





# Hur och när är det lättast och mest kostnadseffektivt att med motiverande samtal främja viktnedgång efter förlossning hos överviktiga kvinnor?

Pilotstudie för IRIS



Citera gärna Centrum för epidemiologi och samhällsmedicins rapporter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

 **Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin**  
Box 1497, 171 29 Solna  
ces@sll.se  
 Rapport 2014:5  
 ISBN 978-91-87691-18-8  
 Författare: Helena Bjeremo, Gunilla Wilsby, Andrea Friedl, Ann-Louise Sirén, Finn Rasmussen  
Lay-out: Viktoria Jonze

Stockholm december 2014

Rapporten kan laddas ner från Folkhälsoguiden,  
[www.folkhalsoguiden.se](http://www.folkhalsoguiden.se)

# Förord

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) ska verka för en god och jämlik hälsa hos Stockholms läns befolkning. Övervikt och fetma är ett viktigt folkhälsoområde där effektiva insatser behövs. En betydande andel gravida kvinnor i Stockholms län har problem med detta och kan nås inom mödrahälsovården som erbjuder kostnadsfria besök och möter nästan alla gravida kvinnor.

En effektiv metod som kan minska förekomsten av övervikt och fetma bland gravida kvinnor och nyblivna mammor kan påverka hälsan hos mor och barn på långt sikt. CES har fått i uppdrag att utvärdera ett förebyggande program för att motverka kraftig viktuppgång under graviditet och främja viktneigång efter förlossning bland kvinnor med övervikt eller fetma. Hälso- och sjukvården ska i största möjliga mån vara evidensbaserad, varför metoden utvärderas som ett vetenskapligt projekt. Denna rapport berör pilotstudien.

*Cecilia Magnusson*

Verksamhetschef

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin Stockholms läns landsting, SLSO

# Innehåll

Förord .....	3
Sammanfattning.....	5
Introduktion.....	6
Syfte.....	7
Metod.....	8
Rekrytering av barnmorskemottagningar och studiedeltagare.....	8
Datainsamling och MI-samtal.....	9
Resultat och diskussion.....	11
Barnmorskemottagningar.....	11
Deltagande kvinnor.....	11
Antal deltagare.....	11
Resultat från baslinjemätningen.....	12
MI-samtalen.....	13
Kodning av MI-samtal .....	14
Utvärderingssamtalet.....	14
Avslutande kommentar .....	14
Referenser.....	16

# Sammanfattning

Nästan var tredje kvinna som skrevs in i mödrahälsovården i Stockholms län mellan 2008 och 2010 hade övervikt eller fetma. Övervikt och fetma vid graviditetsstart eller en kraftig viktökning under graviditeten medför ökade risker för både kvinnan och barnet. Barn till dessa kvinnor löper även ökad risk för att själva utveckla övervikt och fetma senare i livet. Vidare är graviditet i sig en viktig riskfaktor för övervikt och fetma hos kvinnor i barnafödande ålder.

Målet med IRIS-studien är att utveckla en metod inom mödrahälsovården för att motverka kraftig viktuppgång under graviditet och främja viktne­d­gång efter förlossning hos kvinnor med övervikt eller fetma. Hälso- och sjukvården ska vara evidensbaserad och studien är därför upplagd som en randomiserad kontrollerad prövning, vilket torde ge en hög vetenskaplig bevisgrad. En nyckelkomponent i metoden är motiverande samtal (MI). Som ett första steg genomfördes en pilotstudie för att säkerställa god MI-kompetens inom området mat- och rörelsevanor hos projektets MI-rådgivare. Pilotstudien syftade även till att förbättra studiedesign och logistik.

Under pilotstudien har kontakt med flera av Stockholms läns landstings barnmorskemottagningar etablerats. Förfaringssättet då barnmorskorna tillfrågar gravida kvinnor om deras intresse i att delta i studien har anpassats till att bättre överensstämma med mödrahälsovårdens verksamhet och därmed öka dess användarvänlighet, något som har mottagits väl av barnmorskorna. MI-rådgivarnas kompetens inom mat och fysisk aktivitet har ökat under pilotstudien. Vidare har vissa förändringar gjorts i samtalsupplägg och studiedesign utifrån erfarenheter från MI-samtalen, deltagande kvinnors utvärderingar samt logistiska lärdomar. Studien går nu i november 2014 vidare in i sin huvudfas.

# Introduktion

Övervikt och fetma är ett utbrett samhällsproblem, vilket också innebär en hög förekomst hos gravida kvinnor. Av de som skrevs in i mödrahälsovården inom Stockholms län mellan 2008 och 2010 hade 29 procent övervikt eller fetma (1). Övervikt och fetma klassificeras ofta genom kroppsmasseindex (BMI) som beräknas genom att dividera vikten med längden i kvadrat. Vanligen definieras övervikt som BMI 25,0-29,9 kg/m<sup>2</sup> och fetma som BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> (2). Liksom i den övriga befolkningen finns det stora skillnader i förekomst av övervikt och fetma bland gravida kvinnor beroende på var man bor och vilken utbildningsnivå man har. Till exempel är fetma tio gånger vanligare i den kommun med högst fetmaförekomst i Stockholms län jämfört med den kommun som har lägst förekomst (1).

Befintlig övervikt och fetma vid graviditet medför ökade risker för både kvinnan och barnet. Även en kraftig viktökning under graviditeten ökar risken för komplikationer. Dessa risker och komplikationer är bland annat graviditetsdiabetes, graviditetsassocierat högt blodtryck, havandeskapsförgiftning (preeklampsi), kejsarsnitt samt förlossningskomplikationer (3, 4). Ett högt BMI innebär även ökad risk för fosterdöd och dödfödsel (3, 5). På grund av dess höga förekomst har övervikt och fetma bedömts vara den viktigaste modifierbara orsaken till dödföddhet i höginkomstländer (6).

Det är vanligt med en kvarstående viktökning efter graviditet och denna är ofta större vid en kraftig viktuppgång under graviditeten (7, 8). Graviditet i sig är på så sätt en viktig riskfaktor för övervikt hos fertila kvinnor. Även barnets risk för övervikt och fetma påverkas av mammans viktstatus. Barn till kvinnor med övervikt/fetma eller med kraftig viktuppgång under graviditeten löper ökad risk för att själva utveckla övervikt och fetma senare i livet (7, 9–11).

Det finns alltså många anledningar till varför en minskning av övervikt och fetma hos fertila kvinnor är eftersträvänsvärt. Dock finns idag ingen effektiv metod för att motverka detta. I Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder* prioriteras kvalificerad rådgivning till gravida kvinnor med ohälsosamma matvanor (12). Det vetenskapliga stödet är emellertid svagare än för andra befolkningsgrupper varför nya förebyggande metoder bör testas i randomiserade studier och utvärderas hälsoekonomiskt innan de implementeras i hälso- och sjukvården (13).

En metod för att stödja och motivera till förändring av levnadsvanor är motiverande samtal (MI). MI är en patientcentrerad samtalsmetod som i många fall främjar människors motivation till beteendeförändring (14). Det finns evidens för att metoden kan underlätta för människor att ta sig ur ett riskbruk eller missbruk av alkohol samt sluta med tobaksrökning (15, 16). Det finns även stöd för att MI är en verksam metod för att främja viktnedgång (16, 17), även om evidensen är svagare än för (missbruk av) droger, alkohol och tobak. Studier tyder på att MI har gynnsamma effekter på mat- och rörelsevanor (15, 16, 18) men detta behöver undersökas ytterligare. Vidare är det oklart vilken kompetens som krävs hos MI-rådgivaren, hur många MI-samtal som behövs och när (under graviditeten eller efter förlossningen) som effekt på viktrention bäst kan uppnås.

## Syfte

IRIS-studien är en randomiserad kontrollerad interventionsstudie som ska motverka kraftig viktuppgång under graviditet och främja viktnedgång efter förlossning hos kvinnor med övervikt eller fetma. Målet är att ta fram och utvärdera en metod för att stödja gravida kvinnor och nyblivna mammor till hälsofrämjande förändringar av deras mat- och rörelsevanor. IRIS-studien genomförs inom ramen för ett uppdrag från Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF). Som ett första steg genomfördes en pilotstudie för att ge MI-rådgivarna erfarenhet av samtal kring mat- och rörelsevanor samt för att utveckla och förbättra logistik och studiedesign. Denna arbetsrapport beskriver lärdomar och resultat från pilotstudien.

# Metod

## Rekrytering av barnmorskemottagningar och studiedeltagare

För att informera om och rekrytera barnmorskemottagningar till IRIS-studien anordnades möten med samordnande barnmorskor, enhets- och verksamhetschefer. De barnmorskemottagningar som var intresserade av att delta besöktes sedan för att hela personalen skulle få information om studien samt önskemål om barnmorskornas medverkan i rekryteringen av gravida kvinnor och nyblivna mammor. Samtliga samordnande barnmorskor (fem) i Stockholms läns landsting informerades om studien. Under pilotstudien har projektets medarbetare haft återkommande kontakter med mödrahälsovårdsöverläkare, samordnande barnmorskor, chefsbarnmorskor och mottagningsbarnmorskor för att diskutera hur rekryteringen kan underlättas. Vidare har nya kontakter regelbundet tagits med barnmorskemottagningar som ännu inte anslutit sig till studien i syfte att utöka antalet medverkande enheter.

Under oktober 2014 hölls en utbildning om graviditet och fetma för barnmorskor verksamma inom mödrahälsovården i Stockholms län, i vilken en presentation om IRIS-studien ingick. Utbildningen hölls vid tre tillfällen. Hösten 2014 har även deltagande mottagningar åter kontaktats och studiepersonal har varit ute för att möta barnmorskorna igen, påminna om studiens upplägg och dess rekrytering.

För att rekrytera kvinnor tillfrågades potentiella studiedeltagare (gravida kvinnor med övervikt eller fetma) av barnmorskorna vid inskrivningssamtalet i mödrahälsovården. I IRIS-studien kommer fyra grupper att jämföras; i) MI-samtal under graviditeten, ii) MI-samtal efter förlossning, iii) MI-samtal både under graviditet och efter förlossning, samt iv) kontrollgrupp med sedvanligt omhändertagande. Eftersom MI-samtalen alltså även kommer att genomföras på nyförlösta kvinnor inkluderades också denna målgrupp i pilotstudien genom att kvinnor tillfrågades vid efterkontrollen på barnmorskemottagningen.

Inklusionskriterierna var förstföderska, BMI 27,0–32,9 kg/m<sup>2</sup> samt att kunna tala flytande svenska. Detta för att kvinnan skulle kunna ta till sig MI-samtalen. Då det initialt visade sig vara svårt att rekrytera deltagare tilläts även omföderskor och kvinnor med något högre BMI under pilotstudien. Detta för att MI-rådgivarna skulle få tillräckligt med tillfällen för att utveckla samtalsmetodiken.

Då pilotstudien påbörjades ombads barnmorskorna att tillfråga kvinnor om intresse för medverkan i studien vid inskrivningssamtalet på barnmorskemottagningen eller efterkontrollen efter förlossning. Vid intresse fylldes en blankett i med kvinnans kontaktuppgifter samt BMI för att studiepersonalen sedan skulle kunna kontakta kvinnan och informera ytterligare om studien. Det är dock mycket annan information som också ska delges den gravida kvinnan under inskrivningssamtalet. För att minska belastningen på barnmorskorna och tidsåtgången för att tillfråga kvinnor om studien utarbetades därför senare en annan blankett. På denna tillfrågas kvinnan om hon får kontaktas för att ges information om en studie för att få stöd för att motverka kraftig viktuppgång under graviditet och främja viktning efter förlossning. Barnmorskan ber således intresserade kvinnor att fylla i blanketten under inskrivningssamtalet och skickar den sedan till vår personal på Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin



(CES), som sköter den efterföljande kontakten. De flesta barnmorskor har uppgett att de uppskattar detta mindre tidskrävande arbetssätt.

Vissa barnmorskemottagningar erbjuder gravida kvinnor hälsosamtal i grupp. Vår personal vid CES deltog även vid ett fåtal av dessa för att personligen informera de gravida kvinnorna om IRIS-studien och därmed testa denna rekryteringsstrategi. Affischer och broschyrer med information om IRIS-studien sattes även upp i väntrum på deltagande barnmorskemottagningar för att ge gravida kvinnor möjlighet att själva ta kontakt med studiepersonal vid intresse.

För att få kontakt med nyblivna mammor (utöver vid efterkontrollen på barnmorskemottagningen) kontaktades även ett urval barnhälsovårdscentraler. Dessa informerades om studiens syfte. Affischer och broschyrer skickades sedan till de enheter som var villiga att ha dessa i sina väntrum.

En studiehemsida med domännamn [www.irisstudien.se](http://www.irisstudien.se) utvecklades i samarbete med Karolinska Institutets bibliotek (KIB). På denna finns intresseanmälanfunktion samt information till deltagare och barnmorskor. Vidare finns *Min sida* för studiedeltagare där de bland annat kan följa sitt deltagande och fylla in webbenkäter.

#### Faktaruta 1 – Rekryteringssätt i IRIS-studien

- Barnmorskan informerar kort och frågar om intresse för deltagande i IRIS-studien vid inskrivningssamtalet
- Kvinnan får besvara intresseblankett hos barnmorskan vid inskrivningssamtalet
- Affisch i väntrummet
- Broschyr i väntrummet
- Intresseanmälan via hemsidan ([www.irisstudien.se](http://www.irisstudien.se))

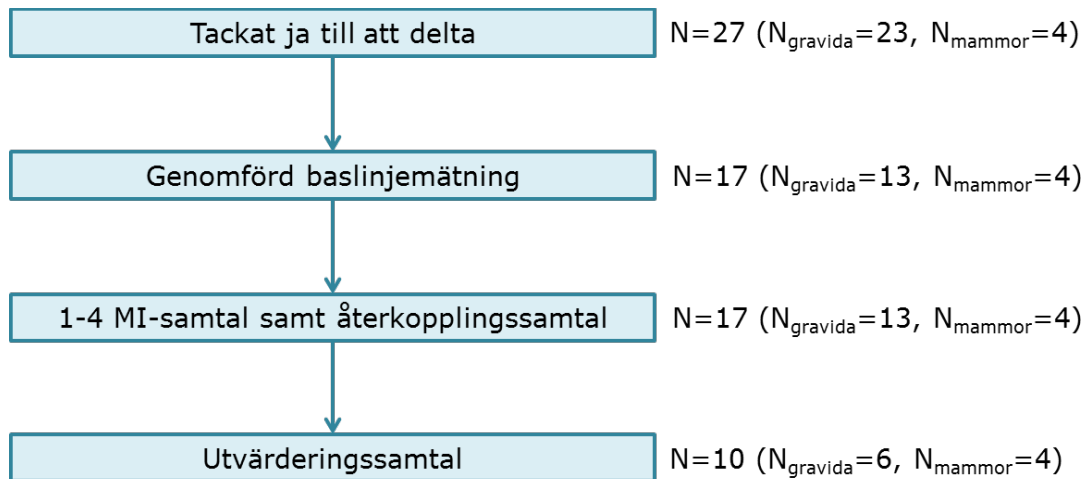
## Datainsamling och MI-samtal

Figur 1 beskriver kortfattat flödesschemat för pilotstudien. Kvinnor som valde att delta gjorde först en baslinjemätning bestående av kostregistrering, rörelsemätning och enkät. Kostregistreringen innebar att deltagaren antecknade allt hon åt och drack under fyra dagar (onsdag–lördag) och registrerade detta i Livsmedelsverkets *Matvanekollen Matdagbok*, ett verktyg kopplat till deras livsmedelsdatabas (19). Samtidigt fick deltagaren bära en accelerometer (ActiGraph GT3X (20)) under all vaken tid under sju dagar (onsdag–tisdag) för att mäta hur mycket hon rörde på sig. Enkäten innehöll bland annat frågor om utbildning samt tobaks-, mat- och rörelsevanor. I börjanskickades den ut i pappersformat men då utvecklingen av en webbenkäten var färdig ombads kvinnan i första hand att fylla i den webbaserade enkäten.

Efter fullföljd baslinjemätning kontaktades kvinnan och datum för MI-samtal bokades in. Kvinnan erbjöds även ett samtal som återkopplade på hennes resultat från kost- och rörelsemätningen. Detta analyserades av nutritionister och hölls av en MI-rådgivare. Efter genomförda MI-samtal ägde ett utvärderingssamtal rum där kvinnan tillfrågades om hennes upplevelser kring studiedeltagandet. Detta samtal genomfördes av en annan person än MI-rådgivaren. Det första och sista MI-samtalet skedde vid personliga möten

medan övriga MI-samtal samt återkopplings- och utvärderingssamtalen ägde rum via telefon.

I pilotstudien tackade 27 kvinnor ja till att delta och 17 genomförde själva baslinjemätningen (figur 1). På grund av det låga antalet personer i pilotstudien gjordes inga statistiska analyser.



Figur 1: Flödesschema för pilotstudien samt antalet deltagare till och med den 1 december 2014.

# Resultat och diskussion

## Barnmorskemottagningar

Inom Stockholms läns landsting finns cirka 70 barnmorskemottagningar. Utav dessa har 26 deltagit i pilotstudien, även om vissa mottagningar endast deltagit under en begränsad period. Det har dock varit stor variation i hur aktiva olika mottagningar, och enskilda barnmorskor, varit i rekryteringen. Detta beror troligen dels på varierande intresse och engagemang i överviktsfrågan men även hur stor andel av kvinnorna som uppfyller studiens inklusionskriterier. Antalet rekryterade kvinnor från respektive barnmorskemottagning kan inte direkt jämföras med hur aktiva och engagerade barnmorskorna är eftersom detta även beror på i hur stor utsträckning befolkningen i upptagningsområdet motsvarar studiens inklusionskriterier. Till exempel genomförs många besök med tolk i Spånga-Tensta och andelen med övervikt/fetma är låg på Södermalm. Under pilotstudien har kvinnor rekryterats från femton barnmorskemottagningar, varav kvinnor från åtta olika mottagningar sedan även har inkluderats i studien.

Under pilotstudien har diskussion förts med barnmorskorna kring vilka svårigheter de upplever vad gäller rekryteringen. Vanliga hinder var för hög arbetsbelastning, att det är mycket information som ska tas upp under inskrivningssamtalet, många pågående studier, att övervikt och fetma är ett känsligt ämne, att andra hälsoaspekter prioriteras (till exempel riskbruk av alkohol) samt att kvinnorna inte är intresserade. Många barnmorskor arbetar också individuellt med sina kvinnor och har begränsat med tid för att träffa kollegor och diskutera verksamhetsrelaterade frågor. Som nämnts tidigare har återkopplingen från barnmorskorna bland annat lett till utveckling av en väldigt kort intresseanmälan som används under inskrivningssamtalet, just för att minimera tidsåtgången och belastningen. Pilotstudien har också varit viktig för att etablera kontakt med barnmorskemottagningar och justera studiens design. Även rutinerna kring kontakter med barnmorskemottagningarna har förbättrats.

## Deltagande kvinnor

### Antal deltagare

Figur 1 beskriver flödet av kvinnor under pilotstudien. Utav 27 kvinnor som tackat ja till att delta hade 17 genomfört samtliga moment i baslinjemätning (kostregistrering, rörelsemätning och enkät) den 1 december 2014. Av de sju som hade genomfört baslinjemätningen hade nio (53 %) fullföljt, sex (35 %) var pågående och två (12 %) hade hoppat av. Angivna orsaker till att man inte genomförde baslinjemätningen, trots att man tackat ja, eller att man senare hoppade av studien var missfall (N=3, varav en blev gravid igen och då genomförde studien), illamående (N=1), tidsbrist (N=2), önskan om att istället genomgå fetmakirurgi (N=1), akut sjukdom varför baslinjen ej kunde genomföras (N=1), att man ångrade sig under baslinjemätningen (N=1) eller att man blev okontaktbar (N=3).

Genom att följa flödet av deltagare har logistiska svårigheter kunnat identifieras. Bland annat har tidsperioden för baslinjemätningen utökats något och studiepersonalen har kunnat förbättra logistiken för att bli mer effektiv. Flödesscheman över deltagare har utvecklats med till exempel automatisk generering av tidpunkter för datainsamling, MI-samtal, utskick med mera.

**Tabell 1. Karakteristika hos deltagande kvinnor (N=17) med genomförd baslinjemätning före den 1 december 2014.**

Variabel		
Ålder	Min – Max	21 – 43 år
BMI	Min – Max	27,5 – 38,5 kg/m <sup>2</sup>
	Övervikt <sup>1</sup>	4 (24 %)
	Fetma <sup>2</sup>	13 (76 %)
Gravida	Antal	13 (76 %)
Nyblivna mammor	Antal	4 (24 %)
Paritet <sup>3</sup>	Förstföderska	11 (65 %)
	1 barn	5 (29 %)
	2 barn eller fler	1 (6 %)

<sup>1</sup> BMI 25,0–29,9 kg/m<sup>2</sup>

<sup>2</sup> BMI ≥30,0 kg/m<sup>2</sup>

<sup>3</sup> För nyblivna mammor anges paritet utifrån antal barn innan hennes senaste graviditet

## Resultat från baslinjemätningen

Karakteristika hos de kvinnor som genomfört pilotstudiens baslinjemätning före den 1 december 2014 ses i tabell 1. Fem av dessa sjutton kvinnor (29 %) hade gymnasieutbildning, två (12 %) hade universitets- eller högskoleutbildning kortare än tre år och tio (59 %) hade minst treårig universitets- eller högskoleutbildning.

Både 4-dagars kostregistrering och rörelsemätning med accelerometer genererar betydande datamängder och värdefull information. Syftet med pilotstudien var dock inte att utvärdera dessa resultat. Vi har därför valt att endast ytligt beskriva ett fåtal variabler i denna rapport. Från kostregistreringen redovisas intaget av frukt (inklusive bär) och grönsaker, fibrer samt fullkorn då dessa visats vara viktiga för att reglera energibalans. Ett högt intag av kostfibrer bidrar till mindre viktuppgång (21), vilket gör att fiberintaget är av särskilt intresse för denna studie. Vidare är frukt, bär, grönsaker, fullkornsprodukter och andra fiberrika livsmedel kopplat till mindre viktuppgång. Dessa livsmedelsgrupper är också indikatorer på ett hälsosamt kostmönster (21).

Det rekommenderade intaget av frukt och grönsaker är 500 gram per dag (22). I pilotstudien uppfyllde fem av de sjutton kvinnorna (29 %) denna rekommendation. Detta är något mer än i den vuxna svenska befolkningen där 21 procent av kvinnorna i Livsmedelsverkets kostunderökning Riksmaten 2010–2011 rapporterade att de dagligen åt minst 500 gram frukt och grönsaker (23). Kvinnornas genomsnittliga dagliga intag i pilotstudien varierade mellan 165 och 696 gram. Det rekommenderade intaget av fiber är 25–35 gram per dag eller ca 3 gram/MJ (21). I pilotstudien rapporterades detta av 29 procent av kvinnorna (N=5), vilket stämmer väl överens med Riksmaten 2010–2011 (23) där tre av tio (både män och kvinnor) ansågs äta tillräckligt med fibrer. Det genomsnittliga intaget av kostfibrer i pilotstudien varierade mellan 11 och 30 gram per dag. Endast sex procent av kvinnorna (N=1) nådde upp till det rekommenderade intaget av fullkorn (75 g/MJ eller ca 70 gram per dag (24)). Motsvarande siffra bland kvinnorna

i Riksmaten 2010–2011 var cirka tolv procent (25). Det genomsnittliga intaget av fullkorn i pilotstudien varierade mellan 6 och 108 gram per dag.

Vad gäller fysisk aktivitet uppfyllde fjorton kvinnor av sjutton (82 %) rekommendationerna om minst 150 minuter per vecka av minst måttlig intensitet. Dock ska dessa 150 minuter enligt rekommendationerna utföras i pass om minst tio minuter (26), vilket endast uppfylldes av sex (35 %) deltagare. De deltagande kvinnorna var i genomsnitt stillasittande 5,8–12,8 timmar per dag. Detta kan ställas i relation till en studie som visar att svenska vuxna kvinnor i genomsnitt är stillasittande 8,4 timmar per dag och att åldergruppen 18–39 år (båda könen) i genomsnitt är stillasittande 8,5 timmar per dag (27). Vid analys av rörelsemätningen inför återkopplingsamtalet definierades stillasittande som färre än 99 "counts per minut" (CPM) och måttlig intensitet som minst 1952 CPM. Inför huvudstudien kommer analysen baseras på en annan metod (28) där måttlig intensitet definieras genom något högre CPM. Detta då fysisk aktivitet verkar överskattas med metoden som användes i pilotstudien.

## MI-samtalen

Då pilotstudien påbörjades hade MI-rådgivarna fem samtal med varje deltagare, varav två av samtalen var fysiska möten och tre via telefon. De första fyra samtalen var MI-samtal och det femte ett återkopplingsamtal, då deltagaren fick information om sina resultat från den rörelsemätning och kostregistrering hon gjort innan första MI-samtalet. Efter att MI-rådgivarna hade genomfört några återkopplingsamtal upplevde de att det skulle vara mer fördelaktigt att ha återkopplingen tidigare i interventionen. Detta efterfrågades även av de deltagande kvinnorna vid utvärderingssamtalet (se nedan). Genom att tidigarelägga återkopplingsamtalet fick deltagaren möjlighet att få en aktuell bild av sina mat- och rörelsevanor, vilket gjorde resultaten mer relevanta att diskutera och reflektera kring. Kvinnorna kunde reflektera över resultatens betydelse för deras egna mål och de beteendeförändringar de övervägde. Beslutet togs därför att lägga återkopplingen i det första MI-samtalet, som en avgränsad del, och att endast ha totalt fyra samtal. Ytterligare en ändring som gjordes när det gäller samtalen var att erbjuda deltagarna det sista MI-samtalet via telefon istället för ett fysiskt möte. Anledningen var dels att det sista samtalet ofta inte var så långt och dels för att spara restid för både MI-rådgivare och studiedeltagare (se även utvärderingssamtalet nedan).

Att det första samtalet var ett fysiskt möte var fördelaktigt för att bygga en "allians" och att få deltagarna att känna sig trygga. Detta lade en god grund för att deltagarna skulle våga öppna sig. Genom att ha fyra samtal fanns det möjlighet att följa upp de delmål som deltagaren satt upp och stötta förändringsprocessen i riktning av mer hälsosamma matvanor och ökad fysisk aktivitet.

Inför starten av pilotstudien skrev och reviderades en MI-vägledning, för att göra det lättare för MI-rådgivarna att hålla sig inom samma ramar när det gäller vilka delar som ansågs viktiga att ha med i MI-samtalen. Under pilotstudien skapades även en mall för vilken praktisk information som MI-rådgivarna upplevde kunde vara relevant att erbjuda deltagarna i samband med det första samtalet.

För MI-rådgivarna var framför allt de fysiska mötena tidskrävande, dels eftersom det var svårare att begränsa längden på dessa samtal och dels på grund av restiden till och från barnmorskemottagningen. Andra faktorer som tog upp tid utöver själva MI-samtalen var att deltagaren, vid telefonkontakt, inte kunde prata på avtalad tid eller inte gick att

nå. För att öka chansen att samtalen genomfördes på avtalad tid infördes rutinen att påminna deltagaren inför samtalet, antingen via sms eller via mail.

Under pilotstudien träffades MI-rådgivarna regelbundet och lyssnade på varandras MI-samtal för att få ny kunskap och nya infallsvinklar.

### **Kodning av MI-samtal**

För att MI-rådgivarna skulle få återkoppling om kvaliteten på deras MI-samtal med gravida kvinnor (och nyblivna mödrar) och i vilken utsträckning MI-samtalen genomfördes enligt grundprinciperna för MI, kodades ett urval av samtalen med "Motivational Interviewing Treatment Integrity (MITI) Code. Kodningen utfördes av utbildad personal på Motivational Interviewing Coding Laboratory (MIC Lab), Karolinska Institutet. Den skriftliga återkopplingen hjälpte MI-rådgivarna att få insikt om egna styrkor och svagheter. Varje MI-rådgivare valde ut tre samtal var, som de upplevde som ovanliga eller svåra, som skickades till MIC Lab för kodning. Förutom kodningen fick MI-rådgivarna även handledning av en erfaren handledare från MIC Lab, som gick in på djupet och analyserade samtalen och gav konstruktiv kritik.

## Utvärderingssamtalet

Till och med den 1 december 2014 hade tio kvinnor genomfört utvärderingen av MI-samtalen. En hade av dessa hade hoppat av studien efter det tredje MI-samtalet då hon ville genomgå fetmakirurgi. Övriga nio hade deltagit i fyra MI-samtal vardera. Samtliga kvinnor svarade att samtalen hade underlättat för dem att sätta upp mål för förändring av matvanor och/eller rörelsevanor. Flera kvinnor önskade att få sina resultat från matdagbok och rörelsemätning tidigare, istället för efter det sista MI-samtalet, vilket också infördes.

I pilotstudien var det första och sista MI-samtalet personliga möten på kvinnans barnmorskemottagning medan det andra och tredje MI-samtalet ägde rum via telefon. Samtliga kvinnor upplevde det personliga mötet som positivt. Det tog dock längre tid och det sista samtalet skulle enligt individuella önskemål kunna ske per telefon för att spara tid. Detta erbjöds också i slutet av pilotstudien.

Deltagarna tyckte att det var bra men tidskrävande att fylla i matdagboken och att portionsbilderna underlättade att skatta mängder. Även kostenkäten gick bra att fylla i men en kvinna tyckte att det var svårt att skatta intagsfrekvenser av livsmedelsgrupper. Ingen av kvinnorna hade problem med att bära accelerometern, men två kvinnor uppgav att de hade svårt att komma ihåg att sätta på sig den.

Åtta av de tio kvinnorna (80 %) uppgav att de hade förändrat sina matvanor i en positiv riktning under pilotstudien och sju (70 %) hade förändrat rörelsevanorna till det bättre. Kvinnorna tillfrågades om ansträngningsgrad att medverka i studien från 1 "inte alls ansträngande" till 10 "mycket ansträngande". Svaren varierade mellan 2 och 5.

## Avslutande kommentar

Förhoppningen är att IRIS-studien ska leda till en evidensbaserad och kostnadseffektiv metod för att stödja kvinnor med övervikt och fetma under graviditeten och första året efter förlossningen. Stödet fokuserar på hälsofrämjande förändringar av mat- och rörelsevanor för att därmed motverka övervikt. Genomförd pilotstudie har bidragit till kompetensökning hos MI-rådgivarna samt att förbättringsmöjligheter i studiedesign och logistik kunnat identifierats.

Det största hindret som identifierats är själva rekryteringen av studiedeltagare. Under pilotstudien har dock kontakt etablerats med flera engagerade barnmorskor och barnmorskemottagningar och regelbundna besök och kontakter har ägt rum. Vidare har en artikel om IRIS-studien publicerats i barnmorskornas fackförbunds tidning *Jordemodern* (29) och presentation av IRIS-studien ingick i de utbildningsdagar som hölls om graviditet och fetma för barnmorskor inom Stockholms läns mödrahälsovård. Även förfaringssättet vid tillfrågning under inskrivningssamtalet har ändrats för att bättre passa till mödrahälsovårdens rutiner och därmed öka användarvänligheten i verksamheterna. Fler barnmorskemottagningar har också rekryterats till huvudstudien. Dessa insatser förefaller ha gett effekt och vi upplever att inflödet av studiedeltagare verkar öka. Studien gick i november 2014 in i huvudfasen.

# Referenser

1. Bjeremo H, Lind S, Rasmussen F. (2014). Stora geografiska och sociala skillnader i fetma och övervikt hos gravida kvinnor i Stockholms län. Solna: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting: Faktablad 2014:4.
2. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. World Health Organ Tech Rep Ser. 2000;894:i-xii, 1–253.
3. Villamor E, Cnattingius S. Interpregnancy weight change and risk of adverse pregnancy outcomes: a population-based study. *Lancet*. 2006;368(9542):1164–70.
4. IOM (Institute of Medicine), NRC (National Research Council). (2009). *Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines*. Washington, DC.
5. Aune D, Saugstad OD, Henriksen T, Tonstad S. Maternal body mass index and the risk of fetal death, stillbirth, and infant death: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2014;311(15):1536–46.
6. Flenady V, Koopmans L, Middleton P, Froen JF, Smith GC, Gibbons K, et al. Major risk factors for stillbirth in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2011;377(9774):1331–40.
7. Poston L. Maternal obesity, gestational weight gain and diet as determinants of offspring long term health. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2012;26(5):627–39.
8. Linne Y, Dye L, Barkeling B, Rossner S. Weight development over time in parous women--the SPAWN study--15 years follow-up. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2003;27(12):1516–22.
9. Hochner H, Friedlander Y, Calderon-Margalit R, Meiner V, Sagy Y, Avgil-Tsadok M, et al. Associations of maternal prepregnancy body mass index and gestational weight gain with adult offspring cardiometabolic risk factors: the Jerusalem Perinatal Family Follow-up Study. *Circulation*. 2012;125(11):1381–9.
10. Gaillard R, Steegers EA, Duijts L, Felix JF, Hofman A, Franco OH, et al. Childhood cardiometabolic outcomes of maternal obesity during pregnancy: the Generation R Study. *Hypertension*. 2014;63(4):683–91.
11. Ludwig DS, Rouse HL, Currie J. Pregnancy weight gain and childhood body weight: a within-family comparison. *PLoS Med*. 2013;10(10):e1001521.
12. Socialstyrelsen. (2011). Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. Stockholm: Artikelnr: 2011-11-11.
13. Socialstyrelsen. Evidensbaserad medicin. <http://www.socialstyrelsen.se/effektivitet/resursfordelningochprioriteringar/prioriteringarihalso-ochsjukvarden/evidensbaseradmedicin> [tillgänglig 2014-12-03].
14. Miller WR, Rollnick S. (2013). *Motivational Interviewing. Helping People Change*. New York: The Guildford Press.
15. Lundahl B, Burke BL. The effectiveness and applicability of motivational interviewing: a practice-friendly review of four meta-analyses. *J Clin Psychol*. 2009;65(11):1232–45.



16. Lundahl B, Moleni T, Burke BL, Butters R, Tollefson D, Butler C, et al. Motivational interviewing in medical care settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Educ Couns.* 2013;93(2):157–68.
17. Armstrong MJ, Mottershead TA, Ronksley PE, Sigal RJ, Campbell TS, Hemmelgarn BR. Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obes Rev.* 2011;12(9):709–23.
18. Martins RK, McNeil DW. Review of Motivational Interviewing in promoting health behaviors. *Clin Psychol Rev.* 2009;29(4):283–93.
19. Livsmedelsverket. Matvanekollen – testa hur du äter. Uppsala <http://www.slv.se/sv/grupp1/Mat-och-naring/kostrad/Test-matvanekollen/> [senast uppdaterad 2014-06-24; tillgänglig 2014-12-03].
20. Santos-Lozano A, Marin PJ, Torres-Luque G, Ruiz JR, Lucia A, Garatachea N. Technical variability of the GT3X accelerometer. *Med Eng Phys.* 2012;34(6):787–90.
21. Nordic Council of Ministers. (2014). Nordic Nutrition Recommendations 2012. Integrating nutrition and physical activity. 5th edition. Köpenhamn: Nord 2014:002.
22. Eneroth H. (2012). Vetenskapligt underlag för råd om mängden frukt och grönsaker till vuxna och barn. Uppsala: Livsmedelsverket: Rapport nr 14/2012.
23. Livsmedelsverket. (2012). Riksmaten – Vuxna 2010-11. Vad äter svenskarna? Livsmedels- och näringsintag bland vuxna i Sverige. Uppsala.
24. Becker W, Busk L, Mattisson L, Sand S. (2012). Råd om fullkorn 2009 – bakgrund och vetenskapligt underlag. Uppsala: Livsmedelsverket: Rapport nr 10/2012.
25. Amcoff E, Edberg A, Enghardt Barbieri H, Lindroos AK, Nälsén C, Pearson M, et al. (2012). Riksmaten – vuxna 2010–11. Livsmedels- och näringsintag bland vuxna i Sverige. Uppsala: Livsmedelsverket.
26. Folkhälsomyndigheten. Rekommendationer för vuxna. <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/fysisk-aktivitet/rekommendationer/> [senast uppdaterad 2013-11-03; tillgänglig 2014-12-03].
27. Hagstromer M, Kwak L, Oja P, Sjostrom M. A 6 year longitudinal study of accelerometer-measured physical activity and sedentary time in Swedish adults. *J Sci Med Sport.* E-pub 2014.
28. Santos-Lozano A, Santin-Medeiros F, Cardon G, Torres-Luque G, Bailon R, Bergmeir C, et al. Actigraph GT3X: validation and determination of physical activity intensity cut points. *Int J Sports Med.* 2013;34(11):975–82.
29. Bjermo H, Rasmussen F. IRIS-studienska visa vilket stöd gravida kvinnor med övervikt behöver. *Jordemodern.* 2014;10:20-1.





ISBN 978-91-87691-18-8



**Centrum för epidemiologi  
och samhällsmedicin**

STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING