

Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder

Hälsofrämjande förhållningssätt i vården utifrån ett patient- och personalperspektiv: erfarenheter och preferenser

Hanne Tønnesen, Helene Ekfors & Rie Raffing

Kliniskt Centrum för Hälsöfrämjande Vård, Institutionen för Hälsovetenskaper, Medicinska Fakulteten, Lunds universitet



FÖRORD

Denna rapport har utarbetats på uppdrag av Socialstyrelsen.

I rapporten ingår: Kapitel 1: Introduktion; Kapitel 2: Syfte; Kapitel 3: Deltagare i studien; Kapitel 4: Datainsamling; Kapitel 5: Metod, Kapitel 6: Analys och Resultat; Kapitel 7: Konklusioner och Diskussion; Kapitel 8: Perspektivering och Rekommendationer; Kapitel 9: Referenslista

*I denna rapport har vi använt färger för att understryka de mest intressanta resultaten i den generella analysen; **grönt** för mest optimala och positiva förhållanden och fynd; **rött** där resultaten visar på utmaningar och diskrepans i relation till implementering, rekommendationer och/eller tankesätt från Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder – tobak, alkohol, fysisk aktivitet och matvanor från 2011.*

Vår förhoppning är att dessa resultat kommer att inspirera till den fortsatta planeringen, den löpande uppdateringen av evidensbaserad praxis och den relaterade implementeringsstrategin, där patient- och personalperspektiv är viktiga element.

TACK

Fler än författarna till denna rapport har varit inkluderade i detta stora arbete.

Så stort tack till:

- Sebastian Eriksson för genomgång av bakgrundslitteraturen i sitt examensarbete (ref 6)
- Helena Sundqvist för den nationella analysen för 2012 i sitt masterarbete (ref 12)
- Jeanette Niehof och Malin Bäckman för hjälp med konstruktion och test av enkät & Intervjuguide
- Hälsoenheten, Skånes Universitetssjukhus, Malmö, för hjälp med pilottesten
- Marie-Louise Strömberg och Karolin Johansson för deltagande i intervjuer av patienter och personal, samt ett flertal transkriberare som skrivit ut intervjuerna
- Kerstin Thornqvist för dataregistrering av enkäterna
- Bolette Pedersen för analys av enkätdelen
- Eva Skagert för hjälp med administration och sammanställning av rapporten
- Ingmar Pettersson, Caddie Zhou, Chanchai Manuswin, Epidemiologiskt Centrum, Region Skåne, för goda råd beträffande Skånes patientregister
- Lars Holm, Socialstyrelsen, för goda råd beträffande Socialstyrelsens patientregister
- Karin Forslund, Irene Nilsson-Karlsson, Anna Månsdotter, Socialstyrelsen, för uppföljning och tålamod vid genomförandet av forskningen kring hälsosamtal
- samt sist, med inte minst, till alla patienter och personal som deltagit – utan er hade denna forskning inte varit möjlig!

INNEHÅLL

Sammanfattning

Kapitel 1: Introduktion	4
Kapitel 2: Syfte	6
Kapitel 3: Deltagare i studien	7
Kapitel 4: Datainsamling	10
• <i>Bortfallsanalys</i>	
Kapitel 5: Metod	11
<i>a. Enkät</i>	
<i>b. Patientintervju</i>	
<i>c. Personalintervju</i>	
Kapitel 6: Analys och resultat	14
<i>a. Generell analys</i>	
<i>b. Tvärgående analys</i>	
Kapitel 7: Diskussion och Konklusion	42
• <i>Erfarenhet</i>	
• <i>Framtidens hälsosamtal</i>	
• <i>Svagheter och Begränsningar</i>	
Kapitel 8: Perspektivering och Rekommendationer	46
• <i>Perspektivering</i>	
• <i>Rekommendationer</i>	
Kapitel 9: Referenslista	48

Sammanfattning

Sverige har infört nationella riktlinjer för levnadsvanor och ett nytt hälsofrämjande förhållningssätt, som inbegriper det hälsofrämjande samtalet (HS), för alla som kommer i kontakt med hälso- och sjukvården. HS är relevant som sjukdomsförebyggande metod angående tobak, alkohol, fysisk aktivitet och matvanor. Riktlinjerna rekommenderar tre olika typer av rådgivning med samtal som grund för alla åtgärder; enkla råd, rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal. Vid HS är patientbemötandet av största vikt.

Syfte: För att utveckla och förbättra vården, samt för att om möjligt identifiera faciliterande och hämmande faktorer för HS, genomfördes detta projekt om patienternas erfarenheter, förväntningar och preferenser vad gäller bemötandet i samband med samtalet. Dessutom undersöktes patienternas och personalens attityder till HS.

Metod: Fyra län/regioner från norra, östra, södra och västra Sverige blev kontaktade, men bara Region Skånes primärvård och sjukhusvård önskade delta. 246 vuxna patienter, med ett registrerat HS ur gruppen: graviditet, psykiatri och beroende, operation, hjärt- och lungsjukdom, funktionshinder samt diabetes/endokrinologi, återskickade enkäten och 39 genomförde semistrukturerade intervjuer efter informerat samtycke. Dessutom intervjuades 36 läkare och sjuksköterskor samt annan klinisk personal.

Resultat: Bland deltagarna var 52% kvinnor och medianåldern 68 år. Hälften var ålderspensionärer, 20% hade enbart grundskola, medan 30% var utbildade på högskola/universitet. Totalt sett var 11% dagligrökare och 24% dagligsnusare, 2-4% drack riskfyllt, 47% motionerade mindre än 30 minuter per vecka (andfådd nivå). 69% åt frukt och grönsaker dagligen och 43% åt fisk minst 2 gånger i veckan. Var tredje till fjärde patient hade inga ohälsosamma levnadsvanor vid hälsosamtalet, och ett liknande antal rapporterade att de inte hade haft något HS.

Läkare genomförde flest HS, men sjuksköterskor hade också ofta HS. Samtalen varade omkring 20 minuter, och handlade primärt om kost och motion. Patienterna upplevde oftast ett relevant och dialogbaserat samtal om motivation och fördelar med att ändra levnadsvanor. De var i mindre grad överens med personalen om de borde förändra levnadsvanor och fick sällan erbjudande om stöd för genomförandet. HS hade bra effekt på patienternas attityd och 5-10% effekt på beteende. Det fanns oväntat stor acceptans och önskemål av HS om tobak, alkohol, kost och motion. Förutom de tre olika typerna av samtal önskade knappt hälften skriftlig information, var tredje önskade också 6-8 veckors patientutbildning och var fjärde möjlighet till IT-stöd.

De tvärgående analyserna visade inga signifikanta preferenser eller effektskillnader mellan de olika diagnosgrupperna, och ganska få betydande faktorer relaterat till kön, ålder, utbildning, ekonomiska förmåner och födelseland. Personal och patienter var överens om en holistisk människosyn, att vara positiv och lyssnande samt att en kurs vore värdefull för personalen. Bortsett från samtalsmetodik var det inte enighet om innehållet. Personalgruppen var mer överens inbördes än med patientgruppen.

Konklusion: Totalt sett har patienterna mottagit implementeringen av HS i Region Skåne bra. Det var oväntat stora likheter på tvärs av diagnos- och patientgrupper. Patienterna är öppna för att prata om alla riskfaktorer, för uppföljning av effekt och har klara önskemål och kriterier till framtidens HS – som inte alla stämmer överens med det som personalen tycker.

Rekommendationer:

1. Patienterna ges kunskap om effekten av hälsosamma levnadsvanor under sjukdomsbehandling
2. HS genomförs med patienter som har ohälsosamma levnadsvanor
3. Generell utbildning av personalen uppdateras med mer patientinvolvering och inklusion av tobak och alkohol. Utbildningen behöver inte uppdelas utifrån diagnosgrupperna.
4. Insatsen följs upp systematiskt, t ex med ett kliniskt kvalitetsregister och måttal för effekt
5. Forskning initieras inom multifaktoriell insats, fast-track implementering och hälsoekonomi.

Kapitel 1: Introduktion

I detta kapitel ges en beskrivning av det hälsofrämjande förhållningssättet ur ett nationellt perspektiv, betydelse av evidensbaserad praxis och definition av hälsofrämjande samtal. I kapitlet presenteras även hur patientperspektivet är beskrivet i litteraturen.

Projektbeskrivning

Bakgrund

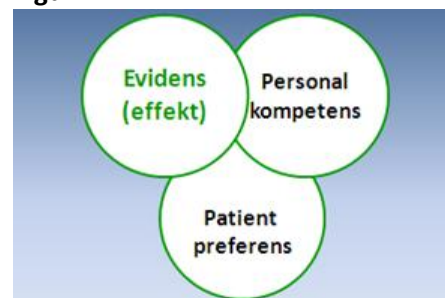
Sverige har infört nationella riktlinjer för levnadsvanor och ett nytt hälsofrämjande förhållningssätt, som inbegriper det hälsofrämjande samtalet, för alla som kommer i kontakt med hälso- och sjukvården¹. Det hälsofrämjande samtalet är relevant som sjukdomsförebyggande metod angående tobak, alkohol, fysisk aktivitet och matvanor. En ny nationell patientenkät från Sveriges Kommuner och Landsting har utvärderat hur patienter inom hälso- och sjukvården får frågor om levnadsvanor. Resultaten visar skillnader mellan hur olika grupper av patienter tillfrågas; det gäller skillnader mellan män och kvinnor, mellan grupper med olika utbildningsnivå, skillnader mellan olika landsting och mellan olika typer av vård samt mellan olika specialiteter. I rapporten från Sveriges Kommuner och Landsting rekommenderas att resultaten skall användas för att utveckla och förbättra vården utifrån ett patientperspektiv².

Enligt utdrag från Socialstyrelsen uppges att ca 1 % av alla registrerade läkarkontakter får diagnoskod DV030, hälsosamtal. Hur många av dessa samtal som är strukturerade hälsofrämjande samtal är dock svårt att säga.

Evidensbaserad praxis

En evidensbaserad praxis omfattar bästa evidens, personal med kompetens att utföra arbetsuppgiften samt inklusion av patientpreferens. Patientperspektivet inklusive patientens preferens är en lika viktig del av evidensbaserad intervention som kunskap och personalkompetens³.

Figur 1.1



Hälsofrämjande samtal

Det hälsofrämjande samtalet är en metod avsedd att förebygga sjukdom genom att stödja patientens förändring av en ohälsosam levnadsvana (tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet, ohälsosamma matvanor).

Hälsofrämjande samtal definieras i de nationella riktlinjerna som interventioner som "stödjer individens möjlighet att öka kontrollen över sin egen hälsa och att förbättra den"¹, dvs. det bidrar till att stärka patientens upplevelse av egenmakt (empowerment) och lyfter fram patientens avgörande betydelse för sin egen hälsoutveckling. Personalens uppgift i ett sådant samtal är att bidra med stöd i förändringen samt att delge patienten både kunskap och de verktyg som krävs för att åstadkomma en förändring.

Patientperspektiv

Vid hälsofrämjande samtal är patientbemötandet av största vikt⁴, och därför är det mycket relevant att fråga patienterna om vilka förväntningar och preferenser de har vad gäller bemötandet i samband med samtalet. Denna kunskap insamlas oftast via en kvalitativ forskningsmetod.

För att ha en uppdaterad bakgrund insamlades därför översiktlig och systematisk kunskap från nationella och internationella publikationer om patienters erfarenheter efter att de hade genomfört ett hälsosamtal⁵. Här användes en ny systematisk reviewteknik, som nyligen hade publicerats i Cochrane handboken⁶.

Vid den kvalitativa litteraturgenomgången inom ämnet hittades endast 21 studier som, med ett undantag, kom från primärvården. Patientgrupperna var presenterade under olika teman i viktad/prioriterad ordning med rubrikerna:

- uppmuntran,
- empowerment och stöd;
- läkare- och patientförhållande;
- individualisering och delaktighet;

Mindre viktigt var:

- risk för stigmatisering;
- tidsperspektiv och pågående stöd;
- empati;
- personalattityder som ogillades av patienterna

Patientgrupperna var primärt diabetespatienter, och studierna inkluderade fysisk aktivitet, tobak, mat och alkohol. Det var inte fokus på speciella riskgrupper, såsom t ex patienter med funktionshinder, och sjukhuspatienter var mycket sparsamt representerade⁵. Denna nya kunskap om patientupplevelser efter genomförande av ett hälsosamtal användes i det aktuella projektet, både i enkäten och i intervjuguiden i tillägg till andra relevanta frågor och områden.

Kapitel 2: Syfte

I detta kapitel beskrivs studiens syfte, samt rekommendation för rådgivande samtal utifrån de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder.

Huvudsyftet med projektet är att fråga patienterna om vilka förväntningar och preferenser de har på bemötande, på hälsosamtal och på dess effekt, samt vad som karakteriserar ett gott hälsosamtal och ett bra bemötande.

Även patienternas hållning till uppföljning på effekt av ett hälsosamtal undersöks.

Dessutom undersöks vilka attityder patienterna och personalen har till hälsosamtal för att utveckla och förbättra vården, samt för att om möjligt identifiera faciliterande och hämmande faktorer för hälsosamtal.

Projektet är EPN-godkänt med Dnr 2012/437.

Nationella riktlinjer

De nya nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder¹ rekommenderar tre olika typer av rådgivning med samtal som grund för de tre åtgärdsnivåerna:

Enkla råd:

- Information och korta, standardiserade råd och rekommendationer om levnadsvanor (inte likställt med att ställa frågor om levnadsvanor).
- Eventuell komplettering med skriftlig information

Rådgivande samtal:

- Dialog mellan hälso- och sjukvårdspersonal och patient.
- Anpassning till den specifika personens ålder, hälsa, risknivåer med mera.
- Eventuell komplettering med olika verktyg och hjälpmedel samt med särskild uppföljning.
- Kan inkludera motiverande strategier.

Kvalificerat rådgivande samtal:

- Dialog mellan hälso- och sjukvårdspersonal och patient.
- Anpassning till den specifika personens ålder, hälsa, risknivåer med mera.
- Eventuell komplettering med olika verktyg och hjälpmedel samt med särskild uppföljning.
- Kan inkludera motiverande strategier.
- Vanligen teoribaserat eller strukturerat (se vilka teorier och metoder som har beskrivits i det vetenskapliga underlaget i bilaga 2).
- Personal med utbildning i den metod som används.

I tillägg finns också från den internationella litteraturen:

- **Patientutbildningsprogram:** särskilt utformade patientutbildningsprogram (vanligtvis 6-8 veckor) som bl a rekommenderas till operationspatienter⁷⁻¹¹.

Kapitel 3: Deltagare i studien

I detta kapitel presenteras de studerade diagnosgrupperna, och hur urvalsprocessen säkrades. Här presenteras även inklusionsprocessen utifrån bedömning av lämplighet.

Patienterna inkluderades efter informerat samtycke. På tvärs av diagnosgrupperna önskade vi att analysera särskilt utsatta grupper; t ex patienter med annat födelseland än Sverige, patienter med funktionshinder och patienter från socioekonomiskt missgynnade grupper.

Både primärvården och sjukvården omfattas av studien. För var och en av patientgrupperna önskade vi cirka 20 enkätsvar per grupp och en minsta svarsfrekvens kring 50 %.

Personalgruppen som kom att ingå bestod av läkare och sjuksköterskor med grundläggande kunskaper om de nationella riktlinjerna om sjukdomsförebyggande metoder. Förutom sjuksköterskor ingick även sjukgymnaster, barnmorskor, dietister och kuratorer, som ansvarat för hälsosamtalen på sina respektive kliniker.

Figur 3.1

Huvudgrupper

För sjukhuspatienter användes huvudgrupperna från ICD-diagnossystemet i dessa kategorier:

- Primärvården
- gravida **O (00-99)**
- psykiatriska **F (00-09), (20 – 99) & beroende F (10 – 16), (18 – 19)**
- operationspatienter **KVÅ - kod A - Q**
- hjärt- **I (00 – 52) & lungsjukdom J (12 – 22), (40 -99)**
- stroke **I (60 – 69) & neurologiska funktionshinder G (30 – 37, (40 – 41), (80 – 83)**
- diabetes/endokrin **E (10 – 14)**

På tvärs av diagnosgrupperna ovan ingick dessa:

- unga (upp till 30 år) och äldre (över 65 år)
- män & kvinnor
- utbildning
- ekonomisk förmån
- annat födelseland än Sverige

Deltagare

För att få en nationell spridning planerades ursprungligen de fyra geografiska områdena, Skåne, Stockholm, Västerbotten och Västra Götaland, med ett stort universitetssjukhus samt flera små och deras närliggande vårdcentraler (se listan i bilagan). Det var tänkt att inkludera 40 i varje huvudgrupp från var och en av de fyra regionerna/länen, svarande till 160 patienter per huvudgrupp.

Bland de geografiska områdena var det bara Region Skåne som var positiv till deltagande. Västerbotten svarade att det inte var relevant för dem, pga. ett pågående projekt om hälsosamtal till alla över 60 år från primärvården. Det var bara en primärvårdschef i Stockholm som svarade och ställde sig positiv till studien. Västra Götaland svarade inte på brev eller påminnelser. En annan utmaning var att det bara var ganska få av vårdcentralerna som ville ingå, varav bara en vårdcentral från Västra Götaland.

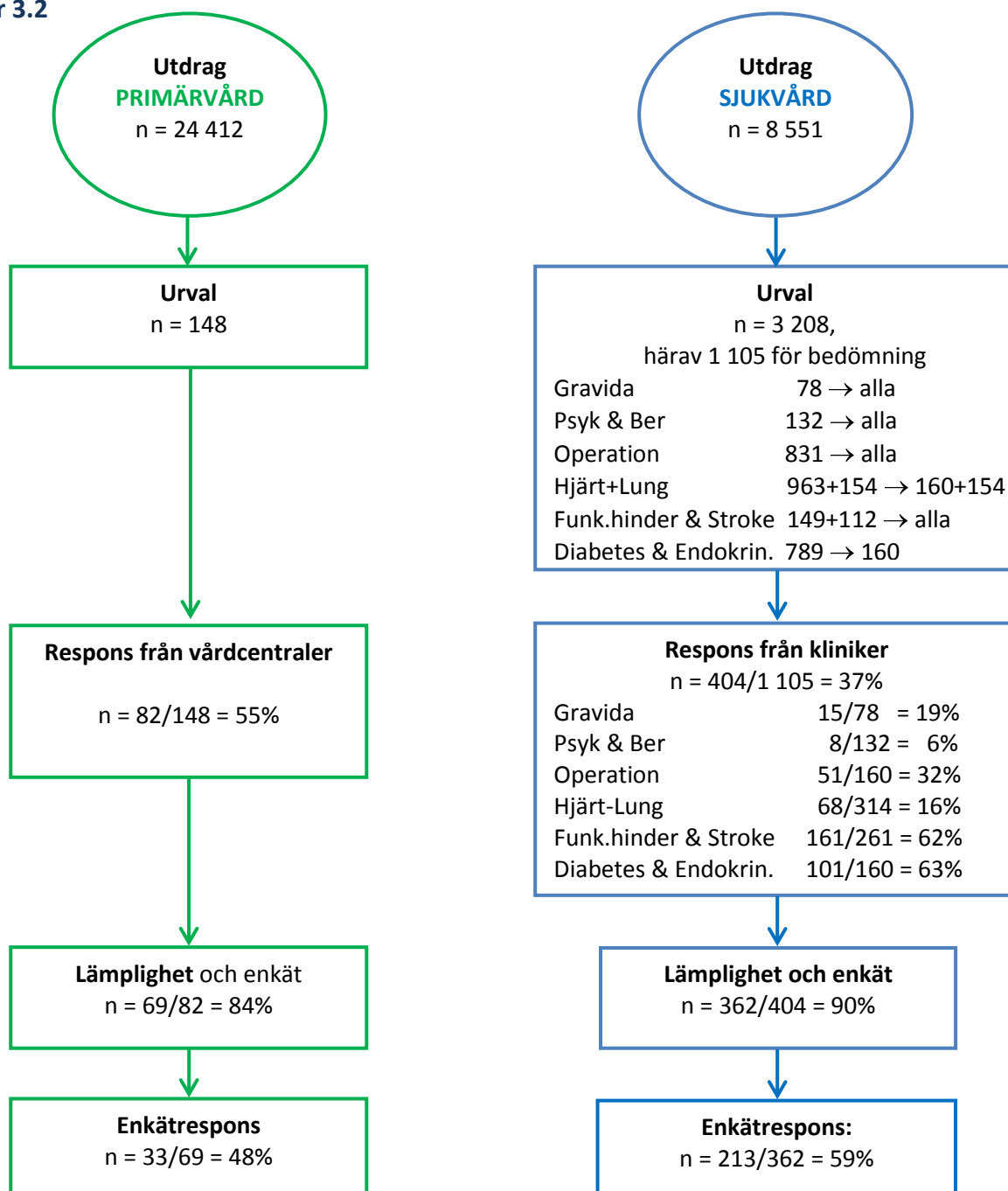
Därför blev det beslutat att försöka att inkludera alla patienterna från Region Skåne (se Bilaga 1).

Utdrag

Vi fick i utdrag 32 963 (då levande) patienter, med 48 340 patientbesök i de relevanta diagnosgrupperna med samtidigt registrerat hälsosamtal från sjukhus och vårdcentraler samt privata kliniker i Region Skåne, från första kvartalet 2013. Om en patient hade flera samtal var det endast det senaste samtalet som blev inkluderat.

För att säkra representativitet valde vi ut två storstadskommuner (Lund och Malmö) och tre mindre landsortskommuner (Ystad, Ängelholm och Hässleholm). Bland dessa tog vi slumpmässigt ut ca 160 patienter från varje område (där det var tillräckligt antal patienter) (se Figur 3.2).

Figur 3.2



Sjukhuspatienter

Därefter tog vi kontakt med relevanta kliniker på sjukhusen med patienterna därifrån, för att den behandlande läkaren skulle kunna utvärdera patienternas lämplighet för att delta i enkäten och eventuellt i personintervju (efter informerat samtycke). Dessförinnan hade vi informerat sjukhusledningen grundligt om projektet.

Totalt skulle 1 105 patienter bedömas för lämplighet fördelat på 62 sjukhuskliniker (se Figur 3.2). Härav svarade inte 30 kliniker och 7 svarade att de inte hade tid att välja ut om patienter var lämpliga att delta i studien eller ej, så bara drygt en tredjedel av de slumpmässigt uttagna patienterna blev utvärderade angående lämplighet (se Figur 3.2).

Patienter från vårdcentralerna

De flesta patienter med registrerade hälsosamtal, 24 412, var från vårdcentralerna. Primärvårdscheferna för såväl offentliga som privata vårdcentraler i Region Skåne blev kontaktade angående projektet för kommentarer och möjlighet att ingå, vilket de var positiva till.

Vårdcentralerna blev först kontaktade med möjlighet för att själva välja ut upp till 4 lämpliga patienter, som hade fått hälsosamtal under perioden. Därefter skickades påminnelser ut i nytt brev med konkret lista över ca 4 patienter med registrerat hälsosamtal från utdraget i Region Skåne (37 vårdcentraler). Totalt svarade 18 vårdcentraler med 82 möjliga patienter, varav 69 var lämpliga och fick enkät utskickad.

Patientintervjuer

Bland dem som svarade på enkäten ville 22 också delta i intervjun. Dessutom inkluderades 17 patienter med hälsosamtal under 2013 via personalkontakt, speciellt hälsoinspiratörer; totalt 39 patienter intervjuades mellan augusti 2013 och maj 2014.

Personalintervjuer

13 personer från personalgrupperna rekryterades till intervjuer från vårdinrättningar direkt knutna till patienter som inkluderats till enkäten. Ytterligare 23 personal rekryterades från SUS förteckning över hälsoinspiratörer och från Region Skånes förteckning över registrerade deltagare i MI-utbildning 2013 – alla med relation till de inkluderade patientgrupperna; totalt 36 personal. Personalen har intervjuats mellan augusti 2013 och mars 2014.

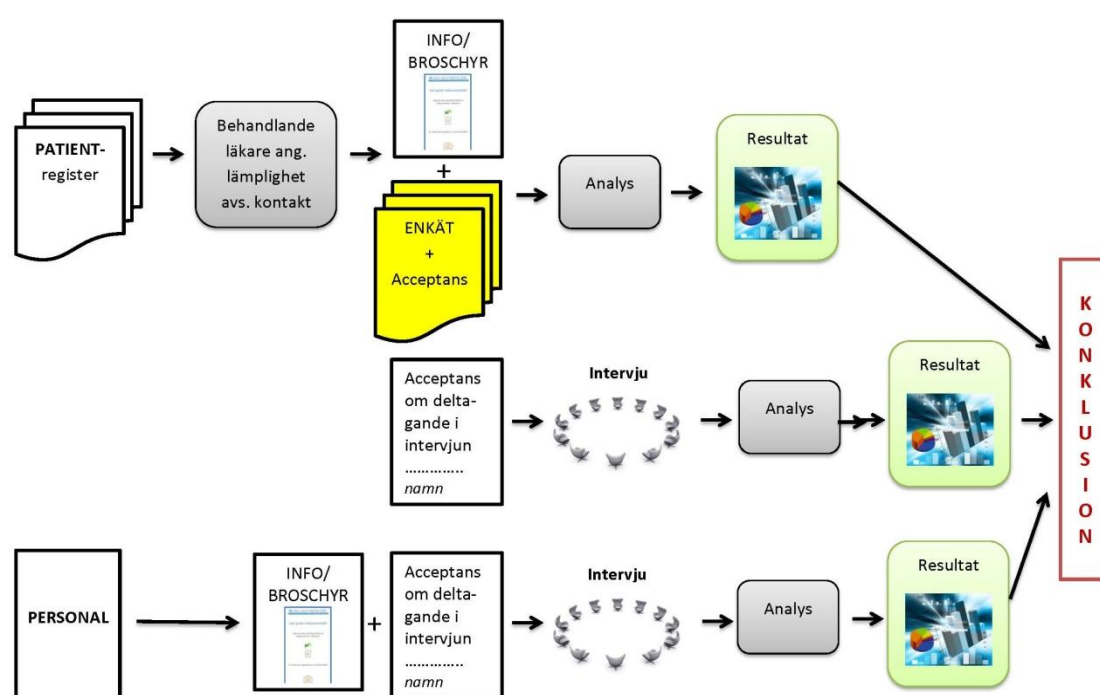
Kapitel 4: Datainsamling

I detta kapitel beskrivs procedur för datainsamling och representativitet utifrån ålder, kön, missat samtal och hälsovanor.

Datainsamlingen är beskriven i figuren nedan.

Figur 4.1

Datainsamling



Representativitet

Utdragsgruppen, enkätgruppen och intervjugruppen kunde jämföras utan skillnad angående kön, ålder och missat samtal, men intervjugruppen hade signifikant mer ohälsosamma levnadsvanor än enkätgruppen inom alla hälsofaktorer.

Tabell 4.2

	Utdragsgrupp	Enkätgrupp	Intervjugrupp
Ålder	64 (18-100)	57 (24-84)	68 (20-97)
Kön	54 % kvinnor	53 % kvinnor	52 % kvinnor
Svarar att de inte har haft samtalet		32 %	33 %
Använder inte tobak inkl snus		76 %	62 %
Dricker under risknivå		83 %	59 %
Fysiskt aktiva		52 %	33 %
Hälsosamma matvanor		48 %	40 %

Kapitel 5: Metod

I detta kapitel presenteras hur enkäten och intervjuguiden utvecklats och dess respektive innehåll. Här beskrivs även hur hälsosamtal kodats och registrerats nationellt.

Utveckling av enkät och intervjuguide

Enkäten och intervjuguiden är utvecklade utifrån det som är framfört under Bakgrund ovan och justerade efter genomläsning av personal med god erfarenhet av hälsosamtal och hälsoprogram. Därefter har enkäten blivit pilottestad bland patienter från Hälsoenheten på SUS Malmö. Intervjuguiden är pilottestad av 8 patienter från olika kliniker i Region Skåne. Båda är efterjusterade mot bakgrund av pilottesterna.

Intervju angående förförståelse

Huvudintervjuaren har tidigare arbetat med intervjuer av lungcancerpatienter och är väl förtrogen med den kvalitativa forskningsmetodologin. Biintervjuarna har också tidigare erfarenhet av denna metod. Huvudintervjuarens förförståelse var att hälsosamtal är positiva och att det är viktigt att ta vara på det friska i sjukdomssituationen, men har inte själv genomfört hälsosamtal. Angående upplevelser avseende hinder och facilitering har intervjuarna erfarenheter av olika attityder till hälsa och hälsopromotion hos personal och patienter. Med denna kunskap om förförståelse har intervjuarna försökt att hålla sig neutrala till frågorna och svaren i intervjusituationen.

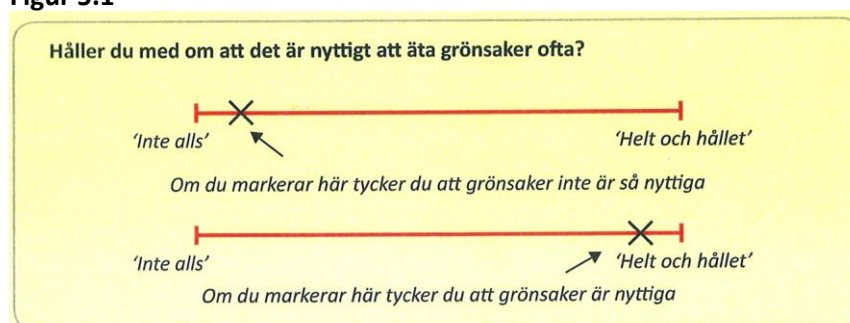
Enkät

Huvudområden:

- Dina erfarenheter av hälsosamtal (10 frågor)
- Dina önskemål om framtida hälsosamtal (11 frågor)
- Din bakgrund, inklusive socioekonomi (12 frågor)
- Frågor om dina levnadsvanor (4 områden)

Till frågor om upplevelser, attityder och önskemål användes en Visual Analogue Scale (VAS) från 0-100 mm utan gradering. Den gick från "inte alls" till "helt och hållet", se Figur 5-1. Frågor om levnadsvanor kom från Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder¹. Det var möjligt att infoga fri text i slutet på enkäten.

Figur 5.1



Kodning och registrering av hälsosamtal

Det visade sig att kod DV 030 inte användes nationellt i den omfattning vi trott, utan att Skåne och Västra Götaland är de enda regioner som använder koden i någon större omfattning. Därför undersöktes systematiskt hur man på annat sätt kunde registrera ett hälsosamtal för att få med aktiviteten i Stockholm och Västerbotten. Följande koder blev identifierade som möjliga koder för registrering av ett hälsosamtal: DV063, QV001, QV002, QX003 i tillägg till DV030. Därför är dessa använda i utdraget från det nationella patientregistret.

I Region Skåne har man knutit en ekonomisk ersättning till DV030 fr o m år 2012. Därför är det inte troligt att andra koder är använda för dokumentation av ett hälsosamtal.

Intervjuer

Intervjuerna var separata för patienter och för personal (se Figur 5.2 och 5.3). Intervjuerna var planerade med fasta tider, som deltagarna blev inbokade på. Därför var grupperna av olika storlek och sammansättning, se tabeller i Bilagan.

PATIENTINTERVJU

Figur 5.2

INTERVJUGUIDE: 39 patienter i 10 intervjuer

Introduktionstext: Välkomna och ge introduktion till intervjun. Berätta att det finns olika typer av råd som betecknas som hälsosamtal, alltifrån korta råd på några meningar till konkret hälsorådgivning under 30 minuter. Genomför en presentationsrunda med namn, ålder, geografi, anledning till sjukhusbesök. Påtala grundreglerna: inte prata i mun, släppa fram alla, moderatoren håller i processen, OK berätta om intervjumetoden ej om innehållet.

Fråga nr	Berört i antal intervjuer
f01 Hur många hälsosamtal har ni i gruppen haft intill nu?	13/19
f02 Vilka erfarenheter finns i gruppen av hälsosamtal?	18/19
f03 Var du intresserad av att delta i samtal om levnadsvanor?	19/19
f04 Vad anser ni vore ett bra bemötande vid hälsosamtalet?	19/19
f05 Vilken effekt anser du att ett bra hälsosamtal bör ha för att vara bra? (Ex: BRA hälsosamtal: ingen slutar röka, 1 av 10 slutar röka, 5 av 10, 7 av 10, alla slutar röka?)	18/19
f06 Hur upplevde du hälsosamtal relaterat till din diagnos?	16/19
f07 Tänker ni att det finns geografiska skillnader i olika delar av landet/Skåne?	19/19
f08 Har ni upplevt att kvinnlig och manlig personal har olika förhållningssätt till hälsosamtalet?	19/19
f09 Vad kan stödja att det blir ett bra hälsosamtal?	19/19
f10 Känner ni till några särskilda utmaningar för att stödja till att ändra levnadsvanor?	18/19
f11 Vad kan hindra att det blir ett bra hälsosamtal?	18/19
f12 Finns det attityder hos professionerna/personalen som är stödjande?	17/19
f13 Finns det attityder hos professionerna/personalen som är hindrande?	19/19
f14 Tror ni att en kurs skulle kunna hjälpa personalen (för det som tidigare nämnts)?	18/19
f15 Finns det könsskillnader som personalen skall vara uppmärksamma på? Var det något ni som män tycker personalen skall vara uppmärksamma på? Var det något ni som kvinnor tycker personalen skall vara uppmärksamma på?	18/19
f16 När känner ni er nöjda med stöd till att ändra levnadsvanor?	19/19
f17 Vilka är kriterierna för ett bra bemötande?	19/19

Avsluta med frågor från assistent för att samla ihop.

PERSONALINTERVJU

Figur 5.3

INTERVJUGUIDE: 36 personal i 17 intervjuer

Introduktionstext: Introduktionstext: Välkomna och ge introduktion till intervjun. Berätta att det finns olika typer av råd som betecknas som hälsosamtal, alltifrån korta råd på några meningar till konkret hälsorådgivning under 30 minuter. Genomför en presentationsrunda med namn, ålder, profession och utbildning. Påtala grundreglerna: inte prata i mun, släppa fram alla, moderatoren håller i processen, OK berätta om intervjumetoden ej om innehållet. presentationsrunda med namn, ålder.

Fråga nr	Berört i antal intervjuer
F01 Hur många hälsosamtal har ni haft fram tills nu?	17/17
F02 Har ni själva mottagit ett hälsosamtal?	3/17
F03 Vad anser ni vore ett bra bemötande vid hälsosamtalet?	17/17
F04 Vilka attityder har ni som personal till hälsofrämjande arbete?	15/17
F05 Tror ni det finns geografiska skillnader i olika delar av landet?	17/17
F06 Har kvinnor och män inom professionen olika hälsofrämjande förhållningssätt?	17/17
F07 Vad är faciliterande faktorer för hälsofrämjande samtal?	17/17
F08 Vad är hämmande faktorer för hälsofrämjande samtal?	16/17
F09 Finns det attityder hos professionerna som är stödjande?	13/17
F10 Finns det attityder hos professionerna som är hindrande?	13/17
F11 Vad kännetecknar läkare respektive sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta med sjukdomsförebyggande metoder för grupper med extra behov såsom funktionshinder eller språksvårigheter?	16/17
F12 Är det delar av hälsosamtalet som har blivit lättare av antalet samtal?	15/17
F13 Tror ni en kurs skulle kunna hjälpa läkare och sjuksköterskor att genomföra hälsosamtal?	16/17
F14 Om ja, vad skulle den då innehålla?	17/17
F15 Vilka är kriterierna för ett bra bemötande?	16/17

Avsluta med frågor från assistent för att samla ihop.

Kapitel 6: Analys och resultat

I detta kapitel redovisas resultatet från enkäten om patienternas preferenser av hälsosamtal, tvärgående analyser om hur samtalen var fördelade i relation till patienternas riskfaktorer, samt önskemål om framtida hälsosamtal. Här ingår multivariata analyser över riskfaktorer och typ av hälsosamtal. Kapitlet innehåller även resultat på patient- och personalintervjuer, samt en jämförelse över patienternas och personalens svar. De delas in i:

6a med generell analys med svar på frågor i enkät och intervjuer,

6b med tvärgående analys i enlighet med dels sociografiska grupper och dels med diagnosgrupper.

6a: GENERELL ANALYS OCH RESULTAT

Patienternas erfarenheter av hälsosamtal (sidorna 2-5 i enkäten)

Tabell 6a.1

Vem hade du hälsosamtalet med? (n = 246)

		antal
Läkare	17,5 %	43
Sjuksköterska	13,4 %	33
Dietist	10,6 %	26
Sjukgymnast	4,5 %	11
Annan	3,7 %	9
Fler samtal	6,9 %	18
Minns ej vem	7,3 %	17
Total med hälsosamtal	63,9 %	157
Har ej haft något hälsosamtal	31,7 %	78
Missed data	4,5 %	11
Kontroll: OK	100,1 %	246



Alla 246
ingår nedan,
dock är dessa
89=36,2 %
missing på
förhand!

Tabell 6a.2

Vilket kön hade personen du träffade? (n=246)

		antal
Kvinna	48,8 %	120
Man	8,1 %	20
Minns ej	4,9 %	12
Missed data	38,2 %	94
Kontroll: OK	100,0 %	246

Tabell 6a.3

Hur länge pratade ni? (minuter)

Minsta tid	0 min
Längsta tid	50 min
Median	20 min

Tabell 6.a.4

Var det relevant ? (VAS Skala 0-100 mm)

Minsta skattning	0 mm
Högsta skattning	100 mm
Median	72 mm

Tabell 6a.5

Vad pratade ni om? (kryss kunde sättas i flera områden samtidigt)						
	Tobak	Alkohol	Motion	Matvanor	Annan	Minns ej
Vilka levnadsvanor?	22,8 %	19,9 %	43,5 %	41,1 %	8,9 %	4,1 %
Fick du råd?	10,2 %	5,7 %	33,7 %	33,3 %	4,9 %	4,9 %
Satte ni upp mål om ändring?	4,1 %	1,6 %	21,1 %	20,7 %	3,7 %	1,2 %
Erbjöds du längre program?	1,6 %	0,0 %	3,7 %	2,4 %	1,2 %	1,2 %

Tabell 6a.6

Vad upplevde du? (VAS skala 0-100 mm)			
	Median	Minst	Högst
Det blev en dialog mellan dig och behandlaren?	73 mm	0	100
Förklaring på riskerna med ohälsosamma levnadsvanor?	68 mm	0	100
Förklaring på fördelarna med förändring av levnadsvanor?	74 mm	0	100
Var ni överens om huruvida du borde förändra levnadsvanorna?	37 mm	0	100
Prat om svårigheter som kan uppstå med försök till förändring?	51 mm	0	100
Prat om din motivation för att genomföra förändring?	74 mm	0	100
Fick du konkreta råd för hur du skulle kunna genomföra?	65 mm	0	100
Blev du erbjuden stöd i att genomföra förändringar?	14 mm	0	100
Upplevde du efter hälsosamtalet ökad motivation?	52 mm	0	100
Kan du efter hälsosamtalet i högre utsträckning påverka din hälsa?	55 mm	0	100

Tabell 6a.7

Hur tänker du idag kring eventuella förändringar av dina levnadsvanor?					
	Tobak	Alkohol	Motion	Matvanor	Annan
Var redan hälsosam vid samtalet	35 %	36 %	28 %	22 %	- %
Vill inte förändra	3 %	12 %	5 %	3 %	8 %
Har redan förändrat	9 %	5 %	9 %	9 %	6 %
Håller på med förändring	13 %	4 %	20 %	21 %	9 %
Förändrar inom 1 månad	1 %	1 %	5 %	3 %	1 %
Totalt	61 %	58 %	67 %	58 %	24 %
Missing data	39 %	42 %	33 %	42 %	76 %

Patienternas önskemål om framtida hälsosamtal (sidorna 6-9 i enkäten)

Tabell 6a.8

Är det acceptabelt att man i vården pratar om levnadsvanor oavsett orsaken till besöket? (VAS skala 0-100 mm)				
	Tobak	Alkohol	Motion	Matvanor
Median	90 mm	89 mm	89 mm	89 mm
Minsta skattning	0 mm	0 mm	0 mm	0 mm
Högsta skattning	100 mm	100 mm	100 mm	100 mm
Vet ej	1,2 %	1,2 %	1,6 %	1,2 %
Missing data	5,7 %	6,1 %	4,5 %	4,5 %

Alla 246 ingår nedan, utan att någon är missing på förhand!

Tabell 6a.9

Tycker du att vårdpersonalen i ett hälsosamtal ska: (VAS skala 0-100 mm)				
	Median	Minst	Högst	
Prata om risker med ohälsosamma levnadsvanor?	88 mm	0	100	
Prata om det positiva med att förändra ohälsosamma levnadsvanor?	89 mm	0	100	
Väcka intresse för att förändra ohälsosamma levnadsvanor?	89 mm	0	100	
Prata om svårigheter med att genomföra förändringar?	87 mm	0	100	
Ge stöd för att genomföra förändringar?	88 mm	0	100	
Ge konkreta råd kring hur man förändrar levnadsvanor?	89 mm	0	100	

Tabell 6a.10

Vilken typ av hälsosamtal om levnadsvanor anser du passar dig?	
Enkla råd: några minuters information och råd	22 %
Rådgivande samtal: 10-15 minuters individanpassad dialog	33 %
Kvalificerat rådg. samtal: längre fördjupat samtal, ofta med uppf	30 %
Inget, vill inte ha något hälsosamtal	9 %
Vet ej	5 %
Missing data	1 %

Tabell 6a.11

Önskar du möjlighet till: (flera X möjligt)	
Skriftlig information?	43 %
Internetbaserad rådgivning?	24 %
Patientutbildning med 6-8 kurstillfällen?	16 %
Telefonrådgivning?	9 %
Annan?	5 %
Nej önskar ingen ytterligare rådgivning	26 %

Tabell 6a.12

**Vad anser du utmärker en behandlare, som på ett bra sätt pratar om levnadsvanor?
(2 X möjligt att prioritera)**

De två högst prioriterade kategorierna med 47% och 42% är:

- 1) Ger individualiserad information + Levererar praktiska råd + Innehar kunskap om möjligheter till hjälp.
- 2) Visar intresse och empati + Ser hela patientens livssituation + Skapar en jämbördig relation.

Tabell 6a.13

Vad anser du att en patient bör göra för att kunna prata på ett bra sätt om levnadsvanor? (3 X möjligt att prioritera)	
Vara ärlig i samtalet	80 %
Ta eget ansvar för att genomföra relevanta förändringar	56 %
Kunna ta till sig råd som behandlaren ger	42 %
Vara aktiv i samtalet	30 %
Vara öppen	27 %
Vara positiv	24 %
Vara förberedd	18 %
Ge relevant information	13 %
Ha telefonen avstängd	11 %

Tabell 6a.14

**Var i vården anser du att man skall prata om levnadsvanor?
(flera X möjligt)**

På Vårdcentralen	72 %
På sjukhuset	55 %
Inom psykiatrin	24 %
Annan	7 %
Har ingen uppfattning	8 %

Tabell 6a.15

Tycker du att: (VAS skala 0-100 mm)

	Median	Minst	Högst
Vården ska dra nytta av patienters erfarenhet av hälsosamtal?	88 mm	0	100
Vårdpersonal ska följa upp om samtalet har lett till förändringar ?	84 mm	0	100

Tabell 6a.16

**Vem anser du har ansvar att ta upp frågor om
levnadsvanor? (flera X möjligt)**

Läkare	52 %
All personal jag träffar i hälso- och sjukvården	48 %
Jag själv, det är mitt eget ansvar	37 %
Sjuksköterska	35 %
Annan	5 %

Tabell 6a.17

Flera frågor: (VAS skala 0-100 mm)

Känner du till vilka levnadsvanor som är bra för din hälsa ?	85 mm	0	100
Lever du efter dina kundskaper om levnadsvanor	61 mm	0	100
Tycker du huvudskälet till besök kan vara att prata om levnadsvanor?	60 mm	0	100

Tabell 6a.18

**Skulle du vilja delta i en patientutbildning med 6-8 kurstillfällen som ökar möjligheten
att genomföra och behålla en förändring av dina levnadsvanor? (flera X möjligt)**

	Tobak	Alkohol	Motion	Matvanor	Annan	Nej	Vet ej
Ja omkring:	5 %	4 %	23 %	29 %	5 %	50 %	12 %
Totalt vill ca var tredje patient delta i denna typ av patientutbildning							

Din bakgrund (sidorna 10-11 i enkäten)

Kön: 52% kvinnor och 47% män (1% missing data)

Ålder: 68 år (median), 20 år (lägst), 97 år (högst) (1% missing data)

Hur många patienter var gravida? 1%

Hur många patienter hade planerad operation? 1%

Tabell 6a.19

Vilken är din högsta utbildningsnivå?

Grundskola	20 %
Gymnasium	19 %
Yrkesutbildning	29 %
Högskole-/universitetsutbildning	30 %

Tabell 6a.20

Vilken är din nuvarande sysselsättning?

Studerande	2 %
Anställd	23 %
Tjänst- eller föräldraledig	0 %
Ålderspensionär	50 %
Egen företagare	4 %
Arbetslös	4 %
Sjukskriven	5 %
Sjuk- eller förtidspensionär	9 %
Annat	1 %

Tabell 6a.21

Hur ser din familjesituation ut?

Ensamstående utan barn	13 %
Ensamstående utan hemmavarande barn	13 %
Ensamstående med hemmavarande barn	2 %
Bor med föräldrar	2 %
Gift/sambo utan barn	37 %
Gift/sambo utan barn hemmavarande barn	9 %
Gift/sambo med hemmavarande barn	17 %
Annat	5 %

Tabell 6a.22

Har det under de senaste 12 månaderna hänt att du haft svårigheter att klara utgifterna för mat, hyra, räkningar, mm?

85 % Nej

4 % Ja, vid ett tillfälle

8 % Ja, vid flera tillfällen

Tabell 6a.23

Om du plötslig skulle hamna i en oförutsedd situation, där du på en vecka måste skaffa fram 15 000 kr, skulle du klara det?

19 % Nej

79 % Ja

Tabell 6a.24

Var är du född:

Sverige 88 %

Övriga Norden 3 %

Övriga Europa 2 %

Övriga världen 2 %

Tabell 6a.25

Har du under någon gång ansett dig vara i behov av ett hälsosamtal, men avstått från att ta upp ämnet? (flera X möjliga)

Nej	68 %
Ja, för olika orsaker	28 %
Missing data	4 %

Frågor om dina levnadsvanor (sidorna 12-13 i enkäten)

Tabell 6a.26

Tobak (Med rökning avses daglig rökning, oavsett mängd cigaretter. För gravida, ammande och personer som ska opereras inkluderas även mer sporadisk rökning, och för dessa grupper finns särskilda rekommendationer.) ¹

	Rökning	Snusning
Aldrig varit rökare/snusare	48 %	72 %
Slutat för mer än 6 mdr sedan	34 %	0 %
Slutat för mindre än 6 mdr sedan	2 %	0 %
Rökare/snusare, men inte dagligen	3 %	1 %
Rökare/snusare, dagligen	11 %	24 %
Missing data	2 %	2 %
Bruk bland rökare: 10 cig/dag; minst 4 - högst 35		

Tabell 6a.27

Alkohol (Riskbruk är definierat som alkoholkonsumtion överstigande 14 standardglas/vecka för män och 9 för kvinnor. Med intensivkonsumtion avses 5 standardglas eller fler vid ett och samma tillfälle för män och 4 eller fler för kvinnor minst en gång i månaden.) ¹

Hur många standardglas på en vanlig vecka?	
Mindre än 1 eller inte alls	49 %
1 till 4	29 %
5 till 9	15 %
10 till 14	1 %
15 eller fler	1 %
Missing data	0 %
Hur ofta 4-5 standardglas eller mer vid ett och samma tillfälle?	
Aldrig	50 %
Mindre än 1 gång i månaden	22 %
Varje månad	5 %
2-3 gånger i månaden	2 %
Varje vecka	4 %
Dagligen eller nästan varje dag	0 %
Missing data	0 %

Tabell 6a.28

Fysisk aktivitet/Motion (Otillräcklig fysisk aktivitet definieras som < 150 minuter fysisk aktivitet/vecka på en måttlig intensitetsnivå, alt. < 75 minuter fysisk aktivitet/vecka på en hög intensitetsnivå.)¹

Hur mycket tid en vanlig vecka (andfådd)?	
Ingen tid alls	33 %
Mindre än 30 minuter	14 %
30 till 60	18 %
60 till 90	10 %
90 till 120	5 %
Mer än 120	11 %
Missing data	9 %
Hur mycket tid en vanlig vecka (vardagsmotion)?	
Ingen tid alls	6 %
Mindre än 30 minuter	9 %
30 till 60	15 %
60 till 90	18 %
90 till 150	22 %
150 till 300	12 %
Mer än 300	10 %
Missing data	8 %

Tabell 6a.29

Matvanor (Hälsosamma matvanor innebär att man äter fisk 2-3 gånger per vecka samt frukt och grönsaker minst 1 gång per dag.)

Hur ofta äter du:	Grönt	Frukt
2 gånger per dag eller mer?	22 %	31 %
1 gång per dag?	47 %	38 %
Några gånger i veckan?	22 %	22 %
1 gång i veckan eller mindre?	5 %	6 %
Missing data	4 %	3 %
	Fisk	
3 gånger i veckan?	11 %	
2 gånger i veckan?	32 %	
1 gång i veckan?	39 %	
Några gånger i månaden eller mer sällan?	15 %	
Missing data	3 %	

INTERVJUER

Patientintervju

f01: Antal hälsosamtal

Knappt hälften hade erfarenhet av ett fåtal hälsosamtal, en del hade redan haft ganska många samtal, och en del inte alls eller inte tydligt samtal.

f02: Erfarenheter av hälsosamtal

Flertalet av hälsosamtalen hade inte handlat om levnadsvanor eller haft ett otydligt syfte. En del hade upplevt ett tydligt syfte, något färre hade träffat dietist och enstaka kände tillit till personalen. Några kände att det var viktigt att ta egen kontroll, andra det motsatta att inte vara alls intresserad.

f03: Intresse av hälsosamtal

Nästan alla hade intresse, lite eller mycket. Några få svarade att de inte hade något intresse eller att de inte visste.

f04: Bemötande vid hälsosamtal

De viktigaste faktorerna vid bemötande var att se människan och individanpassa, vara empatiskt lyssnande och ha förtroende. För några innebär bemötande att visa intresse, lyfta upp, öppenhet, kravlöshet, att ha roligt samt beaktande av personkemi. Några få nämnde helhetstänkande, att hälsosamtal skulle vara obligatoriskt, att man ska bortse från åldersaspekter, eller att bemötandet inte spelar någon roll.

f05: Effekten av hälsosamtal

Omkring hälften svarade att ett hälsosamtal ska ge kunskap, medan resten svarade att samtalet ska ge en viss effekt, t ex ändrad levnadsvana. Några få kommenterade att ju fler som ändrat levnadsvana desto bättre samtal.

f06: Upplevelse av hälsosamtal relaterat till diagnos

Hälften upplevde att det inte hade gett någonting. En del erfor däremot att de blivit förstådda och fått saker förtydligade. Någon önskade alternativ eller uppföljning. Andra upplevelser var att ha blivit nertryckt, blivit bemött som en kompis eller som en kollega (tidigare personal).

f07: Geografiska skillnader i landet

Frågan om geografiska skillnader upplevdes som en rent hypotetisk fråga. Nästan alla tyckte att det finns skillnader, medan enstaka visste säkert att det föreligger skillnader avseende hälsosamtal i olika delar av landet.

f08: Könsskillnad personal förhållningssätt hälsosamtal

Mer än hälften har inte direkt upplevt någon skillnad i förhållningssätt mellan kvinnlig och manlig personal. Den största skillnaden upplevdes vara mjukhet och ett indirekt sätt hos kvinnlig personal eller tuffare manlig personal.

f09: Stödjande faktorer för hälsosamtal

De viktigaste stödjande faktorerna upplevdes vara motivation, att se människan samt försäkra sig om att patienten förstår. En del upplevde att det var viktigt att se småsaker, att minska psykisk ohälsa, och att följa upp, samt att konsultera andra, tid att lyssna och strukturera samtalet. Mindre vanliga önskemål var ärlighet och öppenhet, fokus på fysisk aktivitet samt kunskapsunderstöd till föreslagna åtgärder.

f10: Utmaningar stödja till att ändra levnadsvanor

Flest tyckte att det var en utmaning att testa nya metoder samt hur man kan få extra motivation. Andra utmaningar var uppföljning, tidsbrist och depression. Några enstaka nämnde för stort fokus på måtvärden, en akut händelse som ändrat allt, och att det tar tid att lära känna varandra.

f11: Hinder mot hälsosamtal

Det största hindret mot ett bra hälsosamtal var ovilja eller ointresse. En del nämnde hierarkiska skillnader mellan olika typer av sjukvårdspersonal, andra nämnde frånvaro av personkemi. Andra hinder var dålig miljö, moralpredikan, okunskap och nonchalans. Några få upplevde som hinder dåligt anpassad information och personalens önskemål att förändra allt.

f12: Stödjande attityder hos professionerna/personalen

De flesta nämnde att personalen skulle vara positiv och stöttande eller en engagerad medmänniska. En del ansåg det var viktigt att ha kunskap och kunna förklara tillsammans med att ha förståelse. Några få nämnde lyssnande, inse sin egen begränsning, vänlighet, ärlighet och tillit.

f13: Hindrande attityder hos professionerna/personalen

Den mest hindrande attityden ansågs vara ointresse och likgiltighet. En del ansåg otrevlighet och stress samt att se patienten som besvärlig var hindrande attityder. Mindre vanliga var tjatande, bagatelliserande, att prata över huvudet på patienten, skuldbeläggande samt dömande.

f14: Kurs för personalen

Patienterna ansåg att kurs för personalen skulle hjälpa. Samtalsmetodik stod högst upp på önskelistan tillsammans med teamarbete. Mindre förekommande önskemål var miljöaspekter, psykologiskt bemötande, samt att personalen skulle utbildas i en liten grupp. Dessutom nämndes att patienter kunde föreläsa för personalen, fysisk aktivitet på recept, insatser i skolan, bemöta andra kulturer, konstruktiva tips, de senaste forskningsrönen samt feedback från patienter.

f15: Könsskillnader hos patient som personal ska vara uppmärksam på

De flesta ansåg inte att det fanns någon könsskillnad. De skillnader som nämndes var hormonella skillnader och graviditet hos kvinnan samt kontrollbehov hos männen.

f16: Nöjd med stöd till att ändra levnadsvanor

Inga majoritetssynpunkter kom fram, men en del patienter kände sig nöjda med stöd när de blivit bekräftade eller när de blev uppföljda. Några få svarade att det var viktigt att få svar på sina frågor, att få lagom mycket stöd, att bli peppade, att de var nöjda när förändringen inträffat, att det fanns kontinuitet, respektive att de aldrig fick känna sig nöjda.

f17: Kriterier på bra bemötande

Positivt bemötande, bygga förtroende och ärlighet, bygga på kunskap och vara påläst samt att patienten ska vara i fokus. Några få nämnde kroppsspråk, gruppsamtal, miljöaspekter. Enstaka fokuserade på att vara realistisk, teamarbete och uppföljning. Flest patienter tyckte det var jättekul att få berätta om sina erfarenheter. Det kändes bra att få prata och var inspirerande.

Personalintervju**F01 Erfarenhet av att hålla hälsosamtal**

Det finns personal som har haft hälsosamtal i uppemot 20 år, och någon som har varit MI-utbildad rökavvänjare endast ett par veckor, och allt däremellan. De flesta är ganska erfarna av hälsosamtal och håller minst fem per vecka.

F02 Egen erfarenhet av att ha fått hälsosamtal

De allra flesta har ingen egen erfarenhet av att ha fått hälsosamtal. Några enstaka refererar till hälsoundersökning i samband med nya arbeten inom sjukvården.

F03 Bra bemötande vid hälsosamtal

Lyssna in patienten, inga pekpinnar, se till hela människan.

F04 Personalens attityder till hälsofrämjande arbete

Entusiasm, använder personligt arbetssätt, Hälsofrämjande arbete skapar nya svårigheter, då riktlinjerna ibland kan vara oklara kring hur remittering ska gå till.

F05 Geografiska skillnader – tror ni det finns

Några få har faktisk erfarenhet av geografiska skillnader avseende vård – inte avseende hälsosamtal, någon enstaka har kollegor med erfarenhet. Flera av personalen för hypotetiska resonemang kring hälsoproblem som är relaterade till lands- eller stadsboende.

F06 Kön inom professionen – olika hälsofrämjande förhållningssätt

Personalen nekar till att det finns olika förhållningssätt relaterat till kön och för ett demokratiskt resonemang kring lika rättigheter. Personal anser inte att deras hälsofrämjande förhållningssätt uppfattas olika av patienterna.

F07 Faciliterande faktorer för hälsofrämjande samtal

Skapa tillit/tillåtelse hos patienten, teamwork & ledningsstöd, stimulerande atmosfär & miljö.

F08 Hämmande faktorer – finns det

Avsaknad av stöd, tidsbrist, ersättningssystemet styr indirekt vilka åtgärder som ska sättas in, patienten uppfattar ej råd.

F09 Stödjande attityder – finns det

Genuint intresse för patienter, om någon verkligen vill ha hjälp så får de det, vågar inte uttala sig generellt.

F10 Hindrande attityder – finns det

Det är någon annans ansvar att ha hälsosamtal, personal som själv lever ohälsosamt och ska utföra hälsosamtal, att vara alltför entusiastisk.

F11 Funktionshinder – läkare och sjuksköterskors erfarenheter

Använda ordentligt med tid, vara kreativ och tänka utanför boxen, hitta nya lösningar utifrån individen.

F12 Språksvårigheter – läkare och sjuksköterskors erfarenheter

Goda erfarenheter med att arbeta precis på samma mellanmänniska sätt som vid gemensamt språk och med att använda tolk, inklusive telefontolk. Språksvårigheter är mer kulturella aspekter.

F13 Delar av hälsosamtalet som blivit lättare av antalet hälsosamtal

Tabubelagda ämnen, fingertoppskänslan av vad som kan tas upp, strukturen är en hjälp till upplägget av hälsosamtalet.

F14 Kurs för personalen – skulle den hjälpa och vilket innehåll

De flesta tycker att MI är något som borde ingå på en kurs, några få anser att veckovisa reflektioner eller genomgång av patientfall kan hjälpa personalen att utvecklas.

F15 Gott bemötande kriterier – avslutande fråga

Lyhörd, inte fördöma, närvarande, positiv, utgå från patienten.

6b. Tvärgående analyser**Vem fick hälsosamtalen?**

Alla som ingick hade ett registrerat hälsosamtal, men frågan var hur samtalen var fördelade i relation till patienternas riskfaktorer? Vi såg att 48% av rökarna och 25% av snusarna fick ett hälsosamtal om tobak, men det fick också 18-22% av icke-rökare och icke-snusare. Samma mönster sågs beträffande alkoholanvändare, där 50% av riskbrukarna fick ett samtal och 19% utan riskbruk hade också haft ett hälsosamtal. 42-43% av patienterna med låg fysisk aktivitet och motion fick ett samtal, men det fick också 44-45% av dem utan denna risk. I tillägg fick 35% av patienterna med ohälsosamma matvanor ett hälsosamtal, men ännu fler, 43%, utan ohälsosamma matvanor hade ett samtal om matvanor.

Sammanfattningsvis svarade drygt en tredjedel av patienterna med registrerat hälsosamtal att de inte hade haft samtalet.

För vem hade samtalen effekt?

Effekt definierades som svaren "redan förändrat", "håller på med förändringar" och "vill förändra inom en månad" för patienter med hälsoriskfaktorerna tobak, alkohol, fysisk aktivitet och/eller matvanor. Detta blev jämfört med socioekonomiska karakteristika i patientgruppen. De områden som var signifikant betydande ($p \leq 0,05$ angivet med *) eller tenderade signifikans ($0,05 < p \leq 0,10$ angivet med +) ingick i den efterföljande multivariata analysen ($p \leq 0,05$). Ett streck (–) visar på att faktorn var jämnt fördelad.

Tabell 6b.1

Univariat analys av effekt	Tobak	Alkohol	Fysisk aktivitet	Matvanor
Ålder	–	–	*	*
Kön	–	*	–	–
Utbildningsnivå	–	+	–	*
Sysselsättning	–	–	+	–
Familjesituation	+	*	–	*
Svårigheter med utgifterna de senaste 12 mdr / Skaffa fram 15 000 kr på en vecka	*	–	*	–

Den multivariata analysen i tabell 6b.2 visade att endast enskilda faktorer var av signifikant betydelse för hälsosamtals effekt. Yngre hade bäst effekt av samtalen angående motion och matvanor jämfört med äldre; män bättre än kvinnor vid alkoholsamtal; patienter med ekonomiska utmaningar vid tobak och fysisk aktivitet; lång utbildning jämfört med kortare/ingen utbildning påverkade bara effekten angående matvanor – efter kontroll för övriga faktorer.

Tabell 6b.2

Multivariat analys av effekt	Tobak	Alkohol	Fysisk aktivitet	Matvanor
Ålder	–	–	*	*
Kön	–	*	–	–
Utbildningsnivå	–	–	–	*
Sysselsättning	–	–	–	–
Familjesituation	–	–	–	–
Svårigheter med utgifterna de senaste 12 mdr / Skaffa fram 15 000 kr på en vecka	*	–	*	–

Vem önskar vilket hälsosamtal i framtiden?

De faktorer som utskildes som signifikant betydande ($p \leq 0,05$ är angivet med *) eller tenderade signifikans ($p \leq 0,10$ är angivet med +) ingick i den efterföljande multivariata analysen ($p \leq 0,05$).

Tabell 6b.3

Univariat analys av önskemål	Inget samtal	Enkla råd	Rådgivande samtal	Kvalificerat samtal	Patient-utbildning
Ålder	-	-	-	-	-
Kön	-	-	-	-	*
Rökning	-	-	-	-	-
Snus	-	-	-	-	-
Alkohol	-	-	-	-	-
Fysisk aktivitet	+	-	-	-	-
Matvanor	-	-	+	-	-
Utbildningsnivå	-	-	*	+	-
Sysselsättning	*	-	-	-	-
Familjesituation	-	-	-	-	-
Svårigheter med utgifterna de senaste 12 mdr / Skaffa fram 15 000 kr på en vecka	-	+	-	*	*

Den multivariata analysen i tabell 6b.4 visade att ganska få faktorer var av signifikant betydelse för vilket hälsosamtal patienterna tyckte passade dem. Svaren visade inga preferenser för olika åldersgrupper, sysselsättning och familjesituation, eller för de fyra riskfaktorerna – efter kontroll av förväxlingsfaktorer (s k confounders). Dessutom var det inga konkreta grupper som hade signifikanta önskemål om enkla råd eller inget samtal alls.

Tabell 6b.4

Multivariat analys av önskemål	Inget samtal	Enkla råd	Rådgivande samtal	Kvalificerat samtal	Patient-utbildning
Ålder	-	-	-	-	-
Kön	-	-	-	-	*
Rökning	-	-	-	-	-
Snus	-	-	-	-	-
Alkohol	-	-	-	-	-
Fysisk aktivitet	-	-	-	-	-
Matvanor	-	-	-	-	-
Utbildningsnivå	-	-	*	*	-
Sysselsättning	-	-	-	-	-
Familjesituation	-	-	-	-	-
Svårigheter med utgifterna de senaste 12 mdr / Skaffa fram 15 000 kr på en vecka	-	-	-	*	*

Signifikant fler kvinnor önskade den långa patientutbildningen på 6-8 veckor, patienter med lång utbildning och med ekonomiska utmaningar önskade oftare ett kvalificerat samtal, medan patienter med kortare/

ingen utbildning oftare önskade rådgivande samtal. Patienter utan ekonomiska utmaningar önskade oftare den långa patientutbildningen.

Vad tycker patienter och personal om samma frågor?

Sammanställningen nedan visar att patienter och personal var överens på flera områden, men att det också var skillnader inom de flesta områden; speciellt angående könsrelaterade skillnader i förhållningssätt, faktorer som kan stödja eller hindra ett bra hälsosamtal, attityd hos personalen och kriterier för ett bra samtal. Båda grupperna tyckte det vore bra med personalkurs, men hade olika förslag till innehåll.

Tabell 6b.5

Patienter	Personal
<i>Hur många hälsosamtal har ni i gruppen haft intill nu?</i>	
f01: Knappt hälften hade ett fåtal hälsosamtal, en del hade många samtal, och en del inte alls eller inte tydligt samtal.	F01: Personalen har stor erfarenhet med många samtal.
<i>Vad anser ni vore ett bra bemötande vid hälsosamtalet?</i>	
f04: Se människan och individanpassa, empatiskt lyssnande och förtroende.	F03: Lyssna in patienten, inga pekpinnar, se till hela människan.
<i>Tänker ni att det finns geografiska skillnader i olika delar av landet/Skåne?</i>	
f07: Majoriteten menade att det finns skillnader, medan en person visste säkert att det föreligger skillnader.	F05: Ingen erfarenhet av geografiska skillnader avseende hälsosamtal, men hypotetiska resonemang.
<i>Har ni upplevt att kvinnlig och manlig personal har olika förhållningssätt till hälsosamtalet?</i>	
f08: Några få har upplevt mjukhet och ett indirekt sätt hos kvinnlig personal eller tuffare manlig personal.	F06: Personalen nekar till att det finns. De anser inte att deras hälsofrämjande förhållningssätt uppfattas olika av patienterna.
<i>Vad kan stödja att det blir ett bra hälsosamtal?</i>	
f09: Motivation, att se människan samt försäkra sig om att patienten förstår. En del upplevde att det var viktigt att se småsaker och att minska psykisk ohälsa. Några få upplevde att uppföljning var viktig, att konsultera andra, tid att lyssna och struktur. Mindre vanliga önskemål var ärlighet och öppenhet, fokus på fysisk aktivitet samt kunskapsunderstöd till föreslagna åtgärder.	F07: Skapa tillit/tillåtelse hos patienten, teamwork & ledningsstöd, stimulerande atmosfär & miljö.
<i>Vad kan hindra att det blir ett bra hälsosamtal?</i>	
f11: Ovilja eller ointresse. En del nämnde hierarkier jämte ingen personkemi. Andra hinder var dålig miljö, moralpredikan, okunskap och nonchalans. Dessutom dåligt anpassad information och personalens önskemål att förändra allt.	F08: Avsaknad av stöd, tidsbrist, ersättningssystemet styr indirekt vilka åtgärder som ska sättas in, patienten uppfattar ej råd.
<i>Finns det attityder hos professionerna/personalen som är stödjande?</i>	
f12: Personalen skulle vara positiv, stöttande och en engagerad medmänniska. En del ansåg det var viktigt att ha kunskap och att kunna förklara eller att ha förståelse. Några få nämnde	F09: Genuint intresse för patienter, men också att om någon verkligen vill ha hjälp så får de det. Andra vågar inte uttala sig generellt.

lyssnande, inse sin egen begränsning, vänlighet, ärlighet och tillit.	
<i>Finns det attityder hos professionerna/personalen som är hindrande?</i>	
f13: Ointresse eller likgiltighet samt otrevlighet, stress, samt att se patienten som besvärlig. Mindre vanliga var tjatande, bagatelliserande, att prata över huvudet på patienten, skuldbeläggande samt dömande.	F10: Det är någon annans ansvar att ha hälsosamtal, personal som själv lever ohälsosamt och ska utföra hälsosamtal, att vara alltför entusiastisk.
<i>Tror ni att en kurs skulle kunna hjälpa personalen (för det som tidigare nämnts)?</i>	
f14: Ja. Samtalsmetodik stod högst upp på önskelistan, samt teamarbete. Dessutom nämndes att patienten kan föreläsa för personal, fysisk aktivitet på recept, insatser i skolan, bemöta andra kulturer, konstruktiva tips, de senaste forskningsrönen samt feedback från patienter.	F14: Ja. De flesta tycker att MI är något som borde ingå i en kurs, några få anser att veckovisa reflektioner eller genomgång av patientfall kan hjälpa personalen att utvecklas.
<i>Vilka är kriterierna för ett bra bemötande?</i>	
f15: Ha ett positivt bemötande, bygga förtroende och ärlighet, samt bygga på kunskap och vara påläst. Patienten ska vara i fokus. Dessutom nämndes kroppsspråk, gruppsamtal, miljöaspekter, att vara realistisk, teamarbete och uppföljning.	F15: Lyhörd, inte fördöma, närvarande, positiv, utgå från patienten.

Vad tycker läkare respektive sjuksköterskor kännetecknar deras erfarenheter av att arbeta med sjukdomsförebyggande metoder med de respektive undersökta patientgrupperna?

Enkäten visade att flertalet av samtalen var genomförda av läkare. Vid flersvarsalternativ tyckte patienterna att ansvaret för att ta upp frågor om levnadsavanor primärt var läkares, därefter all personals, och sist sjuksköterskors. 1/3 tyckte också att det var deras eget ansvar.

I fokusgruppsintervjuerna av personalgruppen inkluderade gruppen av sjuksköterskor också barnmorskor/sjukgymnaster/dietister/kuratorer. De var överens med läkarna på många områden, men det var också skillnader (se tabellen nedan).

Tabell 6b.6

Läkare	Sjuksköterskegruppen
F03: Vad anser ni vore ett bra bemötande vid hälsosamtalet?	
Flertalet i både läkargruppen och sjuksköterskegruppen var överens om, att det är viktigt att personalen har en förutsättningslös (icke dömande) hållning till mötet.	
-	Enstaka nämnde, tillit från patienten, och att möta patienten på samma nivå, att använda lekfullhet i samtalet kom fram i en intervju.

F04: Vilka attityder har ni som personal till hälsofrämjande arbete?	
-	
Enstaka läkare nämnde, att de, och de avdelningarna de varit på, tog hälsofrämjande arbete på allvar. En menade att det inte gällde hans specialistverksamhet och en hade okunskap om riktlinjerna.	En del tog upp hur man kommer vidare från att bara ha ett informerande förhållningssätt som personal, enstaka talade om att det är patientens eget val om de vill ändra levnadsvanor, en del ser svårigheter i det hälsofrämjande arbetet, en var undvikande, enstaka nämnde att de hade en viktig funktion att fånga motivation hos patienten.
F07: Vad är faciliterande faktorer för hälsofrämjande samtal?	
-	
-	Enstaka nämnde, bemötandet, uppföljning och patientens befintliga kunskap om sjukdom, att fokusera på patienten och på deras arbetsmiljöfaktorer, ett upplägg till samtalet t ex i form av broschyr och att avsätta tillräcklig tid. Några få talade om att lyfta fram friskfaktorer gärna i ett utvecklingsprojekt, enstaka nämnde en bra miljö/atmosfär, att ha kontinuitet med patienten, att patienten tar ansvar och tydliga riktlinjer. Några få tog upp teamwork personalen emellan.
F08: Vad är hämmande faktorer för hälsofrämjande samtal?	
Flertalet i läkargruppen och sjuksköterskegruppen var överens om, att hämmande faktorer är när patienten ej tar ansvar eller inte uppfattar det personalen säger. De var också överens om, att tidsbrist är hämmande och att ersättningssystem kan vara hämmande, för att dokumentationen tar tid och att det kan leda till att ledningen av verksamheten önskar många hälsosamtal utan att bry sig om kvaliteten på samtalen.	
-	Enstaka påpekade, att närstående kan hämma och att det kan vara svårt att fånga problem. Några få nämnde att olämplig lokal, där samtalet blir avbrutet, kan hämma och andra yttre faktorer, såsom olika information från media och annan personal.
F09: Finns det attityder hos professionerna/personalen som är stödjande?	
Flertalet av personalen beskrev, hur ett genuint patientintresse är en stödjande attityd, att lära känna patienten, att söka att finna motivation hos patienten och att fylla på patientens kunskap. Att ha en bra stödorganisation sågs också som stödjande attityd från kolleger och ledning.	
Enstaka nämnde, att bygga upp ett förtroende med patienten och att ge patienten stöd.	En del talade om, att en stödjande attityd är att jobba patientcentrerat och att se samtalet som ett positivt verktyg. Enstaka saknade stöd och enstaka nämnde att bekräftelse är viktigt, när patienten har fattat beslut om livsstilsändring redan innan samtalet. Enstaka nämnde också att

	det är stödande om personalen är hälsosam och att visa patienten ett helhetsperspektiv.
F10: Finns det attityder hos professionerna/personalen som är hindrande?	
Personalen var överens om, att det var en hindrande attityd om personalen var motsträvig och att det var svårt om inte patienten kämpar själv.	
Enstaka stöter inte på hindrande attityder, enstaka nämnde brist på kompetens hos personalen, orimliga patientförväntningar och att personalen väljer att inte se samband, men i stället ser sig själv som specialist.	Några få tyckte, att det är en hindrande attityd inte att ta sig tid till hälsosamtal. Enstaka menade, att det var hindrande om personalen är alltför entusiastisk, har ett alltför medicinskt fokus eller själv lever ohälsosamt. Försämrade arbetsvillkor hos personalen, och att den övertagande enheten inte ger stöd, nämndes också av enstaka.
F11: Vad kännetecknar läkare respektive sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta med sjukdomsförebyggande metoder för grupper med extra behov såsom funktionshinder?	
Läkar- och sjuksköterskegruppen var överens om, att när man jobbar med grupper med funktionshinder, så krävs ett annat fokus och att personalen ofta får tänka in yttre resurser. De var också överens om, att det i arbetssättet var viktigt att visa och presentera och repetera och att man med fördel kan vara konkret, ha ett stärkande förhållningssätt och att använda humor.	
Enstaka nämnde, att det är mycket om patienten både har fysiskt och psykiskt funktionshinder.	Enstaka har bra erfarenhet av teckenspråkstolk, dock kräver det lite mer tid. Enstaka talar om att dra in kontaktpersoner i sitt arbetssätt, att erbjuda Fysisk Aktivitet på Recept/Lättgympa samt att ha en icke fördomande tillgång eller möte på samma sätt som utan funktionshinder.
F12: Vad kännetecknar läkare respektive sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta med sjukdomsförebyggande metoder för grupper med extra behov såsom språksvårigheter?	
Personalen var överens om, att grupper med språksvårigheter ofta har en annan familjestruktur och att man i sitt arbetssätt möter en kulturskillnad i syn på läkaren och syn på riskfaktorer som övervikt och alkohol. De hade också erfarenhet med att jobba med tolk och telefontolk.	
Enstaka hade erfarenheten, att om patienten pratade ett annat språk, då blev det inget hälsosamtal.	Några få tycker, att det är svårare att ha hälsosamtal med en person med språksvårigheter; enstaka tog upp att talsvårigheter också kan röra patienter med afasi.
F13: Är det delar av hälsosamtalet som har blivit lättare av antalet samtal?	
Det som huvudparten av läkargruppen och sjuksköterskegruppen var överens om var, att man som erfaren personal blir bra på sin specialitet, att man utvecklar fingertoppskänsla, att man lättare kan gå till känsliga ämnen, och generellt desto fler timmar desto större lärande. Det som blir lättare av antalet samtal med samma patient är att man bygger förtroende.	
Enstaka nämnde, att personalens kontinuitet med en patient bara är en liten bit av patientens liv.	En del tyckte att mall och struktur för samtal hade gjort det enklare; enstaka nämnde, att enklare problematik förekommer oftare och därför ger mer erfarenhet.

F14: Tror ni en kurs skulle kunna hjälpa läkare och sjuksköterskor att genomföra hälsosamtal?	
Flertalet av personalen menade att kontinuerlig undervisning skulle hjälpa dem.	
Enstaka nämnde att en mentorordning skulle vara bra.	En del önskade en kurs i Motivational Interviewing (MI), alternativen till MI, en kurs med teoretisk grund eller en kurs om att hantera känsliga ämnen. Enstaka nämnde att självkännedom borde vara ett element i kursen, att arrangemanget ska vara trevligt och med uppföljning. Enstaka hade haft nytta av sin handledarutbildning också till patienter.
F15: Vilka är kriterierna för ett bra bemötande?	
Personalen var överens om, att kriterier för ett bra bemötande var fokus och ett lyhörd, tillåtande och ödmjuk tillvägagångssätt.	
Enstaka talade om, att det behövdes bättre struktur och att strama åt rutinerna kring hälsosamtal.	En del i gruppen betonade att ha kunskap som professionell som ett viktigt kriterium. Att ha tid och återkoppling samt bekräftelse var det också en del som framhävde. Enstaka nämnde empati, att ge patienten ansvar och tillgänglighet som viktiga kriterier för ett bra bemötande.

TVÄRGÅENDE GRUPPER: KÖN, ÅLDER, UTBILDNING, INKOMST, FÖDELSELAND

Hur intresserade var patienterna av att delta i samtal om levnadsvanor i respektive grupper?

Intresset var stort och relativt likt i de tvärgående grupperna, då bara en liten del (0-10%) inte visste om de var intresserade:

- 3-4% för kvinnor respektive män
- 1-7% för de 3 olika åldersgrupperna (≤ 30 , 31-69, ≥ 70 år)
- 3-6% i de 4 olika utbildningsgrupperna (grundskola, gymnasium, yrke, högskola/universitet)
- 3-10% i grupperna med eller utan ekonomiska utmaningar (haft svårigheter att klara utgifterna de senaste 12 månaderna; redo att skaffa 15 000 kr på en vecka vid oförutsedda utgifter)
- 0-3% i relation till Sverige eller annat land som födelseland (dvs 2 grupper).

Totalt sett tyckte 79-88% att en av tre typer av samtal (enkla råd, rådgivning, kvalificerad rådgivning) var passande i de tvärgående grupperna:

- 83-87% för kvinnor respektive män
- 79-88% för de 3 olika åldersgrupperna
- 80-88% i de 4 olika utbildningsgrupperna
- 83-86% i ekonomigrupperna
- 80-85% i relation till födelseland

Finns det särskilda utmaningar kring motivationsnivån för de tvärgående grupperna?

I grupperna var det inte stora skillnader avseende andelen av patienter utan motivation, men alkohol var den riskfaktor med flest utan motivation. Däremot var förekomsten av riskfaktorer varierande i de olika grupperna:

- Kön: Signifikant fler kvinnor drack någon alkohol jämfört med män ($p = 0,004$), medan signifikant fler män drack över riskgränserna och åt ohälsosamt ($p = 0,013$)

- Ålder: Signifikant fler i mellangruppen åt ohälsosamt ($p = 0,046$)
- Utbildning: Signifikant fler med grundskola åt ohälsosamt ($p = 0,011$)
- Ekonomiska utmaningar: Signifikant fler med ekonomiska utmaningar drack alkohol ($p = 0,028$)
- Födelseland: Ingen signifikant skillnad mellan de som var födda i Sverige och utomlands

Tabell 6b.7

Patienter med hälsosamtal: Riskfaktorer i respektive grupper					
	Antal	Tobak	Alkohol	För lite Motion	Ohälsosam Mat
Kvinnor	128	38%	45%*	83%	72%
Män	115	33%	27%	77%	85%*
≤ 30 år	14	57%	64%	79%	63%
31-69 år	117	39%	36%	84%	85%*
≥ 70 år	111	31%	33%	77%	73%
Grundskola	50	28%	26%	90%	92%*
Gymnasium	47	38%	40%	75%	72%
Yrkesutbildning	72	37%	40%	78%	82%
Högskola/Universitet	73	38%	38%	80%	69%
Missing	4	-	-	-	-
Ekonomiska utmaningar	208	36%	55%*	86%	86%
Inte utmaningar	29	41%	34%	79%	77%
Missing	6	-	-	-	-
Född i Sverige	218	36%	36%	81%	78%
Född utomlands	15	40%	47%	73%	87%
Missing	10	-	-	-	-

Tabell 6b.8

Patienter utan motivation ("precontemplation stage") angående ändringar av riskfaktorer					
	Antal	Tobak	Alkohol	För lite Motion	Ohälsosam Mat
Kvinnor	128	2%	10%	6%	3%
Män	115	5%	15%	4%	4%
≤ 30 år	14	0%	0%	0%	7%
31-69 år	117	3%	15%	3%	2%
≥ 70 år	111	5%	11%	7%	5%
Grundskola	50	2%	6%	4%	4%
Gymnasium	47	9%	13%	4%	2%
Yrkesutbildning	72	4%	13%	6%	3%
Högskola/Universitet	73	0%	15%	4%	4%
Missing	4	-	-	-	-
Ekonomiska utmaningar	208	3%	12%	4%	3%
Inte utmaningar	29	7%	13%	9%	7%
Missing	6	-	-	-	-
Född i Sverige	218	4%	12%	5%	4%
Född utomlands	15	0%	20%	0%	0%
Missing	10	-	-	-	-

Patienterna frågades också om de upplevde hälsosamtalen relevanta, och skattningen var fördelad lika mellan grupperna ($p=0,314$); se tabellen nedan.

Tabell 6b.9

Skattning av hälsosamtalrelevansen (VAS 0-100)		
	Median	Minsta-högsta skattning
Kvinnor	73 mm	(0-100)
Män	71 mm	(8-100)
≤ 30 år	85 mm	(39-92)
31-69 år	73 mm	(0-100)
≥ 70 år	70 mm	(3-100)
Grundskola	82 mm	(23-100)
Gymnasium	63 mm	(13-100)
Yrkesutbildning	67 mm	(3-100)
Högskola/Universitet	74 mm	(0-100)
Ekonomiska utmaningar	73mm	(0-100)
Inte utmaningar	58mm	(13-100)
Född i Sverige	72mm	(0-100)
Född utomlands	65mm	(20-100)

Vilka framgångsfaktorer gick det att lyfta fram för att de undersökta patientgrupperna skulle känna sig nöjda med det stöd till ändrade levnadsvanor, som hälso- och sjukvården erbjuder i enlighet med de nationella riktlinjerna?

Bland de tvärgående grupperna efterfrågades i de flesta tillfällen samma framgångsfaktorer, men det var dock några skillnader (se tabell 6b.10):

- Kön: signifikant fler kvinnor än män empati ($p=0,027$) och uppföljning ($p=0,008$)
- Ålder: signifikant fler unga föredrog individualiserad information ($p=0,005$) och uppföljning ($p<0,001$)
- Utbildning: Signifikant fler med grundskola och yrkesutbildning tyckte det var bra att samtalet börjar i tid ($p=0,01$). Patienter med gymnasium fokuserade på fördelar vid att ändra vanor ($p=0,026$) och de med längsta utbildning tyckte individualiserad information var av signifikant betydelse ($p<0,001$)
- Ekonomiska utmaningar: Här var inga signifikanta skillnader.
- Födelseland: Det har signifikant större betydelse för patienter födda i Sverige än utomlandsfödda att börja i tid ($p=0,022$).

Tabell 6b.10

Vad utmärker en behandlare som på ett bra sätt pratar om levnadsvanor? (flera kryss möjligt)						
	Börjar i tid	Empati	Pratar fördelar	Individ. Info	Värderingsfritt sätt	Uppföljning
Kvinnor	38%	49%*	20%	47%	23%	39%*
Män	30%	35%	24%	48%	31%	23%
≤ 30 år	14%	21% ^a	7%	71%*	29%	64%*
31-69 år	31%	44%	23%	55%	26%	38%
≥ 70 år	41% ^a	43%	23%	37%	27%	20%
Grundskola	46%*	42%	26%	30%	26%	24%
Gymnasium	28%	49%	36%*	45%	23%	34%
Yrkesutbildning	43%*	35%	17%	42%	27%	36%
Högskola/Universitet	22%	47%	15%	67%*	30%	30%
Ekonomiska utmaningar	33%	42%	22%	49%	28%	30%
Inte utmaningar	41%	48%	22%	46%	24%	39%
Född i Sverige	36%*	42%	22%	49%	27%	31%
Född utomlands	7%	47%	20%	47%	33%	53% ^a

^a Detta var inte signifikant ($p=0,07-0,25$)

Var i vården skall man prata om levnadsvanor: på Vårdcentral, Sjukhus eller i Psykiatrin?

Svaren utan signifikanta skillnader ibland grupperna.

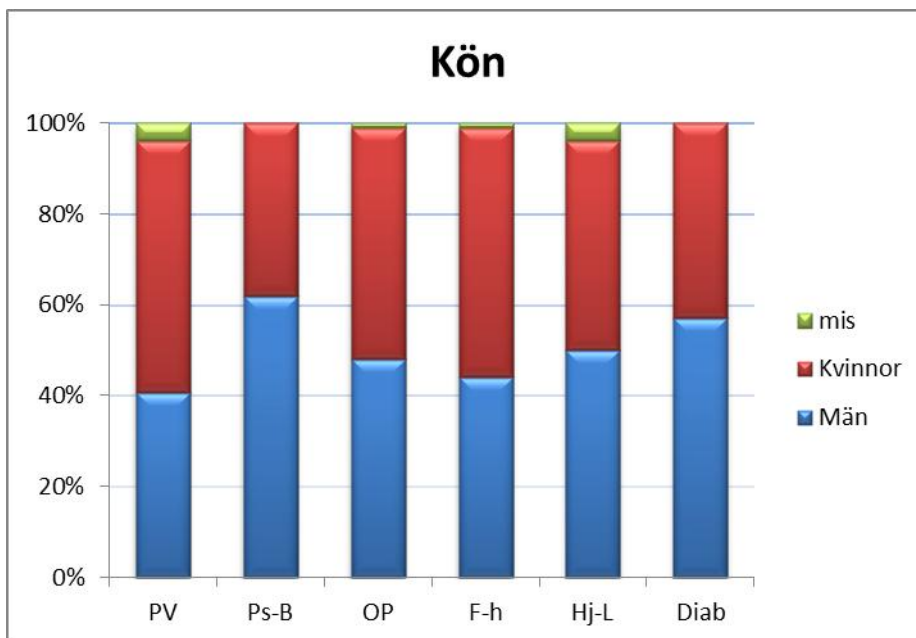
DIAGNOSGRUPPER

De 6 diagnosgrupperna baserades på ICD-10 katalogen; gruppen från primärvården är dock inte uppdelad efter diagnoser, dvs. den innehåller alla diagnosgrupperna.

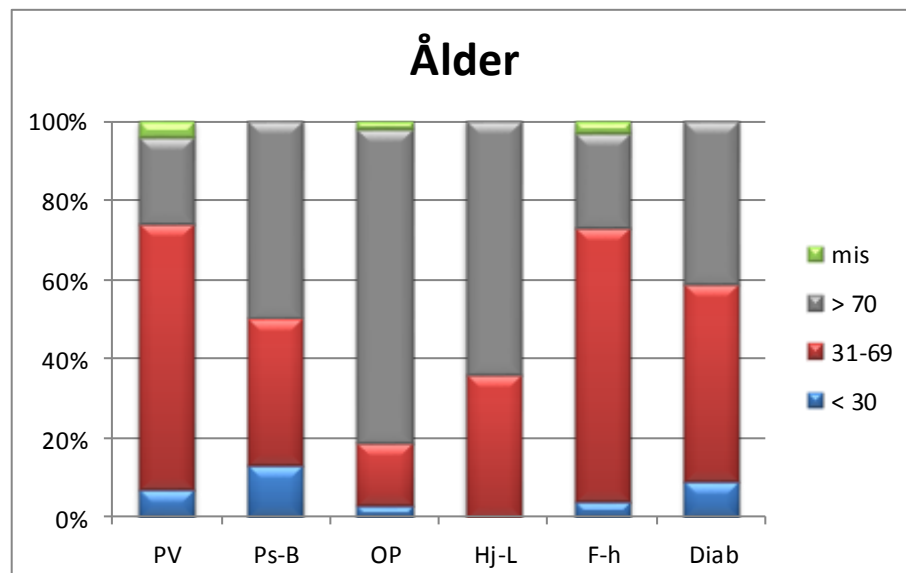
Fördelning av kön och ålder i de olika diagnosgrupperna

Det fanns skillnader mellan grupperna angående kön och ålder, motsvarande de enskilda diagnoserna (se figurer nedan; PV = Primärvård, Ps-B = Psykiatri+Beroende, OP = operation, F-h = Funktionshinder inkl stroke, Hj-L = Hjärt+Lungsjukdomar, Diab = Diabetes+endokrin).

Figur 6b.11



Figur 6b.12



Hur intresserade var patienterna av att delta i samtal om levnadsvanor i respektive diagnosgrupper?

Intresset var stort och relativt likt på tvärs av diagnosgrupperna, bara en liten del visste inte om de var intresserade; 1-7% för de 6 huvudgrupperna.

Totalt sett tyckte 73-100% att en av tre typer av samtal (enkla råd, rådgivning, kvalificerad rådgivning) var passande för dem på tvärs av diagnosgrupperna.

Finns det särskilda utmaningar kring motivationsnivån för diagnosgrupperna?

Det fanns signifikanta skillnader mellan de olika diagnosgrupperna angående frekvensen av patienter utan motivation för ändring av tobakbruk ($p=0,011$). Fördelningen av riskfaktorer bland patientgrupperna var inte signifikant olika (se båda tabellerna nedan).

Tabell 6b.13

Patienter med riskfaktorer i respektive diagnosgrupper					
	Antal	Tobak	Alkoholbruk/-missbruk	Otillräckligt motion	Ohälsosam mat
Primärvård	27	30%	22%	82%	82%
Psykiatri & Beroende	8	50%	50%	63%	88%
Operation	61	31%	33%	72%	72%
Hjärt-lungsjukdom	25	20%	28%	92%	72%
Funktionshinder	71	32%	34%	83%	85%
Diabetes & endokrinologi	44	52%	48%	82%	80%
Missing	10	-	-	-	-
Total	246	35%	35%	80%	79%

Tabell 6b.14

Antal patienter utan motivation ("precontemplation stage") av de med respektive riskfaktorer					
	Antal	Tobak*	Alkohol	Motion	Mat
Primärvård	27	7%	15%	4%	7%
Psykiatri & Beroende	8	38%	25%	0%	0%
Operation	61	3%	8%	5%	2%
Hjärt-lungsjukdom	25	0%	4%	8%	0%
Funktionshinder	71	10%	15%	6%	4%
Diabetes & endokrinologi	44	14%	11%	2%	5%
Missing	10	-	-	-	-
Total	246	9%	12%	5%	3%

* $p = 0,011$

Patienterna blev också frågade om de upplevde hälsosamtalet relevant, och skattningen var fördelad lika mellan grupperna ($p=0,127$); se tabellen nedan.

Tabell 6b.15

Skattning av hälsosamtalrelevansen i respektive diagnosgrupper (VAS 0-100)		
	Median	Minsta-högsta skattning
Primärvård	65 mm	(8-92)
Psykiatri & Beroende	48 mm	(29-100)
Operation	71 mm	(3-100)
Hjärt-lungsjukdom	74 mm	(23-100)
Funktionshinder	63 mm	(0-100)
Diabetes & endokrinologi	85 mm	(21-100)
Missing	-	-

Vilka framgångsfaktorer gick det att lyfta fram för att de undersökta patientgrupperna skulle känna sig nöjda med det stöd till ändrade levnadsvanor, som hälso- och sjukvården erbjuder i enlighet med de nationella riktlinjerna?

Detta visade inte signifikanta skillnader för framgångsfaktorerna bland diagnosgrupperna, se tabellen nedan.

Tabell 6b.16

Vad utmärker en behandlare som på ett bra sätt pratar om levnadsvanor? (flera kryss möjligt)						
	Börjar i tid	Empati	Pratar fördelar	Individ. Info	Värderingsfritt sätt	Uppföljning
Primärvård	33%	33%	15%	52%	41%	30%
Psykiatri & Beroende	50%	38%	13%	75%	50%	38%
Operation	26%	44%	12%	49%	16%	28%
Hjärt-lungsjukdom	40%	60%	36%	32%	28%	28%
Funktionshinder	32%	39%	24%	45%	24%	35%
Diabetes & endokrinologi	41%	36%	25%	50%	27%	30%
Total	34%	42%	21%	48%	26%	31%
<i>P-value</i>	0,552	0,402	0,128	0,370	0,124	0,95

Var i vården skall man prata om levnadsvanor: på vårdcentral, sjukhus eller i psykiatri?

Svaren var fördelade jämnt bland diagnosgrupperna.

Analys av Funktionshindergruppen gentemot Helheten via fokusgruppsintervjuerna

Sammanfattning: De två grupperna skiljer sig inte mycket åt. För en stor del är funktionshindergruppen överens med helheten i de teman som kommer upp, fast helheten får fram fler teman. I tillägg nämner funktionshindergruppen att hälsosamtal för dem ingår i ett sammanhang av psykiatriska problem och sjukdomsproblem, och därtill att de tycker att personalen ska vara människokännare.

Tabell 6b.17

Gruppen med Stroke & Neurologiska Funktionshinder	Helheten
f01 Antal hälsosamtal	
Överens om varierande antal, Osäkerhet om syfte på samtal, Inga samtal.	
Träffar hälsopersonal ofta (men antal hälsosamtal varierar).	-
f02 Erfarenheter av hälsosamtal	
Hälsosamtal har inte handlat om levnadsvanor. Osäker om de har haft hälsosamtal.	
-	Inte vara intresserad alls.
f03 Intresse av hälsosamtal	
Hos större delen finns intresse.	
Intresset var relaterat till många samtidiga sjukdomsproblem och psykiatriska problem.	-
f04 Bemötande vid hälsosamtal	
Se människan och individanpassa, lyssnande, förtroende, visa intresse, helhetstänkande.	
-	Lyfta upp, öppenhet, kravlöshet, ha roligt, personkemi, obligatorisk, bortse från åldersaspekter, bemötandet spelar ingen roll.
f05 Effekten av hälsosamtal	
Ge kunskap, liten effekt (dvs. ändrad levnadsvana).	
-	Viktigaste är uppföljningen, upp till var och en.
f06 Upplevelse av hälsosamtal relaterad till diagnos	
Har inte gett någonting, blivit förstådd, önskar alternativ.	
-	Fått saker förtydligade, önskar uppföljning, upplevde sig ha blivit nertryckt, blivit bemött som en kompis eller kollega.
f07 Geografiska skillnader i landet	
Hypotetiskt resonemang.	
-	Tror att det finns skillnader, en visste säkert att det föreligger skillnader.

f08 Könsskillnad personal förhållningssätt hälsosamtal	
Båda ingen skillnad, men också att manlig personal är mer tydlig/rak/tuff.	
-	Mjukhet och indirekt sätt hos kvinnlig personal.
f09 Stödjande faktorer för hälsosamtal	
Motivera, se människan, försäkra sig om att patienten förstår, se småsaker, minska psykisk ohälsa, uppföljning.	
-	Konsultera andra, tid att lyssna, struktur, ärlighet, öppenhet, kunskapsunderstöd till förslagna åtgärder.
f10 Utmaningar stödja ändra levnadsvanor	
Uppföljning, testa nya metoder, ge extra motivation.	
-	Tidsbrist, depression, för stort fokus på mätvärden, en akut händelse som ändrar allt, tar tid att lära känna varandra, vet ej.
f11 Hinder mot samtal	
Ovilja/ointresse, hierarkier jämte ingen personkemi, dålig miljö.	
-	Moralpredikan, okunskap och nonchalans, dåligt anpassad information, personalens önskemål att förändra allt.
f12 Stödjande attityder hos professionerna/personalen	
Att vara positiv och stöttande.	
-	Engagerad medmänniska, ha kunskap och kunna förklara, ha förståelse, lyssnande, inse sin egen begränsning, vänlighet, ärlighet och tillit.
f13 Hindrande attityder hos professionerna/personalen	
Likgiltighet, otrevlig/stressad, tjatande, prata över huvudet på patienten.	
-	Se patienten som besvärlig, bagatelliserande, skuldbeläggande, dömande.
f14 Kurs för personalen	
Samtalsmetodik, teamarbete, använda senaste forskningsrönen, miljöaspekter, feedback från patienter.	
-	Psykologiskt bemötande, en liten grupp, en patient föreläser, fysisk aktivitet på recept, insatser i skolan, bemöta andra kulturer, konstruktiva tips.
f15 Könsskillnader hos patient som personal ska vara uppmärksam på	
Inga skillnader, män kontrollbehov.	
-	Hormonella skillnader och graviditet hos kvinnan.

f16 Nöjd med stöd till att ändra levnadsvanor	
När de blivit uppföljda, att känna sig peppad, aldrig känna sig nöjd.	
-	När patienten blivit bekräftad, att få svar på sina frågor, att få lagom mycket stöd, när förändringen inträffat, kontinuitet.
f17 Kriterier på ett bra bemötande	
Positivt bemötande, bygga förtroende och ärlighet, bygga på kunskap, påläst personal, patienten ska vara i fokus.	
Människokännare.	Kroppsspråk, att vara realistisk, teamarbete, uppföljning.

Analys av Psykiatri- och Beroendegruppen jämt emot Helheten

Sammanfattning: Det som särskilt kom fram i Psykiatri- och Beroendegruppen var att deras erfarenheter av hälsosamtal präglades av många olika inblandade, nya personer vid varje hälsosamtal och att de gärna hade velat få information om sin hälsa. När de frågades om intresse av hälsosamtal gav de uttryck för att de var osäkra på om det leder till något. Av stödjande faktorer för hälsosamtal nämnde de; realistiska insatser/kunskapsunderstöd, att peppa, att stödja och att bemöta. Att se det mörka skulle vara en utmaning till att ändra levnadsvanor. Stress skulle vara ett hinder mot samtal och när de tillfrågades om när de skulle vara nöjda med stöd till att förändra levnadsvanorna nämnde de att när de känner att någon bryr sig.

Tabell 6b.18

Gruppen med Psykiatri & Beroende		Helheten
f01 Antal hälsosamtal		
Många samtal.		
-		Fåtal samtal, inte något tydligt samtal, inte haft något alls.
f02 Erfarenheter av hälsosamtal		
Otydligt så väl som tydligt syfte.		
Många olika inblandade, nya personer vid varje hälsosamtal, hade velat få information om sin hälsa.		Hälsosamtal hade inte handlat om levnadsvanor, träffat dietist, känd tillit till personalen, viktigt att ta egen kontroll, att inte vara intresserad alls.
f03 Intresse av hälsosamtal		
Litet intresse.		
Osäker på om det leder till något.		Mycket intresse, inget intresse eller visste inte.
f04 Bemötande vid hälsosamtal		
Se människan och individanpassa, personkemi, lyfta upp(/empower), förtroende.		
-		Empatisk lyssnande, visa intresse, öppenhet, kravlöshet, ha roligt, helhetstänkande, obligatoriskt, bortse från åldersaspekter, bemötandet spelar ingen roll.
f05 Effekten av hälsosamtal		
Hälsosamtal ska ge kunskap, liten effekt beroende på sammanhanget/dvs ändrad levnadsvana.		
		Ju fler som ändrar levnadsvana desto bättre.
f06 Upplevelse av hälsosamtal relaterad till diagnos		
Att de blivit förstådda.		
-		Att det inte hade gett någonting, fått saker förtydligade, önskade alternativ, önskade uppföljning, ha blivit nertryckt, blivit bemött som en kompis eller kollega.

f07 Geografiska skillnader i landet	
Föra ett hypotetiskt resonemang.	
Ingen skillnad, vet ej.	En visste att det föreligger skillnader avseende hälsosamtal i olika delar av landet.
f08 Könsskillnad personal förhållningssätt hälsosamtal	
Ingen skillnad, kvinnor är mjukare.	
Kvinnlig personal har färre pekpinar.	Indirekt sätt hos kvinnlig personal, tuffare hos manlig personal.
f09 Stödjande faktorer för hälsosamtal	
Se människan, motivation, konsultera andra.	
Realistiska insatser/kunskapsunderstöd, peppa, stödja, bemöta.	Försäkra sig om att patienten förstår, se småsaker, minska psykisk ohälsa, uppföljning, tid att lyssna, struktur, ärlighet, öppenhet, fokus på fysisk aktivitet.
f10 Utmaningar stödja ändra levnadsvanor	
Motivera extra, tidsbrist, depression, vet inte.	
Se det mörka.	Testa nya metoder, uppföljning, för stort fokus på mätvärden, en akut händelse som ändrar allt, det tar tid att lära känna varandra.
f11 Hinder mot samtal	
Ovilja/ointresse, ingen personkemi, dålig miljö, okunskap.	
Stress hos personalen.	Hierarkier, moralpredikan, nonchalans, dåligt anpassad information, personalens önskemål att förändra allt.
f12 Stödjande attityder hos professionerna/personalen	
Tillit, positiv och stöttande, engagerad medmänniska.	
-	Att ha kunskap och kunna förklara, ha förståelse, lyssnande, inse sin egen begränsning, vänlighet, ärlighet.
f13 Hindrande attityder hos professionerna/personalen	
Ointresse/likgiltighet, se patienten som besvärlig.	
-	Otrevlighet och stress, tjtande, bagatelliserande, prata över huvudet på patienten, skuldbeläggande, dömande.

f14 Kurs för personalen	
Ska innehålla samtalsmetodik.	
-	Teamarbete, miljöaspekter, psykologiskt bemötande, liten grupp, en patient föreläser, fysisk aktivitet på recept, insatser i skolan, bemöta andra kulturer, konstruktiva tips, de senaste forskningsrönen, feedback från patienter.
f15 Könsskillnader hos patient som personal ska vara uppmärksam på	
Ingen skillnad.	
-	Hormonella skillnader och graviditet hos kvinnan, kontrollbehov hos männen.
f16 Nöjd med stöd till att ändra levnadsvanor	
När de blivit bekräftade, att få lagom mycket stöd.	
Känner att någon bryr sig.	När de blir uppföljda, får svar på sina frågor, att bli peppad, när förändringen inträffat, kontinuitet, aldrig känna sig nöjd.
f17 Kriterier på ett bra bemötande	
Bygga på kunskap/påläst, bygga förtroende/ärlighet.	
-	Positivt bemötande, patienten ska vara i fokus, kroppsspråk, gruppsamtal, miljöaspekter, att vara realistisk, teamarbete, uppföljning.

Kapitel 7: Diskussion och Konklusion

Detta kapitel innehåller diskussion kring vem som får möjlighet att prata om levnadsvanor i den svenska sjukvården, patienternas erfarenhet, vilka patienter som får effekt av hälsosamtal, och deras önskemål om framtida hälsosamtal. Kapitlet innehåller även en genomgång av svagheter och begränsningar i studien.

Diskussion

Totalt sett visar projektet att patienterna har ganska liknande förväntningar och preferenser till ett gott hälsosamtal inom sjukvården. Detta finns oavsett riskfaktorer, oavsett kön, ålder, utbildning, ekonomi och födelseland samt oavsett diagnosgrupper. Samtidigt har projektet visat att patienter och personal inte är överens om personalens attityder, om stödjande och hindrande faktorer, samt kriterier för ett bra hälsosamtal. Läkare och gruppen av sjuksköterskor berättar om stora likheter i deras arbete med sjukdomsförebyggande metoder, men också om några få distinkta skillnader.

Erfarenhet

Generellt har patienterna tagit emot hälsosamtalet bra. Intresset för att delta i ett hälsosamtal var mycket stort; bara var femte till tionde patient från de olika sociodemografiska grupperna var osäkra på om de önskade ett samtal. Mer än huvudparten av patienterna rapporterade att de var motiverade för förändringar av levnadsvanorna utan signifikanta skillnader på tvärs av sociodemografiska grupper eller bland diagnosgrupperna. Det var heller ingen signifikant skillnad mellan patientgruppernas skattning om hälsosamtalet upplevdes som relevant.

Patienterna tycker i mycket hög grad att det är relevant och en naturlig del av vården att tala om tobak, alkohol, motion och kostvanor. Den positiva attityden kändes igen från litteraturen⁵. Samtalen handlar oftast om motion och matvanor, och här är både goda råd och målsättning för förändring mest tillfyllestgörande. Däremot är samtalen om tobak och alkohol mycket sällsynt och inkluderar nästan aldrig goda råd eller målsättningar.

De flesta upplever samtalet som en dialog, får information om risker och fördelar vid förändringar, och pratar om motivationen, men bara få upplever att de kommer överens med behandlaren om förändringarna eller blir erbjudna stöd för genomförandet. Det saknade stödet återkommer flera gånger, och bör ingå i övervägandet om bättre hälsosamtal i framtiden. Det är kanske därför att en tredjedel önskar längre program, som det framgår nedan under önskemål.

Uppföljning av effekten är viktig bland patienterna i undersökningen. Denna utbredda acceptans kan ha relation till behovet av stöd. Oavsett har det stor patientmässig, klinisk och samhällsmässig betydelse att löpande samla in kunskap om effekten i verkligheten (effectiveness) för att kvalitetssäkra insatsen och hälsovinsten samt att identifiera särskilt effektiva insatser till olika patientgrupper och öka möjligheten för att ersätta ineffektiva insatser med dessa. Denna systematiska uppföljning görs inte i dag i Sverige, men det finns bra exempel i Norden, t.ex. den nationella rökstoppsbasen i Danmark, där insatsen, effekten och kostnader har blivit offentligt tillgängligt via hemsidan www.rygestopbasen.dk¹³.

Projektet visar att hälsosamtal har en viss effekt, störst inom attitydförändring och minst inom beteendeförändring. Generellt hade hälsosamtalet en effekt på attityd hos mellan var fjärde och var tjugonde patient, lägst för alkohol och högst för motion. Dessutom hade 5-10% ändrat sina levnadsvanor efter samtalet, vilket motsvarar det förväntade resultatet bland sjukvårdspatienter¹. Samtidigt ville 3-12% inte förändra sina levnadsvanor. I tillägg hade mellan var tredje till var fjärde patient redan hälsosamma levnadsvanor vid samtalet och effekt kan därför inte förväntas för denna grupp.

Vem får möjligheten att prata om livsstil i sjukvården i Skåne?

Resultaten visar att hälsosamtal föregår oavsett kön, ålder, socioekonomiska förhållanden och diagnosgrupper. Vårt resultat understöds av en bred genomgång av alla patienter i Region Skåne under år 2012. Genomgången visade också att sammantaget generellt var det störst för dem som oftast kommer i sjukvården; dvs primärt medelålders och äldre kvinnliga patienter, men också patienter med diabetes, hjärt-kärlsjukdom, alkoholberoende, ryggsmärtor och övervikt/fetma¹².

Man kan fundera över varför en relativt stor del patienter anger att de inte har haft ett samtal trots registreringen, och en mindre del kommer inte ihåg samtalet. Samtidigt kan man undra över att en relativt stor del av de registrerade hälsosamtalen äger rum med patienter, som inte har de aktuella riskfaktorerna vid tidpunkten för samtalet. I tillägg till riskpatienterna, så har knappt hälften av samtalen kring fysisk träning/motion och kosthållning samt en femtedel av samtalen angående tobak och alkohol registrerats bland patienter utan relaterad risk utifrån Socialstyrelsens hälsoanamnes. En del av dessa kan dock vara patienter, där man önskar att förebygga en möjlig risksituation inför framtiden – även om det vanliga kvalificerade hälsosamtalet är uppbyggt med fokus på att understödja förändringsprocessen, inte status quo¹. En annan del av förklaringen är kanske att patienterna själva underskattar sina hälsoriskfaktorer, att personalen överskattar dem, och/eller att en del av samtalen är felregistrerade.



Diagnosgrupper

Det var oväntat att se de stora likheterna på tvärs av diagnosgrupperna samt på tvärs av primärvård och specialistvård. Kliniskt kan man ha en förväntning om att t ex gruppen med funktionshinder och den psykiatriska gruppen har speciella hälsopromotionskrav och önskemål, som inte delas av andra patienter. Detta projekt har visat att dessa två patientgrupper önskar detsamma som andra patientgrupper. I tillägg påpekar de att många personer är inblandade, och att det vore bra att kunna dra in sjukdoms- och psykiatriproblem i hälsosamtalet.

Anledningen till de stora likheterna på tvärs av diagnosgrupperna kan vara att de flesta människor genomgår samma förändringsprocesser när de ska förändra levnadsvanor. Dessa processer är beskrivna i teoretiska modeller¹⁶.

Projektet visade att det inte var specifika problem med språksvårigheter, men att tolkanvändning inkl telefontolk fungerade bra. Det finns självklart kulturella skillnader mellan olika grupper, men dessa var inte relaterade till språket.

Socioekonomiska grupper

De multivariata analyserna visar en skillnad mellan de olika riskfaktorerna. Tobakssamtalen fungerade bäst bland patienter med ekonomiska utmaningar, medan alkoholsamtalet har bäst effekt bland män. Detta passar bra med de grupper i samhället som är de största konsumenterna av tobak och alkohol, och därmed har det största behovet¹⁴.

Annorlunda är det med fysisk aktivitet och matvanor, där effekten är minst med ökande ålder, medan det ofta är äldre patienter som har störst behov⁸. Dock ses i tillägg effekt av motionssamtalet bland patienter med ekonomiska utmaningar, vilket åter är en samhällsgrupp med stort behov, då både motion och ohälsosamma matvanor har en tydlig social gradient. Därför blir det också en utmaning i framtiden att samtalet om matvanor också har bäst effekt vid lång utbildning.

Patienter och personal

Både patienter och personal är överens om en holistisk människosyn, att vara positiv och lyssnande samt att en kurs vore värdefull för personalen för att det ska bli ett bra hälsosamtal. Men bortsett från samtalsmetodik är det inte enighet om innehållet i en kurs. Patienterna ser behov för teamarbete och föreslår att patienten föreläser för personalen, medan personalen föreslår egna reflektioner med cases.

Andra exempel på skillnader är att patienterna beskriver olika förhållningssätt hos kvinnlig och manlig personal, men personalen förnekar att det finns. Patienterna sätter motivationen högt och önskar att personalen är påläst och försäkrar sig om att patienten förstår, medan personalen fokuserar på att skapa tillit och tillåtelse hos patienten. Också när det gäller hindrande faktorer finns stora skillnader. Patienterna nämner ovilja, dålig miljö, moralpredikan, okunskap och nonchalans, medan personalen bara ser avsaknad av stöd från ledningen, tidsbrist, styrande ersättningssystem och att patienten inte uppfattar råd.

Personalgruppen är mer överens inbördes än med patientgruppen, men det ses också distinkta skillnader. Läkargruppen efterfrågar kompetens, riktlinjer, struktur och kontinuitet samt mentorordning. Sjuksköterskegruppen beskriver väsentligt bredare erfarenheter och reflektioner.

Framtidens hälsosamtal

Patienterna har också önskat framtida hälsosamtal. Det gäller i mycket hög grad att läkare och vårdpersonal ska informera om risker vid ohälsosamma levnadsvanor och om fördelar med att ändra dessa. Det finns också en mycket stor önskan om stöd och konkreta råd. Man kan tro att alla har kännedom om denna risk, men så tycks det inte vara bland patienterna, som kanske inte kan koppla ihop sin generella kunskap om hälsa med sina individuella behov och möjligheter till hälsovinster under sjukdom. I tillägg önskar hälften av patienterna skriftlig information och en fjärdedel internetbaserad intervention, vilket relativt lätt kan lösa en del av behovet av mer information.

Övriga är det att en tredjedel av alla patienter och nästan hälften av patienter med specifika hälsoriskfaktorer har konkret önskemål om en patientutbildning med 6-8 veckors förlopp, som ökar möjligheten för effekt. Den utbildning som bör användas här är GSP, "the Gold Standard Program", vid operation, då det i dag är det enda programmet med signifikant riskreducerande effekt på operationskomplikationer bland rökande och riskdrickande operationspatienter¹⁶.

Frekvensen av önskemål om olika typer av samtal var nästan likvärdigt fördelat, men de tvärgående multivariata analyserna visade inte skillnader relaterat till diagnosgrupper, men däremot intressanta socioekonomiska skillnader som måste inkluderas i framtidens strategi. Den största gruppen i sjukvården är kvinnorna och de lägger signifikant mest vikt på empati och uppföljning från behandlarna. Ungdomen och de med längst utbildning önskar individuell information och uppföljning, medan kortare utbildning är associerat med önskan om att samtalet börjar i tid och att hälsosamtalet inkluderar att prata om fördelar med att förändra ohälsosamma levnadsvanor. Gruppen med ekonomiska utmaningar och de som var födda utanför Sverige lyfte inte fram specifika faktorer. Det gjorde inte heller de olika diagnosgrupperna.

Svagheter och begränsningar

Det är en svaghet att inklusionen inte blev högre, men det var överraskande svagt intresse av att delta i studien från de kliniker som hade högst frekvens hälsosamtal. Detta medförde att bara hälften av de utvalda patienterna i verkligheten hade möjlighet att ingå.

Det är en styrka att huvudparten av de patienter som granskades av klinikerna bedömdes lämpliga. Bortfallsanalysen visar bra representation i enkäten och i intervjuerna.

Region Skåne stödjer implementeringen av hälsosamtal överallt i vården med ett ekonomiskt underlag, som inte finns på så många andra ställen i Sverige. Translateringen av resultaten till andra landsting måste därför inkludera denna aspekt, speciellt angående personalresultaten, då sjukvårdspersonalen kanske är påverkade av att tjäna in mesta möjliga pengar till sin klinik. Det tycks mindre sannolikt att patienternas erfarenheter och önskemål är relaterade till den speciella finansieringen i Region Skåne.

Projektet är genomfört i Region Skåne och resultaten kan kanske generaliseras till andra delar av Sverige, men det är oklart om den bra accepten av hälsosamtalet och den påvisade effekten är lika stor utanför Skåne.

Konklusion

Totalt sett har patienterna mottagit implementeringen av hälsosamtal i Region Skåne bra. Det var oväntat stora likheter på tvärs av diagnos- och patientgrupper. Patienterna är öppna för att prata om alla riskfaktorer, för uppföljning för effekt och har klara önskemål och kriterier till framtidens hälsosamtal – som inte alla stämmer överens med det som personalen tycker.

Kapitel 8: Perspektivering och Rekommendationer

I detta kapitel presenteras det överordnade lärandet från projektet med efterföljande perspektivering utifrån hälso- och sjukvårdens vinkel, patientvinkeln, hälsoekonomin och forskningsvinkeln. Här ges även fem rekommendationer baserade på projektet.

Perspektivering

Den generella kunskapen från detta projekt är att patienternas erfarenhet, behov och önskemål beträffande hälsosamtalet i sjukvården är relativt enhetligt på tvärs av socioekonomiska faktorer och diagnosgrupper.

Detta är på ett sätt överraskande, då det finns en klinisk förväntan om att t ex patienter inom diabetes, psykiatri och operation har olika förväntningar och önskemål om hälsosamtalet. På ett annat sätt stämmer det bra överens med erfarenheterna från det hälsofrämjande arbetet, där det är välkänt att de flesta personerna genomgår samma typ av förändringsprocess, som är beskrivet i teori och utformat för användning i praktiken¹⁶.

En annan viktig kunskap är att det finns en tydlig skillnad i det hälsofrämjande förhållningssättet mellan patienter och personal. Det är absolut nödvändigt att säkerställa förväntningsavstämning mellan dessa två huvudaktörer, och i högre grad dra in patienternas erfarenheter och önskemål till ett bra bemötande i hälsosamtalet.

Dessa två nya resultat, det tvärgående förhållningssättet bland patienter och skillnaden mellan patienter och personal, lägger nya perspektiv på ytterligare arbete med ett hälsofrämjande förhållningssätt i vården. Resultaten kommer att stödja det paradigmbyte, som är på gång mellan behandling och hälsofrämjande arbete. Tidigare var det oftast en fråga om antingen det ena eller det andra, men idag är evidensen för en kombinerad insats mycket tung, t ex inom kroniska medicinska sjukdomar, kirurgi och psykiatri¹⁶.

Hälso- och sjukvård

Ett generellt förhållningssätt bland patienterna är en bra plattform för tvärgående implementering på tvärs av specialiteter och patientgrupper med lite behov för individuell anpassning. Perspektivet av paradigmbytet är stort inom hälso- och sjukvården, där implementeringen av ett hälsofrämjande förhållningssätt medför bättre behandlingsresultat, som samtidigt medför mer kostnadseffektiva vårdkedjor. Patienternas generella förståelse och acceptans av systematisk uppföljning för effekt av det hälsofrämjande arbetet vill stötta utvecklingen på området i linje med övriga kliniska kvalitetsregister, som redan används till löpande kvalitetssäkring inom vården. Samtidigt visar projektet att en stor del av patienterna som får ett hälsosamtal inte har behov för detta, då de inte har ohälsosamma levnadsvanor. Det är viktigt att fokusera insatsen där den är relevant.

De aktuella resultaten kan ingå i uppdaterad utbildning av personalen till att lyfta det hälsofrämjande arbetet. Projektet visar ett specifikt behov av att personalen bör ta mer hand om tobak- och alkoholintervention. Det är viktigt att inkompetens bland personalen inte hindrar implementeringen av ett hälsofrämjande förhållningssätt till gagn för den samlade hälso- och sjukvården. Seriös involvering av patienterna i personalens utbildning bör testas angående effekt på bättre avstämning av förväntningar mellan personal och patienter.

Patientperspektivet

Det är viktigt att bygga på och stötta patientens generellt positiva tillgång och höga motivation för hälsofrämjande åtgärder i vården. Det betyder att alla patienter med ohälsosamma levnadsvanor informeras grundligt om effekten av relevanta hälsofrämjande program och erbjuds effektiv intervention. Vinsten för den individuella patienten blir snabbt tydlig i form av bättre behandlingseffekt med färre återbesök och mindre komplikationer på kort sikt samt bättre funktionalitet och livskvalitet samt förebyggande av nya livsstilssjukdomar på lite längre sikt.

Hälsoekonomin

Talrika ekonomiska analyser är genomförda för att beskriva kostnader vid ohälsosamma levnadsvanor, både i Sverige och internationellt, men framtida analyser bör inkludera effekten av det hälsofrämjande arbetet. Framöver blir det också krav på att löpande företa hälsoekonomiska analyser till bruk för den potentiella reduktionen av sjukvården, pga färre kroniska och allvarliga livsstilssjukdomar efter systematisk implementering av hälsofrämjande arbete.

Den ekonomiska vinsten är nära relaterad till effekten, så om man önskar att utnyttja den enorma potentialen för bättre och snabbare behandlingsresultat i hälso- och sjukvården, så är det nödvändigt att implementera de högeffektiva programmen. Ett klart exempel finns inom rökfri operation, där även kvalificerad rådgivning med medicinskt stöd inte reducerar operationskomplikationerna⁸. Enbart de intensiva programmen med minst 4-5 möten över 6-8 veckor har tillräckligt bra effekt på rökstoppet för att påverka operationskomplikationerna.

Forskningsperspektivet

Ny forskning måste prioritera effektstudier med kombinerad insats mot flera samtidiga riskfaktorer, såsom t ex i VIP-studien, där man har utvecklat ett intensivt och integrerat program målriktat mot tobak, alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och kosthållning¹⁷. Det är också nödvändigt att testa en effektiv implementeringsmodell av hälsofrämjande arbete under svenska förhållanden, såsom t ex WHO-HPH-modellen för fast-track implementation¹⁸, och jämföra implementeringen i Region Skåne med andra svenska regioner utan motsvarande ersättningsmodell.

Dessutom finns ett stort behov av att göra uppföljning på effekten av många nationella, regionala och lokala insatser för att utvärdera kostnadseffektiviteten, och svara på frågan om vad man får för pengarna. Detta görs bäst genom tillgång till ett svenskt nationellt kvalitetsregister om hälsopromotion - baserat på det stora kunskapsunderlag som ligger bakom Socialstyrelsens nationella riktlinjer¹. Den danska nationella rökstoppsbasen, som har fungerat i över tio år, kan användas för inspiration till detta utvecklingsarbete¹³.

5 rekommendationer inom hälsofrämjande metoder på bakgrund av projektet

- Patienterna ges kunskap om effekten av hälsosamma levnadsvanor under sjukdomsbehandling
- Hälsosamtalet genomförs med patienter som har ohälsosamma levnadsvanor
- Generell utbildning av personalen uppdateras med mer patientinvolvering och inklusion av tobak och alkohol. Utbildningen behöver inte uppdelas utifrån diagnosgrupperna
- Insatsen följs upp systematiskt, t ex med ett kliniskt kvalitetsregister och måttal för effekt
- Forskning initieras inom multifaktoriell insats, fast-track implementering och hälsoekonomi

Kapitel 9: Referenslista

- ¹ Socialstyrelsen. *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder – tobak, alkohol, fysisk aktivitet och matvanor*. Stockholm, 2011.
- ² Sveriges Kommuner och Landsting; Avdelningen för vård och omsorg. *Frågor om levnadsvanor i vården – Resultat från nationell patientenkät 2009 och 2010*. (ISBN: 978 – 91-7164-708-5), 2011.
- ³ Sackett, D.L., Straus, S.E., Richardson, W.S., Rosenberg, W., & Haynes, R.B. *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM* (2nd ed.). Churchill Livingstone, Edinburgh, 2000.
- ⁴ Johansson, K., Bendtsen, P., & Akerlind, I. Advice to patients in Swedish primary care regarding alcohol and other lifestyle habits: how patients report the actions of GPs in relation to their own expectations and satisfaction with the consultation. *Eur J Public Health*. 2005;15(6):615-20. doi:10.1093/eurpub/cki046
- ⁵ Eriksson S, Tønnesen H. Review: Experiences and preferences of counselling about living habits in healthcare – a systematic review of studies on the patient perspective. *Clin Health Promot*. 2013;3(2):46-59.
- ⁶ Higgins JPT, Green S (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Version 5.1.0 [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration, 2011. Available from www.cochrane-handbook.org.
- ⁷ Sadr Azodi, O., Lindström, D., Adami, J., Tønnesen, H., Näsell, H., Gilljam, H., & Wladis, A. The efficacy of a smoking cessation programme in patients undergoing elective surgery: a randomised clinical trial. *Anaesthesia*. 2009;64(3):259-65. doi:10.1111/j.1365-2044.2008.05758.
- ⁸ Thomsen, T., Villebro, N., & Møller, A.M. Interventions for preoperative smoking cessation (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;Issue3. Art. No.: CD002294. DOI: 10.1002/14651858.CD002294.pub4
- ⁹ Vählin, S., & Tønnesen H. Alkohol och kirurgi. *Läkartidningen*. 2014;111.
- ¹⁰ Neumann, T., Rasmussen, M., Heitmann, B., & Tønnesen, H. Gold Standard Program for heavy smokers in a real-life setting. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2013;10(9): 4186-99.
- ¹¹ Rasmussen, M., Heitmann, B.L., & Tønnesen, H. Effectiveness of the Gold Standard Programmes (GSP) for Smoking Cessation in Pregnant and Non-Pregnant Women. *Int J Environ Res Public Health*. 2013;10(8):3653-66.
- ¹² Sundqvist, H. *Health Counseling In Swedish Healthcare. Who receives advice on lifestyle habits?* Master thesis, programme in medicine. Institute of Medicine, The Sahlgrenska Academy, Gothenburg University, 2014.
- ¹³ Rasmussen, M., Fibæk Bertel, N., & Schou, A. *Information om Rygestopbasen - en effektdatabas*. WHO-CC, Bispebjerg Hospital, 2013, www.rygestopbasen.dk
- ¹⁴ Statistiska Centralbyrån (2012).
- ¹⁵ Oppedal, K., Nesvåg, S., Pedersen, B., Skjøtskift, S., Aarstad, A.K., Ullaland, S., Pedersen, K.L., Vevatne, K., & Tønnesen, H. Health and the need for health promotion in hospital patients. *Eur J Public Health*. 2011 Dec;21(6):744-9.
- ¹⁶ Tønnesen, H. (editor). *Engage in the Process of Change – Facts and methods*. WHO Europe, Copenhagen. Denmark, 2012.
- ¹⁷ Hovhannisyan, K., Skagert, E., Thornqvist, K., Wikström, M.M., Tønnesen, H. VIP (Very Important Patient) Project: Health Promotion for alcohol and drug abusers. *Clin. Health Promot*. 2014;4:68-9.
- ¹⁸ WHO HPH Recognition Project. www.hphnet.org

Deltagande kliniker	
Vårdcentraler	Sjukhuskliniker
Barnmorskemott Snapphanen MHV, Hässleholm	Arbetsterapi KSD Kristianstad
Capio Lund Laurentii-vårdenheten	Gastro SUS Malmö
Limhamn Capio Barnmorskemottagning MHV	Geriatrisk, Ystad lasarett
Malmö Praktikertjänst Ellenbogen	Handkirurgi, SUS, Malmö
Trelleborg Valens Läkargrupp	Hjärtsvikt och klaff, SUS, Malmö
VC Ahlmansgat, Malmö	Vo Huvud,Hals och Hud, Helsingborg
VC Bunkeflostrand	Hudklinik, Kristianstad
VC Fågelbacken, Malmö	Hud, SUS, Lund
VC Kroksbäck, Malmö	Hud, SUS, Malmö
VC Ljungdala Solbrinken, Hässleholm	Hudklinik, Ängelholm
VC Sorgenfrimottagningen, Malmö	Infektionskliniken, Malmö
VC Törnrosen, Malmö	Infektionskliniken, Lund
VC Ystad Novakliniken Hälsobacken	Internmedicin, Ystad lasarett
VC Åparken Tyringe	Internmedicin, Ängelholm sjukhus
VC Ängelholm PV	Internmedicin, Hässleholm sjukhus
Vårdcentralen Borgmästaregatan, Malmö	Medicinkliniken, Kristianstad
Ängelholm Capio Cityklin MHV	Internmedicinska kliniken, Malmö
Ängelholm Läkarhuset Roslunda	Division Kirurgi, Lasarettet, Ystad
	Kirurgi, Kristianstad
	Koagulation, SUS, Malmö
	Kranskärl, SUS, Lund
	Kvinnokliniken, Ängelholm
	Kvinnokliniken, Kristianstad
	Kvinnosjukv, VO Obstetrik och gynekologi, Helsingborg
	Lung- och allergisjukvård, SUS, Lund
	Minnesmott neuropsyk, Hässleholm
	Neurologi, SUS, Malmö
	Njursjukvård, SUS, Lund
	Ortopedi, Hässleholm sjukhusorg
	Ortopedi, SUS, Malmö
	Ortopedi, Carema Närvård, Simrishamn
	Ortopedi, Trelleborg
	Rehabiliteringsmedicin, Malmö
	Rehabmed, Hässleholm
	Rehabiliteringsmedicin, Lund
	Reumatologi, SUS, Malmö
	Sjukgymnastik, Hässleholm
	Urologi SUS Malmö
	Urologi, Division kirurgi, Ystad lasarett
	Urologi, VO Specialistmott, Trelleborg
	Ögon Carema Närvård, Simrishamn
	Ögonkliniken, Lasarettet i Ystad
	Öronkliniken, Kristianstad/Ystad
	Öron, SUS, Malmö

Ej deltagande kliniker	
Vårdcentraler	Sjukhuskliniker
VC Kirseberg, Malmö	Carema Närvård, Simrishamn
VC Lindeborg, Malmö	Internmedicin, Helsingborg lasarett
Lund Catio Cityklin MHV	Kirurgi, SUS, Malmö
VC Lundbergsg, Malmö	Vo Kirurgi, Helsingborg
VC Lunden, Malmö	Kirurgi, Landskrona
Malmö Catio Cityklin Centrum MHV	Kirurgi, SUS, Lund
Malmö Catio Cityklin Singelgatan MHV	Kvinnosjukv, SUS, KK, Lund
VC Gullviksborg, Malmö	Kvinnosjukv, Gyn, Ystads lasarett
Barnmorskemott Rosengård MHV, Malmö	Geriatrisk, Hässleholm sjukhusorg.
VC Borrbj Novaklin	Geriatriskt utvc, SUS, Malmö
Vårdcentralen Husie, Malmö	Hjärtarytmi, Arytmikliniken, SUS Lund
Carema Psykiatri Simrishamn/ Ystad	Akutsjukvård SUS Malmö
Dalby MHV Barnmorskemott	Endokrinologi SUS Malmö
Familjens Hus MHV, Malmö	Endokrinologi SUS Lund
VC Fosietorp, Malmö	Minnesmott neuropsyk, SUS, Malmö
VC Oxie	Ortopedi, Ystad
VC Rosengård, Malmö	Rehabmed, Ängelholm sjukhus
Sundet MHV, Limhamn	
VC Ystad Novakliniken	
VC Veberöd Novakliniken	
VC Ystad	
VC Norra Fäladen, Lund	
VC Södertull, Lund	
VC Påarp	
Läkargruppen Munka Ljungby	
VC Höör	
VC Vilan, Kristianstad	
Catio Citykliniken Kristianstad	
VC Sorgenfrimottagningen, Malmö	
VC Granen, Malmö	
VC Lindeborg, Malmö	

Personalgrupper		
Intervju	Läkare	Sjuksköterskegruppen
1	1 läkare	
2		2 Barnmorskor
3		2 Sjuksköterskor
4		1 Sjuksköterska
5	2 läkare	
6	1 läkare	
7	1 läkare	
8	1 läkare	
9	1 läkare	1 Sjuksköterska 1 Sjukgymnast
10		3 Sjuksköterskor 1 Undersköterska 3 Sjukgymnaster
11		1 Sjuksköterska
12		2 Sjuksköterskor
13		2 Sjuksköterskor
14		2 Sjuksköterskor 1 Dietist
15		2 Sjuksköterskor
16		1 Sjuksköterska 1 Undersköterska 1 Kurator
17		2 Sjuksköterskor

Diagnosgrupper	
Intervju	Diagnosgrupp
19/8/13	Psykiatriska & Beroende + Diabetes/Endokrinologi
22/8/13	Operationspatienter + Primärvården + Stroke & Neurologiska Funktionshinder
26/8/13 fm	Stroke & Neurologiska Funktionshinder
26/8/13 em	Hjärt- & Lungsjukdom
29/8/13	Primärvården
3/9/13	Diabetes/Endokrinologi
9/10/13	Stroke & Neurologiska Funktionshinder
22/10/13	Stroke & Neurologiska Funktionshinder
16/10/13	Stroke & Neurologiska Funktionshinder
15/10/13	Diabetes/Endokrinologi
5/11/13	Diabetes/Endokrinologi
13/11/13	Diabetes/Endokrinologi
18/3/14	Gravida
24/3/14	Stroke & Neurologiska Funktionshinder
27/3/14 A	Operationspatienter
27/3/14 B	Stroke & Neurologiska Funktionshinder
28/3/14	Stroke & Neurologiska Funktionshinder
31/3/14	Primärvården + Hjärt- & Lungsjukdom
26/5/14	Psykiatriska & Beroende
28/5/14	Psykiatriska & Beroende
19/8/14	Psykiatriska & Beroende + Diabetes/Endokrinologi