



Magisteruppsats

**Specialistsjuksköterskeutbildning med
inriktning distriktsköterska 75 hp**

**Att leda riktade hälsosamtal med
40-åringar i Region Halland**

Omvårdnad 15 hp

Halmstad 2023-10-26

Marika Lingaas och Maria Mårtensson

Titel	Att leda riktade hälsosamtal med 40-åringar i Region Halland
Författare	Marika Lingaas & Maria Mårtensson
Akademi	Akademien för hälsa och välfärd
Handledare	Peter Nymberg, Universitetslektor i Omvårdnad, Med Dr
Examinator	Kristina Ziegert, Professor i Omvårdnad, Med Dr
Tid	Vår- och hösttermin 2023
Sidantal	21
Nyckelord	Folkhälsa, Hälsofrämjande, Hälsosamtalsledare, Närsjukvård, Riktade hälsosamtal

Sammanfattning

Livsstilsrelaterade sjukdomar ökar idag i världen samt i Sverige och genom hälsofrämjande arbete kan riskfaktorer och ohälsosamma levnadsvanor identifieras. Det har föranlett införandet av riktade hälsosamtal till specifika åldersgrupper i flera regioner i Sverige och nu i Region Halland. Det är inte kartlagt hur hälsosamtalsledare upplever att leda riktade hälsosamtal utefter den regionövergripande rutinen i Halland. **Syftet** med studien var att undersöka samtalsledarnas upplevelser och erfarenheter av att leda riktade hälsosamtal med 40-åringar under pilotinförandet i Region Halland 2023. **Metoden** som användes var kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats. **Resultatet** ledde till fyra huvudkategorier: *Riktade hälsosamtal upplevs meningsfulla, Arbetsredskap som stöd i hälsosamtalen, Betydelsen av samverkan i team* samt *Påverkansfaktorer i arbetet med riktade hälsosamtal*. **Slutsats:** Hälsosamtalsledarna upplevde riktade hälsosamtal som ett meningsfullt arbete. Den regionsövergripande rutinen med metodstöd upplevdes strukturerad och lätt att arbeta efter, det digitala verktyget webbstöd behöver förbättras för att underlätta arbetet samt öka patientsäkerheten. Kontinuerlig handledning och återkoppling i motiverande samtal (MI) skulle kunna bidra till ökad trygghet i metoden. Tydligt ledarskap, stöd från kollegor och tillräckligt med tid var viktiga påverkansfaktorer vid implementeringen av riktade hälsosamtal. Framtida studier bör fokusera på att utforska deltagarnas upplevelser av hälsosamtalen samt utvärdera om implementeringen lyckats.

Title	Leading targeted health dialogues with 40-year-olds in Region Halland
Author	Marika Lingaas & Maria Mårtensson
School	Academy for Health and Welfare
Supervisor	Peter Nymberg, Senior Lecturer in Nursing, PhD
Examiner	Kristina Ziegert, Professor Nursing, PhD
Period	Spring and Fall semester 2023
Pages	21
Key words	Healthcare worker's, Health promotion, Primary care, Public health, Targeted health dialogues

Abstract

Lifestyle-related diseases are increasing in the world and in Sweden. Through health promotion work, risk factors and unhealthy lifestyle habits can be identified. This has led to the introduction of targeted health dialogues to specific age groups in several regions in Sweden and now in Region Halland. It has not yet been mapped how healthcare worker's experience leading targeted health dialogues according to the region-wide routine in Halland. **The purpose** of the study was to investigate the healthcare worker's experiences of leading targeted health dialogues with 40-year-olds during the pilot phase in Region Halland in 2023. The method used was a qualitative interview study with an inductive approach. **The results** led to four main categories: *Targeted health dialogues are experienced as meaningful, Supporting tools in the health dialogues, The importance of cooperation in teams and Influence factors in the work with targeted health dialogues.* **Conclusion:** The healthcare worker's experienced targeted health dialogues as meaningful. The region-wide routine with the method was perceived as structured and easy to use, the digital tool "Webbstöd" needs to be improved to facilitate the work and increase patient safety. Continuous supervision and feedback in the Motivational interviewing (MI) method could contribute to increased security in the method. Clear leadership, supportive colleagues and sufficient time were important influencing factors in the implementation of targeted health dialogues. Future studies should focus on exploring the participant's experiences of the health dialogues as well as an evaluation of whether the implementation was successful.

Förord

Vi vill tacka alla som bidragit till att möjliggöra denna magisteruppsats. Särskilt tack till alla hälsosamtalsledare som ställt upp på att bli intervjuade, utan er hade inget material till arbete funnits. Tack till Maria Nordin, projektsamordnare i Region Halland bland annat för hjälp att komma i kontakt med hälsosamtalsledare. Tack till vår handledare Peter Nymberg för bra stöd och goda synpunkter som fått oss att vidga vårt tankesätt under arbetets gång. Tack till våra familjer som funnits där alla veckor och stöttats oss. Sist men inte minst tack till hunden Boris som fått oss att ta hälsofrämjande promenader under arbetets gång.

Innehållsförteckning

Inledning.....	8
Bakgrund	8
Hälsa	8
Folkhälsan i världen.....	8
Folkhälsan i Sverige.....	9
Hälsofrämjande arbete	9
Distriktssköterskans profession.....	10
Riktade hälsosamtal.....	10
Riktade hälsosamtal i Halland.....	11
Implementering	12
Teoretisk referensram	13
Problemformulering	13
Syfte.....	13
Metod.....	14
Design	14
Urval	14
Datainsamling	14
Databearbetning och analys	15
Forskningsetiska övervägande.....	16
Resultat	16
Riktade hälsosamtal upplevs meningsfulla.....	16
Arbetsredskap som stöd i hälsosamtalet	17
Betydelsen av samverkan i team.....	20
Påverkansfaktorer i arbetet med riktade hälsosamtal.....	21
Diskussion	22
Metoddiskussion	22
Resultatdiskussion	24
Hälsofrämjande insatser	24
Skapa förutsättningar för jämlik hälsa	24
Kompetens.....	25
MI som samtalsmetod	26
Hinder i det digitala verktyget äventyrar patientsäkerheten.....	26

Förutsättningar för framgångsrik implementering	27
Konklusion	28
Självständighetsdeklaration och individuella insatser	28
Referenser	I
Bilaga A	VII
Intervjuguide	VII
Bilaga B	IX
Information till dig som ska delta i en undersökning som genomförs av en student under utbildning	IX
Bilaga C	X
Samtycke till deltagande i studien Att leda riktade hälsosamtal med 40-åringar	X

Inledning

Befolkningen blir allt äldre vilket ökar risken för livsstilsrelaterade sjukdomar samt medför en ökad belastning på hälso- och sjukvården och ger negativa samhällsekonomiska konsekvenser (Folkhälsomyndigheten, 2022). Hjärt- och kärlsjukdomar var 2019 de ledande dödsorsakerna globalt i medel- och höginkomstländer (World Health Organisation [WHO], 2020). Även diabetes tillsammans med dess följsjukdomar har också ökat och klassas nu globalt som en av de tio främsta dödsorsakerna (Roth et al., 2019; WHO, 2020). Det är sjukdomar som i många fall skulle kunna förebyggas med hjälp av en hälsosam livsstil. Genom riktade hälsosamtal kan ohälsosam livsstil upptäckas tidigt och stöd ges till individer för att göra livsstilsförändringar mot en bättre hälsa (Blomstedt et al., 2015).

Regionstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskott gav 2017 regiondirektören i Halland uppgiften att utarbeta en regionövergripande rutin för genomförande av befolkningsinriktade hälsosamtal i Halland (Hälso- och sjukvårdsutskottet, 2017). Det har resulterat i att alla 40-åringar i Region Halland ska erbjudas riktade hälsosamtal via vårdcentralerna, med målet att främja goda levnadsvanor och minska insjuknandet i hjärt- och kärlsjukdom och diabetes typ 2. Region Halland startade därför ett pilotinförande under första kvartalet 2023 med riktade hälsosamtal till 40-åringar (Region Halland, 2023b). Det är inte kartlagt hur hälsosamtalsledare i närsjukvården Region Halland upplever att leda riktade hälsosamtal med 40-åringar utifrån Region Hallands rutin.

Bakgrund

Hälsa

WHO definierade hälsa redan 1948, inte enbart som avsaknad av sjukdom eller svaghet utan också som ett tillstånd av totalt välbefinnande både fysiskt, psykiskt och socialt (WHO, 2023). Förutsättningar och villkor för hälsa är ett samspel mellan samhället och individen, vilket benämns av Dahlgren och Whitehead (2007) som hälsans bestämningfaktorer. Hälsans bestämningfaktorer kan beskrivas som olika lager, där allt såsom livsvillkor, levnadsförhållanden, arv samt levnadsvanor hänger ihop och påverkar individens framtida hälsa (Dahlgren & Whitehead, 2007). En ytterligare faktor att ta hänsyn till i folkhälsoarbetet är individers hälsolitteracitet, som innebär förmåga att förstå, värdera och förhålla sig till information om hälsa samt aktivt välja åtgärder och ta beslut angående livsstilsförändringar (Sørensen et al., 2019).

Folkhälsan i världen

Årligen dör 17,9 miljoner människor i hjärt- och kärlsjukdomar, vilket står för de flesta dödsfall bland icke smittsamma sjukdomar enligt WHO (2022) och det är därmed den vanligaste dödsorsaken i både medel- och höginkomstländer i världen. Diabetes hamnar på fjärde plats och antal diabetesfall ökar just nu likt en pandemi i världen. (International Diabetes Federations [IDF], 2021). Detta innebär att var tionde människa

idag lever med diabetes, varav 90 % har diabetes typ 2. I låg- och medelinkomstländerna har diabetes som dödsorsak fördubblats sedan år 2000 (IDF, 2021). Det är människor i alla åldrar och i alla länder som drabbas av icke smittsamma sjukdomar och ohälsosamma livstilsvanor ökar risken för det (WHO, 2022).

Folkhälsan i Sverige

I Sverige har 496 200 personer mellan 20 – 79 år diabetes och den siffran beräknas öka till 541 100 år 2045 (IDF, 2021). Hjärt- och kärlsjukdomar står fortfarande för de flesta dödsfallen i Sverige med 30 %, även om dödstalen har gått stadigt nedåt de senaste decennierna (Socialstyrelsen, 2020). Folkhälsomyndighetens årsrapport för 2022 uppgav över 70 % att de har en god hälsa, vilket är en ökning sedan mätningarna började 2004. Rapporten visar hälsoskillnader mellan olika grupper i den svenska befolkningen och sämre hälsa ses hos personer med lägre socioekonomisk bakgrund. I rapporten angav 67% att de hade tillräcklig fysisk aktivitet och drygt hälften angav att de hade övervikt eller fetma (Folkhälsomyndigheten, 2022).

Hälsofrämjande arbete

I Agenda 2030 finns globala mål, där delmål 3.4 handlar om att genom preventiva åtgärder och behandling minska dödligheten orsakad av icke smittsamma sjukdomar med en tredjedel före år 2030 (United Nations Developments Programme [UNDP], 2022). Preventivt arbete delas in i primär- och sekundärprevention, där primärprevention innebär att åtgärder sätts in för att förhindra sjukdom att uppstå. Sekundärprevention är när insatsen ska förhindra återinsjuknande, men även att tidigt upptäcka sjukdom (Proposition 2017/18:249).

Svensk hälso- och sjukvård har enligt lag målet att ge god hälsa och vård på lika villkor till hela befolkningen samt arbeta för att förebygga ohälsa (SFS 2017:30). Det övergripandet målet för Sveriges folkhälsopolitiska arbete är att skapa förutsättningar i samhället för en jämlik och god hälsa till hela befolkningen och minska de påverkbara hälsoklyftorna (Folkhälsomyndigheten, 2021). För att uppnå målet och avgöra vart insatserna behövs har Sveriges regering utformat åtta målområden som alla speglar en roll i arbetet mot bättre folkhälsa (Proposition 2017/18:249). Både levnadsvanor och livsvillkor påverkar vår hälsa, vilket är en grundläggande utgångspunkt i folkhälsoarbetet (Blomstedt et al., 2015; Socialstyrelsen, 2018a; WHO, 2022). Genom att enskilda individer tar till sig hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser kan det förbättra livskvalitén samt bidra till att samhällskostnader för vård och omsorg minskar (Folkhälsomyndigheten, 2022; Lindholm et al., 2018). Människor med låg socioekonomisk status har ofta en sämre hälsolitteracitet och det är en påverkbar faktor som bör tas hänsyn till i försök att nå och engagera denna grupp (Nutbeam & Lloyd, 2021). En befolkning som är frisk och välmående ger ökade förutsättningar för välstånd och ökad tillväxt i samhället då individerna har mindre sjukfrånvaro, vilket ger högre produktivitet samt mindre behov av vård och omsorg (Folkhälsomyndigheten, 2022; Proposition 2017/18:249). Många folksjukdomar såsom hypertoni, diabetes, fetma och vissa typer av cancer drabbar människor i arbetsför ålder (SOU 2017:47). Detta är

sjukdomar som kan förebyggas genom samhällsliga och individbaserade insatser då de ofta har gemensamma riskfaktorer. Med en hälsosam livsstil som inkluderar fysisk aktivitet, hälsosamma matvanor och genom att undvika tobak samt överkonsumtion av alkohol kan riskerna minskas (Blomstedt et al., 2015; Socialstyrelsen, 2018a; SOU 2017:4; WHO, 2022). I de nationella folkhälsopolitiska målområdena har målområde åtta som delmål att skapa ett samhälle som gynnar bra matvanor samt ökad fysisk aktivitet för alla (Proposition 2017/18:249).

Distriktssköterskans profession

Hälsofrämjande arbete är kärnan i distriktssköterskans profession vilket bland annat innebär att ge individer i alla åldrar stöd att bibehålla eller förändra sin hälsa samt välbefinnande (Svensk sjuksköterskeförening, 2019). Det direkta arbetet med levnadsvanor ligger ofta på distriktssköterskan (Svensk sjuksköterskeförening, 2019) som då kan främja en hälsosammare livsstil hos bland annat människor med riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdom (Lundberg et al., 2017). I flera studier som undersöker distriktssköterskors erfarenheter kring hälsofrämjande arbetsinsatser framkommer att det inte avsätts tid för hälsosamtal utan hälsosamtalen görs när möjligheten dyker upp i samband med till exempel blodtryckskontroll eller såromläggning (Brobeck et al., 2013; Irvine, 2005; Lundin Gurné et al., 2023; Wilhelmsson & Lindberg 2009). Det har över tid skett en förändring av distriktssköterskans roll i samhället, från att tidigare varit en aktiv aktör i samhället till att nu mer befinna sig inom primärvårdens regim (Lundin Gurné et al., 2023). Det är svårt att nå de unga och friska människorna där de förebyggande insatserna verkligen hade kunnat göra skillnad (Brobeck et al., 2013), då det är först när en individ har utvecklat symtom på sin livsstil som de kommer i kontakt med distriktssköterskans hälsofrämjande arbete (Brobeck et al., 2013; Lundin Gurné et al., 2023).

Riktade hälsosamtal

Screening med riktade hälsosamtal av särskilda åldersgrupper kan ge människor större kontroll över sin hälsa genom att eventuella riskfaktorer kan identifieras och möjligheter ges till att förebygga ohälsa (Socialstyrelsen, 2018b). Riktat hälsoarbete har utförts under lång tid i Sverige till gravida, barn och ungdomar via barnavårdcentraler och skola, däremot har det saknats till vuxna i medelåldern (Norberg et al., 2010). Det påbörjades 1984 ett hälsoförebyggande arbete i Västerbotten då de hade den högsta dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar före 75 års ålder i Sverige (Norberg et al., 2017). Ett massivt hälsoförebyggande arbete drogs igång, med samarbete mellan kommun, landsting, föreningar och kulturliv som ordnade olika aktiviteter. Livsmedelskedjor startade uppmärkning av hälsomedvetna val i samarbete med Livsmedelsverket och den så kallade "nyckelhålmärkningen" utvecklades utifrån detta samarbete. Primärvården fick ansvar för riktade hälsosamtal som till en början hölls till 30- 40- 50- och 60-åringar, men som 1995 drogs in för 30-åringar på grund av lågt deltagande i den åldersgruppen och av ekonomiska skäl (Norberg et al., 2010). Vid uppföljande utvärderingar sågs en lägre dödlighet bland deltagarna i projektet jämfört med

motsvarande grupper i Sverige som inte deltog (Norberg et al., 2017). Riktade hälsosamtal erbjöds 2022 till utvalda åldersgrupper i 13 av 21 regioner i Sverige och ytterligare fem regioner har fattat beslut om ett införande (Socialstyrelsen, 2023).

Riktade hälsosamtal i Halland

Regionstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskott gav 2017 regiondirektören i Halland uppgiften att utarbeta en regionövergripande rutin för genomförande av riktade hälsosamtal till 40-åringar i Halland (Hälso- och sjukvårdsutskottet, 2017). Planen var initialt ett breddinförande till alla vårdcentraler under 2018, men då tidsplanen inte var genomförbar utifrån de förberedelser som krävdes, sköts starten upp vid ett flertal tillfällen. Ett pilotinförande påbörjades 2020, men fick avbrytas på grund av covid-19 pandemin (Region Halland, 2019). Slutligen startades det i januari 2023 upp ett pilotprojekt med riktade hälsosamtal till 40-åringar i Region Halland (2023a). Pilotprojektet pågick mellan januari till april och därefter utfördes ett succesivt breddinförande på vårdcentraler inom Vårdval Halland. Vårdcentralerna ska på ett strukturerat sätt erbjuda sina listade 40-åringar ett riktat kostnadsfritt hälsosamtal som utförs enligt den regionala rutinen (Region Halland, 2023b).

Hälsosamtalsledare

Arbetet med de riktade hälsosamtalen på varje enskild vårdcentral leds av hälsosamtalsledare med minst tre års högskole- eller universitetsutbildning inom hälso- och sjukvård (Region Halland, 2023b). Hälsosamtalsledaren ska vara företrädesvis distriktssköterska eller sjuksköterska, men även läkare, dietist, arbetsterapeut och fysioterapeut kan tilldelas uppgiften. Hälsosamtalsledaren ansvarar för att bjuda in de listade 40-åringarna och är ansvarig för att hålla i det riktade hälsosamtalet. Hälsosamtalsledarna ska vara utbildade inom MI (Region Halland, 2023b), vars metodik med fördel används i hälsofrämjande arbete där samtal sker i samarbete mellan deltagare och samtalsledare. Metoden går ut på att deltagarna själv ska tala sig till en förändring och samtalsledaren behöver då inta en vägledande istället för en styrande roll (Miller & Rollnick, 2013). Innan uppstart av riktade hälsosamtal ska hälsosamtalsledarna gått en utbildning till hälsosamtalsledare via Region Halland samt genomgått rekommenderade regionala utbildningar om fysisk aktivitet, alkohol, matvanor och tobak. De ska även arbeta regelbundet med riktade hälsosamtal och delta i fortbildning samt följa kunskapsutvecklingen avseende evidens inom området hjärtkärlsjukdom och diabetes typ 2 (Region Halland, 2023b).

Webbstöd, metodstöd, frågeformulär samt stjärnprofil

Arbetet kring de riktade hälsosamtalen utgår från en gemensam regional rutin och de använder sig av ett gemensamt metodstöd och ett digitalt webbstöd (Region Halland, 2023a). Samtalen administreras via det digitala webbstödet och alla vårdcentralerna kan där hämta upp sina listade 40-åringar och hantera inbjudan, frågeformulär och stjärnprofil. En inbjudan skickas ut från vårdcentralen med information om riktade hälsosamtal samt erbjudande om provtagning av fasteblodsocker och kolesterol. Enligt det planerade flödet kan tillvägagångssättet anpassas efter varje verksamhet angående att

boka en tid eller erbjuda drop-in för provtagning. Likaså finns möjligheten att enbart skicka kallelse alternativt att även ringa upp 40-åringen. Blodtryck, vikt, längd och midja mäts i samband med provtagning och body mass index (BMI) räknas ut, innan ett fysiskt besök bokas med en hälsosamtalsledare. Före det riktade hälsosamtalet ska 40-åringen ha besvarat ett frågeformulär som består av frågor kring hälsan och levnadsvanor så som matintag, fysisk aktivitet, alkoholkonsumtion samt tobaksanvändning. Frågorna nås av 40-åringen via en länk i inbjudan och svaren sammanställs tillsammans med provsvar och mätvärden i en stjärnprofil. Stjärnprofilen är ett pedagogiskt verktyg där varje udd i stjärnan består av en hälsomarkör och fulla uddar innebär en individ med optimal hälsa. Hälsosamtalsledaren ska inför hälsosamtalet läsa igenom frågeformuläret samt ta del av provsvaren och genom det digitala webbstödet få ut en bild på hur 40-åringens stjärnprofil ser ut. Under själva samtalet används en tom stjärnprofil som fylls i tillsammans och 40-åringen väljer vilket område de ska börja samtala om. Hälsosamtalet avslutas med att 40-åringen skriver ett kontrakt med sig själv över eventuella förbättringsområden och mål. Till stöd i hela processen har hälsosamtalsledarna ett detaljerat metodstöd som beskriver tillvägagångsätt och innehåller bedömningsunderlag. I det finns även länkar till fördjupning för hälsosamtalsledarna och råd som kan lämnas till deltagarna (Region Halland, 2023a).

Implementering

Vid införande av en ny arbetsmetod på arbetsplatsen räcker det inte enbart med en bra, välutvecklad metod för att få ett bra resultat (von Thiele Schwarz & Hasson, 2019). Metoden behöver passa in i sammanhanget utan att orimliga förändringar måste göras vare sig i verksamheten eller av metoden. Dessutom behövs en lämplig implementeringsstrategi som innefattar: behovsinventering, tydlighet i vad förändringen innebär, passformen i verksamheten och uppföljning (von Thiele Schwarz & Hasson, 2019). Socialstyrelsen (2012) beskriver fyra faser i implementeringsprocessen där första fasen handlar om att identifiera och tydligt uttala behovet av metoden om implementeringen ska lyckas. Målet måste vara tydligt och kunna mätas i en uppföljning. I andra fasen efter att beslut tagits om att införa metoden, behöver resurser ses över såsom rekrytering och utbildning av personal, lokaler, tid och nytt material. Behovet av den nya metoden samt processen kring införandet behöver förankras bland alla kollegor och inte enbart berörd personal. Om kollegor är negativa till förändringen kan det beröva motivationen hos personen som ska utföra arbetet. Tredje fasen syftar till att använda metoden på det sätt som det är tänkt. Risken finns att utövaren känner sig osäker eller obekvämd med metoden och istället skapar egna anpassningar. Det kan motverkas genom regelbunden handledning integrerad i verksamheten. När hälften av personalen arbetar efter den nya metoden på avsett vis anses metoden implementerad. Fjärde och sista fasen handlar om att vidmakthålla den nya metoden genom att följa upp arbetet och analysera vad eventuella problem som uppstår beror på (Socialstyrelsen, 2012).

Teoretisk referensram

Nola Pender har en övertygelse att målet med omvårdnad är att hjälpa individer att ta hand om sig själva, alltså hälsofrämjande arbete (Alligood, 2018). Pender har utvecklat en hälsofrämjande modell, Health Promotion Model (HPM) för att förutspå hälsofrämjande livsstilar samt specifika beteenden som påverkar hälsan (Alligood, 2018, Murdaugh et al., 2021; Pender et al., 2006) och som i sin tur kan minska riskerna att drabbas av icke smittsamma sjukdomar (WHO, 2022). HPM är ett sätt att finna de biologiska, psykologiska och sociala förhållanden som motiverar individer till beteenden som bidrar till välbefinnande och hälsa (Murdaugh et al., 2021). HPM utgår från en social inlärningsteori som fokuserar på den kognitiva processen i en beteendeförändring. Förändringen grundar sig på individens kunskap och uppfattning om sina egna förmågor, egenskaper och upplevelser som påverkar handlingarna (Alligood, 2018; Murdaugh et al., 2021; Pender et al., 2006). De individuella egenskaperna och erfarenheterna delas in i tidigare relaterade beteenden och biologiska, sociokulturella och psykologiska faktorer. Inom tidigare relaterade beteenden ingår upplevd nytta av handling, upplevda hinder av handling, upplevd egenförmåga samt aktivitetsrelaterade affekt. Inom biologiska faktorer ingår ålder, kön, BMI, syreupptagningsförmåga, styrka, smidighet och balans. Sociokulturella faktorer syftar till etnicitet, utbildning, socioekonomisk status samt socialt nätverk. I psykologiska faktorer ingår självkänsla, självmotivation, personlig kompetens samt upplevt hälsotillstånd (Murdaugh et al., 2021; Pender et al., 2006). Alla komponenter påverkar individens engagemang för en handlingsplan som kan leda till ett hälsofrämjande beteende. Handlingsplanen utformas genom ett kontrakt där det ska framgå vilken handling ska ske, hur den påbörjas samt genomföras (Murdaugh et al., 2021). Genom att använda HPM får vårdpersonalen ett redskap till att förstå den inre processen hos individen som bidrar till att välja ett hälsofrämjande beteende (Alligood, 2018; Murdaugh et al., 2021; Pender et al., 2006).

Problemformulering

Livsstilsrelaterade sjukdomar ökar och därmed är det av stor vikt att hälsofrämjande arbete utförs. Genom preventivt arbete såsom riktade hälsosamtal kan riskfaktorer tidigt identifieras och åtgärder sättas in, vilket skapar bättre möjligheter för en god folkhälsa. Alla vårdcentraler inom Vårdval Halland ska från 2023 erbjuda riktade hälsosamtal till 40-åringar och inför detta har en pilotstudie genomförts för att testa funktionen av rutinen och de digitala verktygen. Därför finns behov av att utforska hur det har upplevts att arbeta utifrån rutinen.

Syfte

Att undersöka hälsosamtalsledarnas upplevelser och erfarenheter av att leda riktade hälsosamtal med 40-åringar under pilotinförandet i Region Halland 2023.

Metod

Design

För att få svar på studiens syfte användes en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats (Graneheim et al., 2017). Det är en lämplig metod att använda vid undersökning av människors upplevelser av ett fenomen, där intresset är att hitta mönster genom att jämföra likheter och skillnader, utan att ha en hypotes att utgå ifrån. Intervjuerna är analyserade genom kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004) och då intervjusvaren visade sig rika på beskrivna upplevelser valdes att fokusera på det manifesta, beskrivande innehållet (Graneheim et al., 2017).

Urval

Urvalet bestod av hälsosamtalsledare som deltog i pilotinförandet av riktade hälsosamtal till 40-åringar i Region Halland som startade januari 2023 från de totalt elva vårdcentraler som deltog i pilotinförandet. Kontakt togs i december 2022 med ansvarig projektledare för pilotinförandet för riktade hälsosamtal till 40-åringar i Region Halland. Med hjälp av projektledaren erhöles kontaktuppgifter till verksamhetschefer på de aktuella vårdcentralerna som deltog i pilotinförandet. Mail skickades ut till samtliga elva chefer med information om studien samt förfrågan om godkännande av deltagande, vilket gavs från nio av elva stycken chefer. Därefter kontaktades 17 hälsosamtalsledare via mail med information om studiens syfte samt förfrågan att delta i studien. Initialt tackade elva stycken ja och datum för intervjuer bokades in. Två hälsosamtalsledare avböjde senare att bli intervjuade därför bygger resultatet på nio enskilda intervjuer. Yrkesrollerna hos hälsosamtalsledarna var sex distriktssköterskor, två sjuksköterskor och en arbetsterapeut, samtliga var kvinnor. Antal yrkesverksamma år var mellan 15 - 32 år med en median på 20 år.

Datainsamling

Innan intervjuerna påbörjades gjordes testintervjuer mellan de ansvariga för studien med syfte att kontrollera frågorna, beräkna tidsåtgång för intervjuerna samt prova att tekniken fungerade. Semistrukturerade intervjuer genomfördes sen under perioden april - maj 2023 varav sju intervjuer utfördes digitalt via videosamtal och två fysiskt. De digitala intervjuerna spelades in via det digitala kommunikationsverktyget Teams samt med mobiltelefon som extra säkerhetsåtgärd. De intervjuer som skedde fysiskt spelades in med ljud via mobiltelefon. Intervjuerna fördelades jämnt mellan ansvariga för studien och en semistrukturerad intervjuguide följdes (Danielson, 2017). Intervjuguiden (Bilaga A) innehöll 21 frågor och var indelade i områden bakgrund, hälsofrämjande arbete, hälsosamtalen, det digitala verktyget webbstöd, att arbeta utifrån metodstödet och organisatoriskt såsom stöd från chef och kollegor. Varje intervju avslutades med att hälsosamtalsledarna fick frågan om det var något de ville tillägga. Tidsåtgången för intervjuerna varierade mellan 20 - 45 minuter. Varje intervju avidentifierades och ersattes med ett nummer och det ljudinspelade materialet transkriberades ordagrant.

Databearbetning och analys

Transkriberingarna lästes flera gånger och meningsbärande enheter togs först ut enskilt för att sedan jämföra om samma meningsbärande enheter hade identifierats (Graneheim & Lundman, 2004). De meningsbärande enheterna fördelades i tre innehållsområden; före samtalet, under samtalet och efter samtalet för att få en tydligare överblick. De meningsbärande enheterna kondenserades ner till korta meningar där kärnan av innehållet behölls. Därefter abstraherades texten, vilket gav koder och utifrån dem skapades subkategorier och kategorier. Koder med liknande innebörd placerades under samma kategori (Graneheim & Lundman, 2004). Följande huvudkategorier framkom vid analysen; *Riktade hälsosamtal upplevs meningsfulla*, *Arbetsredskap som stöd i hälsosamtalet*, *Betydelsen av samverkan i team* samt *Påverkansfaktorer i arbetet med riktade hälsosamtal*. I kategorin *Riktade hälsosamtal upplevs meningsfulla* blev subkategorierna; Upplevelser och erfarenheter att arbeta som hälsosamtalsledare samt Mottagandet från deltagarna. Subkategorierna under *Arbetsredskap som stöd i hälsosamtalet* blev; Upplevelser och erfarenheter av webbstödet, metodstödet, hälsosamtalsledarnas kompetens, samtalsmetoden MI, frågeformuläret, stjärnprofilen samt dokumentationen. I kategorin *Betydelsen av samverkan i team* blev subkategorierna; Stöd från chef, Stöd från kollegor samt Samarbete och i kategorin *Påverkansfaktorer i arbetet med riktade hälsosamtal* blev subkategorierna; Olika arbetssätt och Tid. Exempel från analysprocessen kan ses i tabell 1.

Tabell 1. Exempel från analysprocess

Meningsbärande enhet	Kondenserad mening	Kod	Subkategori	Kategori
“Ja nej, men den [metodstöd] är bra. Det är ju mycket allmänt och det är mycket liksom.”	Metodstödet innehåller mycket allmän information	Informativt	Upplevelser och erfarenhet av metodstödet	Arbetsredskap som stöd i hälsosamtalet
“Så att det kändes så och det har ju blivit mycket bättre nu och de hinner och de [provtagningpersonal] tar även vikt och längd och så så att det flyter på.”	Bättre samarbete nu så att det flyter på	Flyter på	Samarbete	Betydelsen av samverkan i team
“Det är ju roligt att jobba preventivt och då blir allting positivt tycker jag.”	Roligt och positivt att jobba preventivt	Motiverande	Upplevelser och erfarenheter som hälsosamtalsledare	Riktade hälsosamtal upplevs meningsfulla
“Vi här på min vårdcentral har ju valt att vi tar proverna själva på dem, så vi träffar dem vid två tillfällen, vilket vi tycker är jättebra för då får man en första personlig kontakt och så bokar man in samtalet och när man tar proverna så man hinner prata lite under provtagningen också och sen så kommer de ju på samtalet”	Vi tycker det är jättebra att vi träffar den vid två tillfällen för man får en personlig kontakt	Får en personlig kontakt	Olika arbetssätt	Påverkansfaktorer i arbetet med riktade hälsosamtal

Forskningsetiska övervägande

Etiska aspekter har beaktats under hela studiens genomförande enligt Lagen om etikprövning som avser människor (SFS 2003:460). Information om studiens syfte och tillvägagångssätt mailades ut till verksamhetschefer och studiedeltagare på berörda vårdcentraler (Integritetsmyndigheten, 2023). Hälsosamtalsledarna erhöll information om att deltagandet var frivilligt, att pseudonymisering skulle komma att ske och att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande utan att ange skäl för detta. Informationen gavs både muntligt och skriftligt till studiedeltagarna (Bilaga B) och därefter skrevs samtyckesblankett (Bilaga C) under före intervjun (Integritetsmyndigheten, 2023). Information gavs också till hälsosamtalsledarna att allt material förvarades och hanterades säkert i lösenordskyddad dator och i de personliga lagringsutrymmena i högskolans server för att raderas när magisteruppsatsen blivit godkänd (SFS 1990:782). Inga obehöriga har haft tillgång till arbetsmaterialet under arbetets gång.

I intervjuer sker en maktasymmetri då intervjuaren har bestämt intervjuämne och styr intervjun med sina frågor, vilket kan utgöra en risk då deltagaren kanske undanhåller information, talar runt ämnet eller säger det som deltagaren tror att intervjuaren vill höra (Kvale & Brinkman, 2014). Maktasymmetrin har tagits hänsyn till genom att ansvariga för studien givit tydlig information både muntligt och skriftligt om studien. Medvetenheten om maktasymmetri fanns även med i utformning av intervjuguide och i bemötandet med hälsosamtalsledarna. Genom att delta i studien gavs möjlighet för hälsosamtalsledarna att reflektera kring arbetet med att leda riktade hälsosamtal samt över om de fått tillräckliga förutsättningar inför implementeringen.

Resultat

Resultatet presenteras med huvudkategorierna som följande rubriker; *Riktade hälsosamtal upplevs meningsfulla*, *Arbetsredskap som stöd i hälsosamtalen*, *Betydelsen av samverkan i team* samt *Påverkansfaktorer i arbetet med riktade hälsosamtal*. I resultatet kommer de intervjuade benämnas som hälsosamtalsledare och 40-åringarna benämnas som deltagare.

Riktade hälsosamtal upplevs meningsfulla

Riktade hälsosamtal upplevdes av hälsosamtalsledarna som en rolig arbetsuppgift då den var givande och meningsfull. Någon upplevde nervositet initialt för hur mottagandet skulle bli då detta inte var något som deltagarna efterfrågat, men uttryckte att responsen varit positiv. Hälsosamtalsledarna upplevde att deltagarna uppskattade att komma på riktade hälsosamtal och att de var intresserade samt mottagliga att förändra sina levnadsvanor för att förbättra sin hälsa. Det framkom att det fanns en misstro till att de personer som hade störst behov av ett hälsosamtal skulle komma, då många av de som hittills hade varit på samtal hade god hälsa och framförallt upplevdes vilja ha bekräftelse på att det de gjorde var rätt.

“... jag haft ungefär det är tio samtal jag haft nu att de övervägande har en god hälsa och är väl medvetna om hur vikten av att leva hälsosamt”. (1)

“Det är väl det gamla vanliga att de som har störst behov kanske inte kommer, men det kan vi inte lösa.” (9)

Hälsosamtalsledarna kände att det var inspirerande att kunna hjälpa deltagarna att bli medvetna om sina förbättringsmöjligheter och att det var ett efterlängtat arbete med förhoppning om att det skulle minska sjukdomsburden på sikt. Hälsosamtalsledare berättade om oupptäckta besvär som framkommit vid hälsosamtalen såsom prediabetes och förhöjda blodfetter, vilket kändes jättebra, då insatser och uppföljningar kunde erbjudas till de deltagarna i god tid.

“Jag tycker det har varit bra möten och det har känts meningsfullt för att om man har hittat någonting som är lite där det finns förbättringspotential så finns det så gott om tid, liksom i livet tänker vi oss ju, att rätta till det.” (6)

Det framkom även från hälsosamtalsledare hur hälsosamtalen även ökat den egna självmedvetenheten kring det egna måendet.

Arbetsredskap som stöd i hälsosamtalen

Det *digitala verktyget webbstöd* upplevdes till en början osäkert då svar från provtagningarna inte kom in automatiskt utan hälsosamtalsledarna fick manuellt skriva in svaren på blodproverna med risk att fel siffror matades in. Problemet lyftes med projektledningen som justerade så att provsvaren kom in automatiskt i webbstödet, vilket resulterade i ökad säkerhet.

“... men nu kan man ju bara klicka på en knapp och så hämtas det [labbsvar] och det är ju också lite mer säkerhet att då vet man att det här att man inte har missat någon decimal eller hur man blir lite nojig när man skriver in de här och är det verkligen rätt siffra nu och så där.” (3)

Kallelserna skickades från webbstödet, men tiden behövde också bokas i journalsystemet då systemen inte var sammanlänkade, vilket upplevdes tungrott då det skapade dubbelarbete. Svårigheter upplevdes också när det inte gick att kopiera personnumret från det ena systemet till det andra. Det framkom även att det var svåröverskådligt angående vad som var gjort eller inte då det saknades möjlighet att kunna skriva egna anteckningar. På grund av detta skapade hälsosamtalsledarna egna lösningar för att få översikt på vad som var gjort, till exempel tabeller i datorn eller handskrivna listor. Det var svårhanterligt när de var flera hälsosamtalsledare på vårdcentralen och därför uttrycktes en efterfrågan till anteckningsmöjlighet i webbstödet för att få en mer överskådlig bild. I övrigt upplevde många att webbstödet kunde vara svårt i början, men blev lättare att använda med tiden och vanan.

“Så att som komplement till webbstödet så har vi tyckt att vi har varit nödsakade och göra upp en liten tabell där vi skriver patientens initialer och sex första siffror i personnumret, för hålla reda på liksom vad som är gjort och inte så.” (6)

Hälsosamtalsledarna upplevde att de hade tillräcklig *kompetens* om de olika delarna i stjärnprofilen för att hålla hälsosamtalen. Flera hade vana från liknande samtal då de arbetade som diabetessköterskor eller med hälsorådgivning. Det framkom i intervjuerna att det var nödvändigt att ta eget ansvar för sitt behov att komplettera sina kunskaper, liksom att varje enhetschef hade ett ansvar att se till att möjlighet och tid gavs för kunskapsuppdatering, vilket varierade mellan vårdcentralerna. Hälsosamtalsledarna upplevde att det som togs upp i samtalen ofta var självklar och sund information som de flesta deltagarna egentligen visste om, men som behövde medvetandegöras då de inte tänkte på den aktivt.

Till hjälp hade hälsosamtalsledarna *metodstödet*, vilket var ett bra arbetsredskap som var enkelt att söka i och där det gick att hitta bra, övergripande och tydlig information. Det innehöll dessutom bra länkar som kunde följas för att fördjupa sig eller som stöd vid rådgivning i samband med hälsosamtalen.

“Alltså, man hittar ju lätt i det [metodstödet] om man är det någonting man undrar så kan man gå in och titta och det finns ju liksom hänvisningar om man vill djupdyka ytterligare.” (2)

Alla kände sig trygga med att göra bedömning av blodtryck och blodsockervärden och ansåg att metodstödet var tydligt i hur de skulle agera utifrån svaren. Däremot upplevde de osäkerhet gällande bedömning av blodfetter trots att de vid avvikande svar kunde konsultera läkare. Det beskrevs bero på att de aldrig behövt ta ansvar för dessa provsvar förut och saknade kunskap i att tolka avvikande värden. Osäkerhet visade sig även vid samtal om vikt och BMI, vilket kunde upplevas som laddat och ibland medförde att hälsosamtalsledare undvek att prata om det. Det kunde även upplevas svårt att göra korrekt bedömning av BMI, då det var viktigt se till helheten och inte bara siffrorna, så att inte en vältränad person riskerade att få falskt sämre värden i stjärnprofilen.

“Man tar vikt och midjemått där är ju väldigt klara tycker jag vad som, det ska ligga på det ändå kluriga där är ju när [...] har ett högre BMI och ett helt normalt eller mindre midjemått då får vi ju ändra. Annars säger systemet till att den här får ingen full udd till exempel men då gäller det att vi tittar med våra ögon så vi inte ger en sämre liksom hälsa till en deltagare som skulle haft en full udd.” (7)

Hälsosamtalsledarna var positiva till *MI som samtalsmetod*, men de upplevde att metoden var svår att genomföra praktiskt trots att de gått utbildning. Svårigheterna beskrevs som att ställa frågorna på rätt sätt eller att ta ett steg tillbaka, vara tyst och låta deltagaren tala. Någon beskrev MI som en konst och att det krävdes övning för att kunna bli bättre på det, medan en annan hälsosamtalsledare, vid reflektion kom på sig själv med att ha utfört MI omedvetet.

“Sen är det alltid en, alltså motiverande samtal är ju en konst så det är ju någonting man måste träna på hela tiden och man blir bättre och bättre ju fler samtal man har, men det är inte jättelätt.” (8)

Stjärnprofilen upplevdes vara ett pedagogiskt verktyg som underlättade vid hälsosamtalen. Erfarenheten var att områdena som de olika uddarna stod för gled in i varandra och då upplevde hälsosamtalsledarna att det var lätt att flytta sig emellan dem. Det kunde å andra sidan göra det svårare för deltagaren att se den faktiska hälsorisen, vilket ställde krav på hälsosamtalsledaren att kunna förtydliga. Det beskrevs av någon att stjärnprofilen var sträng då det var mycket som krävdes av deltagaren för att få fulla uddar men att det var positivt.

Frågeformuläret ansågs innehålla relevanta frågor som gav ett informativt underlag till samtalet, dock påpekades en saknad av att det inte fanns frågor om droger och narkotika. Vid tolksamtal fylldes frågeformuläret i på plats, då det endast fanns på svenska och det beskrevs därför viktigt att mera tid var avsatt. Samtidigt upplevdes en tidsvinst under själva hälsosamtalen när frågeformuläret fylldes i gemensamt då det gav en väldigt bra bild av deltagaren.

“Jag får en helt annan förståelse när det [frågeformuläret] sker under samtalets gång så jag vinner lite tid på det kan jag tycka, att jag får en helhet väldigt bra så.” (7)

Det upplevdes som en stor miss att sömn och stress inte hade några egna uddar i stjärnprofilen, även om de fanns med i frågeformuläret, då de ansågs vara viktiga hälsofaktorer. Andra erfor att det föll sig naturligt att prata om de bitarna under självskattad hälsa, men att det också var viktigt att hälsosamtalsledaren hade läst frågeformuläret före besöket och visste om det fanns avvikelser.

“... och att det där [frågeformuläret] är viktigt och titta igenom då, det här med sömn och stress och återhämtning eftersom det inte finns med i någon stjärnudd, men det kommer man ju in ganska lätt på [...] på självskattad hälsa tycker jag, när man pratar om det då kan man också komma in på sömn och stress och så där.” (4)

Hälsosamtalen ska enligt metoden avslutas med att deltagaren skriver ett avtal med sig själv, men upplevelsen var att deltagarna inte var intresserade av att göra det.

“... det finns någon som har skrivit lite grann, men annars så finns det väl lite sådär typ att man ska göra ett litet avtal med sig själv och att man då vad man ska tänka på eller vad man har för mål och så, men den känns inte som att det är någon direkt som har velat. . .” (1)

Dokumentationen upplevdes vara lätt samt blev tydlig med hjälp av de färdiga sökorden som fanns. Det beskrevs däremot vara en utmaning att bara skriva det som avvek då det kändes som att dokumentationen inte speglade hela samtalet utan gav en ofullständig bild. Det framkom vara viktigt att se till att ha tid för dokumentationen i samband med hälsosamtalen, men ibland kunde det vara svårt då det var mycket att göra på vårdcentralen och kollegor inte alltid respekterade administrationstiden.

“Jag dokumenterar nog lite mer än jag behöver ibland så att ja, det är en utmaning för just mig personligen att hålla mig till det som är väsentligt och som är relevant. Jag vill ju gärna plocka med allt som är positivt liksom och

belysa det är också, men egentligen ska vi väl göra tvärtom. Vi tar upp det som är avvikande.” (6)

Betydelsen av samverkan i team

Hälsosamtalsledarna upplevde att deras sjuksköterske- och distriktssköterskekollegor över lag var positiva till införandet av hälsosamtalen då de uttryckte en längtan att arbeta mer hälsoförebyggande. Däremot hände det att kollegor såsom läkare och provtagningspersonal på några vårdcentraler var ifrågasättande. De visade inget motstånd till hälsosamtalen utan mer en oro över att det skulle ta tid från en redan belastad verksamhet.

“Jag själv tycker att det är jättekul så jag vill ju göra det, men det men det har varit lite så där. Ja, lite så, ska vi verkligen ha mer att göra? Vi har ju liksom inte tid med våra andra patienter. Så det är lite blandade reaktioner måste jag säga” (3)

På de vårdcentraler där chefen var tydlig med vem, hur och varför en uppgift skulle utföras upplevde hälsosamtalsledarna att det inte fanns något ifrågasättande från kollegorna. Upplevelsen var att chefen behövde visa att vårdcentralen prioriterade det hälsofrämjande arbetet genom att själv informera eller ge utrymme till hälsosamtalsledaren att informera kollegor om riktade hälsosamtal på exempelvis arbetsplatsträff. Det kunde även visas genom att tid frigjordes i dagsprogrammet, dels för att sätta sig in i arbetet inför implementeringen men även avsätta tillräckligt med tid till själva arbetsuppgifterna när hälsosamtalen kommit igång. De hälsosamtalsledare som kände att deras chefer inte visade intresse eller prioriterade hälsosamtalen, upplevde det svårt att hinna med mer än ett fåtal samtal under pilotinförandet och uttryckte oro över att det skulle bli svårt att utvärdera.

“... men det var lite knorr i början och där kanske det kunde vara också tydligare, kanske ifrån chefen att det här är något ni ska göra. Punkt slut liksom.” (1)

Olika erfarenheter presenterades angående hur kollegor respekterade den administrativa tiden före och efter besöken. På vissa vårdcentraler fanns en god förståelse för att hälsosamtalsledarna behövde sin tid för administrativt kringarbete såsom att kalla patienter och dokumentera, medan det på andra enheter inte respekterades.

“Så att den här tiden efter att dokumentera den finns liksom inte, utan då är det så här. - Ja, nu är du klar med samtal, bra då kommer ut du hit sista timmen. - Ja, fast egentligen har jag admin nu . . .” (3)

Hälsosamtalsledarna upplevde att då samarbetet fungerade bidrog det till ett bra flyt i arbetet med hälsosamtalen, Det kunde visa sig genom att de fick tillräckligt med tid avsatt för att ta prover och kontroller själva eller att de hjälptes åt i verksamheten med de olika delarna. Hälsosamtalsledarna kände en trygghet i att kunna rådfråga kollegor med olika kompetensområden när de skulle göra bedömningar samt att det var skönt att vara två hälsosamtalsledare som delade uppgiften på vårdcentralen. De som var själva

med uppdraget beskrev att de kände sig ensamma med ansvaret och att det fanns en ovilja att hjälpas åt med förberedelserna inför hälsosamtalet trots att hela vårdcentralen borde ta ett ansvar. Det kunde dra ner motivationen hos hälsosamtalsledaren.

“Ja, ja, det har väl inte varit så mycket samarbete i och med att jag har, satt själv i detta som sköterska, men de som är mest involverade är väl kassan och labb. Proverna tas ju på labb och där har det varit lite si och så, för jag har ju lite försökt få dem att ta längd vikt och midjemått, men det är tvärnej och det är också på grund av att de hinner inte helt enkelt” (3)

“Jo alltså vi hjälps ju åt ganska mycket inför själva besöket hos mig med provtagning innan och blodtryck och midjemått. Det tas på vårat labb inför besöket. Alltså allting är färdigt när de kommer till mig så att det funkar bra.” (5)

Samtliga hälsosamtalsledare upplevde att stödet från projektledningen varit bra och projektansvarig har upplevts väl insatt och hjälpsam samt tillgänglig med snabb återkoppling per mail.

Påverkansfaktorer i arbetet med riktade hälsosamtal

Då arbetssättet fick anpassas utifrån varje vårdcentralns förutsättningar när de kallade och bokade in deltagare, har det lett till att de jobbade på skilda sätt. Det uttrycktes en önskan om tydligare direktiv från projektledningen istället för att var och en fick välja själv. När bokade tider skickades ut för provtagning och hälsosamtal samtidigt utan att tiden stämdes av på telefon, upplevde hälsosamtalsledare att det ofta ledde till sen avbokning eller utebliven tid. De hälsosamtalsledare som ringde eller valde att kalla deltagarna till sig för två besök, där de vid första besöket tog prover samt kontroller och vid det andra besöket hade själva samtalet upplevde att de fick en mer personlig kontakt.

“... vi här på min vårdcentral har ju valt att vi tar proverna själva på dem, så vi träffar dem vid två tillfällen, vilket vi tycker är jättebra för då får man en första personlig kontakt ock så bokar man in samtalet och när man tar proverna så man hinner prata lite under provtagningen också och sen så kommer de ju på samtalet.” (8)

Förberedelserna blev också bättre då de även vid detta tillfälle fick möjlighet att checka av om de fyllt i frågeformuläret eller behövde hjälp med att hitta det. Likaså hade de som valt att både skicka inbjudan med bokad tid och sedan ringa deltagarna för att stämma av tiden, kunnat påminna deltagarna om frågeformuläret och på så sätt undvikit att ta tid för det under själva samtalet. De upplevde även att de hade ett högre deltagande. Det framkom synsätt där telefonsamtalet upplevdes som överdrivet, då det var ett frivilligt erbjudande och att det fick räcka att skicka kallelse.

“... vi skickar in dem här erbjudandena, men vi är inte så alltså, vi sitter inte och ringer upp och håller på och säger dom, men kom nu på hälsosamtal utan det här är ett erbjudande som fyrtioåringarna faktiskt inte har bett om eh och

där så där känner jag att vi [jag och chefen] är på samma plan att dem som vill ska självklart få komma, men vi jagar inga. Nej, vi ska inte göra dem sjuka liksom, men om de vill så självklart ska de få komma på sitt hälsosamtal.” (4)

Hälsosamtalsledarna ansåg att tiden som avsattes för själva samtalet var tillräcklig, så länge alla kontroller var gjorda i förväg. Tiden som lades på kringarbetet kunde vara svår att mäta då mycket gjordes oplanerat när det fanns möjlighet då den tiden inte alltid sattes av i dagsprogrammet. Några av hälsosamtalsledarna ansåg att de hade stor frihet i att disponera sin tid själva och på så sätt kunde de se till att tiden räckte. De hälsosamtalsledare som ansåg att de hade otillräckligt med tid lät bli att ringa deltagarna och stämma av bokningen, utan nöjde sig med att skicka kallelse. De upplevde att de fick färre som tackade ja till att delta i jämförelse med de som kontaktat deltagarna både genom skriftlig inbjudan och telefon.

Diskussion

Metoddiskussion

Då syftet var att undersöka upplevelser och erfarenheter hos hälsosamtalsledare av att leda riktade hälsosamtal och jämföra likheter samt skillnader, gjordes en kvalitativ innehållsanalys (Graneheim et al., 2017). Målet var att söka mönster utan föregående teori, därför användes induktiv ansats. Intervjuer sågs som ett lämpligt sätt att ta itu med uppgiften, då det kunde ge subjektiva upplevelser utan att påverkas av andra som i en fokusgrupp, där det även kan vara risk att inte alla kommer till tals (Polit & Beck, 2017).

Urvalet var begränsat utifrån de elva vårdcentraler som deltog i pilotinförandet. Det fanns en till tre hälsosamtalsledare per vårdcentral varav alla var kvinnor och därmed gavs inte möjligheten att få annan variation. En styrka var att projektledaren för pilotinförandet var behjälplig med kontaktuppgifter till cheferna för de elva vårdcentralerna samt att informera hälsosamtalsledarna om föreliggande studien under en utbildningsdag innan studien startade. Alla elva chefer godkände ej att vi intervjuade deras personal, då de inte kunde avvara hälsosamtalsledare från verksamheten. Två sena avhopp resulterade i att det blev totalt nio hälsosamtalsledare som ingick i föreliggande studie. Det hade varit önskvärt med fler informanter och bortfall borde ha tagits med i beräkningen. Då avhoppet kom sent i processen var det inte möjligt att hinna med att arrangera nya intervjuer. Deltagarna var dock informativa och delade frikostigt med sig av sina upplevelser och erfarenheter varvid det enligt Polit och Beck (2017) kan räcka med ett mindre antal deltagare för att uppnå mättnad. Enligt metodstödet ska hälsosamtalsledaren företrädesvis vara distriktssköterska eller sjuksköterska, men även läkare, dietist, arbetsterapeut och fysioterapeut kan tilldelas uppgiften (Region Halland, 2023b). Hälsosamtalsledarna i föreliggande studie hade tre olika yrkestitlar; sex distriktssköterskor, två sjuksköterskor och en arbetsterapeut. Då urvalet var begränsat ansågs att underlaget blivit för litet om endast distriktssköterskor som hälsosamtalsledare hade inkluderats. I analysen av intervjuerna framträdde det inte

några skillnader i beskrivna upplevelser och erfarenheter som gick att härleda till att de intervjuade hade olika yrkesroller. Några av hälsosamtalsledarna hade själva valt att få rollen som hälsosamtalsledare medan andra hade fått den tilldelad sig, vilket kan ha påverkat inställningen till att utföra arbetet.

En semistrukturerad intervjuguide valdes för möjligheten att kunna ändra ordningen på frågorna samt lägga till följdfrågor (Danielson, 2017). Efter att ha analyserat resultatet ses utvecklingsmöjligheter av intervjuguiden (Bilaga A) som dels kunde anses för lång då den inte rymdes på en A4 sida (Danielson, 2017). Det hade även varit önskvärt med en fråga om de riktade hälsosamtalen avslutades med att deltagaren skrev ett kontrakt med sig själv då det var meningen utifrån metoden (Region Halland, 2023a).

Fördelningen av intervjuerna var jämn då de ansvariga för studien utförde fem respektive fyra intervjuer. Intervjuerna delades upp vilket enligt Lundman och Graneheim (2017) kan ha medfört att hälsosamtalsledarna fått olika uppföljningsfrågor, men det kan också ha ökat möjligheten att få fram olika variationer i upplevelser och erfarenheter av att leda riktade hälsosamtal. Det var två intervjuer som skedde fysiskt på hälsosamtalsledarnas arbetsplatser och resterande sju utfördes via videolänk. Ingen skillnad kunde ses mellan intervjuerna som skedde fysiskt och de som spelades in via videolänk. Det förklaras av att intervjuaren och hälsosamtalsledaren i alla intervjuer kunde se varandra (Janghorban, et al., 2014).

Ansvariga för studien var under pågående utbildning till distriktssköterska där folkhälsa är ett stort ämne, så viss förförståelse fanns, vilket kan vara positivt så länge det finns en medvetenhet om det (Graneheim et al., 2017; Norberg & Fagerberg, 2017).

Tillförlitligheten ökar av att ingen av dem hade erfarenhet som hälsosamtalsledare och därmed inte färgade intervjuerna utifrån det. Ansvariga för studien läste, diskuterade och analyserade materialet tillsammans, vilket kan ses som en fördel och öka trovärdigheten, då det synliggjorde att tolkningarna gjordes utifrån olika förförståelse (Graneheim et al., 2017; Norberg & Fagerberg, 2017). Angreppssättet ökade även förståelsen för innehållet, något som underlättade när de meningsbärande enheterna togs ut (Graneheim och Lundman, 2004). Analysmetoden utifrån Graneheim och Lundman (2004) var ett lämpligt tillvägagångsätt att hantera intervjumaterialet, då bearbetningen av materialet fick ansvariga för studien att pendla fram och tillbaka mellan de olika analysstegen och ifrågasätta texten. Det har lett till att materialet analyserats från olika vinklar för att komma fram till kategorier och subkategorier. Detta var ett ansträngande och tidskrävande arbete som dock kan ha ökat trovärdigheten ytterligare. Fokus lades på det manifesta innehållet nära texten, då materialet var rikt på beskrivande upplevelser (Graneheim et al., 2017). För att stärka resultatets giltighet och trovärdighet har citat valts ut och presenterats tillsammans med resultatet (Lundman & Graneheim, 2017). Forskningsprocessen har beskrivits noga för att läsaren tydligt ska kunna följa gången och utförandet vilket enligt Graneheim och Lundman (2004) är nödvändigt för att möjliggöra överförbarhet. Föreliggande studie är utförd under pilotinförandet i Region Halland och resultatet som beskriver hälsosamtalsledarnas upplevelser och erfarenheter av de lokala arbetsredskapen som metodstöd och webbstöd kan vara svåra att applicera övergripande i landet. Hälsosamtalsledarnas övriga upplevelser och erfarenheter av de

riktade hälsosamtalen borde vara överförbara till andra kontexter som utför riktade hälsosamtal i Sverige.

Resultatdiskussion

Hälsofrämjande insatser

Hälsosamtalsledarna upplevde att riktade hälsosamtal var ett meningsfullt och inspirerande arbete som var efterlängtat då de såg att behovet fanns för att minska sjukdomsburden på sikt. De kände att de utförde ett preventivt arbete där de kunde hjälpa deltagarna att bli medvetna om sina förbättringsmöjligheter och på så sätt kunde insatser och uppföljning sättas in i god tid vilket även styrks i tidigare studier (Blomstedt et al., 2015; Socialstyrelsen, 2018b). Bland annat upptäckte hälsosamtalsledarna i föreliggande studie flera fall av prediabetes samt avvikande kolesterolvärden och genom det preventiva arbetet bidrar hälsosamtalsledarna till att uppnå delmål 3.4 i Agenda 2030 (UNDP, 2022). Då det är svårt att nå ut till unga och friska individer eftersom att det är först när det uppstått symtom som de kommer i kontakt med sjukvården (Brobeck et al., 2013; Lundin Gurné et al., 2023), kan riktade hälsosamtal vara en välstrukturerad metod för att göra hälsofrämjande arbete till en integrerad del av primärvården (Alenius et al., 2023).

Hälsosamtalsledarna beskrev att deltagarna de mött var intresserade och mottagliga till att förändra sina levnadsvanor. Individens olika förutsättningar för att genomföra en förändring mot bättre hälsa påverkas av individens nivå av hälsolitteracitet (Sørensen et al., 2012) och hälsans bestämningsfaktorer (Dahlgren & Whitehead, 2007). Här kan liknelser dras till Penders HPM som presenterar individens personliga egenskaper och erfarenheter samt beteendespecifika tankar och känslor som påverkar individens engagemang för ett hälsofrämjande beteende (Murdaugh et al., 2021; Pender et al., 2006). Deltagarna i föreliggande studie visade intresse samt upplevdes mottagliga för förändringar, vilket är goda egenskaper för att göra hälsofrämjande val (Murdaugh et al., 2021). I föreliggande studie upplevde hälsosamtalsledare att deltagarna oftast inte ville avsluta hälsosamtalen med att skriva ett kontrakt om eventuella mål och förändringsområden som en överenskommelse med sig själva. Kontraktet kan jämföras med att det i Penders HPM skrivs en handlingsplan för att uppnå en beteendeförändring (Murdaugh et al., 2021; Pender et al., 2006). Då hälsosamtalsledarna upplevde att få deltagare ville skriva ett kontrakt kan det riskera att de inte blir motiverade till förändring i sitt beteende för att uppnå bättre hälsa (Murdaugh et al., 2021).

Skapa förutsättningar för jämlik hälsa

Hälsosamtalsledarna upplevde att när de både skickade inbjudan och ringde så fick de en personligare kontakt med deltagaren och färre avbokningar. Det stämmer överens med tidigare utvärderingar som även visade att det ger högre deltagande och större förståelse till varför hälsosamtalen hålls (Hatt et al., 2015; Johansson et al., 2023). Hälsolitteraciteten är oftast sämre hos människor med låg socioekonomisk status och kan ses som en påverkansbar faktor och bör tas hänsyn till i strävan efter jämlik vård

(Nutbeam & Lloyd, 2021) och genom att ringa deltagaren i föreliggande studie fanns möjlighet att individanpassa informationen om hälsosamtalen. Alla hälsosamtalsledare i föreliggande studie ringde dock inte upp sina deltagare utan nöjde sig med att skicka inbjudan då metodstödet lämnade frihet till att anpassa systemet med inbjudan efter verksamheten (Region Halland, 2023a). Orsaken kunde vara att det ansågs överdrivet med flera kontakter då hälsosamtalen var ett erbjudande som var frivilligt. Uppringning kunde även uteslutas som en tidsbesparing, vilket även framkom i en studie av Johansson et al. (2023). Hälsosamtalsledare i föreliggande studie som tog emot deltagarna själv för både provtagning och hälsosamtalen upplevde att de fick ett bättre samtal då de redan hade träffats en gång och tolkade det som att det gav en ökad trygghet och att de därför fick ett djupare samtal. Inom MI talas det om engagemang, processen där en ömsesidig förtroende- och respektfull relation etableras (Miller & Rollnick, 2013) och genom en positiv upplevelse vid första besöket hos hälsosamtalsledaren kunde det öka engagemanget, vilket hade kunnat förklara att hälsosamtalsledarna upplevde att de fick ett djupare samtal. Då det övergripande målet för Sveriges folkpolitiska arbete är att minska de hälsoklyftor som är påverkningbara (Folkhälsomyndigheten, 2021) borde metodstödet styras av vad forskning visar över hur vi bäst når ut till så många som möjligt, i stället för att låta varje vårdcentral välja hur de ska arbeta med inbjudan.

Kompetens

Hälsosamtalsledarna i föreliggande studie reflekterade över och visade en medvetenhet om det egna ansvaret för kompetenshöjningsbehov, vilket går i linje med kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (Svensk sjuksköterskeförening, 2023). Hälsosamtalsledarna uttryckte att information var lättillgänglig i form av länkar i metodstödet till fördjupningsmaterial och utbildningar, men de upplevde att tiden inte alltid fanns, något som chefen för verksamheten behöver se över om implementering av ett nytt arbetssätt ska lyckas enligt Socialstyrelsen (2012). I en studie av Johansson et al. (2023) framkom det att hög kompetens är ett måste i arbetet med hälsosamtal och det var viktigt att kunna förklara kopplingen till livstilsrelaterade sjukdomar och kunna svara på deltagarnas frågor då det ingav trygghet. Hälsosamtalsledarna i föreliggande studie hade en yrkeserfarenhet på 15–32 år och de upplevde inga svårigheter att bedöma mätvärdena vilket kan härledas till deras yrkeserfarenhet och vana att utföra de bedömningarna. Några hälsosamtalsledare saknade att sömn och stress inte hade egna uddar i stjärnprofilen, vilket enligt metodstödet vägs in under självskattad hälsa (Region Halland, 2023a) och som vissa hälsosamtalsledare i föreliggande studie ansåg var logiskt. För att kunna ta upp sömn och stress under självskattad hälsa krävdes förberedelse inför samtalet genom att läsa igenom frågeformuläret, vilket för vissa hälsosamtalsledare var en självklarhet. Andra ansåg att det var så pass viktiga komponenter för hälsa att de borde få egna uddar, vilket de även ansett i Norrbottens läns landsting där en modifiering av Dr Claes Lundgrens stjärnprofil tagits fram (Norrbottens läns landsting, 2014). Där har stjärnuddarna blodsocker samt blodfetter bytts ut mot varsin udd för sömn och stress.

Ett etiskt dilemma som framkom i föreliggande studie var att vikt och BMI kunde vara laddat att prata om, oavsett om det var höga eller låga värden. Då hälsosamtalsledarna inte ville att deltagaren skulle känna sig obekvämt kunde det hända att de bara nämnde siffrorna på vikt och BMI utan att tala mer om det. Enligt Caterson et al. (2019) har personer med fetma uttryckt en önskan om att bli tillfrågade av hälso- och sjukvårdspersonal kring övervikt, risker och åtgärder, dock uttrycktes att de måste ha möjligheten att neka till samtal. Hälsosamtalsledarna i föreliggande studie beskrev att de fick justera i stjärnprofilen BMI för vältränade deltagare så att stjärnprofilen inte visade på sämre hälsa än vad deltagaren hade. Det var ett korrekt förfarande då BMI inte säger något om en individs fördelning av kroppsfett bör den användas när utseendet för en person är känt eller i kombination med midje-höftkvot, som avslöjar en mer ogynnsam ökning av bukfetma (Haufs & Zöllner, 2020).

MI som samtalsmetod

Hälsosamtalsledarna i föreliggande studie var positiva till MI som samtalsmetod vilket är en stor fördel då intresse och motivation är en förutsättning för att lyckas med MI (Brobeck et al., 2011). Däremot framkom det att hälsosamtalsledarna upplevde att MI var svårt och att det krävs övning. MI går inte att lära sig enbart genom att läsa i teorin utan det är ett måste att få träning genom att praktisera då det är en krävande metod och viktigt med tillräcklig utbildning (Brobeck et al., 2011; Dobber et al., 2019).

Hälsosamtalsledarna i föreliggande studie hade alla gått utbildning inom MI som var rekommenderad (Region Halland, 2023b) och de var nöjda med utbildningen, men deras erfarenhet var att det krävs användning av metoden för att bli säkrare och tryggare i den. Hälsosamtalsledarna var fullt medvetna om vad tanken med MI som metod innebar i teorin, vilket de beskrev var att ställa frågor på rätt sätt eller att ta ett steg tillbaka, vara tyst och låta deltagaren tala, men att det var svårt. Nola Penders HPM (Murdaugh et al., 2021) bygger på att hitta de faktorer som ger motivation för en individ att ändra ett beteende som bidrar till välbefinnande. Genom att MI används som samtalsmetod kan motivationen hittas av deltagaren med vägledning av hälsosamtalsledaren under det riktade hälsosamtalet (Miller & Rollnick, 2013). Då hälsosamtalsledarna i föreliggande studie beskriver att MI är svårt hade kontinuerlig handledning och återkoppling i metoden kunnat vara en möjlighet för hälsosamtalsledarnas att bli mer trygga med MI (Dobber et al., 2019).

Hinder i det digitala verktyget äventyrar patientsäkerheten

Det framkom i föreliggande studie ett behov av en anteckningsmöjlighet i webbstödet då det blev svåröverskådligt vad som var gjort och inte. Hälsosamtalsledarna löste det genom att utforma ett arbetsblad som de hade antingen i datorn eller i pappersform vilket visar på förmåga till kvalitetsutveckling (Svensk sjuksköterskeförening, 2023). Det är dock viktigt att dessa arbetsblad/handlingar, med personuppgifter förvaras korrekt för att inte äventyra patientsäkerheten (SFS 2008:355). Det upplevdes även osäkert av hälsosamtalsledarna att det inte gick att kopiera personnumret från journalsystemet till webbstöd. Då allt inom hälso- och sjukvården ska vara så

patientsäkert som möjligt (SFS 2017:30) finns ett behov av att se över funktioner och förbättra webbstödet för att öka patientsäkerheten, men också för att underlätta hälsosamtalsledarnas arbete.

Enligt metodstödet är det framförallt det avvikande som ska dokumenteras efter hälsosamtalen (Region Halland, 2023a), vilket några hälsosamtalsledare i föreliggande studie upplevde gav en negativ och ibland felaktig bild. Det finns dock tvingande sökord som ska fyllas i oavsett om de är avvikande eller ej och därtill kan ytterligare sökord väljas om behov finns (Region Halland, 2023a).

Förutsättningar för framgångsrik implementering

Hälsosamtalsledarna upplevde att bra stöd samt förståelse från chef och kollegor var förutsättningar för att arbetet med hälsosamtalen skulle flyta på smidigt. Det beskrevs situationer där kollegor var ifrågasättande och uttryckte oro över att hälsosamtalen skulle ta tid från en redan belastad verksamhet. Arbetet kunde då försvåras för hälsosamtalsledarna genom att de möttes av ovilja till samarbete och att tid för administration inte respekterades, vilket även framkom i en nyligen publicerad fokusgruppstudie av Johansson et al. (2023). Det hade kunnat undvikas genom tydlig information från chefen till all personal om varför och hur arbetet kring hälsosamtalen skulle gå till (Socialstyrelsen, 2012; von Thiele Schwarz & Hasson, 2019). Ett bra stöd beskrevs i föreliggande studie som att tillräckligt med tid frigjorts för arbetet och kompetenshöjning, att chefen hade informerat kollegor eller möjliggjort för hälsosamtalsledaren att informera om det nya arbetssättet samt varit tydlig med att detta ska göras, vilket alla är faktorer för en framgångsrik implementering (Brobeck et al., 2013; Lundin Gurné et al., 2023; Socialstyrelsen, 2012). All personal i verksamheten bör informeras och i möjligaste mån göras delaktiga, då det minskar risken för personalmotsättningar på grund av missförstånd angående syftet (Socialstyrelsen, 2012). Motsättningar riskerar även att minska motivationen hos de som arbetar direkt med metoden (Socialstyrelsen, 2012), vilket en hälsosamtalsledare i föreliggande studie beskrev då hon upplevde motvillighet från provtagningspersonal att hjälpa till och från att ha känt sig taggad inför uppgiften övergick känslan till uppgivenhet.

Då det fanns flera hälsosamtalsledare på vårdcentralen kände de trygghet i att det fanns någon att diskutera med som var insatt i metoden och att de var flera som delade på ansvaret. Någon beskrev att det inte funnits tid att boka in så många samtal eftersom hon var ensam hälsosamtalsledare och de var underbemannade på vårdcentralen vilket gjorde att annat prioriterades före. Samma problem beskrevs av Johansson et al. (2023), där en upplevelse av frustration över att få kämpa för att få tillräckligt med tid och att avboka samtal när någon i personalen blev sjuk. Utvärdering efter införandet av hälsosamtal i flera av Sveriges regioner visar att när det finns flera hälsosamtalsledare på vårdcentralen minskar sårbarheten och risken att hälsosamtalen prioriteras bort vid sjukdom eller hög arbetsbelastning minskar (Hatt et al., 2015).

Konklusion

Upplevelserna och erfarenheterna av de riktade hälsosamtal i Region Halland under pilotinförandet var att det är ett meningsfullt arbete då hälsosamtalsledarna får arbeta hälsofrämjande genom preventivt arbete. Viktiga delar för att arbetet runt de riktade hälsosamtalen ska fungera är stöd från organisationen, prioritering av arbetsmetoden och tydligt ledarskap från chef samt stöd från kollegor. En annan avgörande faktor är tid till både själva samtalet och kringarbetet. Upplevelserna av MI var att det är en bra samtalsmetod men att den är svår att praktisera och det krävs mycket övning för att bli säkrare. Kontinuerlig handledning och återkoppling i metoden MI kan ge hälsosamtalsledarna möjlighet att utveckla sin förmåga och bli mer trygga i metoden. Den regionsövergripande rutinen med metodstöd upplevs vara tydlig och strukturerad att arbeta efter. Det digitala verktyget webbstöd bör ses över, dels för att underlätta hälsosamtalsledarnas arbete, men också då avsaknad av vissa funktioner kan äventyra patientsäkerheten. Det bör också lyftas att metodstödet ger valfriheten för varje vårdcentral hur de ska arbeta med inbjudningarna till 40-åringarna trots att forskning tydligt visar vilken metod som ger bäst resultat. Då föreliggande studie är utförd under pilotinförandet 2023 och urvalet av hälsosamtalsledare var begränsat till de vårdcentraler som ingick i piloten kan det vara av värde att genomföra nya studier när breddinförande skett på alla vårdcentraler inom Vårdval Halland. Framtida forskning bör fokusera på att utforska deltagarnas upplevelser av hälsosamtalen samt en utvärdering i om implementeringen lyckats och metoden används på avsett vis.

Självständighetsdeklaration och individuella insatser

Författare Marika Lingaas och författare Maria Mårtensson har i lika stor omfattning medverkat till att färdigställa denna magisteruppsats. En kontinuerlig diskussion mellan författarna har förts och ett fortgående samarbete har gjorts genom arbetets olika delar. Alla delar har skrivits gemensamt förutom två områden där Marika Lingaas hade det övergripande ansvaret för området implementering och Maria Mårtensson hade övergripande ansvar för den teoretiska referensramen Nola Penders hälsofrämjande modell. Text och innehåll i metod och diskussion har i ett första steg delats upp mellan författarna för att sen växla och därför är texterna genomarbetade av båda författarna. Analysen av resultatet genomfördes tillsammans och diskuterades till konsensus uppstått.

Referenser

- Alenius, S., Olsson, K., Thomasson, E. & Magnusson, L. (2023). Health care professionals' experiences and perceptions of health promotion through the health dialogue intervention in the scania region, Sweden: a qualitative interview study. *BMC Primary Care*, 24(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12875-023-02133-2>
- Alligood, M.R. (2018). *Nursing Theorist and their work*. Elsevier.
- Blomstedt, Y., Norberg, M., Stenlund, H., Nyström, L., Lönnberg, G., Boman, K., Wall, S. & Weinehall, L. (2015). Impact of a combined community and primary care prevention strategy on all-cause and cardiovascular mortality: a cohort analysis based on 1 million person-years of follow-up in Västerbotten County, Sweden, during 1990-2006. *BMJ open*, 5(12). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009651>
- Brobeck, E., Bergh, H., Odencrants, S. & Hildingh, C. (2011). Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. *Journal of Clinical Nursing*, 20(23-24), 3322–3330. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03874.x>
- Brobeck, E., Odencrants, S., Bergh, H. & Hildingh, C. (2013). Health promotion practice and its implementation in Swedish health care. *International Nursing Review*, 60(3), 374–380. <https://doi.org/10.1111/inr.12041>
- Caterson, I. D., Alfadda, A. A., Auerbach, P., Coutinho, W., Cuevas, A., Dicker, D., Hughes, C., Iwabu, M., Kang, J. H., Nawar, R., Reynoso, R., Rhee, N., Rigas, G., Salvador, J., Sbraccia, P., Vázquez-Velázquez, V. & Halford, J. C. G. (2019). Gaps to bridge: Misalignment between perception, reality and actions in obesity. *Diabetes, Obesity & Metabolism*, 21(8), 1914–1924. <https://doi.org/10.1111/dom.13752>
- Dahlgren, G. & Whithead, M. (2007). *Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe*. (2007:14). <https://www.iffes.se/media/1326/20080109110739filmZ8UVQv2wQFShMRF6cuT.pdf>
- Danielson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. (2:a uppl., s.143–154). Studentlitteratur.
- Dobber, J., Latour, C., Snaterse, M., van Meijel, B., ter Riet, G., Scholte op Reimer, W. & Peters, R. (2019). Developing nurses' skills in motivational interviewing to promote a healthy lifestyle in patients with coronary artery disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 18(1), 28-37. <https://doi-org.ezproxy.bib.hh.se/10.1177/1474515118784102>
- Folkhälsomyndigheten. (2021, 8 september). *Hälsa i olika grupper*. Hämtad 2 januari, 2023 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/halsa-i-olika-grupper/>

- Folkhälsomyndigheten. (2022). *Folkhälsans utveckling - årsrapport 2022*. Hämtad 2 januari, 2023, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/c8374b60c7174b2592ba7f76f52c3165/folkhalsans-utveckling-arsrapport-2022.pdf>
- Graneheim, U. H., Lindgren, B. M. & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, *56*, 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, *24*(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Hatt, G., Hammelin, V., Birger Forsberg, B. & Bastholm-Rahmner, P. (2015). *Hälsoundersökningar/Hälsosamtal En kartläggning av svenska och internationella erfarenheter 2014*. Nätverket för Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Hämtad 5 oktober, 2023, från http://www.hfsnatverket.se/static/files/1155/rapport_halsundersokningar_-_halsosamtal.pdf
- Haufs, M.G. & Zöllner, Y.F. (2020). Correspondence (letters to the editor): Waist-Hip Ratio more appropriate than Body Mass Index. *Deutsches Ärzteblatt International*, *117*, 659-660. <https://doi.org/10.3238%2Farztebl.2020.0659a>
- Hälso- och sjukvårdsutskottet. (2017, 13 juni). *Befolkningsinriktade hälsosamtal i Region Halland*. Hämtad 2 september, 2023, från <https://politik.regionhalland.se/welcome-sv/namnder-styrelser/lokala-namnden-kungsbacka/mote-2017-09-07/agenda/ss-73-befolkningsinriktade-halsosamtal-i-region-hallandpdf?downloadMode=open>
- Integritetsmyndigheten. (u.å). *Dataskyddsförordningen (GDPR)*. Hämtad 11 november, 2023, från <https://www.imy.se/verksamhet/dataskydd/>
- International Diabetes Federation. (2021, 2 november). *Diabetes now affects one in 10 adults worldwide*. Hämtad 16 september, 2023, från <https://idf.org/news/diabetes-now-affects-one-in-10-adults-worldwide/>
- Irvine F. (2005). Exploring district nursing competencies in health promotion: the use of the Delphi technique. *Journal of Clinical Nursing*, *14*(8), 965–975. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01193.x>
- Janghorban, R., Latifnejd Roudson, R. & Taghipour, A. (2014). Skype interviewing: The new generation of online synchronous interview in qualitative research. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Wellbeing*, *9*(1). <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.24152>
- Johansson, L. M., Eriksson, M., Dahlin, S., Lingfors, H. & Golsäter, M. (2023). Healthcare professionals' experiences of targeted health dialogues in primary health care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Förhandspublicering online. <https://doi.org/10.1111/scs.13216>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur.
- Lindholm, L., Stenling, A., Norberg, M., Stenlund, H. & Weinehall, L. (2018). A cost-effectiveness analysis of a community based CVD program in Sweden based on

- a retrospective register cohort. *BMC Public Health*, 18(452).
<https://doi.org/10.1186/s12889-018-5339-3>
- Lundberg, K., Jong, M. C., Kristiansen, L. & Jong, M. (2017). Health promotion in practice-district nurses' experiences of working with health promotion and lifestyle interventions among patients at risk of developing cardiovascular disease. *Explore: The Journal of Science & Healing*, 13(2), 108–115. <https://doi-org.ezproxy.bib.hh.se/10.1016/j.explore.2016.12.001>
- Lundin Gurné, F., Jakobsson, S., Lidén, E. & Björkman, I. (2023). District nurses' perspectives on health-promotive and disease-preventive work at primary health care centres: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 37(1), 153-162. <https://doi-org.ezproxy.bib.hh.se/10.1111/scs.13100>
- Lundman, B. & Graneheim, U. H. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I B. Höglund Nilesen & M.Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (3:e uppl., s. 211-226). Studentlitteratur.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2013). *Motiverande samtal – att hjälpa människor till förändring*. (C. Å. Farbring, Övers.; 3:e uppl.). Natur och Kultur. (Originalarbete publicerat 2013)
- Murdaugh, C.L., Parsons, M.A. & Pender, N.J. (2021). *Sjuksköterskans hälsofrämjande arbete*. (J.Holmberg, Övers.; 1:a uppl.). Studentlitteratur. (Originalarbete publicerat 2019)
- Norberg, M., Ekberg, J., Weinehall, L. & Lingfors, H. (2017). Befolkningsuppdraget, exemplet hälsoundersökningar – först misstrott, nu evidensbaserat. *Socialmedicinsk tidskrift*, 2, 186–198. <file:///C:/Users/merla/Downloads/admin-norberg-ekberg-weinehall-lingfors-s186-198.pdf>
- Norberg, M., Wall, S., Boman, K., & Weinehall, L. (2010). The Västerbotten Intervention Programme: background, design and implications. *Global Health Action*, 3(1), 4643. <https://doi.org/10.3402/gha.v3i0.4643>
- Norrbottnens läns landsting. (2014). *Personlig stjärnprofil - För levnadsvanor och andra faktorer som har samband med din hälsa*. Hämtad 6 oktober, 2023, från https://nllplus.se/upload/IB/lg/fhc/H%c3%a4lsosamtal/Vuxna/2014/personlig_stjarnprofil_2014.pdf
- Nutbeam, D., & Lloyd, J. E. (2021). Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health. *Annual Review of Public Health*, 42, 159–173. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529>
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L. & Parsons, M.A. (2006). *Health Promotion in Nursing Practice. Fifth Edition*. Pearson Prentice Hall.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (10th ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Proposition 2017/18:249. *God och jämlik hälsa - en utvecklad folkhälsopolitik*. Socialdepartementet. <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/proposition/2018/04/prop.-201718249/>
- Regeringskansliet. (u.å.). *Agenda 2030 Mål 3 Hälsa och välbefinnande*. Hämtad 17 september, 2023, från <https://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/agenda-2030-mal-3-halsa-och-valbefinnande/>

- Region Halland. (2019). *Projektdirektiv – Riktade hälsosamtal (pilot- och breddinförande)*. Hämtad 16 oktober, 2023, från <https://vardgivare.regionhalland.se/app/uploads/2020/01/Projektdirektiv-Riktade-h%C3%A4lsosamtal-2019-2020.pdf>
- Region Halland. (2023a, 29 augusti). *Metodstöd för riktade hälsosamtal*. Hämtad 18 september, 2023, från https://vardgivare.regionhalland.se/app/uploads/2023/08/230829_Metodstod-riktade-halsosamtal_version-3.pdf
- Region Halland. (2023b, 29 augusti). *Riktade hälsosamtal till 40-åringar*. Hämtad 18 september, 2023, från <https://vardgivare.regionhalland.se/programomraden/levnadsvanor/halsoframjande-halso-och-sjukvard/riktade-halsosamtal/>
- Roth, G. A., Mensah, G. A., Johnson, C. O., Addolorato, G., Ammirati, E., Baddour, L. M., Barengo, N. C., Beaton, A. Z., Benjamin, E. J., Benziger, C. P., Bonny, A., Brauer, M., Brodmann, M., Cahill, T. J., Carapetis, J., Catapano, A. L., Chugh, S. S., Cooper, L. T., Coresh, J. & Criqui, M. (2020). Global burden of cardiovascular diseases and risk factors, 1990-2019: update from the GBD 2019 Study. *Journal of the American College of Cardiology*, 76(25), 2982–3021. <https://doi-org.ezproxy.bib.hh.se/10.1016/j.jacc.2020.11.010>
- SFS 1990:782. *Arkivlag*. Kulturdepartementet. Hämtad 29 september, 2023, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/arkivlag-1990782_sfs-1990-782/
- SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Utbildningsdepartementet. Hämtad 29 september, 2023, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460/
- SFS 2008:355. *Patientdatalag*. Socialdepartementet. Hämtad 2 oktober, 2023, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355_sfs-2008-355/
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Socialdepartementet. Hämtad 29 september, 2023, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30/
- Svensk sjuksköterskeförening. (2019). *Kompetensbeskrivning avancerad nivå distriktssköterska*. <https://swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623175b/1584023673165/kompetensbeskrivning%20distriktssk%C3%B6terska%202019.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2023). *Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska*. <https://swenurse.se/download/18.5b9522411887c8d873d5c38a/1686557116681/Kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksko%CC%88terska.pdf>
- Socialstyrelsen. (2012) *Om implementering*. Hämtad 16 september, 2023, från <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/om-implementering/>

- Socialstyrelsen. (2018a). *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor*. Hämtad 14 september, 2023, från <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/levnadsvanor/>
- Socialstyrelsen. (2018b). *Bästa möjliga hälsa och en hållbar hälso- och sjukvård. Med fokus på vården vid kroniska sjukdomar. Lägesrapport*. Hämtad 26 september, 2023, från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-2-4.pdf>
- Socialstyrelsen. (2020). *Statistik om dödsorsaker 2019*. Hämtad 1 oktober, 2023, från <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/dodsorsaker/>
- Socialstyrelsen. (2023). *Tillståndet och utvecklingen i hälso- och sjukvård och tandvård - lägesrapport 2023*. Hämtad 5 september, 2023, från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2023-3-8446.pdf>
- SOU 2017:4. *För en god och jämlik hälsa, en utveckling av det folkhälsopolitiska ramverket*. Wolters Kluwer Sverige AB. https://www.regeringen.se/contentassets/26e1f3430b954a3b8e6e104dd4df04eb/or-en-god-och-jamlik-halsa---en-utveckling-av-det-folkhalsopolitiska-ramverket-sou-2017_4.pdf
- SOU 2017:47. *Nästa steg mot en mer jämlik hälsa. Förslag för en god och jämlik hälsa*. Wolter Kluwer Sverige AB. https://kommissionjamlikhalsa.se/wp-content/uploads/2017/05/sou_2017_47.pdf
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- United Nations Developments Programme, UNDP. (2022, 18 oktober). Globala målen. Hämtad 6 september 2023, från <https://www.globalamalen.se/om-globala-malen/mal-3-halsa-och-valbefinnande/>
- von Thiele Schwarz, U. & Hasson, H. (2019). Implementering: verktyget som ser till att innovation och kontext fungerar ihop. *Läkartidningen*, 116. Hämtad 25 september, 2023 från <https://lakartidningen.se/wp-content/uploads/EditorialFiles/S3/%5bFTS3%5d/FTS3.pdf>
- WHO. (2020, 9 december). *The top 10 causes of death*. Hämtad 14 september, 2023, från <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- WHO. (2022, 16 september). *Noncommunicable diseases*. Hämtad 5 september, 2023, från <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- WHO. (2023). *Constitution*. Hämtad 6 september, 2023, från <https://www.who.int/about/accountability/governance/constitution>

- Wilhelmsson, S. & Lindberg, M. (2009). Health promotion: Facilitators and barriers perceived by district nurses. *International Journal of Nursing Practise*. 15(3) 156–163. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2009.01740.x>
- World Medical Association. (WMA). (u.å). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 16 januari, 2023, från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Yusuf, S., Hawken, S., Ounpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., McQueen, M., Budaj, A., Pais, P., Varigos, J., Lisheng, L. & INTERHEART Study Investigators. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*, 364(9438), 937–952. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17018-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17018-9)

Bilaga A

Intervjuguide

Vårt syfte: Att undersöka samtalsledarnas upplevelser och erfarenheter av att leda riktade hälsosamtal med 40-åringar under pilotinförandet i Region Halland 2023.

Intervjutid ca 30 minuter

Inledning av samtal: Jag vill börja med att tacka för att jag får lov att intervjua dig och upplysa dig om att du när som helst kan avbryta intervjun utan att ange anledning. Uppgifterna du lämnar kommer att avidentifieras och kommer inte att gå att koppla till dig. Du kommer alltså att vara anonym. Jag vill även be dig maila eller posta samtyckesblanketten om du inte redan gjort det.

Bakgrund

1. Hur länge har du jobbat som sjuksköterska?
2. Har du gått en specialistutbildning?
 - a. Om ja vilken i så fall?
 - b. Hur länge har du varit yrkesverksam i denna profession?

Hälsofrämjande arbete/ kunskaper

3. Har du gått utbildning i motiverande samtal? - **Om NEJ gå till fråga 4**
 - a. Om ja, hur länge sedan var det?
 - b. Gick du utbildningen via Region Halland? **Om NEJ gå vidare fråga 4**
 - c. Hur upplevde du utbildningen i MI från Region Halland?
 - d. Om otillräcklig - vad kan förbättras?
4. Hur upplever du din kunskap om de olika delarna i hälsostjärnan för att leda hälsosamtal? (matvanor, fysisk aktivitet/stillasittande, tobaksvanor, alkoholvanor)
5. Har du fått information/utbildning om de olika delarna via Region Halland inför pilotinförandet
 - a. Om ja - Hur upplevde du informationen/utbildningarna? (Var de tillräckliga?)
 - b. Om nej - Hur kommer det sig?

Hälsosamtalet

6. Vill du beskriva dina upplevelser av att leda riktade hälsosamtal till 40-åringar?
7. Höll du i några samtal med tolk? **Om NEJ gå vidare till 8**
 - a. Om ja, beskriv din upplevelse av det?

8. Hur upplever du att göra bedömning av mätvärdena? (provsvär, BMI, blodtryck, midjemått)

Via webbstödet hanteras inbjudan, frågeformulär och stjärnprofil.

9. Hur är din upplevelse av att arbeta i webbstödet?
10. Hur upplever du att det fungerar med det förifyllda frågeformuläret?
11. Hur upplever du att arbeta med hälsostjärnan?
12. Saknar du något i webbstödet?
 - a. kan något förbättras?

Metodstöd som arbetsredskap

13. Hur är din upplevelse av att arbeta med metodstödet?
 - a. Tydligt/otydligt?
 - b. Enkelt/svårt?
14. Saknar du något i metodstödet?
 - a. kan något förbättras?
15. Hur upplever du att efterarbetet fungerar? (Dokumentation, uppföljning)

Organisatoriskt

16. Hur upplever du stödet från din verksamhetschef kring arbetet med hälsosamtalen?
17. Hur upplever du samarbetet med dina kollegor kring hälsosamtalen?
18. Får du tillräckligt med tid avsatt för kring arbete till hälsosamtalen? (inbjudan, läsa frågeformulär, dokumentering, uppföljning)
19. Har du tillräcklig med tid för att hålla hälsosamtalen?
20. Hur upplever du stödet från projektledningen i samband med hälsosamtalen?

21. Något du vill tillägga?

Tack för din medverkan

Maria och Marika

Bilaga B

Information till dig som ska delta i en undersökning som genomförs av en student under utbildning

Du *tillfrågas* om att delta i studien Att leda riktade hälsosamtal med 40-åringar.

Studien syftar till att undersöka hälsosamtalsledarnas upplevelser och erfarenheter av att leda riktade hälsosamtal med 40-åringar under pilotinförandet i Region Halland 2023.

Studien utförs som en del i vår utbildning Specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning distriktssköterska vid akademien för Hälsa och välfärd vid Högskolan i Halmstad. Ansvarig handledare är Peter Nymberg, peter.nymberg@hh.se.

Dina personuppgifter behandlas inom studien endast enligt ditt samtycke, och enligt kraven i dataskyddsförordningen. Ditt deltagande i studien är helt frivilligt och du kan när som helst återkalla ditt samtycke utan att ange orsak. Ett återkallande påverkar dock inte den behandling som skett innan återkallandet. Du kan också när som helst begära att få en kopia av dina personuppgifter.

Materialet kommer delvis att behandlas inom molntjänsten Office 365 från Microsoft, som Högskolan har ett personuppgiftsbiträdesavtal med.

Inga oberoende kommer att ha tillgång till dina personuppgifter.

De av dina personuppgifter vi kommer att behandla är: namn och epostadress

Dina personuppgifter kommer att raderas när examensarbetet är godkänt.

Personuppgiftsansvarig för studien är Högskolan i Halmstad, som nås via registrator@hh.se eller 035-16 71 00. Övrig information om hur Högskolan hanterar personuppgifter, och dina rättigheter utifrån dataskyddsförordningen, finns på www.hh.se/dataskydd. Har du frågor kan du också kontakta Högskolans dataskyddsombud, Anna Frederiksen, via dataskydd@hh.se.

Den färdigställda uppsatsen kommer att publiceras på DIVA och finnas tillgänglig digitalt på DIVA portalen <http://www.diva-portal.se/>

Med vänlig hälsning

Maria Mårtensson, marmar22@hh.se, tel: 0730-654753

Marika Lingaas, maling22@hh.se, tel: 0704135077

Kurs och akademi
Högskolan i Halmstad

Bilaga C

Samtycke till deltagande i studien Att leda riktade hälsosamtal med 40-åringar

Jag har fått information om studien Upplevelser och erfarenheter av att leda riktade hälsosamtal med 40-åringar under pilotinförandet i Region Halland 2023 och accepterar att delta.

Jag har fått information om att de uppgifter som samlas in om mig kommer att behandlas konfidentiellt, på ett sådant sätt att min identitet inte kommer att avslöjas för obehöriga.

Jag är medveten om att min medverkan är helt frivillig och att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande.

Underskrift

.....

Namnförtydligande

.....

Ort och datum