



UPPSALA
UNIVERSITET

Examensarbete C, 15hp

Grundnivå
ht 2016

Primärvårdsläkare och kostbehandling

En kvantitativ enkätundersökning

ELISABETH BÄCKMAN
JOHANNA DANIELSON

Institutionen för kostvetenskap
Box 560
Besöksadress: BMC, Husargatan 3
751 22 Uppsala



Förord

Vi vill framföra ett stort tack till vår handledare Helen Göranzon som under vårt arbete har bidragit med värdefulla åsikter och god vägledning. Vi vill även tacka våra anhöriga som har bidragit med konstruktiv feedback i samband med utformningen av vår enkätundersökning samt korrekturläsning av uppsatsen.

Ett stort tack vill vi även framföra till alla deltagande primärvårdsläkare och deras chefer, utan er hade denna undersökning inte varit möjlig.

Titel: Primärvårdsläkare och kostbehandling – En kvantitativ enkätundersökning
Författare: Elisabeth Bäckman & Johanna Danielson

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Tidigare studier har visat att primärvårdsläkare upplever sin kostkunskap som sämre än önskvärd, vilket gör att de sällan samtalar om matvanor med sina patienter. Dock tycker de att kosten är viktig och anser att det är deras ansvar att prata om den.

Syfte: Att undersöka hur primärvårdsläkare upplever sina kunskaper om Livsmedelsverkets kostråd samt hur ofta de samtalar om matvanor med olika patientgrupper.

Metod: En kvantitativ metod användes i form av en enkät som skickades ut via mail till HR-chefer, divisionschefer samt verksamhetschefer runtom i landet som sedan vidarebefordrade den till primärvårdsläkare. Totalt deltog 78 verksamma primärvårdsläkare. För databearbetning användes datorprogrammen IBM SPSS (version 24), där statistiska samband prövades med Spearmans rangkorrelation och Microsoft Office Excel (version 16.0.4432.1000), där diagram utarbetades.

Resultat: Den självupplevda kunskapen gällande kostråd är generellt *Ganska bra* för alla livsmedelsgrupper hos våra respondenter. Den självupplevda kunskapen gällande kostråd om tillsatt socker tenderar att vara bättre och den självupplevda kunskapen gällande kostråd om rött kött och charkprodukter tenderar att vara sämre i relation till de andra livsmedelsgrupperna.

Samtal om matvanor sker i större utsträckning med diabetes typ 2-patienter och mer sällan med patienter med högt blodtryck vid jämförelse samtliga patientgrupperna emellan.

Primärvårdsläkare anser att kosten är viktig vid både prevention och behandling. En övervägande majoritet ser även ett behov av en dietist i sitt arbete och har möjlighet att remittera till en.

Slutsats: Generellt är den självupplevda kostkunskapen relativt god hos våra deltagande primärvårdsläkare och tillämpningen av samtal om matvanor varierar mellan patientgrupperna. Kosten upplevs som viktig och ett tydligt dietistbehov finns.

Title: Primary care physicians and dietary treatment - A quantitative survey
Authors: Elisabeth Bäckman & Johanna Danielson

ABSTRACT

Background: Previous studies have shown that primary care physicians perceive their diet knowledge as poorer than desired, which leads to infrequent conversations about eating habits with their patients. However, they find diet important and think that it is their responsibility to talk about it.

Objective: To examine how health care physicians perceive their knowledge about the Swedish National Food Administration's nutrition guidelines and how often they talk about eating habits with different patient groups.

Methods: A quantitative method was used in the form of a survey that was sent by email to HR-managers, divisional managers and heads of activity across Sweden. They then forwarded the survey to their employed primary care physicians. A total of 78 primary care physicians participated. For data processing, the computer programmes Microsoft Office Excel (version 16.0.4432.1000) and IBM SPSS (version 24) were used. With IBM SPSS, statistic correlations were tested through Spearman's rank correlation and with Microsoft Office Excel diagrams were designed.

Results: Among our respondents, the perceived knowledge about the dietary guidelines is overall *Pretty good* for all food groups. The perceived knowledge about the dietary guidelines concerning added sugar tend to be better and the perceived knowledge about the dietary guidelines concerning red meat and charcuteries tend to be poorer in relation to the other food groups.

Conversations about eating habits occur to a greater extent with patients with type 2 diabetes and more infrequently with patients with hypertension in comparison to all patient groups.

Primary care physicians find diet important in both prevention and treatment. An unquestionable majority also see the need for a dietitian in their work and has the possibility of sending referrals to one.

Conclusions: Overall, the perceived diet knowledge is relatively good among the primary care physicians who participated and the appliance of conversations about eating habits vary among the patient groups. Diet is perceived as important and there is a clear need of dietitians.

Innehållsförteckning

1. Introduktion	5
1.1 Sjukdomsförebyggande metoder	5
1.1.1 Konsekvenser av ohälsosamma levnadsvanor	6
1.2 Fyra välfärdssjukdomar	6
1.3 Sveriges primärvård	7
1.3.1 Dietistprofessionen	7
1.3.2 Läkarprofessionen	7
1.3.3 Teamarbete vid nutritionsbehandling	8
1.4 Primärvårdsläkares kostkunskap och tillämpning av kostrådgivning	8
1.5 Vad ska läkare kunna om kost?	9
1.6 Livsmedelsverkets kostråd	9
1.6.1 Forskningsunderlaget för Livsmedelsverkets kostråd.....	10
1.6.2 Kritik mot Livsmedelsverkets kostråd	11
1.7 Svårigheter med koststudier.....	11
1.8 Motivering till undersökningen	11
2. Syfte	12
2.1 Frågeställningar	12
3. Metod	12
3.1 Litteratursökning	12
3.2 Enkät	12
3.3 Urvalsteknik och datainsamling	13
3.3.1 Urvalskriterier	14
3.4 Bortfall.....	14
3.5 Databearbetning.....	14
3.6 Etiska överväganden	15
4. Material	15
4.1 Medverkande i undersökningen	15
5. Resultat	16
5.1 Läkarnas självupplevda kunskap.....	16
5.2 Samtal om matvanor	17
5.3 Vikten av kost för prevention och behandling	18
5.4 Behov av, samt möjlighet att remittera till dietist.....	20

6. Diskussion.....	20
6.1 Metoddiskussion	21
6.1.1 Enkät	21
6.1.2 Urvalsteknik och datainsamling	23
6.1.3 Undersökningens validitet och reliabilitet	24
6.2 Resultatdiskussion.....	24
6.2.1 Den självupplevda kunskapen	24
6.2.2 Samtal om matvanor.....	25
6.2.3 Vikten av kostrådgivning.....	26
6.2.4 Behov av, samt möjlighet att remittera till dietist	26
6.2.5 Statistiska samband	27
6.3 Uppsatsens resultat i relation till dietistprofessionen	28
7. Slutsats.....	28
8. Förslag på vidare forskning	29
9. Referenser	30

Bilaga 1. Arbetsfördelning

Bilaga 2. Enkät

Bilaga 3. Rekryteringsförfrågan

Bilaga 4. Följebrev

Bilaga 5. Spridningsmått

1. Introduktion

Forskning har visat att råd från sjukvårdspersonal kring bland annat kost, i stor utsträckning kan förebygga eller sakta ner progressionen av diabetes typ 2, fetma, hypertoni och hyperlipidemi (Kris-Etherton et al., 2014). Dessa tillstånd kan i sin tur leda till hjärt- och kärlsjukdom som är den vanligaste dödsorsaken i Sverige. Termen hjärt- och kärlsjukdom innefattar bland annat hjärtinfarkt, hjärtsvikt, stroke och kärlkramp (Livsmedelsverket, 2016).

År 2010 uppgick samhällskostnaderna för hjärt- och kärlsjukdomar till 61,5 miljarder kronor. I denna summa innefattas sjukvård, informell vård som ges av närstående samt indirekta kostnader såsom sjukskrivning (Steen Carlsson & Persson, 2012).

1.1 Sjukdomsförebyggande metoder

Enligt Socialstyrelsen (2011) ökar ohälsosamma matvanor risken markant för att drabbas av diabetes typ 2, fetma, hypertoni och hyperlipidemi samt bidrar till sänkt livskvalitet och förtida död.

Kostindex är ett frågeformulär med fem frågor om en persons matvanor där varje svar ger ett visst antal poäng. Ohälsosamma matvanor definieras som låga poäng (0-4 poäng av 12 möjliga) och utifrån denna definition uppskattas omkring 20 % av den vuxna befolkningen i Sverige ha ohälsosamma matvanor. Kostindex tar inte hänsyn till energiintag utan ger en uppfattning om näringskvaliteten i kosten utifrån dess innehåll av grönsaker och rotfrukter, frukt och bär, fisk och skaldjur samt intagsfrekvens av utrymmesmat, det vill säga kaffebröd, choklad, godis, chips eller andra snacks samt läsk och saft. Kostindex är utarbetat av Socialstyrelsen men bygger på de Nordiska Näringsrekommendationerna 2012 (Socialstyrelsen, 2011).

Socialstyrelsen (2011) har utformat Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder som berör behandlingsstrategier inom hälso- och sjukvården. De har i denna rapport kartlagt det vetenskapliga underlaget kring olika förebyggande livsstilsbehandlingar och därefter beslutat om lämpliga prioriteringsgrader. Högst prioriteringsgrad ger siffra 1 och lägst siffra 10. En behandlingsmetod kan även få rekommendationen "icke göra", det vill säga att den inte bör tillämpas inom hälso- och sjukvården.

Vid ohälsosamma matvanor används ofta samtal som en behandlingsmetod. Det finns olika typer av samtal och dessa har olika prioriteringsgrader. Socialstyrelsen (2011) anser att kvalificerat rådgivande samtal om matvanor ska kunna ges av all sjukvårdspersonal och detta har en hög prioritering vid ohälsosamma matvanor (prioritet 3) men är en relativt resurskrävande åtgärd. Kvalificerat rådgivande samtal är ofta längre än 30 minuter och innebär att en dialog förs mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal. Råden anpassas till patientens hälsa, ålder och risknivåer. Eventuellt kompletteras de med olika hjälpmedel, verktyg samt uppföljning. Ett kvalificerat rådgivande samtal kan även innehålla motiverande strategier och är vanligen strukturerat eller baserat på olika teorier som sjukvårdspersonalen har utbildning inom.

Rådgivande samtal har fått en låg prioritet (prioritet 9) då det inte har speciellt god effekt på förändring av matvanor. Denna typ av samtal skiljer sig från kvalificerat rådgivande samtal genom att det är kortare och saknar struktur och teoribasering. Att använda sig av rådgivande

samtal med speciell uppföljning har lägst prioritet (prioritet 10) då vetenskapligt underlag av effekterna av denna tillämpning saknas (Socialstyrelsen, 2011).

1.1.1 Konsekvenser av ohälsosamma levnadsvanor

Varannan kvinna och var tredje man i åldrarna 16-84 år uppger enligt Statens Folkhälsoinstitut (2009) att de inte har några ohälsosamma levnadsvanor. Det finns evidens för att ohälsosamma levnadsvanor orsakar 80 % av alla fall av kranskärlsjukdomar samt hjärnskador orsakade av stroke (Alwan, 2011; Bernard & Christopher, 2014). De personer som har hälsosamma levnadsvanor lever i genomsnitt 14 år längre än de som inte har hälsosamma levnadsvanor (Khaw, Wareham, Bingham, Welch, Luben & Day, 2008).

Det har påvisats att regelbunden fysisk aktivitet, normal kroppsvikt, rökfrihet och hälsosamma matvanor kan förebygga och fördröja en utveckling av diabetes typ 2 (WHO, 2016; Schulze & Hu, 2005).

Om sjukdom redan har drabbat en individ är det också viktigt att förändra levnadsvanorna för att förebygga ytterligare sjukdom, då detta kan ge stora hälsovinster. Om en person som har drabbats av akut kranskärlssyndrom, orsakat av en bristning av kranskärlet eller åderförkalkning av dessa, förbättrar sina levnadsvanor genom att både sluta röka, börja äta mer hälsosamt samt utöva regelbunden fysisk aktivitet kan risken för ytterligare hjärt-och kärlsjukdom minska med 74 % jämfört med om personen inte alls ändrar några levnadsvanor till det bättre (Chow, Jolly, Rao-Melacini, Fox, Anand & Yusuf, 2010).

Rökning, låg fysisk aktivitet, hög kroppsvikt och ohälsosamma matvanor är de faktorer som tillsammans bidrar mest (20 %) till den totala sjukdomsbördan i Sverige idag (Agardh, Moradi & Allebeck, 2008). Dessvärre är levnadsvanors påverkan på den totala sjukdomsbördan kraftigt underskattad (Socialstyrelsen, 2011).

1.2 Fyra välfärdssjukdomar

Enligt Socialstyrelsen (2009) förekommer diabetes typ 2 till största delen hos vuxna. Vid denna sjukdom har kroppen inte samma förmåga att reglera blodsockret vilket ger höga glukoskoncentrationer i blodet. En hälsosam kosthållning och fysisk aktivitet kan ge god effekt på sjukdomen men ibland krävs även behandling med läkemedel. En allvarlig konsekvens av denna sjukdom är att kärlen åderförfattas i en högre hastighet än hos friska. Då bildas inlagringar av fett, blodkroppar och bindväv vilket leder till att blodet får svårare att passera. Vid kraftiga förträngningar kan detta leda till kärlkramp, det vill säga en nedsatt blodförsörjning till hjärtat. Åderförfattning orsakar lättare små blodproppar som kan leda till avstannat blodflöde och därmed ge upphov till hjärtinfarkt eller stroke, alltså avstannat blodflöde till hjärta eller hjärna (Socialstyrelsen, 2009).

Fetma definieras som ett BMI-värde, Body Mass Index, över eller lika med 30 (Socialstyrelsen, 2009). Enligt Världshälsoorganisationen WHO (2016) dör det numera fler personer på grund av fetma än på grund av undernäring i världen och enligt statistik från Folkhälsomyndigheten är omkring hälften av alla personer i Sverige överviktiga (BMI-värde ≥ 25). Av dessa anses omkring 14 % vara feta (Folkhälsomyndigheten, 2014). Personer med fetma lever i genomsnitt sex till sju år kortare än normalviktiga (Haslam & James, 2005) då fetma ökar risken för att drabbas av andra sjukdomar, bland annat högt blodtryck, diabetes typ

2 och blodfettssrubningar (Socialstyrelsen, 2009). Den vanligaste behandlingen vid fetma är livsstilsförändringar vad gäller kost och motion (Socialstyrelsen, 2009).

Blodtryck är trycket som uppstår i blodkärlen när blodet pumpas ut från hjärtat och tillbaka. Med hypertoni eller högt blodtryck menas ett övertryck på över 140 mmHg eller ett undertryck på över 90 mmHg, alternativt båda. Högt blodtryck bör alltid behandlas då kärlen annars tar skada av detta (Socialstyrelsen, 2009). Det höga blodtrycket ökar även risken för att drabbas av bland annat stroke och hjärtinfarkt (Folkhälsomyndigheten, 2016). Omkring en tredjedel av alla i vuxen ålder i Sverige har denna sjukdom och de flesta behöver läkemedelsbehandling (SBU, 2007). Vid lätta förhöjningar av blodtrycket tillämpas ofta livsstilsförändringar i form av god kosthållning, viktminskning, ökning av den fysiska aktiviteten och minskning av alkoholkonsumtion. Dessa förändringar påverkar blodtrycket positivt såväl preventivt som behandlande (Whelton et al., 2002).

Hyperlipidemi, höga blodfetter, innebär höga koncentrationer av fetterna triglycerider och kolesterol i blodet. Detta är en riskfaktor för hjärtinfarkt. Hur höga blodfetter en person har beror både på arv, kosthållning samt mängd fysisk aktivitet. Adekvat kost vid hyperlipidemi är densamma som vid diabetes typ 2, övervikt och hypertoni. Hyperlipidemi kan även behandlas med läkemedel (Socialstyrelsen, 2009).

1.3 Sveriges primärvård

Enligt Socialstyrelsen (2009) innebär svensk primärvård den hälso- och sjukvårdsverksamhet som kan ge grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering till personer i alla åldrar och oberoende av sjukdom. Detta dock utan att medicinska och tekniska resurser från sjukhus krävs. Det som innefattar primärvård är distriktssköterskeverksamhet, barn- och mödrahälsovård (dock inte specialistmödravård) samt åtgärder av läkare som är specialister, vanligen i allmänmedicin. Detta kan vara antingen inom privat eller inom offentlig verksamhet. Hälso- och sjukvård inom kommuner hör också till primärvården (Socialstyrelsen, 2010). Andra professioner en patient kan möta inom primärvården är dietist, sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, kurator och psykolog (Landstinget Uppsala Län, u.å.).

1.3.1 Dietistprofessionen

I Etisk kod för dietister (Dietisternas riksförbund, 2009) framkommer det att dietister sedan år 2006 är en legitimerad yrkesgrupp vilket innebär att yrkestiteln är skyddad. Dietister har unik kompetens vad gäller sambandet mellan mat och hälsa och kan därmed vara behjälpliga vid många sjukdomstillstånd där kosten är en viktig del. De arbetar utifrån vetenskaplig evidens samt beprövad erfarenhet. Dietister jobbar med bland annat över- och undervikt, födoämnesallergier, diabetes, höga blodfetter och olika mag- och tarmsjukdomar (Dietisternas riksförbund, 2009).

1.3.2 Läkarprouffessionen

Enligt 1177 Vårdguiden (2015) benämns läkare inom primärvården även som familjeläkare eller husläkare. Primärvårdsläkarna kan vara AT-läkare vilket innebär att de gör sin allmäntjänstgöring (AT). Denna görs efter läkarutbildningen och sträcker sig över två år.

Läkare inom primärvården som efter allmäntjänstgöringen genomför en specialisttjänstgöring (ST) på fem år benämns ST-läkare. De blir specialister inom ett avgränsat område. De flesta är allmänläkare, vilket innebär att de har specialiserat sig inom allmänmedicin, men de kan även specialisera sig inom något annat område.

Primärvårdsläkarens uppgifter är att utreda, bedöma och behandla akuta och kroniska sjukdomar, såvida de inte är allvarliga. Vid allvarliga tillstånd hjälper de patienten vidare till vård på sjukhus. De är även en länk till andra delar av vården, exempelvis om de bedömer att en dietist behövs kopplas in i ett patientärende. Primärvårdsläkare jobbar även preventivt (1177 Vårdguiden, 2015).

1.3.3 Teamarbete vid nutritionsbehandling

Säker och resultatgivande nutritionsbehandling uppnås främst genom goda samarbeten mellan exempelvis läkare, dietist, sjuksköterska och apotekare. Ett bra samarbete yrkesprofessionerna emellan leder troligen till bättre resultat av behandlingen. Bra teamarbete kräver att alla vårdyrken deltar, stöttar varandra och främjar innovation (National Patient Safety Agency, 2009).

För att på bästa sätt förebygga och sakta ner progressionen av välfärdssjukdomarna bör all hälso- och sjukvårdspersonal ha basala kunskaper kring kost. Alla vårdprofessioner måste ha en samsyn kring kostens viktiga roll för hälsan och finna sina yrkesspecifika kompetenser för att etablera meningsfulla interprofessionella samarbeten (DiMaria-Ghalili, Mirtallo, Tobin, Hark, Van Horn & Palmer, 2014).

1.4 Primärvårdsläkares kunskaper om kost och tillämpning av kostrådgivning

I genomsnitt ingår endast 23,7 timmars nutritionsutbildning på läkarutbildningen i västeuropeiska länder (Chung, van Buul, Wilms, Nellesen & Brouns, 2014). Trots att nutrition utgör en sådan liten del av utbildningen ser många patienter läkare som experter inom nutritionsområdet (Van Dillen & Hiddink, 2008).

Flera studier visar att en klar majoritet av läkarna i USA anser att nutritionen är av stor vikt och att det är deras ansvar att prata om kost med sina patienter (Vetter, Herring, Sood, Shah & Kalet, 2008; Walker, 2003). De flesta av läkarna upplever dock att de inte har tillräckligt med kunskaper för att göra detta (Vetter et al., 2008). Däremot upplever 70 % av läkarstudenter i USA att de har tillräckligt god kunskap för att ge grundläggande kostrådgivning. Dock visar samma studie att de ofta förlitar sig på opålitliga källor, exempelvis veckotidningar inriktade på hälsa och träning. Det är därmed av stor vikt att de under läkarutbildningen får kunskap om hur de söker evidensbaserad information om nutrition (Connor, Cialdella-Kam & Harris, 2015).

En observationsstudie utförd på 138 primärvårdsläkare i Ohio, USA visade att kostrådgivning endast tillämpades i 25 % av patientsamtalen. Det användes i 45 % av alla samtal med diabetespatienter, i 25 % av alla samtal med patienter med hjärt- och kärlsjukdom, i 31 % av alla samtal med patienter med hypertoni och i 33 % av alla samtal med fetmapatienter. Endast 6 % av primärvårdsläkarna samtalade om matvanor i mer än 50 % av alla patientmöten (Eaton, Goodwin & Stange, 2002).

USA tillsammans med Sverige är två av de länder som för närvarande utformar prioriteringar inom kostrådgivning i primärvården. En nationell studie i Sverige och en studie

i New York jämfördes avseende perspektiven på, attityderna till och användandet av rådgivande samtal om bland annat matvanor. Primärvårdsläkarna från USA ansåg i större utsträckning att rådgivning avseende bland annat matvanor var ”mycket viktigt”, i signifikant större omfattning än deltagarna från Sverige (85 % i USA jämfört med 44 % i Sverige). En signifikant skillnad kunde även ses gällande frekvensen av en mer omfattande rådgivning kring matvanor (58 % i USA jämfört med 20 % i Sverige). Primärvårdsläkare i USA betraktade sin kunskapsnivå som högre gällande rådgivning i patientsamtal än vad svenska primärvårdsläkare gjorde (31 % i USA jämfört med 16 % i Sverige). I jämförandet av studierna konstaterades även att en större andel av läkarna inom primärvården i USA uttryckte en önskan om att öka nivån av rådgivning kring matvanor än vad de gjorde i Sverige (41 % i USA jämfört med 25 % i Sverige) (Weinehall, Johansson, Sorensen, Jerdén, May & Jenkins, 2014).

1.5 Vad ska läkare kunna om kost?

Enligt Socialstyrelsen (2000) antog Svenska Läkaresällskapets sektion för nutrition år 1995 ett nationellt bascurriculum i klinisk nutrition som gäller för den 5,5-åriga läkarutbildningen. Detta bascurriculum svarar mot den rimliga nivån av nutritions kunskap som en läkare ska besitta vid avslutade grundstudier. Curriculumet är indelat i fyra avsnitt: basal fysiologi och patofysiologi, diagnostik, behandling samt prevention. Under avsnittet “behandling” finns information om att läkaren ska ha kunskap kring nutritionsproblem och nutritionsbehandling vid diabetes typ 2, fetma samt hjärt- och kärlsjukdomar (ofta orsakat av hypertoni och hyperlipidemi) (Socialstyrelsen, 2000).

1.6 Livsmedelsverkets kostråd

De kostråd som riktas till den friska befolkningen (Livsmedelsverket, 2015) är även de som setts vara gynnsamma vid diabetes typ 2, övervikt och fetma, hypertoni samt hyperlipidemi (Socialstyrelsen, 2011). Läkare ska därmed kunna ge råd om följande livsmedelsgrupper: frukt och grönsaker, fisk och skaldjur, fullkorn, mjölkprodukter, nyttiga fetter, kött och charkprodukter, salt och tillsatt socker. Tabellen på nästkommande sida (tabell 1) innehåller kostråd gällande dessa livsmedelsgrupper som bygger på Nordiska Näringsrekommendationerna 2012 (Livsmedelsverket, 2015; Nordic Council of Ministers, 2014). Råden ska beröra den övergripande bilden av energi- och näringsintag och inte gå in på specifika näringsämnen (WHO, 1998).

Tabell 1. En sammanställning av Livsmedelsverkets kostråd till den friska befolkningen.

Livsmedelsgrupper	Kostråd
Frukt och grönsaker	Minst 500 gram dagligen, gärna grova grönsaker såsom broccoli, blomkål, vitkål och bönor
Fisk och skaldjur	2-3 gånger i veckan
Fullkorn	70 gram per dag för kvinnor och 90 gram per dag för män. Det motsvarar exempelvis en portion fullkornspasta och två skivor knäckebröd
Mjölksprodukter	Välj osötade, magra och berikade
Nyttiga fetter	Byt ut en del av det mättade fett till Nyckelhålmärkta matfetter och oljor
Kött och charkprodukter	Under 500 gram per vecka. Charkprodukter ska utgöra endast en mindre del av detta
Salt	Högst 6 gram per dag
Tillsatt socker	Minska främst på mängden av sötade drycker, men också godis, kakor, smaksatt yoghurt, söta flingor, fruktkrämer och sötade soppor

1.6.1 Forskningsunderlaget för Livsmedelsverkets kostråd

Ett högt intag av frukt, grönsaker och bär har genom flertalet prospektiva studier bevisats bidra till en minskad risk att drabbas av hjärt- och kärlsjukdom. Det har också setts sänka nivåerna av riskmarkörer för denna typ av sjukdomar (Nasjonalt råd for ernaering, 2011; Hallund et al., 2007).

Åtskilliga prospektiva kohortstudier har kommit fram till att en fisk- och skaldjurskonsumtion enligt rekommendationen minskar risken för död i hjärt- och kärlsjukdom, framförallt hjärtattack och stroke (Nasjonalt råd for ernaering, 2011; Tetens et al., 2013). Det har också setts sänka blodtrycket (Ramel et al., 2010) och förbättra insulinkänsligheten (Ramel et al., 2008). Evidensen är även trolig för att detta minskar risken för diabetes typ 2 (Nasjonalt råd for ernaering, 2011).

Prospektiva kohortstudier indikerar att råden om fullkorn minskar risken för hjärt- och kärlsjukdom (Nasjonalt råd for ernaering, 2011; Mejbörn, Biloft-Jensen, Trolle & Tetens, 2008) och ger ett skydd mot övervikt och fetma (Fogelholm, Anderssen, Gunnarsdottir & Lahti-Koski, 2012). Flera omfattande kohortstudier visar på övertygande evidens för att dessa råd även har en skyddande effekt mot diabetes typ 2 (Nasjonalt råd for ernaering, 2011; Mejbörn et al., 2008).

I nuläget finns inga övertygande bevis för att mjölkkonsumtion är relaterat till ökad risk att drabbas av hjärt- och kärlsjukdom (Nasjonalt råd for ernaering, 2011; Beck, Hoppe, Andersen, 2010; Åkesson, Andersen, Kristjánsdottir, Roos, Trolle, Voutilainen, Wirfält, 2013). En del studier har kommit fram till att mjölkkonsumtion är relaterat till en minskad risk för det metabola syndromet, diabetes typ 2, hypertoni och stroke (Nasjonalt råd for ernaering, 2011; Beck et al., 2010). Rekommendationerna kring osötade och magra mejeriprodukter är baserade på det nuvarande kunskapsunderlaget kring fettkvalitet (Brenna et al., 2010) och tillsatt socker (Te Morenga, Mallard & Mall, 2012).

Det finns övertygande bevis för att rådet beträffande att ersätta en del av det mättade fett mot Nyckelhålmärkta oljor och matfetter, det vill säga i högre grad enkel- och fleromättade fetter, förbättrar blodfetterna och minskar risken för att drabbas av kranskärlsjukdom (Brenna et al., 2010).

Tre systematiska översikter visar att rött och processat kött ökar risken för kolorektalcancer. Dock finns det i nuläget inte tillräckligt med evidens för att dra slutsatser kring huruvida det ökar risken för hjärt- och kärlsjukdom (Åkesson et al., 2013).

Det rekommenderade intaget av natrium är mindre än 2 gram per dag för vuxna, vilket motsvarar 5 gram koksalt (Branca et al., 2012). Nordiska näringsrekommendationerna har dock satt ett populationmål på 6 gram koksalt per dag (Nordic Council of Ministers, 2014). Att sänka sitt intag av natrium har setts minska blodtrycket hos vuxna, med eller utan tidigare högt blodtryck. Ett ökat intag av natrium höjer således blodtrycket och har kunnat kopplas till hjärt- och kärlsjukdom. WHO rekommenderar starkt en reduktion av natriumintaget för att sänka just högt blodtryck samt minska risken för hjärt- och kärlsjukdom och andra, kroniska, hjärtsjukdomar (Branca et al., 2012).

En systematisk översikt på 15 prospektiva kohortstudier och två randomiserade kontrollerade tvärsnittsstudier har visat att sötade drycker troligen ökar risken för att drabbas av diabetes typ 2 (Sonestedt, Overby, Laaksonen & Birgisdottir, 2012). Det har visats att socker i övrigt bidrar till en ökad kroppsvikt hos vuxna, men att detta beror på att energiintaget ökar med en högre sockerkonsumtion och inte på sockret i sig (Te Morenga et al., 2012).

1.6.2 Kritik mot Livsmedelsverkets kostråd

Livsmedelsverket har inte övertygat alla om att deras kostråd är fördelaktiga för hälsan. Speciellt rådet om fett är omdiskuterat och Ravnskov & Jonsson (2012) är av den åsikten att mättat fett inte bidrar till ökad risk för att drabbas av hjärt- och kärlsjukdom, utan att det är intaget av kolhydrater som bör minskas. Detta oberoende av kolhydrattyp (Ravnskov & Jonsson, 2012). Göran Berglund och Göran Petersson, professorer vid Lunds universitet respektive Chalmers tekniska högskola, anser att Livsmedelsverkets kostråd är förlegade eller inte bygger på vetenskaplig forskning och att dessa råd därför inte bör följas (Holender, 2013, 15 november).

1.7 Svårigheter med koststudier

Enligt Food Standards Agency (2003) finns det ett flertal svårigheter med att genomföra koststudier på ett korrekt sätt och därmed få ett tillförlitligt evidensbaserat resultat. Att till exempel basera sina studier på recalls och livsmedelsfrekvensformulär (FFQ) kan orsaka datafel på grund av minnessvårigheter eller över- och underrapportering. Självrapporterad bias spelar också in i resultatet. Med självrapporterad bias menas att deltagarna svarar på ett sådant sätt som får dem att se bättre ut, till exempel i en kostregistrering.

Studierna kan även vara påverkade av förväxlingsfaktorer (engelskans confounders) vilka till exempel kan vara fysisk aktivitet, rökning och genetik. Förekomst av dessa kan leda till att en forskare ser en korrelation mellan två variabler trots att denna korrelation inte existerar (McNamee, 2003), det vill säga ett typ 1-fel (Ejlertsson, 2012).

1.8 Motivering till undersökningen

Mot bakgrunden av denna introduktion ansåg vi att det vore av intresse att undersöka hur primärvårdsläkare i Sverige upplever sina kunskaper om Livsmedelsverkets kostrekommendationer samt hur ofta de samtalar om matvanor med olika patientgrupper.

Vi är medvetna om att flertalet andra vårdprofessioner har kunskap om Livsmedelsverkets kostråd och samtalar om matvanor med sina patienter. Vi valde att undersöka populationen läkare inom primärvården dels eftersom denna yrkeskategori tillsammans med dietisten ofta är ansvariga för och tillämpar kostbehandling och dels för att begränsa omfattningen av denna undersökning. Läkaren har alltid huvudansvaret för patienterna som söker sig till primärvården och är därmed betydelsefull när det kommer till remittering av patienter till dietist (Vårdhandboken, 2015).

Grunden till vårt val av de fyra sjukdomstillstånden är att dessa har setts påverkas av råd om matvanor givna av sjukvårdspersonal, både preventivt och behandlande (Kris-Etherton et al., 2014). Undersökningens begränsande tidsomfattning ledde även till ett restriktivt urval av sjukdomstillstånd, detta för att undersökningen skulle vara genomförbar.

2. Syfte

Det övergripande syftet är att undersöka hur primärvårdsläkare upplever sina kunskaper om Livsmedelsverkets kostråd samt hur ofta de samtalar om matvanor med olika patientgrupper.

2.1 Frågeställningar

- Hur upplever primärvårdsläkare sina kunskaper kring Livsmedelsverkets råd om bra matvanor gällande grönsaker och frukt, fisk och skaldjur, fullkorn, mejeriprodukter, nyttiga fetter, kött och charkprodukter, salt och tillsatt socker?
- Hur ofta uppskattar primärvårdsläkare att de pratar om matvanor med patienter som har fetma, diabetes typ 2, hypertoni eller hyperlipidemi?
- Ser primärvårdsläkare hälsosamma matvanor som en viktig faktor för att förebygga och behandla ovan nämnda sjukdomstillstånd?
- Anser läkare inom primärvården att de har behov av en dietist och har de möjlighet att remittera till en?
- Finns det något samband mellan hur länge primärvårdsläkarna har arbetat och deras självupplevda kunskap om kostråd för respektive livsmedelsgrupp?
- Finns det något samband mellan hur viktig primärvårdsläkarna anser att kosten är för behandling av de fyra tidigare nämnda sjukdomstillstånden och hur ofta de pratar om matvanor i samtal med respektive patientgrupp?

3. Metod

3.1 Litteratursökning

Litteratursökningen genomfördes med hjälp av söktjänsten på Uppsala Universitets biblioteksportal. Artiklar från år 2000 och fram till idag valdes ut på grund av ämnets knappa underlag. Sökning av litteratur gjordes också direkt i databaserna PubMed Central samt

Scopus. Även utvalda artiklars referenslistor granskades och relevanta artiklar därifrån söktes upp. Hjälp togs även av en bibliotekarie på Biomedicinskt centrum, Uppsala Universitet. Sökorden som användes var “doctor knowledge nutrition”, “doctor’s knowledge nutrition”, “physician’s knowledge nutrition”, “doctor’s knowledge” ”nutrition”, “läkare kunskap nutrition”, ”(diet OR food OR nutrition) AND (primary health care OR general practitioners) AND (professional competence OR knowledge OR self concept) AND (sweden OR swedish OR denmark OR danish OR norway OR norwegian OR finland OR finnish” samt “(diet OR food OR nutrition) AND (general practitioner OR primary care) AND (sweden OR swedish OR denmark OR danish OR norway OR norwegian OR finland OR finnish)”. Ingen hänsyn togs till var studierna var genomförda, dock undersöktes det vetenskapliga underlaget specifikt i Norden för att erhålla mer överförbar data. Litteratursökningen utfördes främst under den första veckan av uppsatsskrivandet men fortlöpte även under arbetets gång där också en del äldre (innan år 2000) men relevanta källor användes.

3.2 Enkät

En kvantitativ metod i form av en anonym webbaserad enkät (se Bilaga 2) användes för att besvara frågeställningarna. Enkäten utformades med hjälp av Trost (1994) och Eliasson (2010) där information finns kring hur enkätfrågor med fördel kan ställas. Enkäten inleddes med tre demografifrågor om kön, ålder och antal år som verksam läkare. På frågan om kön fanns alternativen kvinna och man som svar och på de andra två frågorna skrev respondenterna själv in antal år. Därefter följde 16 frågor med flervalsalternativ rörande den självupplevda kunskapen om kostråd vad gäller flertalet livsmedelsgrupper, hur frekvent samtal om matvanor förs med olika patientgrupper samt den upplevda vikten av kostbehandling inom vården, både preventivt och behandlande. De två sista frågorna berörde läkarens behov av, samt möjlighet att remittera till en dietist. På samtliga frågor i enkäten kunde endast ett svar väljas.

Svarsalternativen tillhörande de första 14 frågorna efter demografifrågorna var i form av ordinalskalor och de två sista frågorna hade svarsalternativ i form av nominalskalor (Ejlertsson, 2012). De sju frågorna som berörde den självupplevda kunskapen om Livsmedelsverkets kostråd vad gäller flertalet livsmedelsgrupper, hade svarsalternativen *Mycket bra*, *Ganska bra*, *Varken bra eller dåligt*, *Ganska dåligt* och *Mycket dåligt*. De följande fyra frågorna rörande frekvensen av samtal kring matvanor med olika patientgrupper innefattade svarsalternativen *Aldrig*, *1-2 av 10 patientsamtal*, *3-4 av 10 patientsamtal*, *5-6 av 10 patientsamtal*, *7-8 av 10 patientsamtal*, *9-10 av 10 patientsamtal*. Svarsalternativen till de två frågorna beträffande vikten av kost för prevention och behandling av de undersökta patientgrupperna bestod av en skala. Läkarna fick placera sitt svar mellan 1 och 10, där 1 stod för *Inte alls viktig* och 10 stod för *Mycket viktig*. På de två avslutande frågorna som berörde läkarens behov av en dietist samt möjlighet att remittera till en, kunde deltagaren svara *Ja* eller *Nej*. Alla frågor i enkäten, förutom demografifrågorna, hade även svarsalternativet *Vet ej*.

I enkäten fanns förklarande texter inför avsnitten ”Samtal om matvanor med patienter” samt ”Din självupplevda kostkunskap”, där en definition av matvanor gavs samt en förklaring

kring att frågorna om livsmedelsgrupperna grundade sig på Livsmedelsverkets råd om bra matvanor. Detta för att minska risken för att deltagarna skulle misstolka frågorna. Enkäten konstruerades i det internetbaserade programmet EasyQuest (EasyQuest, 2016). För att få värdefulla synpunkter på upplägget av enkäten och frågorna i den, testades den på fem närstående personer till författarna innan utskick via mail. Ingen av dessa personer var verksam inom hälso- och sjukvården. Efter återkoppling från dessa närstående ändrades endast formulering av vissa frågor för att minska risken för missförstånd.

Enkäten var tillgänglig på internet under 10 arbetsdagar efter utskick och en påminnelse skickades ut fem arbetsdagar efter start.

3.3 Urvalsteknik och datainsamling

Deltagarna valdes ut genom bekvämlighetsurval (Trost, 1994; Ejlertsson, 2012). Efter telefonkontakt med, samt utskick av rekryteringsförfrågan via mail (se bilaga 3) till landsting, privata vårdkoncerner samt verksamhetschefer för ett antal vårdcentraler runt om i Sverige skickades enkäten ut via mail till de regioner, län och landsting som godkände medverkan i undersökningen. Kontakt togs med följande, varifrån deltagarna även rekryterades: HR-chef för Capio Närsjukvård AB som distribuerade enkäten till Region Mitt, Väst och Sydöst, divisionschef för primärvården i Landstinget Sörmland samt verksamhetschefer för privata och offentliga vårdcentraler i Region Östergötland, Kronobergs län, Region Skåne, Stockholms läns landsting och Norrlands läns landsting. Mail skickades även direkt till läkare inom privat primärvård i Västra Götalandsregionen. Där förfrågan gick via HR-chefen och divisionschefen vidarebefordrade de via mail följebrevet (se bilaga 4) innehållande länk till enkäten till sina anställda verksamhetschefer som i sin tur skickade ut det till sina anställda primärvårdsläkare. Samma mail sändes även direkt till enskilda verksamhetschefer som förmedlade det till sina anställda primärvårdsläkare.

Inledningsvis kontaktades Läkarförbundet och Läkartidningen för rekrytering av deltagare, dock utan framgång. De avböjde medverkan med motiveringen att vår undersökning inte skulle främja deras medlemmars intressen. Förfrågan om att vara med i undersökningen mailades även ut till verksamhetschefer i fler regioner, län och landsting än tidigare nämnda, dock utan gensvar. Eftersom följebrevet med enkätlinken skickades med direkt i de fallen, kan verksamhetscheferna dock ha vidarebefordrat mailet till sina anställda primärvårdsläkare utan vår vetskap.

3.3.1 Urvalskriterier

Inklusionskriterierna för att delta var att personen skulle vara en verksam primärvårdsläkare i Sverige. Denna kunde antingen vara legitimerad läkare, AT-läkare, ST-läkare eller specialistläkare (se kapitel 1.3.2 för förklaring av dessa). Verksamhetscheferna ombads därför att endast sända ut enkäten till sina anställda primärvårdsläkare.

3.4 Bortfall

På grund av urvalsmetoden bekvämlighetsurval kunde inget externt bortfall analyseras, då det inte är känt hur många deltagare enkäten nådde ut till. Enligt rekommendationer från Ejlertsson (2012) försökte bortfallet ändå minimeras genom att ett väl utformat följebrev som introducerade enkäten skickades med. Detta i syfte att motivera läkarna att medverka i

undersökningen. Frågorna försökte även utformas på ett begripligt sätt med logisk ordning och en påminnelse skickades ut, även det för att öka svarsfrekvensen.

Inget internt bortfall förekom då alla frågor var obligatoriska att besvara i enkäten. För att undvika att behöva eliminera enkätsvar med anledning av felaktiga svar på demografifrågorna om ålder och antal år som verksam läkare användes intervall (20-100 år respektive 0-70 år). Detta minskade risken för att den svarande av misstag skulle trycka i en siffra för mycket eller en siffra för lite i svaren på dessa frågor.

3.5 Databearbetning

Data sammanställdes i Microsoft Office Excel 2016 och presenterades sedan genom deskriptiv statistik i form av tabeller och diagram. Typvärde för alla frågor beräknades och medianvärde angavs där det var genomförbart. För ålder och antal år som verksam läkare angavs även variationsvidden.

För att undersöka förekomsten av eventuella samband mellan variablerna nämnda i frågeställningarna användes Spearmans rangkorrelation i IBM SPSS (version 24). Detta för att variablerna som undersöktes var ordinala, icke-parametriska (ej normalfördelade), kunde rangordnas samt att sambanden som skulle undersökas var inom samma grupp, inte mellan olika grupper. Genom detta test fås korrelationskoefficienten mellan de undersökta variablerna som kan anta ett värde mellan -1 och +1. Ju närmre dessa värden desto högre korrelation, det vill säga starkare samband. Om korrelationskoefficienten hamnar nära 0 är korrelationen låg, det vill säga att sambandet är svagt. Om den antar ett negativt värde innebär det att sambandet är omvänt proportionellt och det motsatta om den antar ett positivt värde (Rissanen, 2013).

Signifikansnivån $p < 0,05$ användes vid den statistiska analysen. Enligt Fredrik Johansson (personlig kommunikation, 2 mars 2016) kan denna signifikansnivå användas då det inte skulle ge några allvarliga konsekvenser om det påstås att det finns ett samband mellan de undersökta variablerna trots att sambandet inte föreligger eller om det påstås det motsatta, om ett faktiskt samband finns. Samtliga svar på alternativet *Vet ej* på de undersökta frågorna eliminerades under den statistiska analysen för att få korrekta och adekvat kodade skalor. Eftersom relativt få deltagare svarade *Vet ej* bedömdes det kunna elimineras.

3.6 Etiska överväganden

Med tanke på den första forskningsetiska grundprincipen, informationskravet, skickades det med ett följebrev tillsammans med enkäten till deltagarna där syftet med undersökningen beskrevs och där det framfördes att det var frivilligt att delta (Vetenskapsrådet, u.å.).

För att uppfylla den andra forskningsetiska grundprincipen, samtyckeskravet, informerades respondenterna på första sidan av enkäten att de samtyckte till att medverka i undersökningen om de valde att besvara den (Vetenskapsrådet, u.å.).

I enkätprogrammet EasyQuest, tillämpas krypterad kommunikation och anonyma svar. Det innebär att varken ansvariga eller utomstående kan se vem som har svarat på enkäten eller koppla svaren till en specifik individ, vilket de medverkande mottog information om. Detta gör att den tredje forskningsetiska grundprincipen, konfidentialitetskravet, uppfylldes (Vetenskapsrådet, u.å.).

Den data som samlades in är endast tänkt att användas för att svara på frågeställningarna i denna undersökning. Det finns alltså ingen intention att använda dessa uppgifter i andra sammanhang, vilket även framfördes till deltagarna. Därmed uppfylls den fjärde forskningsetiska grundprincipen, nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, u.å).

4. Material

4.1 Medverkande i undersökningen

Antal läkare inom primärvården som fullföljde denna undersökning blev till sist 78 stycken. Nedan visas könsfördelningen på deltagarna (Tabell 2) samt deras ålder i form av variationsvidd och median (Tabell 3). Tabell 4 visar antal år som verksam läkare inom hälso- och sjukvården och presenteras som variationsvidd och median.

Tabell 2. Könsfördelning av deltagarna ($n=78$)

	Antal deltagare	Procentuell fördelning (%)
Kvinna	39	50
Man	39	50

Tabell 3. Ålder på deltagarna ($n=78$)

	Antal år
Variationsvidd	26-78
Median	40

Tabell 4. Antal år som verksam läkare inom hälso- och sjukvården ($n=78$)

	Antal år
Variationsvidd	1-50
Median	11

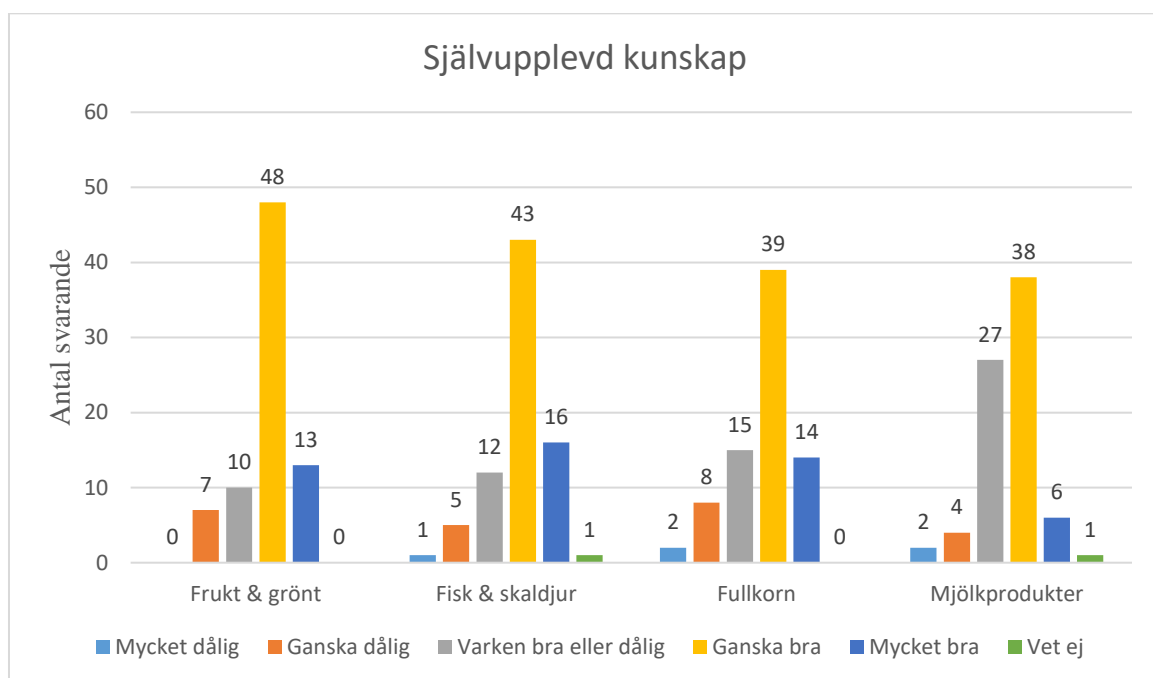
5. Resultat

5.1 Läkarnas självupplevda kunskap

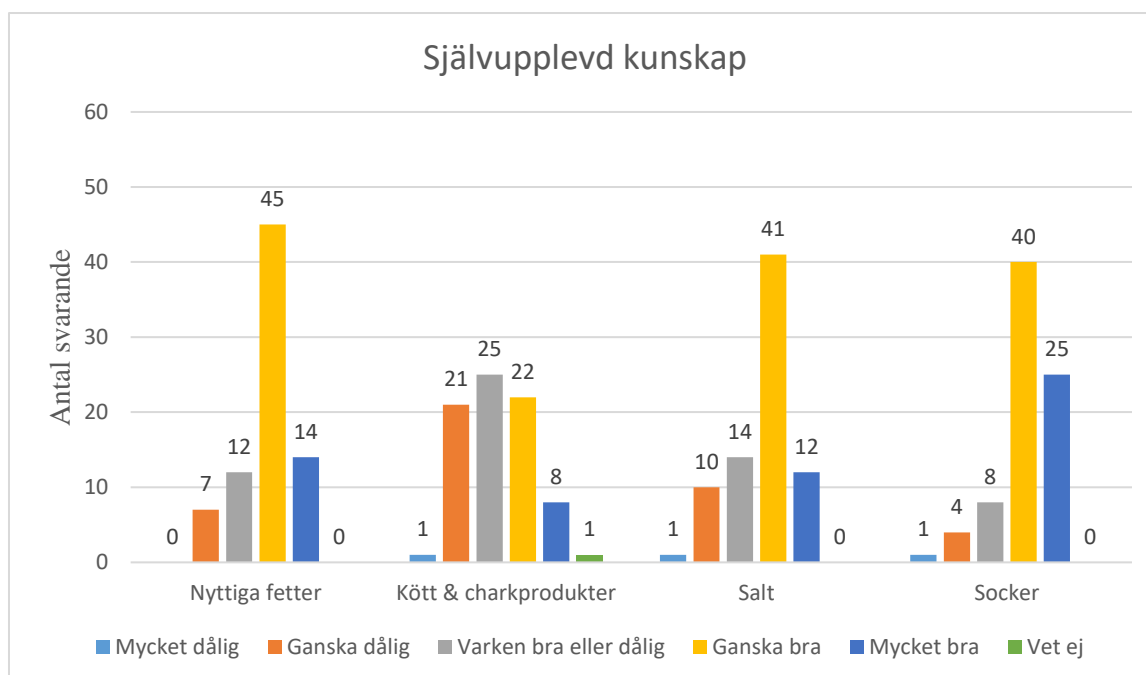
I figurerna som avser läkarnas självupplevda kunskap om kostråden vad gäller livsmedelsgrupper (Figur 1 och 2 samt Tabell 5) framgår det att den självupplevda kunskapen gällande tillsatt socker (Figur 2 och Tabell 5) tenderar att vara bättre än den självupplevda kunskapen om de andra livsmedelsgrupperna då spridningen (kvartil 1 – kvartil 3) går från *Ganska bra* till *Mycket bra*, vilket inte är fallet för någon annan livsmedelsgrupp. Gällande den självupplevda kunskapen om kött och charkprodukter (Figur 2 och Tabell 5) kan det ses tendenser till att den är sämre, med spridningen *Ganska dålig* till *Ganska bra*, än den självupplevda kunskapen om kostråden för resterande livsmedelsgrupper. Den självupplevda kunskapen om kostråden för de återstående livsmedelsgrupperna verkar vara relativt likvärdig utifrån vårt resultat, med spridningen *Ganska bra* och/eller *Varken bra eller dålig* till *Ganska*

bra. Dock ses en tendens till att den självupplevda kunskapen kring fullkorn (Figur 1 och Tabell 5), mjölkprodukter (Figur 1 och Tabell 5) och salt (Figur 2 och Tabell 5) är något sämre än kring fisk och skaldjur (Figur 1 och Tabell 5) samt nyttiga fetter (Figur 2 och Tabell 5). Den självupplevda kunskapen om frukt och grönsaker (Figur 1 och Tabell 5) verkar vara aningen bättre än om fisk och skaldjur och nyttiga fetter. Se Bilaga 5, Tabell 1 för mer information om spridningsmått gällande den självupplevda kunskapen.

Det finns ett svagt positivt samband mellan hur länge primärvårdsläkarna har arbetat och deras självupplevda kunskap om fullkorn ($r=0,237$, $n=76$, $p=0,036$) och mjölkprodukter ($r=0,294$, $n=76$, $p=0,009$). Det innebär att ju längre tid de har arbetat, desto bättre är kunskapen om detta. Det finns däremot inget statistiskt signifikant samband mellan hur länge primärvårdsläkarna har arbetat och deras självupplevda kunskap om kostråden för resterande livsmedelsgrupper.



Figur 1. Deltagarnas självupplevda kunskap om kostråd för olika livsmedelsgrupper ($n=78$)



Figur 2. Deltagarnas självupplevda kunskap om kostråd för olika livsmedelsgrupper ($n=78$)

Tabell 5: Sammanställning av den självupplevda kunskapen om kostråd för alla livsmedelsgrupper ($n=78$)

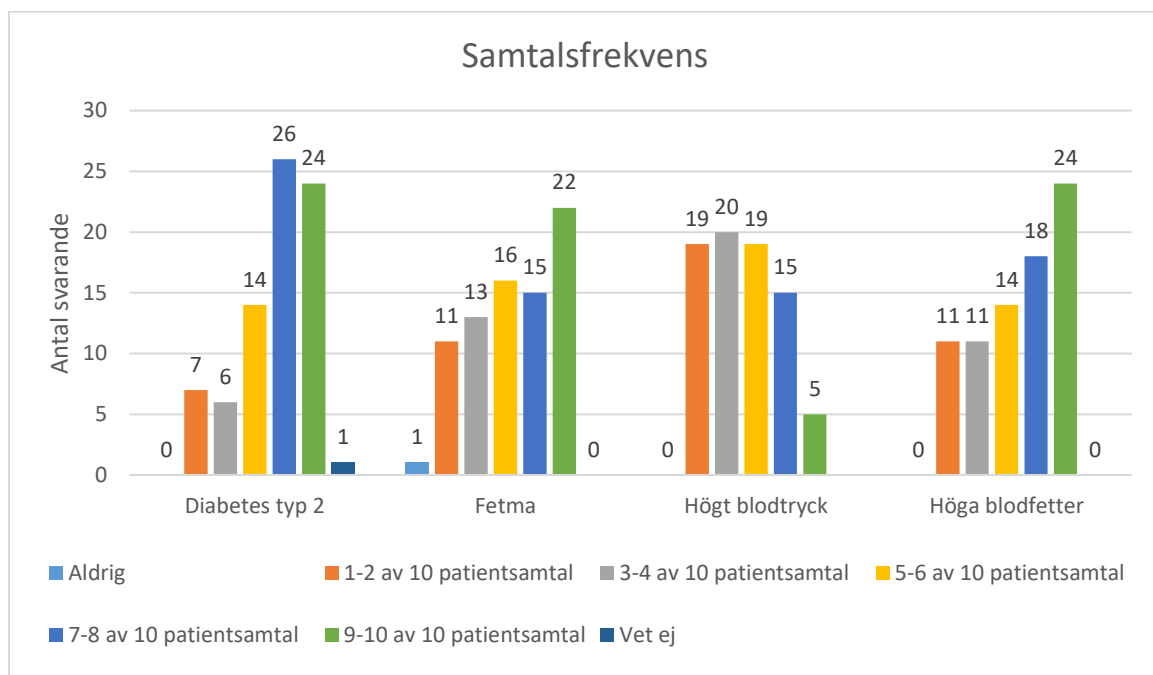
	Mycket dålig	Ganska dålig	Varken bra eller dålig	Ganska bra	Mycket bra	Vet ej
Frukt & grönt	0	7	10	48	13	0
Fisk & skaldjur	1	5	12	43	16	1
Fullkorn	2	8	15	39	14	0
Mjölksprodukter	2	4	27	38	6	1
Nyttiga fetter	0	7	12	45	14	0
Kött & charkprodukter	1	21	25	22	8	1
Salt	1	10	14	41	12	0
Socker	1	4	8	40	25	0

5.2 Samtal om matvanor

Samtal om matvanor med patienter med högt blodtryck (Figur 3) sker troligen mer sällan än med de andra patientgrupperna. Samtal med patienter med höga blodfetter (Figur 3) och fetma (Figur 3) har samma typvärde (9-10 av 10 patientsamtal) och spridning på medianen (3-4 av 10 patientsamtal till 9-10 av 10 patientsamtal). Dock är medianen högre (7-8 av 10 patientsamtal) gällande höga blodfetter än vid fetma (5-6 av 10 patientsamtal). Detta innebär att det verkar som att det är vanligare att prata om matvanor med patienter med höga blodfetter än med fetmapatienter. Samtal om matvanor med diabetes typ 2-patienter (Figur 3) har ett lägre typvärde (7-8 av 10 patientsamtal) än samtal om matvanor med patienter med höga blodfetter och fetma (9-10 av 10 patientsamtal). Däremot är medianens spridningsmått,

det vill säga avståndet från kvartil 1 till kvartil 3, mindre kring högre samtalsfrekvens för diabetes typ 2-patienter vilket betyder att 50 % av alla deltagare fördelar sig på 5-6 av 10 patientsamtal till 9-10 av 10 patientsamtal. Detta i jämförelse med att 50 % av alla medverkande fördelar sig på 3-4 av 10 patientsamtal till 9-10 av 10 patientsamtal när det handlar om samtal med patienter med fetma och höga blodfetter. Med detta kan det ses tendenser att primärvårdsläkare oftare pratar om matvanor med diabetes typ 2-patienter än med patienter med höga blodfetter eller fetma. Se Bilaga 5, Tabell 2 för mer information om spridningsmått gällande frekvens av samtal om matvanor.

Av deltagarna inkluderar 68 % samtal om matvanor i minst 50 % av alla patientsamtal med patienter med de fyra nämnda sjukdomstillstånden.



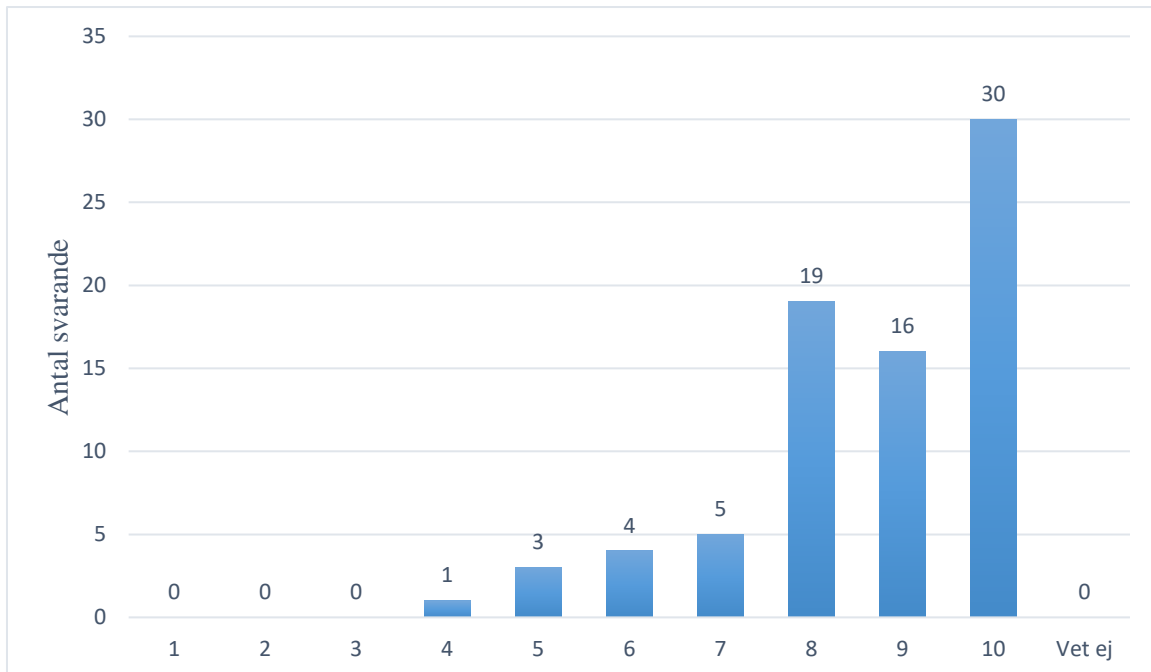
Figur 3. Uppskattad frekvens av samtal om matvanor med olika patientgrupper ($n=78$)

5.3 Vikten av kost för prevention och behandling

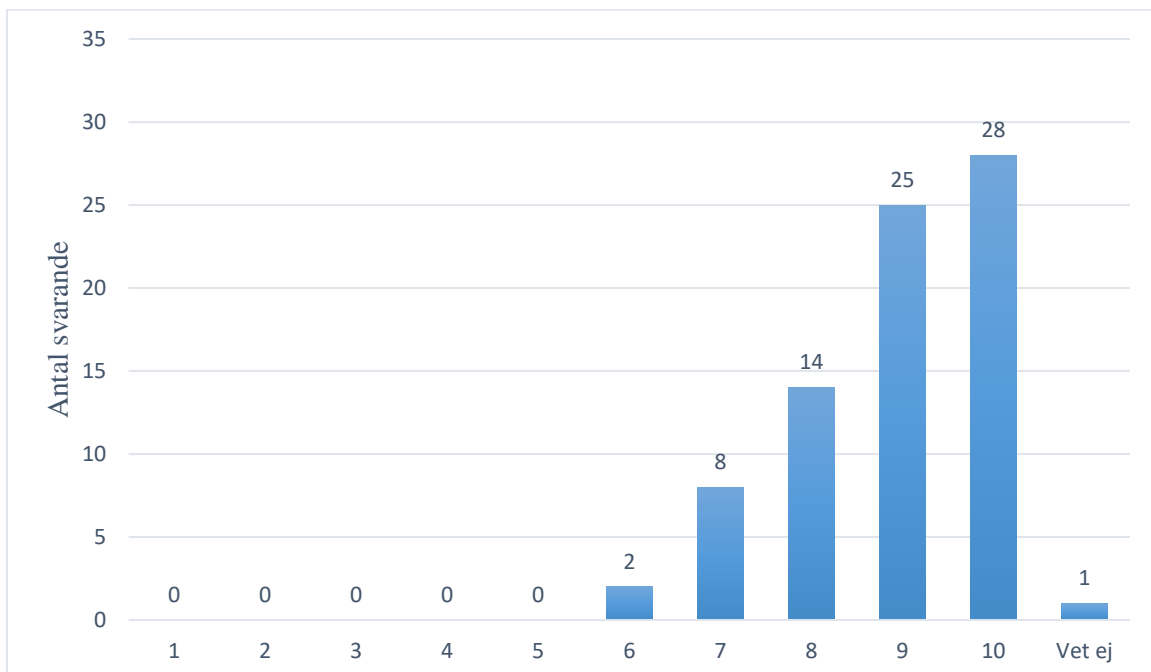
Utifrån den sammanfattande tabellen (Tabell 5) tenderar deltagarna att tycka att kosten är lika viktig vid prevention som vid behandling. Dock verkar det utifrån värdena i figurerna (Figur 4 och Figur 5) som att respondenterna tycker att kosten har större betydelse vid behandling av diabetes typ 2, fetma, höga blodfetter och högt blodtryck än vid prevention av dessa sjukdomstillstånd.

Det finns ett svagt positivt samband mellan hur viktig primärvårdsläkarna anser att kosten är för behandling av de undersökta sjukdomarna och hur ofta de pratar om matvanor i samtal med diabetes typ 2-patienter ($r=0,299$, $n=77$, $p=0,008$) och patienter med högt blodtryck ($r=0,286$, $n=77$, $p=0,011$). Gällande hur viktig primärvårdsläkarna anser att kosten är för behandling av de undersökta sjukdomarna och hur ofta de pratar om matvanor i samtal med patienter med höga blodfetter finns ett relativt starkt positivt samband ($r=0,477$, $n=77$, $p=0,000$). Detta innebär att ju viktigare respondenterna anser att kosten är för behandling av de fyra sjukdomstillstånden, desto oftare pratar de om matvanor med patienter med diabetes typ 2, högt blodtryck och höga blodfetter.

Det finns däremot inget samband mellan den upplevda vikten av kostbehandling av de nämnda sjukdomstillstånden och frekvensen av samtal om matvanor med fetmapatienter.



Figur 4. Hur viktig deltagarna anser att kosten är för prevention av tidigare nämnda sjukdomstillstånd (diabetes typ 2, fetma, högt blodtryck och höga blodfetter). 1 står för Inte alls viktig, 10 står för Mycket viktig (n=78)



Figur 5. Hur viktig deltagarna anser att kosten är för redan sjuka patienter med tidigare nämnda sjukdomstillstånd (diabetes typ 2, fetma, högt blodtryck och höga blodfetter). 1 står för Inte alls viktig, 10 står för Mycket viktig (n=78)

Tabell 6. Typvärde, median och fördelning av deltagarnas åsikt om vikten av kost vid prevention och behandling av diabetes typ 2, fetma, högt blodtryck och höga blodfetter ($n=78$)

	Typvärde	Q1*	Q2**/Median	Q3***
Prevention	10	8	9	10
Behandling	10	8	9	10

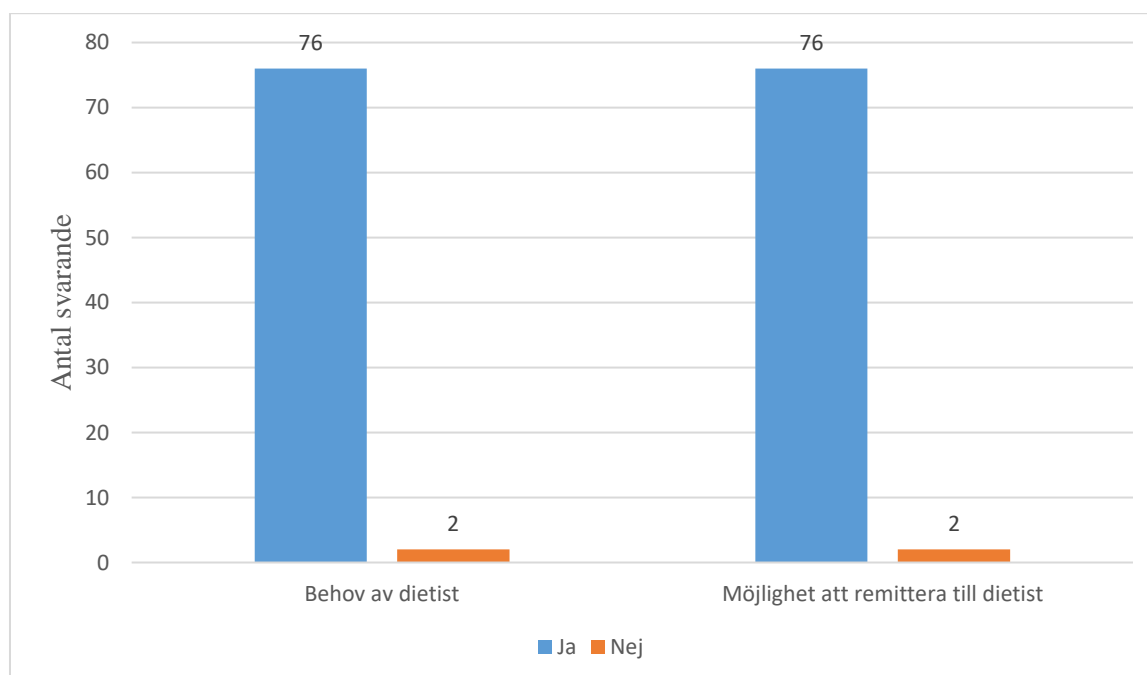
* Kvartil 1 = 25:e percentilen

** Kvartil 2 = 50:e percentilen

*** Kvartil 3 = 75:e percentilen

5.4 Behov av, samt möjlighet att remittera till dietist

En övervägande majoritet på 97 % ($n=76$) av respondenterna anser att det finns behov av en dietist i deras arbete (Figur 6). Endast en liten andel på 3 % ($n=2$) har motsatt åsikt. Samma procentuella fördelning gäller huruvida de har möjlighet att remittera till en dietist, där 97 % ($n=76$) har möjlighet och 3 % ($n=2$) saknar den möjligheten (Figur 6).



Figur 6. Deltagarnas uppfattning om dietistbehovet i deras arbete samt om de har möjlighet att remittera till en dietist ($n=78$)

6. Diskussion

Insamlade data visar att deltagarna generellt upplever sin kunskap om kostråd för alla livsmedelsgrupper som *Ganska bra*. Dock ses det att den självupplevda kunskapen om tillsatt

socker verkar bättre och den självupplevda kunskapen om rött kött och charkprodukter tenderar att vara sämre i relation till de andra livsmedelsgrupperna.

De medverkande samtalar om matvanor i större utsträckning med diabetes typ 2-patienter och mer sällan med patienter med högt blodtryck vid jämförelse alla patientgrupper emellan.

Primärvårdsläkare anser att kosten är viktig vid både prevention och behandling vilket stämmer överens med tidigare forskning (Vetter et al., 2008). En övervägande majoritet ser även ett behov av en dietist i sitt arbete och har möjlighet att remittera till en.

Samband finns mellan antal år som verksam primärvårdsläkare och självupplevd kunskap om fullkorn ($p=0,036$) och mjölkprodukter ($p=0,009$) där längre arbetserfarenhet ger bättre självupplevd kunskap. Detta resultat går emot tidigare studier (Connor et al., 2015).

Det finns även ett samband mellan hur viktig primärvårdsläkare anser att kosten är för behandling och hur ofta de samtalar om matvanor med patienter med diabetes typ 2 ($p=0,008$), högt blodtryck ($p=0,011$) och höga blodfetter ($p=0,000$), där de som anser den vara viktigare oftare samtalar om det.

6.1 Metoddiskussion

6.1.1 Enkät

En kvantitativ metod i form av en enkät är både tids- och kostnadseffektiv (Bryman, 2008). Via mail når undersökningen enkelt ut till många deltagare med en stor geografisk spridning, varför vi valde att använda oss av denna typ av undersökning. Metoden passade även bäst för att få svar på våra frågeställningar. För deltagarna är en webbaserad enkät dessutom mindre tidskrävande och resurskrävande än till exempel en kvalitativ undersökning i form av en intervju, via telefon eller i fokusgrupper (Bryman, 2008). För att svara på en enkät behöver de inte fysiskt infinna sig på en specifik plats, utan kan svara på enkäten när det passar bäst för dem. Alla deltagare får också frågorna ställda på samma sätt och därmed minskar risken för intervjuareffekten, det vill säga att vi uppfattas som partiska, vilket skulle kunna ske i en intervjusituation. Där kan tonläge och kroppsspråk orsaka att deltagarna känner sig mer eller mindre bekväma med att vara ärliga. I en enkätundersökning påverkar alltså inte deltagarens uppfattning om miljön deras svar (Bryman, 2008).

Trots dessa positiva aspekter finns det nackdelar. Bortfallet är i regel stort när det kommer till enkätundersökningar vilket kan ge ett snedvridet resultat och minska trovärdigheten för undersökningen (Bryman, 2008). Det kan i vårt fall betyda att endast de som är intresserade av kost och känner att de har kunskap om ämnet har tagit sig tid att svara på enkäten. Detta kan göra att det verkar som att primärvårdsläkare i genomsnitt kan mer om Livsmedelsverkets kostråd och oftare samtalar om matvanor än vad de faktiskt gör. Dock kan vi inte med säkerhet säga om detta har skett, endast spekulera i det.

Vi kan inte analysera vårt externa bortfall då vi inte vet hur många läkare enkäten slutligen nådde ut till. Vi kan bara anta och ha i tankarna att resultatet kan ha blivit snedvridet på grund av detta.

En enkät uppbyggd av slutna frågor, likt vår enkät, öppnar inte upp för olika nyanser i svaren och man får aldrig möjlighet att gå in på djupet vad det gäller deltagarnas åsikter och upplevelser (Bryman, 2008). Möjligheten att få nyanserade svar kan ökas genom att lägga till öppna frågor i enkäten, men detta kan då istället minska svarsfrekvensen eftersom det kommer att kräva mer av den deltagande att genomföra den. Vi valde därför att inte använda

oss av några öppna frågor i denna undersökning.

Ytterligare en nackdel är att enkätfrågorna kan missuppfattas, vilket även det kan ge ett felaktigt resultat (Bryman, 2008). Det visades genom att vi mottog tre mail från primärvårdsläkare som uppfattade frågorna om hur ofta de pratar om matvanor med olika patientgrupper på ett annat sätt än vi avsåg (se enkäten i Bilaga 2). De uppfattade det som att vi menade hur ofta de pratar om matvanor i samtal med *alla* patienter med exempelvis fetma, även om patienten söker för något annat. Det gör att de kan ha svarat till exempel *3-4 av 10 samtal*, trots att de kanske i regel brukar prata om kosten när patienten faktiskt söker för fetma. Då skulle ett mer riktigt svar ha varit *9-10 av 10 samtal*. För att undvika detta missförstånd skulle vi ha varit tydliga med att vi avsåg de patientsamtal där personen specifikt hade sökt för den diagnos som vi frågade om. För att upptäcka denna otydlighet innan utskick skulle vi ha pilottestat enkäten på någon primärvårdsläkare (Bryman, 2008).

Vi fick även ett mail från en primärvårdsläkare som endast hade möjlighet att remittera till en dietist när det gällde diabetespatienter, vilket gjorde att denna läkare inte kunde svara korrekt på frågan då svarsalternativen var begränsade till *Ja*, *Nej* och *Vet ej*. Detta har troligen lett till att vi har fått ett mer eller mindre missvisande resultat på den frågan eftersom det kanske ser liknande ut på fler vårdcentraler vars läkare har svarat. För att undvika detta skulle vi ha haft med fler svarsalternativ, till exempel *Ja, i vissa fall*.

Att flera respondenter tog kontakt via mail för att framföra åsikter och kommentarer visar att vi med fördel skulle ha avslutat enkäten med en möjlighet att skriva sina funderingar och synpunkter. Då hade även dessa blivit anonyma och eventuellt hade vi fått ännu fler kommentarer att diskutera.

Enligt Bryman (2008) är en annan nackdel i enkätundersökningar att deltagaren kan svara på en fråga i relation till de andra frågorna. De besvaras alltså inte helt oberoende av varandra, vilket även det kan ge ett falskt resultat. Det kan betyda att deltagarna i denna undersökning jämför sin kunskap om kostråd för olika livsmedelsgrupper och därför har svarat annorlunda än de hade gjort om frågorna om specifika livsmedel ställdes enskilda.

Anledningen till att vi valde att fråga om den självupplevda kunskapen istället för att ställa faktafrågor som skulle visa den faktiska kunskapen var att Ejlertsson (2005) avråder från att ställa kunskapsfrågor då det för den deltagande kan kännas som ett förhör. Ytterligare en anledning var att vi då inte skulle kunna vara säkra på att de medverkande inte tagit hjälp av exempelvis internet för att svara på frågorna. Dessutom handlade litteraturen vi hittade inom området om den självupplevda kunskapen, varför vi också ville undersöka den för att kunna jämföra våra resultat med tidigare forskning.

Vi valde att använda oss av mätbara svarsalternativ när det kom till frågorna gällande samtal om matvanor med de undersökta sjukdomstillstånden. Detta då svarsalternativen *sällan*, *ibland* och *ofta* är subjektiva och därför svåranalyserade (Trost, 1994).

En undersökning i form av intervjuer skulle inte ge oss samma höga antal deltagare och inte heller samma geografiska spridning (Bryman, 2008). Dessutom tror vi att svaren inte skulle vara lika ärliga, då deltagarna i en intervju inte är anonyma. Vi skulle däremot med den metoden ha kunnat utveckla frågorna och kommit mer på djupet i deltagarnas självupplevda kunskaper (Bryman, 2008). Detta var dock inte vårt mål och därför var enkät den bästa undersökningsmetoden för det vi ville undersöka.

Anledningen till att vi i enkäten frågade om mängd gällande frukt och grönsaker, fisk och skaldjur samt rött kött och charkprodukter och livsmedelsval när det kom till fullkorn, mjölkprodukter, nyttiga fetter, salt och tillsatt socker, var att vi ville översätta råden till den nivå som det talas om med patienter. Vi tror inte att patienter till exempel rekommenderas 70 gram fullkorn per dag utan snarare får rekommendationer kring vilket bröd eller vilken sorts flingor de ska välja för att öka intaget av fullkorn.

6.1.2 Urvalsteknik och datainsamling

Anledningen till att vi slutligen använde oss av bekvämlighetsurval var på grund av rekryteringssvårigheter. Vår utgångspunkt var ett obundet slumpmässigt urval (Ejlertsson, 2012) där vi slumpade fram två landsting som vi skulle kontakta och skicka ut enkäten till. Dock visade det sig att inget av dessa två landsting kunde hjälpa oss, vilket gjorde att vi slumpmässigt drog två nya landsting. Vi upptäckte emellertid att detta inte var någon bra metod, då inte heller dessa landsting hade möjlighet att hjälpa till. Då kom vi fram till att istället använda oss av bekvämlighetsurval för att få tag på tillräckligt många deltagare.

Vi började med att kontakta Läkarförbundet, Läkartidningen och samordnare i fler landsting, dock inte slumpmässigt utvalda. Dessa ville eller kunde inte heller hjälpa oss att skicka ut enkäten till läkare i primärvården. När vi började ta kontakt med verksamhetschefer för vårdcentraler och direkt med läkare var det fler som ville och hade möjlighet att delta.

Metoden bekvämlighetsurval gav oss möjligheten att på ett tids- och kostnadseffektivt sätt nå ut till många primärvårdsläkare och därmed öka chanserna att få tillräckligt många svar.

En nackdel med bekvämlighetsurval är att resultaten inte kan generaliseras då urvalet inte är representativt, vilket skulle vara möjligt om vi hade använt obundet slumpmässigt urval. Däremot kan vi se tendenser i materialet som tyder på att något föreligger, till exempel ett samband mellan variabler. En annan nackdel är att risken för bias blir stor, det ville säga ett systematiskt fel i resultaten och man kan inte säga hur stort felet blir eller i vilken riktning (Ejlertsson, 2012; Food Standards Agency, 2003). Dock är det i realiteten troligen inte genomförbart att använda ett obundet slumpmässigt urval i vårt fall. Detta för att olika landsting och privata aktörer har egna policyers och riktlinjer vilket kan leda till att det antingen tar för lång tid att godkänna undersökningen med tanke på vår knappa tidstillgång eller att de väljer att inte medverka.

I vårt fall kontaktade vi många gånger verksamhetschefer för vårdcentraler som i sin tur fick avgöra om de ville och hade möjlighet att distribuera enkäten till sina anställda läkare. Det kan ha lett till att verksamhetschefen beslutade att en läkare inte skulle delta trots att denne egentligen hade velat det.

Angående antal deltagare i vår undersökning var målet 100 stycken enligt direktiv från Institutionen för kostvetenskap, Uppsala Universitet. I slutändan fick vi dock nöja oss med 78 svar, då vi trots många försök att få tag i respondenter inte fick in fler. Vi bedömer att vi gjorde allt vi kunde genom att ta kontakt med verksamhetschefer, divisionschefer och HR-chefer runt om i hela Sverige och även maila direkt till läkare samt ringa samordnade för olika landsting. På grund av att deltagarna är relativt få, bör resultatet tolkas med försiktighet, då det eventuellt hade sett lite annorlunda ut på alla eller några av frågorna om vi hade uppnått fler svar. Dock behöver det inte betyda att vi hade fått ett annat resultat bara för att de medverkande hade varit fler, däremot hade resultatet varit aningen säkrare. Vid replikation av

denna undersökning anser vi att det med fördel om möjligt bör avsättas mer tid för rekrytering då till exempel Uppsala Läns Landsting behövde två veckor för att kunna ta ett beslut om medverkan. Vi avråder från att försöka ta kontakt med personer via telefon, då detta var en ineffektiv metod för att rekrytera deltagare.

6.1.3 Undersökningens validitet och reliabilitet

Reliabiliteten, det vill säga tillförlitligheten i denna undersökning, är relativt svag och resultatet skulle troligen inte bli detsamma om samma undersökning skulle göras igen. Urvalet är litet och icke-systematiskt, därmed finns det en risk att de skillnader vi har sett beror på slumpen eller tillfälliga betingelser (Bryman, 2008). Dock är en upplevd kunskap, uppskattad samtalsfrekvens kring kost med olika patientgrupper eller vikten av kosten i vården troligtvis inte något som är konstant hos en individ utan utvecklas och förändras med tiden. Vår önskan var att få en ögonblicksbild över den självupplevda kunskapen och därmed var inte vårt mål att utforma en metod för att mäta detta i framtiden.

Enligt Bryman (2008) är validiteten en annan viktig faktor att ta hänsyn till i undersökningar. Med detta menas om metoden har mätt det som den avser att mäta och om de slutsatser som har dragits är relevanta. Vi har genom enkäten fått svar på det syfte och de frågeställningar vi ämnade undersöka, därmed är validiteten hög. I enkäten ställde vi endast frågor som var adekvata för det som undersöktes och tog bort frågor som inte berörde det ämne vi undersöker. På frågorna gällande samtal om matvanor med de fyra patientgrupperna är validiteten lägre än för resterande frågor då flertalet deltagare ansåg att det var svårt att svara korrekt på dessa (se diskussion om detta i kapitel 6.1.1). Den externa validiteten, det vill säga om undersökningen kan generaliseras till alla läkare inom primärvården, är låg då denna undersökning, på grund av urval och urvalsmetod, inte givit ett representativt urval som speglar det verkliga. Detta är dock inte vårt mål eftersom det skulle krävt många fler deltagare och att de valts ut systematiskt. Den interna validiteten, det vill säga om de slutsatser som vi har dragit är trovärdiga utifrån vårt resultat eller om något annat påverkar, är relativt hög. Vi har inte möjlighet att generalisera vårt resultat utan endast uttala oss om just vår undersökningsgrupp. Vi har varit mycket försiktiga med att uttala oss om sådant vi inte vet med säkerhet och de samband vi har kommit fram till är statistiskt säkerställda. Däremot kan vi inte säga att externa faktorer inte påverkade resultatet. Vi kan till exempel anta att vår roll som dietiststudenter påverkat deltagarnas svar, då de kan ha svarat det som de trodde var mer önskvärt för oss. Detta skulle kunna vara att de framställer sin kunskap som bättre och kostbehandling och dietistbehovet som viktigare än i realiteten.

6.2 Resultatdiskussion

6.2.1 Den självupplevda kunskapen

Den självupplevda kunskapen om Livsmedelsverkets kostråd till den friska befolkningen, som även har setts vara gynnsamma vid de fyra sjukdomar vi undersöker och därmed de råd primärvårdsläkarna ska kunna ge sina patienter, verkar för våra respondenter generellt vara *Ganska bra*. Detta är ett något bättre resultat i relation till tidigare forskning i Sverige där upplevd kunskap hos läkare inom primärvården jämfördes med samma yrkesprofession i USA (Weinehall et al., 2014). Vi kan dock förmoda att några av deltagarna har rapporterat sin självupplevda kunskap som bättre än vad den faktiskt är, trots anonymitet (Food Standards

Agency, 2003). Det är även tänkbart att läkarna överrapporterade svaren till det bättre på grund av medvetenhet om att vi är dietiststudenter och i tron att vi anser att de borde kunna detta.

Vi kan på grund av urvalsmetod och för få respondenter inte generalisera resultatet till alla primärvårdsläkare i Sverige men vi kan se att den självupplevda kunskapen är bättre hos våra deltagare i jämförelse med tidigare studiepopulation i USA (Vetter et al., 2008).

Att den självupplevda kunskapen gällande kostråd om tillsatt socker tenderar att vara bättre än den självupplevda kunskapen om kostråd för resterande livsmedelsgrupper skulle kunna bero på att det ofta är mer självklart vilka livsmedel som innehåller tillsatt socker. Detta då tillsatt socker är en mycket uppenbar livsmedelskomponent i till exempel läsk, godis och fikabröd. Därmed kan rekommendationer kring vilka livsmedel som ska undvikas för att minska intaget av tillsatt socker ses som mer självklara att ge. Detta kan jämföras med rekommendationer kring livsmedelsval för att exempelvis öka sitt intag av fullkorn, då fullkorn i produkter inte är lika synligt och lätt att finna eftersom det inte utmärker sig lika väl i varken utseende eller smak. Vi upplever även att det har debatterats mycket om socker i media de senaste åren, vilket vi tror också kan ha bidragit till bättre självupplevd kunskap.

Att den självupplevda kunskapen gällande kostråd om rött kött och charkprodukter tenderar att vara sämre i relation till den självupplevda kunskapen om kostråd för resterande livsmedelsgrupper kan bero på att dessa rekommendationer är relativt nya. De blev inte aktuella i kostrekommendationerna från Livsmedelsverket förrän sommaren 2014 (Ennart, 2014, 26 november). Då de andra livsmedelsgrupperna under längre tid har varit etablerade i de kostrekommendationer som Livsmedelsverket har givit ut, är det föga förvånande att vårt resultat gällande den självupplevda kunskapen om rött kött och charkprodukter är sämre. Rekommendationen om denna livsmedelsgrupp kan riskera att inte lika väl nå ut till de redan verksamma primärvårdsläkarna jämfört med de läkare inom primärvården som var studerande på läkarutbildningen under år 2014 och framåt. De studerande kan därmed ha fått denna information under utbildningen. Vi kan tänka oss att det krävs ett aktivt val för primärvårdsläkare att hålla sig uppdaterad kring nya kostrekommendationer och för en del kan det på grund av bland annat tids- och resursbrist prioriteras bort.

Trots läkarens professionella roll spelar troligen de personliga åsikterna in i deras arbete och avspeglas i tillämpningen av samtal om matvanor. Med tanke på detta är det inte säkert att läkaren faktiskt framför de tänkta rekommendationerna som denna undersökning avser. Genom ett mail från en primärvårdsläkare blev vi varse att personliga åsikter kan avspeglas i de rekommendationer läkaren ger kring matvanor i patientsamtal. Läkaren i fråga ansåg att det vetenskapliga underlaget för rekommendationen kring rött kött och charkprodukter var bristfälligt och ville därmed inte, i sin roll som primärvårdsläkare, framföra dessa rekommendationer till sina patienter. Denne ansåg att det istället bör vidtas starkare åtgärder kring tillsatt socker och andra snabba kolhydrater. Kritik mot Livsmedelsverkets kostråd har även uppmärksammats i media (Ravnskov et.al., 2012; Holender, 2013, 15 november). Detta anser vi i viss mån är förståeligt med tanke på de många felkällor koststudier kan innehålla (Food Standards Agency, 2003; McNamee, 2003).

Att en läkare blandar in personliga åsikter i sin professionella roll tror vi kan bidra till tvetydiga rekommendationer från hälso- och sjukvården. Detta kan i sin tur orsaka förvirring och sämre följsamhet om en patient sedan träffar en dietist för nutritionsbehandling. Att ha en

samsyn kring kosten och därmed också rekommendationerna har setts som mycket viktigt för att kunna skapa meningsfulla samarbeten vårdprofessionerna emellan (DiMaria-Ghalili et.al., 2014). Läkaren bör därmed ha kunskaper kring de kostråd de ska kunna ge, inte blanda in egna åsikter och värderingar samt veta sina möjligheter och begränsningar inom kostområdet. Personliga åsikter och värderingar kan även påverka andra yrkesgruppers tillämpning av kostrådgivning, exempelvis dietisters eller sjuksköterskors.

6.2.2 Samtal om matvanor

Av våra deltagare inkluderar 68 % samtal om matvanor i minst 50 % av alla samtal med patienter med diabetes typ 2, fetma, hypertoni och hyperlipidemi. Detta är anmärkningsvärt bättre i relation till en tidigare studie som genom observationer av läkare inom primärvården fick resultatet att endast 6 % av dessa inkluderade samtal om matvanor i mer än 50 % av alla patientsamtal (Eaton et al., 2002). Denna studie undersökte dock samtal om matvanor med alla patientgrupper medan vi har riktat in oss på fyra välfärdssjukdomar där det kan ses tydliga fördelar med att samtala om kost och andra levnadsvanor, både förebyggande och behandlande (Socialstyrelsen, 2011; Kris-Etherton et al., 2014). Detta kan bidra till att matvanor diskuteras i större utsträckning med dessa patientgrupper. Den nämnda studien var även utförd som en observationsstudie vilket vi tror kan generera mer säkra och pålitliga data. I vårt fall kunde vi inte kontrollera de faktiska förhållandena utan endast förlita oss på den uppskattade frekvensen av samtal om matvanor. Vi kan inte vara säkra på att respondenterna inte har överskattat den egentliga frekvensen och därmed givit detta positiva resultat. Då dessa studier (Eaton et al., 2002; Kris-Etherton et al., 2014) inte är gjorda i Sverige kan vi inte med säkerhet säga att resultaten är överförbara till svenska förhållanden och därmed kan de vara svåra att jämföra med vårt resultat. Vi kan tänka oss att vissa faktorer kan skilja sig åt, såsom utbildning och hur mycket vikt de lägger vid kostbehandling inom vården.

Något som också bör tas i åtanke är att läkare är en profession med pressat tidsschema och frågan är vilka krav som kan ställas på dem vad gäller samtal om matvanor. Enligt ett mail från en respondent skulle det på 30 minuter hinnas med att undersöka patienten, ställa upp till tio olika diagnoser, prata om rökning och alkohol, gå igenom provsvar, skriva recept och diktera. Det är tydligt att de på den tiden utöver alla dessa obligatoriska göromål inte skulle hinna med ett kvalificerat rådgivande samtal om matvanor som de enligt Socialstyrelsen (2011) ska kunna ge. Något som vi anser skulle vara mer rimligt är att läkarna ställer frågor om kosten på en grundnivå för att få en överblick av kostsituationen, exempelvis med hjälp av kostindex, och utifrån resultatet eventuellt erbjuder kontakt med dietist. Då skulle det inte heller krävas speciellt mycket kostkunskap av läkarna för att de ska veta när det är lämpligt att remittera till en dietist.

De stora samhällskostnader (Steen Carlsson et al., 2012) och bidrag till den totala sjukdomsbördan (Agardh et.al., 2008) som dessa sjukdomar orsakar styrker behovet av att uppmärksamma ohälsosamma matvanor och se kosten som en viktig del av prevention och behandling. Detta då dessa sjukdomstillstånd i stor utsträckning kan påverkas genom att behandla de ofta underliggande ohälsosamma levnadsvanorna (Alwan, 2011; Bernard et.al., 2014). Läkare är ju som tidigare nämnts den profession som i grunden är ansvarig för patientens vård (Vårdhandboken, 2015) och därmed är kunskap om och medvetenhet kring kostens roll för hälsan av stor vikt hos denna yrkesgrupp, då levnadsvanors påverkan på den

totala sjukdomsördan ofta är underskattad (Socialstyrelsen, 2011). Eventuellt kan de resurser som krävs för att i större utsträckning tillämpa samtal och råd kring matvanor, både tidsmässigt och ekonomiskt, vid användning av exempelvis kostindex, betalas tillbaka i form av minskade vårdkostnader och sjukdomsörda för samhället. Vi tror att detta skulle bidra till att fler patienter med ohälsosamma matvanor i ett tidigare skede skulle fångas upp och remitteras till en dietist. Detta skulle i sin tur kunna sakta ned progressionen av de undersökta välfärdssjukdomarna eller minska risken för att utveckla dessa då patienter med ohälsosamma matvanor skulle kunna erbjudas kvalificerat rådgivande samtal med en dietist.

6.2.3 Vikten av kostrådgivning

I vår undersökning anser 38 % av deltagarna att kosten är *Mycket viktig* vid prevention av de fyra undersökta sjukdomstillstånden och 36 % ser den som *Mycket viktig* vid behandling av dem. En tidigare studie som jämförde åsikterna i USA och Sverige visade att av de deltagande primärvårdsläkarna från Sverige tyckte 44 % att kostrådgivning var viktigt (Weinehall et al., 2014). Dock framgick det inte om det handlade om prevention, behandling eller bådadera, men eftersom det inte definierades antar vi att det var en sammanvägd bild av hur stor roll kosten spelar för hälsan. Respondenterna i den studien hade även andra svarsmöjligheter än de i vår undersökning. De hade endast alternativen *Mycket viktig* och *Annat* att välja på. Därmed är det inte helt lämpligt att jämföra procentsiffrorna då de medverkande i USA- och Sverigestudien kan ha valt *Mycket viktig* på grund av för få svarsalternativ, även om de tyckte att den endast var "ganska viktig", alternativt att de valde *Annat* fastän de tyckte att den var "ganska viktig".

Deltagarna i vår undersökning tycker överlag att kosten är en viktig del både vid prevention och behandling av diabetes typ 2, fetma, hypertoni och hyperlipidemi, något som vi inte hade förväntat oss. Vi anser att det inte vore speciellt förvånansvärt om de skulle se kosten som mindre viktig med tanke på de få timmar (23,7) av kostutbildning som ingår i läkarutbildningen (Chung et al., 2014).

6.2.4 Behov av, samt möjlighet att remittera till dietist

En övervägande majoritet av respondenterna, 97 %, anser att det finns ett behov av en dietist i deras arbete och en lika stor andel har möjlighet att remittera till en. Tidigare studier har visat att patienterna ser på läkaren som en expert inom kostområdet. Många läkare i USA anser att kosten är mycket viktig och att det är deras ansvar att tala om matvanor med sina patienter (Van Dillen & Hiddink, 2008; Vetter, Herring, Sood, Shah & Kalet, 2008; Walker, 2003). I vårt resultat kan vi dock se att läkarna anser att det finns ett starkt behov av dietistprofessionen, däremot vet vi inte orsaken. Möjliga anledningar kan vara för att de ser sina kunskaper som knappa, inte anser att det är deras ansvar att tala om matvanor eller på grund av tidsbrist under patientsamtalen. Detta hade varit intressant att fråga om i enkäten. Dock tror vi att det positiva resultatet även här kan bero på att frågorna ställdes av dietiststudenter och att en del av respondenterna på grund av detta svarade att de har behov av en dietist i sitt arbete.

Vi kan utifrån vår undersökning inte uttala oss kring om primärvårdsläkarna ser kosten som deras ansvar att prata om eller hur patienterna upplever läkarens kunskap om kost. Vi vet inte heller i vilken utsträckning dietisten anses behövas inom deras arbete.

6.2.5 Statistiska samband

Sambandet som ses mellan längden av arbetserfarenhet och den självupplevda kunskapen om fullkorn och mjölkprodukter var något vi blev förvånade över. Tidigare studier har visat att den självupplevda kunskapen är bättre hos läkarstudenter där 70 % anser att deras kunskap är tillräckligt god för att kunna ge grundläggande kostrådgivning i patientsamtal (Connor et al., 2015). Mot bakgrund av denna studie kan man anta att den goda självupplevda kunskapen också kan gälla för nyexaminerade då de nyligen varit läkarstuderande. Att vårt resultat blev det motsatta för dessa två livsmedelsgrupper kan ha att göra med att vårt urval var litet och icke-slumpmässigt. Resultaten är signifikanta inom vår population men kan inte generaliseras. Troligen är det ett typ 1-fel (Ejlertsson, 2012) eller också ger längre arbetslivserfarenhet som primärvårdsläkare i Sverige förbättrad och utvecklad kunskap om kostråd gällande fullkorn och mjölkprodukter.

Ett positivt samband kan även ses mellan hur viktig respondenterna anser att kosten är för behandling och hur ofta de talar om matvanor med patienter med diabetes typ 2, högt blodtryck och höga blodfetter. Vi anser att detta resultat är troligt då en primärvårdsläkare som ser kosten som mer viktig antagligen har en större benägenhet att prata om detta i sina patientsamtal.

Att samband inte kan ses mellan hur viktig respondenterna anser att kosten är för behandling och hur ofta de talar om matvanor med fetmapatienter kan bero på att det vetenskapliga underlaget visar att en bestående viktninskning utan obesitaskirurgi är svår att uppnå. Inom ett år har de flesta återgått till sin ursprungsvikt (SBU, 2002).

6.3 Uppsatsens resultat i relation till dietistprofessionen

Resultatet av vår undersökning är positivt i relation till dietistprofessionen. Att typvärdet på svaren på frågorna gällande den självupplevda kunskapen om kostråd för de olika livsmedelsgrupperna är *Ganska bra* i alla fall utom ett, indikerar att de primärvårdsläkare som vi undersökte överlag uppfattar sin kunskap om Livsmedelsverkets råd som relativt god. Det innebär att chansen är större att de ger samma råd som en dietist om de samtalar om matvanor med sin patient, vilket ökar trovärdigheten för dessa och kan även öka följsamheten av kostråden. Det underlättar även dietistens arbete om de slipper motarbeta råd som patienter har fått från sin läkare. Dock betyder inte det faktum att den självupplevda kunskapen är god att den faktiska kunskapen är det, då en läkare felaktigt kan tro att denne är medveten om Livsmedelsverkets rekommendationer.

Resultatet angående läkarnas uppfattning om vikten av kost vid prevention och behandling är positivt utifrån vårt perspektiv som blivande dietister. Om primärvårdsläkarna anser att kosten är viktig innebär det förmodligen att de oftare inser behovet av en dietist och därmed remitterar till en. Det leder till att fler patienter som är i behov av dietistprofessionen fångas upp.

Som nämns i inledningen är det väsentligt att inom vården ha en samsyn kring kostens viktiga roll för behandling och prevention med en strävan mot samma mål. Detta för att kunna etablera värdefulla samarbeten läkare och dietist emellan. (DiMaria-Ghalili et al., 2014). Det är ett mycket positivt resultat att en övervägande majoritet (97 %) av primärvårdsläkarna anser att det finns behov av en dietist och har möjlighet att remittera till en. Det tydliga

behovet av professionen visar på dietisters värde och i och med det kan dietisterna nå ut med sin kunskap till fler patienter och hjälpa de som är i behov av dietistens kunskap.

7. Slutsats

Resultatet är i det stora hela positivt i jämförelse med tidigare studier.

Överlag är den självupplevda kunskapen om Livsmedelsverkets kostråd relativt god. Dock verkar den självupplevda kunskapen gällande råden om tillsatt socker vara bättre medan den självupplevda kunskapen gällande råden om rött kött och charkprodukter tenderade att vara sämre i relation till de andra livsmedelsgrupperna.

Primärvårdsläkares tillämpning av samtal kring matvanor skiljer sig åt mellan patientgrupper där samtal om matvanor tenderar att föras mer med patienter med diabetes typ 2 och mer sällan med patienter med högt blodtryck.

Kosten anses av våra deltagare vara viktig vid både prevention och behandling och en övervägande majoritet av deltagarna anser att de är i behov av en dietist i sitt arbete samt har möjlighet att remittera till en.

Ett positivt samband kan ses mellan antal år som verksam primärvårdsläkare och den självupplevda kunskapen kring kostråd för livsmedelsgrupperna fullkorn och mjölkprodukter. Det finns även ett positivt samband mellan de som anser att kosten är viktigare vid behandling och den uppskattade frekvensen av samtal om matvanor med patienter med diabetes typ 2, högt blodtryck och höga blodfetter.

8. Förslag på vidare forskning

Då det vetenskapliga underlaget kring primärvårdsläkare och Livsmedelsverkets kostråd i Sverige i nuläget är litet krävs det ytterligare studier för att undersöka ämnet. Det vore därför av intresse att i framtiden mer ingående, exempelvis i form av fokusgrupper eller intervjuer, studera primärvårdsläkares åsikter om Livsmedelsverkets kostråd samt hur de upplever tillämpningen av samtal om matvanor. Det skulle även vara intressant att undersöka om primärvårdsläkare i Sverige anser att det är deras ansvar att prata om kosten, i vilken utsträckning de anser att dietisten behövs samt vad patienter tänker om läkarens kunskap inom kostområdet.

9. Referenser

(2016). EasyQuest [Enkätverktyg] Hämtad från <https://www.easyquest.com/se/>

1177 Vårdguiden (2015). *Hitta rätt i sjukvården*. Hämtad 2016-11-17 från <http://www.1177.se/Stockholm/Regler-och-rattigheter/Hitta-ratt-i-sjukvarden/>

Agardh, E., Moradi, T., & Allebeck, P. (2008). The contribution of risk factors to the burden of disease in Sweden. A comparison between Swedish and WHO data. *Läkartidningen*, 105(11), 816.

Alwan, A. (2011). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. World Health Organization.

Beck, A. M., Hoppe, C., & Andersen, N. L. (2010). *Vidensgrundlag for rådgivning om indtag af mælk, mælkeprodukter og ost i Danmark*. Ljungby; Danmarks Tekniske Universitet, Fødevareinstituttet.

Bernard, W. S., & Christopher, P. W. (2014). *World cancer report 2014*. World Health Organization.

Branca, F., Nishida, C., Aburto, N., Beard, J., Mendis, S., Petersen, E., P., ... Cavalli-Sforza, T. (2012). *Guideline: Sodium intake for adults and children*. Geneva: WHO Document Production Services.

Brenna, J. T., Crawford, M. A., Elmadfa, I., Galli, C., Gerber, M., Ghafoorunissa, ... Wolmarans, P. (2010). *Fats and fatty acids in human nutrition. Report of an expert consultation*. Rome: FAO Food and Nutrition Paper.

Bryman, A. (2008). *Samhällsvetenskapliga metoder (uppl. 2)* Stockholm: Liber AB.

Chow, C. K., Jolly, S., Rao-Melacini, P., Fox, K. A., Anand, S. S., & Yusuf, S. (2010). Association of diet, exercise, and smoking modification with risk of early cardiovascular events after acute coronary syndromes. *Circulation*, 121(6), 750-758.

Chung, M., van Buul, V. J., Wilms, E., Nellessen, 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. doi: 10.1038/ejcn.2014.75

Connor, R., Cialdella-Kam, L., & Harris, S. R. (2015). A Survey of Medical Students' Use of Nutrition Resources and Perceived Competency in Providing Basic Nutrition Education. *Journal of Biomedical Education*, 2015, 1-7. doi: 10.1155/2015/181502

DiMaria-Ghalili, R. A., Mirtallo, J. M., Tobin, B. W., Hark, L., Van Horn, L., & Palmer, C. A. (2014). Challenges and opportunities for nutrition education and training in the health care professions: intraprofessional and interprofessional call to action. *The American journal of clinical nutrition*, 99(5), 1184-1193. doi: [10.3945/ajcn.113.073536](https://doi.org/10.3945/ajcn.113.073536)

Dietisternas riksförbund. (2009). *Etisk kod för dietister*. Nacka: DRF.

Eaton, C. B., Goodwin, M. A., & Stange, K. C. (2002). Direct observation of nutrition counseling in community family practice. *American journal of preventive medicine*, 23(3), 174-179.

Ejlertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken: en handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Ejlertsson, G. (2012). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.

Eliasson, A. (2010). *Kvantitativ metod från början*. Lund: Studentlitteratur.

Ennart, H. (2014, november). Livsmedelsverkets nya miljöanpassade kostråd: Ät mer grönsaker och mindre kött. *Svenska Dagbladet*. Hämtad 2016-12-08 från <http://www.svd.se/livsmedelsverket-nya-miljoanpassade-kostrad-at-mer-gronsaker-och-mindre-kott>

Food Standards Agency. (2003). *A short review of dietary assessment methods used in National and Scottish Research Studies*. Hämtad 2017-01-16 från <https://www.food.gov.uk/sites/default/files/multimedia/pdfs/scotdietassessmethods.pdf>

Fogelholm, M., Anderssen, S., Gunnarsdottir, I., & Lahti-Koski, M. (2012). Dietary macronutrients and food consumption as determinants of long-term weight change in adult populations: a systematic literature review. *Food & nutrition research*, 56.

Folkhälsomyndigheten. (2014). *Fler har fetma och övervikt*. Hämtad 2016-12-07 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2014/februari/ fler-har-fetma-och-overvikt/>

Folkhälsomyndigheten. (2016). *Folkhälsan i Sverige 2016*. Halmstad: ISY Information System AB.

Hallund, J., Dragsted, L. O., Halkjær, J., Madsen, C., Ovesen, L., Rasmussen, H. H., ... & Trolle, E. (2007). *Frukt, grøntsager og sundhed-Opdatering af vidensgrundlaget for mængdeanbefalingen 2002-2006*. Danmarks Tekniske Universitet, Fødevareinstituttet.

Haslam, D. W., & James, W. P. (2005) Obesity. *Lancet*, 366(9492), 1197–1209. doi:10.1016/S0140-6736(05)67483-1

Holender, R. (2013, 15 november). Svenskar struntar i myndighetens fettråd. *Dagens Nyheter*. Hämtad 2016-12-21 från <http://www.dn.se/ekonomi/svenskar-struntar-i-myndighetens-fettrad/>

IBM Corporations. (2016). IBM SPSS Statistics (24). [Statistikprogram]. Armonk, NY.

Khaw, K. T., Wareham, N., Bingham, S., Welch, A., Luben, R., & Day, N. (2008). Combined impact of health behaviours and mortality in men and women: the EPIC-Norfolk prospective population study. *PLoS Med*, 5(1), e12.

Kris-Etherton, P. M., Akabas, S. R., Bales, C. W., Bistrrian, B., Braun, L., Edwards, M. S., ... Pratt, C. A. (2014). The need to advance nutrition education in the training of health care professionals and recommended research to evaluate implementation and effectiveness. *The American journal of clinical nutrition*, 99(5), 1153-1166. doi: [10.3945/ajcn.113.073502](https://doi.org/10.3945/ajcn.113.073502)

Landstinget Uppsala Län. (år u.a.). *Primärvården – ditt självklara val för god vård och hälsa*. Hämtad 2016-11-17, från <http://www.lul.se/sv/Vard-halsa/Sjukvard/Primarvard/Landstingets-vardcentraler/Om-Primarvarden/>

Livsmedelsverket. (2015). *Hitta ditt sätt: att äta grönare, lagom mycket och röra på sig*. Uppsala: Livsmedelsverket.

Livsmedelsverket. (2016). *Hjärt- och kärlsjukdomar*. Hämtad 2016-11-10, från <http://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/sjukdomar-allergier-och-halsa/hjart--och-karlsjukdomar/>

McNamee, R. (2003). Confounding and confounders. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 60, 227-234.

Mejborn, H., Biloft-Jensen, A. P., Trolle, E., & Tetens, I. (2008). *Fuldkorn-Definition og vidensgrundlag for anbefaling af fuldkornsindtag i Danmark*. Søborg: DTU Fødevareinstituttet.

Nasjonalt råd for ernæring. (2011). *Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer Metodologi og vitenskapelig kunnskapsgrunnlag*. Oslo: Helsedirektoratet, Avdelningen for nasjonalt folkehelsearbeid.

National Patient Safety Agency. (2009) *10 key characteristics of good nutritional care*. London: National Patient Safety Agency.

Nordic Council of Ministers. (2014). *Nordic Nutrition Recommendations 2012: Integrating nutrition and physical activity*. København: Nordic Council of Ministers.

Ramel, A., Martinez, A., Kiely, M., Morais, G., Bandarra, N. M., & Thorsdottir, I. (2008). Beneficial effects of long-chain n-3 fatty acids included in an energy-restricted diet on insulin resistance in overweight and obese European young adults. *Diabetologia*, 51(7), 1261-1268.

Ramel, A., Martinez, J. A., Kiely, M., Bandarra, N. M., & Thorsdottir, I. (2010). Moderate consumption of fatty fish reduces diastolic blood pressure in overweight and obese European young adults during energy restriction. *Nutrition*, 26(2), 168-174.

Ravnskov, U., & Jonsson, B. H. (2012). Riskerna med fettrik diet är överdrivna. *Läkartidningen*, 109(9), 486-487.

Rissanen, R. (2013). *SPSS Manual*. Uppsala: Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala Universitet.

SBU. (2002). *Fetma – problem och åtgärder*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utredning.

SBU. (2007). *Måttligt förhöjt blodtryck: en systematisk litteraturöversikt*. Mölnlycke: Elanders Infologistics Väst AB.

Schulze, M. B., & Hu, F. B. (2005). Primary prevention of diabetes: what can be done and how much can be prevented?. *Annu. Rev. Public Health*, 26, 445-467.

Socialstyrelsen. (2000). *Näringsproblem i vård och omsorg – prevention och behandling*. Stockholm: Modin-Tryck.

Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Västerås: Edita Västra Aros.

Socialstyrelsen. (2010). *Införandet av vårdval i primärvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2011). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011*. Västerås: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2011). Sverige. *Kost vid diabetes: en vägledning till hälso-och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Sonestedt, E., Øverby, N. C., Laaksonen, D. E., & Birgisdottir, B. E. (2012). Does high sugar consumption exacerbate cardiometabolic risk factors and increase the risk of type 2 diabetes and cardiovascular disease?. *Food & nutrition research*, 56.

Statens Folkhälsoinstitut. (2009). *Levnadsvanor Lägesrapport*. Edited by Statens Folkhälsoinstitut. Östersund.

Steen Carlsson, K., & Persson, U. (2012). *Kostnader För Hjärt-Kärlsjukdom År 2010*. Lund: IHE-Institutet för Hälso-och Sjukvårdsekonomi.

Te Morenga L, Mallard S, Mann J. (2012). Dietary sugars and body weight: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials and cohort studies. *British Medical Journal*, 346.

Tetens, I., Andersen, L. B., Astrup, A., Gondolf, U. H., Hermansen, K., Jakobsen, M. U., ... & Trolle, E. (2013). *Evidensgrundlaget for danske råd om kost og fysisk aktivitet*. DTU Fødevareinstituttet.

Trost, J. (1994). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur.

Van Dillen, S. M. E., & Hiddink, G. J. (2008). A comparison of Dutch family doctors' and patients' perspectives on nutrition communication. *Family practice*, 25(suppl 1), 87-92. doi: 10.1093/fampra/cmn061

Vetenskapsrådet. (u.å.). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 2017-01-16 från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Vetter, M. L., Herring, S. J., Sood, M., Shah, N. R., & Kalet, A. L. (2008). What do resident physicians know about nutrition? An evaluation of attitudes, self-perceived proficiency and knowledge. *Journal of the American College of Nutrition*, 27(2), 287-298.

Vårdhandboken. (2015). *Ansvarsfördelning: nutrition*. Hämtad 2016-11-23 från <http://www.varhandboken.se/Texter/Nutrition/Ansvarsfordelning/>

Walker, W. A. (2003). Innovative teaching strategies for training physicians in clinical nutrition: an overview. *The Journal of nutrition*, 133(2), 541-543.

Weinehall, L., Johansson, H., Sorensen, J., Jerdén, L., May, J., & Jenkins, P. (2014). Counseling on lifestyle habits in the United States and Sweden: a report comparing primary care health professionals' perspectives on lifestyle counseling in terms of scope, importance and competence. *BMC family practice*, 15(1), 1-9. doi: 10.1186/1471-2296-15-83.

Whelton, P. K., He, J., Appel, L. J., Cutler, J. A., Havas, S., Kotchen, T. A., ... & Karimbakas, J. (2002). Primary prevention of hypertension: clinical and public health advisory from The National High Blood Pressure Education Program. *Jama*, 288(15), 1882-1888.

WHO. (2016). *Obesity and overweight*. Hämtad 2016-12-07 från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

World Health Organization (Ed.). (1998). *Preparation and use of food-based dietary guidelines: report of a joint FAO/WHO consultation* (No. 880). World Health Organization.

World Health Organization (WHO). (2016). *Global report on diabetes*. Geneva: WHO Media centre.

Åkesson, A., Andersen, L. F., Kristjánsdóttir, A. G., Roos, E., Trolle, E., Voutilainen, E., & Wirfält, E. (2013). *Health effects associated with foods characteristic of the Nordic diet: a systematic literature review*. *Food & nutrition research*, 57.

Bilaga 1. Arbetsfördelning

Planering av studien och uppsatsarbetet

50/50.

Litteratursökning

50/50.

Datainsamling

50/50.

Analys

50/50.

Skrivandet av uppsatsen

50/50.

Bilaga 2. Enkät

Primärvårdsläkares självupplevda kunskap om kost samt hur ofta de samtalar om matvanor med olika patientgrupper

Detta enkätprogram använder krypterad kommunikation och anonyma svar, vilket innebär att det varken går att spåra varifrån svaren kommer eller vilka som har deltagit i undersökningen. Den data som samlas in är endast tänkt att användas för att svara på frågeställningarna i denna undersökning, det finns alltså ingen intention att använda dessa uppgifter i andra sammanhang.

Om du klickar dig vidare samtycker du till medverkan i denna studie.

Demografi

Kön: Kvinna/man

Ålder:

Hur många år har du jobbat som läkare inom hälso- och sjukvård?

Din självupplevda kostkunskap

Rekommendationer avser Livsmedelverkets råd om bra matvanor

1. Hur upplever du din kunskap om hur mycket frukt och grönsaker du bör rekommendera dina patienter att äta varje dag?

- Mycket bra*
- Ganska bra*
- Varken bra eller dålig*
- Ganska dålig*
- Mycket dålig*
- Vet ej*

2. Hur upplever du din kunskap kring hur många gånger i veckan dina patienter bör rekommenderas att äta fisk och skaldjur?

- Mycket bra*
- Ganska bra*
- Varken bra eller dålig*
- Ganska dålig*
- Mycket dålig*
- Vet ej*

3. Hur upplever du din kunskap om vilka livsmedel du bör rekommendera dina patienter för att öka intaget av fullkorn?
- Mycket bra*
 - Ganska bra*
 - Varken bra eller dålig*
 - Ganska dålig*
 - Mycket dålig*
 - Vet ej*
4. Hur upplever du din kunskap kring vilka typer av mjölkprodukter du bör rekommendera dina patienter?
- Mycket bra*
 - Ganska bra*
 - Varken bra eller dålig*
 - Ganska dålig*
 - Mycket dålig*
 - Vet ej*
5. Hur upplever du din kunskap om vilka livsmedel du bör rekommendera dina patienter för att öka intaget av nyttiga fetter?
- Mycket bra*
 - Ganska bra*
 - Varken bra eller dålig*
 - Ganska dålig*
 - Mycket dålig*
 - Vet ej*
6. Hur upplever du din kunskap kring hur mycket dina patienter maximalt bör äta av rött kött och charkprodukter varje vecka?
- Mycket bra*
 - Ganska bra*
 - Varken bra eller dålig*
 - Ganska dålig*
 - Mycket dålig*
 - Vet ej*
7. Hur upplever du din kunskap kring vilka livsmedel dina patienter bör undvika för att minska intaget av salt?
- Mycket bra*
 - Ganska bra*
 - Varken bra eller dålig*
 - Ganska dålig*
 - Mycket dålig*
 - Vet ej*

8. Hur upplever du din kunskap kring vilka livsmedel dina patienter bör undvika för att minska intaget av tillsatt socker?

- Mycket bra*
- Ganska bra*
- Varken bra eller dålig*
- Ganska dålig*
- Mycket dålig*
- Vet ej*

Samtal om matvanor med patienter

Definition av matvanor: hur en person äter avseende livsmedelsval, mängd och måltidsordning.

9. Hur ofta skulle du uppskatta att du pratar om matvanor med patienter som har diabetes typ 2?

- Aldrig*
- 1-2 av 10 patientsamtal*
- 3-4 av 10 patientsamtal*
- 5-6 av 10 patientsamtal*
- 7-8 av 10 patientsamtal*
- 9-10 av 10 patientsamtal*
- Vet ej*

10. Hur ofta skulle du uppskatta att du pratar om matvanor med patienter som har fetma?

- Aldrig*
- 1-2 av 10 patientsamtal*
- 3-4 av 10 patientsamtal*
- 5-6 av 10 patientsamtal*
- 7-8 av 10 patientsamtal*
- 9-10 av 10 patientsamtal*
- Vet ej*

11. Hur ofta skulle du uppskatta att du pratar om matvanor med patienter som har högt blodtryck?

- Aldrig*
- 1-2 av 10 patientsamtal*
- 3-4 av 10 patientsamtal*
- 5-6 av 10 patientsamtal*
- 7-8 av 10 patientsamtal*
- 9-10 av 10 patientsamtal*
- Vet ej*

12. Hur ofta skulle du uppskatta att du pratar om matvanor med patienter som har höga blodfetter?

- Aldrig
- 1-2 av 10 patientsamtal
- 3-4 av 10 patientsamtal
- 5-6 av 10 patientsamtal
- 7-8 av 10 patientsamtal
- 9-10 av 10 patientsamtal
- Vet ej

Kostbehandling inom vården

13. Hur viktig anser du att kosten är för sjukdomsprevention av tidigare nämnda sjukdomstillstånd (diabetes typ 2, fetma, högt blodtryck och höga blodfetter)? *1 står för Inte alls viktig, 10 står för Mycket viktig.*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Vet ej
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Hur viktig anser du att kosten är för redan sjuka patienter med tidigare nämnda sjukdomstillstånd (diabetes typ 2, fetma, högt blodtryck och höga blodfetter)? *1 står för Inte alls viktig, 10 står för Mycket viktig.*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Vet ej
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Anser du att det finns behov av en dietist i ditt arbete?

- Ja
- Nej
- Vet ej

16. Har du möjlighet att remittera till en dietist?

- Ja
- Nej
- Vet ej

Tack för din medverkan!

Bilaga 3. Rekryteringsförfrågan

Hej!

Vi är två dietiststudenter som just nu skriver vår C-uppsats på Institutionen för kostvetenskap, Uppsala Universitet. Vi skulle i vårt examensarbete undersöka svenska primärvårdsläkares självupplevda kunskap om kost samt hur ofta de tillämpar kostrådgivning i samtal med olika patientgrupper.

Vi planerar att genomföra en webbenkät som ska skickas ut till minst 300 verksamma primärvårdsläkare senast den 21 november och vara tillgänglig i tio dagar. Enkäten kommer att innehålla 16 frågor med flervalsalternativ. De som medverkar kommer att vara anonyma och insamlad data kommer endast användas till denna studie.

Skulle ni ha möjlighet att hjälpa oss förmedla detta till era anställda primärvårdsläkare?

Vi skulle vara otroligt tacksamma för hjälp!

Med vänliga hälsningar

Elisabeth Bäckman och Johanna Danielson, Institutionen för Kostvetenskap vid Uppsala Universitet

Kontaktuppgifter:

Telefonnummer: 073 0944093 och 070 7783841

E-mail: elisabeth.backman74@gmail.com och johannadanielson@hotmail.com

Bilaga 4. Följebrev

Hej läkare i primärvården!

Vi är två dietiststudenter från Uppsala Universitet som just nu skriver vår kandidatuppsats. Vi vill undersöka hur läkare i primärvården upplever sin kunskap om kost samt hur ofta de pratar om matvanor i patientsamtal med några specifika patientgrupper.

Du är en av de verksamma läkarna inom svensk primärvård som har blivit utvald att delta i denna studie. Det är frivilligt att delta och du har när som helst rätt att avbryta. Du har möjlighet att besvara enkäten fram till och med 25 november. Enkäten består av 16 flervalsfrågor och tar ungefär 5-10 minuter att genomföra.

Din medverkan i denna studie sker helt anonymt och dina svar är endast ämnade för denna undersökning.

Du når enkäten genom denna länk: <https://app.easyquest.com/sv/Collect/582c7419-4518-4c22-854a-c46b33d97a9d>

Om du har frågor är du välkommen att kontakta oss.

Tack på förhand för din medverkan!

Med vänliga hälsningar

Johanna Danielson och Elisabeth Bäckman

Mail: kandidatuppsats.uu@gmail.com

Telefon: 070 7783841 eller 073 0944093

Handledare: Helen Göranson, fil.dr. Universitetslektor, helen.goranzon@ikv.uu.se

Bilaga 5. Spridningsmått

Tabell 1. Centralmått för de upplevda kunskaperna om kostråd för de efterfrågade livsmedelsgrupperna.

	Typvärde	Q1*	Q2**/Median	Q3***
Frukt & grönsaker	Ganska bra	Ganska bra	Ganska bra	Ganska bra
Fisk & skaldjur	Ganska bra	Ganska bra	Ganska bra	Ganska bra/Varken bra eller dålig
Fullkorn	Ganska bra	Ganska bra	Ganska bra	Varken bra eller dålig
Mjölksprodukter	Ganska bra	Ganska bra	Ganska bra	Varken bra eller dålig
Nyttiga fetter	Ganska bra	Ganska bra	Ganska bra	Ganska bra/Varken bra eller dålig
Kött och charkprodukter	Varken bra eller dålig	Ganska bra	Varken bra eller dålig	Ganska dålig
Salt	Ganska bra	Ganska bra	Ganska bra	Varken bra eller dålig
Socker	Ganska bra	Mycket bra	Ganska bra	Ganska bra

* Kvartil 1 = 25:e percentilen

** Kvartil 2 = 50:e percentilen

*** Kvartil 3 = 75:e percentilen

Tabell 2. Centralmått för frekvens av samtal om matvanor med de efterfrågade patientgrupperna.

	Typvärde	Q1*	Q2**/Median	Q3***
Diabetes typ 2	7-8 av 10 patientsamtal	5-6 av 10 patientsamtal	7-8 av 10 patientsamtal	9-10 av 10 patientsamtal
Fetma	9-10 av 10 patientsamtal	3-4 av 10 patientsamtal	5-6 av 10 patientsamtal	9-10 av 10 patientsamtal
Högt blodtryck	3-4 av 10 patientsamtal	1-2 av 10 patientsamtal/3-4 av 10 patientsamtal	3-4 av 10 patientsamtal/5-6 av 10 patientsamtal	7-8 av 10 patientsamtal
Höga blodfetter	9-10 av 10 patientsamtal	3-4 av 10 patientsamtal	7-8 av 10 patientsamtal	9-10 av 10 patientsamtal

* Kvartil 1 = 25:e percentilen

** Kvartil 2 = 50:e percentilen

*** Kvartil 3 = 75:e percentilen