abramowitz, 2018). En av deltagarna beskrev i det öppna fältet på den frågan hur denne ej har gått ner i vikt eller tappat aptit, men mår bra och är glad att slippa hälsoundersökningar där denne kategoriseras som fet och ohälsosam. Det finns forskning som indikerar att när patienter blir dömda för sin kroppsvikt har det en negativ påverkan på motivation att göra livsstilsförändringar (Sackett & Dajani, 2019).

Svaren i de öppna frågorna talar för att respondenterna önskade att personen som utförde hälsosamtalen hade mer utbildning gällande samtal om kost och vikt. En av deltagarna efterfrågade specifikt dietistkompetens, och de andra önskade större stöd och ett mer nyanserat bemötande. Dessa önskemål står i linje med sammanställningar som visar att Sveriges vårdpersonal har ovanligt lite utbildning inom nutrition (Chung, 2014).

5.2. Samhällsrelevans

Enligt styrningsdokumentet för Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor skulle mellan 123 000 och 184 000 personer per år behöva kvalificerade rådgivande samtal (Socialstyrelsen, 2018). Eftersom så många är i behov av förbättrade levnadsvanor finns det ett värde i att utvärdera vad befintliga åtgärder har för påverkan. Resultaten av denna studie indikerar att det finns en förbättringspotential för hälso- och kostsamtal så som de ser ut idag. Det finns studier som visar att med förbättrad information och ett mer nyanserat bemötande skulle upplevelsen av samtalet kunna bli mer positiv för individen (Hancock, 2012). Tillsammans med anpassade råd som motiverar individer att göra livsstilsförändringar skulle detta kunna leda till en ökad effektivitet för dessa samtal vad gäller förbättringar i hälsotillstånd såsom vikt och ork. En eventuell till detta inte redan implementerats kan vara att kostnaden av att implementera med utförliga samtal och mer utbildning till personalen bedöms vara högre än värdet av bättre samtal, men

med tanke på de höga kostnaderna för vården på grund av folksjukdomar så vore det ändå lönsamt på sikt (Folkhälsomyndigheten, 2024).

5.3. Metoddiskussion

Efter datainsamlingen visade det sig att alla utom 3 respondenter var utanför det ursprungligen planerade spannet för hur lång tid efter hälsoundersökningen man fick delta i studien. Detta kan ha en negativ påverkan på studiens reliabilitet, då ett längre tidsspän kan leda till att man har mindre tydliga minnen om hälsosamtalet (Pezdek 2012). Enkäten utformades för att minimera externt bortfall genom att göra den så kortfattad som möjligt och tillåta deltagare att lämna in den utan att ha fyllt i alla frågor. Friheten att lämna in enkäten utan att ha svarat på alla frågor, och möjligheten att lämna information fritt i de öppna frågorna gav deltagarna möjligheten att komplettera om de upplevde att någon fråga ej kunde besvaras. Detta i kombination med att deltagarna kunde fylla i enkäten anonymt torde öka sannolikheten för sanningsenliga svar, vilket stärker undersökningens reliabilitet.

På grund av bekvämlighetsurvalet och det låga deltagarantalet har studien en låg generaliserbarhet, och det går ej att använda resultatet för att dra statistiskt signifikanta slutsatser om populationen i övrigt. Det var planerat att göra en statistisk analys av resultaten för att undersöka om det fanns några statistiska signifikanta skillnader i upplevelse av samtalen, exempelvis utifrån deltagarnas kön, men deltagarantalet var för lågt för att möjliggöra analytisk statistik (Delice, 2010). På grund av urvalsmetoden finns även en risk att vissa gruppers åsikter överrepresenteras jämfört med sin faktiska prevalens i samhället, vilket också sänker generaliserbarheten. Exempelvis delades enkäten i Facebook-gruppen ”Vi som INTE tror på Livsmedelsverkets kostråd!”. Denna grupp kan eventuellt ha en överrepresentation av medlemmar som haft negativa interaktioner med vården, eller allmänt misstror de kostråd som ges inom vården, vilket skulle kunna leda till en minskad generaliserbarhet (Sedgwick, 2013). Motivet till att dela enkäten där var för att nå en del av populationen som eventuellt kan vara svår att nå via andra medel och därmed minska risken att introducera en felrepresentation av åsiktsfördelningen hos befolkningen genom att exkludera personer som antas ha starkt negativa åsikter om vården. Det finns dock utifrån hur enkäten är upplagd ingen möjlighet att avgöra hur stor andel av deltagarna som fann enkäten via denna eller andra grupper eller via direkt rekrytering. De resultat som presenteras här ska därmed inte betraktas som ett representativt stickprov av befolkningen, utan bara ses som exempel på upplevelser från enskilda individer.

5.4. Framtida forskning

De frågor som lyfts i denna studie skulle med fördel kunna undersökas vidare på en större grupp för att möjliggöra mer generaliserbara resultat och för att exempelvis undersöka om det finns något statistiskt signifikant samband mellan upplevelsen av hälsosamtalet och sannolikheten att en livsstilsförändring sker. För att utöka denna studie och dra fler slutsatser kring hur hälsosamtal skulle kunna förbättras, skulle man kunna utföra den i två delar: en del där man samlar in data om patienters upplevelse efter ett hälsosamtal, och därefter en uppföljning med focus på hur patientens hälsa påverkats. Att deltagarna hade mycket att säga i de öppna frågorna visar att de även finns goda möjligheter att utföra en kvalitativ studie som djupare analyserar deras upplevelser. Detta skulle dock kräva en större budget och en längre tidsplan för datainsamling. Alternativt skulle en studie likt denna kunna utföras, men utan kriteriet avseende BMI. Detta kriterium inkluderades på grund av att det är relevant att ha en bild av patientens nuvarande kroppsvikt för att ha någon förståelse för den fysiologiska innebörden av en eventuell viktuppgång eller viktnedgång. Upplevelsen av hälsosamtal skulle

dock vara relevant att undersöka även i andra grupper och en bredare rekrytering skulle antagligen medföra ett större antal deltagare.

6. Slutsats

Denna studie visar att upplevelsen och följderna av hälsosamtalet kan variera stort – från starkt negativa till stark positiva upplevelser, och med både ökning och minskningar i ork och vikt. Trots att antalet deltagare i studien är lågt och jag därmed inte kan generalisera dessa resultat till befolkningen i övrigt kan vi se att de tre som upplevt hälsosamtalet positivt hade gjort livsstilsförändringar och rapporterade även viktnedgång och/eller ökad ork. Huruvida livsstilsförändringen är ett direkt resultat av samtalet går inte att fastställa från dessa resultat, men demonstrerar ett behov av vidare forskning. Om en positiv upplevelse av samtalet är en avgörande faktor i att motivera deltagarna att göra en livsstilsförändring bör bemötandet vid hälsosamtalet ges hög prioritet när riktlinjer för samtalets utförande bestäms.

7. Tack

Tack till Doktor Andersson för din utförliga och ovärderliga hjälp!

Tack till Tuuri som suttit och hållit mig sällskap när jag skrivit, och motiverat mig när jag blir distraherad av annat!

Tack till Anna och Roger för ert stöd och hjälp!

Referenser

1177. (uppdaterad 2023-05-30; citerad 2023-08-31.) Västerbottens hälsoundersökningar, VHU. <https://www.1177.se/Vasterbotten/liv--halsa/sunda-vanor/vasterbottens-halsundersokningar-vhu/>
- Abramowitz, M. K., Hall, C. B., Amodu, A., Sharma, D., Androga, L., & Hawkins, M. (2018). Muscle mass, BMI, and mortality among adults in the United States: A population-based cohort study. *PloS one*, 13(4), e0194697. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194697>
- Bräutigam-Ewe, M., Lydell, M., Månsson, J., Johansson, G., & Hildingh, C. (2017). Dietary advice on prescription: experiences with a weight reduction programme. *Journal of clinical nursing*, 26(5-6), 795–804. <https://doi.org/10.1111/jocn.13532>
- Cella, D., Lai, J. S., Chang, C. H., Peterman, A., & Slavin, M. (2002). Fatigue in cancer patients compared with fatigue in the general United States population. *Cancer*, 94(2), 528-538.
- Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin. (uppdaterad 2023-05-29; citerad 2024-06-06). Hälsosamtal. <https://www.ces.regionstockholm.se/projekt-och-uppdrag/halsosamtal>
- Chung, M., Van Buul, V. J., Wilms, E., Nellesen, N., & Brouns, F. J. P. H. (2014). Nutrition education in European medical schools: results of an international survey. *European journal of clinical nutrition*, 68(7), 844-846.
- Crocker, J., Cornwell, B., & Major, B. (1993). The stigma of overweight: affective consequences of attributional ambiguity. *Journal of personality and social psychology*, 64(1), 60.
- Delice, A. (2010). *The Sampling Issues in Quantitative Research*. Educational Sciences: Theory and Practice, 10(4), 2001-2018.
- Ejlertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken: en handbok i enkätmetodik*. (2. [omarb.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Espinosa-Salas, S., & Gonzalez-Arias, M. (2023). Behavior modification for lifestyle improvement.
- Folkhälsomyndigheten. (3 juli 2024). Samhällskostnader för övervikt och fetma. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/mat-fysisk-aktivitet-overvikt-och-fetma/overvikt-och-fetma/samhallskostnader-for-overvikt-och-fetma/>
- Folkhälsomyndigheten. (uppdaterad 2023-02-16; citerad 2024-06-06)a Statistik om vuxnas matvanor. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/mat-fysisk-aktivitet-overvikt-och-fetma/mat/statistik-om-mat/statistik-om-vuxnas-matvanor/>
- Folkhälsomyndigheten. (uppdaterad 2023-05-30; citerad 2024-06-06)b, Statistik om övervikt och fetma hos vuxna. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/mat-fysisk-aktivitet-overvikt-och-fetma/overvikt-och-fetma/statistik-om-overvikt-och-fetma/overvikt-och-fetma-hos-vuxna/#:~:text=Andelen%20har%20%C3%B6kat%20%C3%B6ver%20tid,2006%20till%2028%20procent%202022.>
- Giuseppe, Grosso., Francesca, Bella., Justyna, Godos., Salvatore, Sciacca., Daniele, Del. Rio., Sumantra, Ray., Fabio, Galvano., Edward, L. Giovannucci., (2017) Possible role of diet in cancer: systematic review and multiple meta-analyses of dietary patterns, lifestyle factors, and cancer risk. (Volume 75, Issue 6). <https://doi.org/10.1093/nutrit/nux012>
- Hancock, R. E., Bonner, G., Hollingdale, R., & Madden, A. M. (2012). ‘If you listen to me properly, I feel good’: a qualitative examination of patient experiences of dietetic consultations. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 25(3), 275-284.

- Henricson, M. (2023). Vetenskaplig teori och metod : från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap (Tredje upplagan). Studentlitteratur.
- Hoyo, C., Cook, M. B., Kamangar, F., Freedman, N. D., Whiteman, D. C., Bernstein, L., ... & Gammon, M. D. (2012). Body mass index in relation to oesophageal and oesophagogastric junction adenocarcinomas: a pooled analysis from the International BEACON Consortium. *International journal of epidemiology*, 41(6), 1706-1718.
- Keller, A., & Bucher Della Torre, S. (2015). Sugar-sweetened beverages and obesity among children and adolescents: a review of systematic literature reviews. *Childhood obesity*, 11(4), 338-346.
- Liu, S., Willett, W. C., Manson, J. E., Hu, F. B., Rosner, B., & Colditz, G. (2003). Relation between changes in intakes of dietary fiber and grain products and changes in weight and development of obesity among middle-aged women. *The American journal of clinical nutrition*, 78(5), 920-927.
- McCarthy, E. A., Walker, S. P., Ugoni, A., Lappas, M., Leong, O., & Shub, A. (2016). Self-weighing and simple dietary advice for overweight and obese pregnant women to reduce obstetric complications without impact on quality of life: a randomised controlled trial. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 123(6), 965–973. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13919>
- Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. (2022). Slutrapport avseende systematisk kunskapsgenomgång av den svenska modellen för Riktade hälsosamtal. NPO Levnadsvanor. <https://skr.se/download/18.1376ec91188aec600b72cfa/1686581796153/Levnadsvanor-riktade-halsosamtal-rapport.pdf>
- Pezdek, K. (2012). Fallible eyewitness memory and identification.
- Rangel, C., Dukeshire, S., & MacDonald, L. (2012). Diet and anxiety. An exploration into the Orthorexic Society. *Appetite*, 58(1), 124-132.
- Sackett, D. R., & Dajani, T. (2019). Fat shaming in medicine: Overview of alternative patient strategies. *Osteopathic Family Physician*, 11(4).
- Schnurr, T. M., Jakupović, H., Carrasquilla, G. D., Ängquist, L., Grarup, N., Sørensen, T. I., ... & Kilpeläinen, T. O. (2020). Obesity, unfavourable lifestyle and genetic risk of type 2 diabetes: a case-cohort study. *Diabetologia*, 63, 1324-1332.
- Sedgwick, P. (2013). Convenience sampling. *Bmj*, 347.
- Seidell, J. C., & Visscher, T. L. (2000). Body weight and weight change and their health implications for the elderly. *European journal of clinical nutrition*, 54(3), S33-S39.
- Socialstyrelsen. (2018). Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor (978-91-7555-470-9). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-24.pdf>,
- Socialstyrelsen. (2023). Nationella riktlinjer för vård vid obesitas. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2023-4-8460-konsekvensanalys.pdf>
- Steinmetz, K. A., & Potter, J. D. (1996). Vegetables, fruit, and cancer prevention: a review. *Journal of the american dietetic association*, 96(10), 1027-1039.
- Svenberg, Josef. (2023-11-07). Hälsosamtal för fler 40-åringar i Uppsala. *Dagens medicin*. <https://www.dagensmedicin.se/specialistomraden/folkhalsa/halsosamtal-for-fler-40-aringar-i-uppsala/>
- Sveriges Regioner i Samverkan. (2022). <https://d2flujgsl7escs.cloudfront.net/external/Nationellt-varldprogram-vid-ohalsosamma-levnadsvanor-prevention-och-behandling.pdf>

- Thomson, C. A., Morrow, K. L., Flatt, S. W., Wertheim, B. C., Perfect, M. M., Ravia, J. J., ... & Rock, C. L. (2012). Relationship between sleep quality and quantity and weight loss in women participating in a weight-loss intervention trial. *Obesity*, 20(7), 1419-1425.
- Upmark, M., Borg, K., & Alexanderson, K. (2007). Gender differences in experiencing negative encounters with healthcare: a study of long-term sickness absentees. *Scandinavian Journal of Public Health*, 35(6), 577-584.
- Vetenskapsrådet. (2002).
https://www.vr.se/download/18.68c009f71769c7698a41df/1610103120390/Forskningsetiska_principer_VR_2002.pdf
- Wallin, Anders. (1996). Fetma- en folksjukdom. *Läkartidningen*, volym 93 (nr 1-2), 19-22
- Wilson, P. W. (1994). Established risk factors and coronary artery disease: the Framingham Study. *American journal of hypertension*, 7(7_Pt_2), 7S-12S.

Bilaga 1. Enkät

1. Jag samtycker till att delta i denna undersökning. *

Ja

Nej

När var din senaste hälsoundersökning?

2. När var du på hälsoundersökning i samband med att du fyllde 40-, 50 eller 60 år? Välj det alternativ som passar bäst.

* Hälsoundersökning refererar här till det som ibland kallas "40-, 50- eller 60-årskontroll" dvs när man kallas för en generell undersökning på sin vårdcentral/hälsocentral utan misstanke om sjukdom eller ohälsa

Mindre än 1 månad sedan

1 månad sedan

2 månader sedan

3 månader sedan

4 månader sedan

5 månader sedan

6 månader sedan

Mer än 6 månader sedan

Frågor gällande samtalet om din hälsa och levnadsvanor du hade efter hälsoundersökningen

3. Samtalade ni om dina matvanor vid hälsosamtalet?

- Ja
- Nej
- Minns ej

4. Vad handlade ert samtal om matvanor om? Du kan välja flera alternativ.

Vi pratade om att det vore önskvärt att jag:

- Äter mer frukt och/eller grönsaker
- Äter mer fibrer/fullkorn
- Äter mer fisk
- Äter mindre sötsaker
- Äter mindre feta mejeriprodukter
- Minskar kaloriintaget
- Minns ej
- Other

5. Följande påståenden handlar om din upplevelse av samtalet om matvanor. Ange i vilken utsträckning du instämmer i respektive påstående.

	Instämmer helt	Instämmer	Varken eller	Instämmer inte	Instämmer inte alls
Samtalet om matvanor var värdefullt för mig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag hade önskat ett mer ingående samtal om matvanor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag litar på den information som gavs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Samtalet gjorde mig motiverad att förändra mina matvanor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Efter samtalet kände jag mig motiverad att gå ner i vikt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Har du ändrat dina matvanor utifrån kostråden du fick?

- Ja, helt/i stor utsträckning
- Ja, delvis
- Nej, inte alls

7. Upplever du att din fysiska hälsa har förändrats efter hälsoundersökningen? Du kan välja flera alternativ.

Jag har sedan hälsoundersökningen upplevt:

Nej, ingen förändring

Mer ork

Mindre ork

Viktuppgång

Viktnedgång

Förbättrad sömn

Försämrad sömn

Mer hungerkänslor

Mindre hungerkänslor

Other

Bakgrundsinformation

8. vilket år är du född?

Number must be between 1950 ~ 1990

9. Vad är din könsidentitet?

- Man
- Kvinna
- Annat

10. Hur lång är du? Svara i cm.

The value must be a number

11. Hur mycket väger du nu? Svara i kg.

The value must be a number

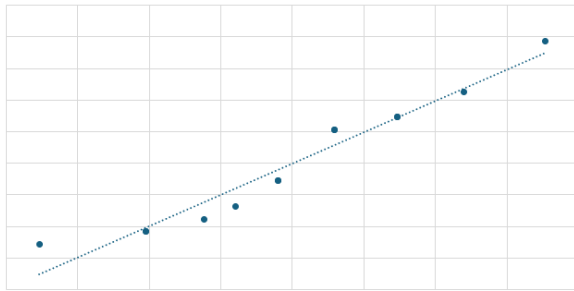
12. Vilken region tillhör din vårdcentral/hälsocentral?

- Stockholm
- Uppsala
- Sörmland
- Östergötland
- Jönköpings län
- Kronoberg
- Kalmar län
- Gotland
- Blekinge
- Skåne
- Halland
- Götalandsregionen
- Värmland
- Örebro län
- Västmanland
- Dalarna
- Gävleborg
- Västernorrland
- Jämtland Härjedalen
- Västerbotten

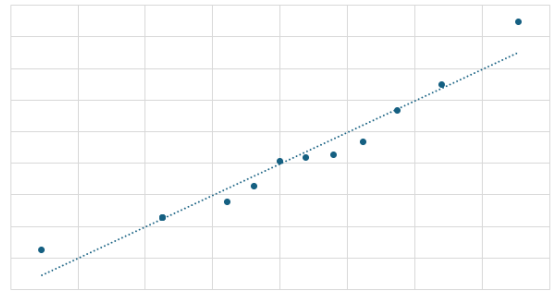
13. Har du något du vill lägga till

Bilaga 2. Q-Q plots för längt, vikt och BMI

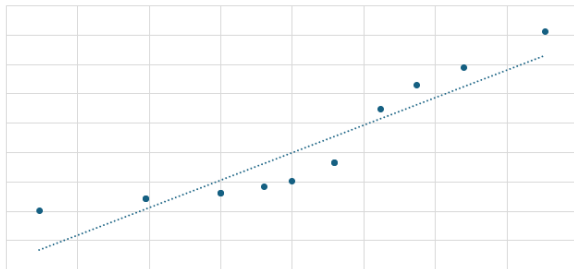
BMI



Vikt



Längd



Bilaga 3. Följebrev

Enkät om kostråd för överviktiga vid hälsoundersökning

Hej!

Jag heter Ludvig Hansson och är dietiststudent vid institutionen för kost- och måltidsvetenskap på Umeå Universitet. Jag skriver denna termin min kandidatuppsats som syftar till att undersöka upplevelsen av de kostråd som ges till personer med övervikt eller fetma vid hälsoundersökning. Ytterligare ett syfte är att undersöka om den fysiska hälsan upplevs ha förändrats efter undersökningen.

Undersökningen genomförs i form av en webbenkät och vänder sig till dig som deltagit i en hälsoundersökning på din vårdcentral/hälsocentral i samband med att du fyllde 40, 50 eller 60 år och som vid undersökningen hade övervikt eller fetma, dvs. ett Body Mass Index (BMI) på minst 25. För att svara på enkäten ska det ha gått *minst en månad* sedan din hälsoundersökning, men inte mer än *sex månader* sedan undersökningen.

"Hälsoundersökning" refererar här till det som ibland kallas "40-, 50- eller 60-årskontroll" dvs när man kallas för en generell undersökning på sin vårdcentral/hälsocentral utan misstanke om sjukdom eller ohälsa. Undersökningen följs av en utvärdering av ens fysiska hälsa samt eventuella råd om livsstilsförändringar.

Deltagande är helt frivilligt, tar c.a. 3-5 minuter, och du kan när som helst avbryta din medverkan. Redovisning av resultaten kommer endast att ske på gruppnivå, så att ingen enskild individ kan identifieras.

Dela gärna enkäten i social media, gärna i andra regioner i grupper eller direkt till personer som uppfyller deltagarkriterierna.

Enkäten besvaras i det webbaserade enkätverktyget Forms i Office365 som är en molntjänst inom Umeå universitet. Inga personuppgifter efterfrågas och inga IP-adresser sparas tillsammans med själva enkäten så enkäten kommer att vara helt anonym. De insamlade uppgifterna kommer att förstöras när uppsatsarbetet godkänts och betyget har registrerats i Umeå universitets studieregister.

Enkäten stängs 25e September klockan 23:59

Om du har några funderingar kan du kontakta mig på följande e-postadress:

Ludvig Hansson

E-post: luha0006@ad.umu.se