



MEDICINSKA
FAKULTETEN

Patienters inställning till förändring av sina levnadsvanor efter ett riktat hälsosamtal

En enkätstudie

Patients' attitude to change their lifestyle habits after a targeted health dialogue

A survey study

Författare: Anida Emrovic

Författare: Isabell Hansveden

Handledare: Marianne Holmgren

Examinator: Sigrid Stjernswärd

Magisteruppsats

Hösten 2025

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Box 157, 221 00 LUND

Abstrakt.

Bakgrund: Personer med livsstilssjukdomar som dör i förtid har ökat och därmed har behovet av hälsofrämjande arbete också ökat och blivit mer aktuellt inom hälso- och sjukvården. Därför är det hälsofrämjande förhållningssättet i distriktsköterskans arbete betydelsefullt för att kunna stödja patientens delaktighet till egenvård. Riktade hälsosamtal utförs inom primärvården för att i ett tidigt skede identifiera risker gällande levnadsvanor för att kunna arbeta mer preventivt. Dessutom har tidigare studier visat att det finns skillnader mellan män och kvinnors levnadsvanor. **Syfte:** Att undersöka patienters inställning till förändring av sina levnadsvanor efter ett riktat hälsosamtal och att belysa eventuella skillnader mellan män och kvinnor samt faktorer som kan påverka patientens motivation till förändring. **Metod:** Enkätstudien är en kvantitativ tvärsnittsstudie med en deskriptiv och komparativ ansats. **Resultat:** Det har visat sig att individens egen motivation var den största betydande faktorn till förändring av ohälsosamma levnadsvanor. Vidare framkom det att låg motivation var det största hindret i förändringsprocessen. Resultatet av denna studie visade ingen signifikant skillnad mellan män och kvinnors inställning till förändring. **Slutsats:** Motivationen är en betydande faktor som påverkar inställningen till förändring av levnadsvanor. Resultatet tyder på att det riktade hälsosamtalet har betydelse för förändringsprocessen då det kan hjälpa till att stärka individens egen motivation till förändring av sina levnadsvanor. Således för att patienter ska uppnå en långsiktig hälsovinst behövs mer kunskap om patienternas inställning till förändring och vad som påverkar motivationen. Det finns även lite evidens på hur patienterna upplever och tar emot rådgivning kring deras levnadsvanor.

Nyckelord

Motivation, levnadsvanor, motiverande samtal, livsstilsförändring, personcentrerad vård, primärvård, distriktsköterskor.

Innehållsförteckning

Problemområde	5
Bakgrund	6
Förändringsprocessen.....	6
Riktat hälsosamtal med motiverande samtalsmetodik som intervention	6
Levnadsvanor.....	8
Ohälsosamma levnadsvanors inverkan på vår hälsa.....	8
Faktorer som påverkar levnadsvanor.....	9
Psyisk ohälsa som riskfaktor för fysiska sjukdomar.....	10
Perspektiv och utgångspunkter	11
Distriktssköterskans roll.....	12
Syfte	13
Specifika frågeställningar eller hypoteser	13
Metod	13
Urval	14
Instrument	15
Datainsamling	15
Analys av data.....	16
Forskningsetiska avvägningar.....	16
Resultat.....	18
Ohälsosamma levnadsvanor.....	18
Matvanor.....	19
Fysisk aktivitet.....	20
Rökning/snusning	20
Alkoholvanor	20
Psyisk hälsa	20
Inställning till förändring av levnadsvanor.....	21
Motivation till förändring av levnadsvanor	22
Faktorer i förändringsprocessen.....	23
Diskussion	25
Metoddiskussion	25
Urval	26
Instrument.....	27
Resultatdiskussion.....	27
Konklusion och implikationer	32

Referenser.....	33
Bilaga 1	42

Problemområde

Personer med livsstilssjukdomar såsom hjärt- och kärlsjukdom och diabetes typ 2 som dör i förtid har ökat och därmed har behovet av hälsofrämjande arbete också ökat och blivit mer aktuellt inom hälso- och sjukvården (Chacha-Mannie et al., 2019). Tidigare forskning och rapporter tyder på att preventiva insatser behövs för att förebygga ohälsa och med patienternas förmåga implementera hälsosamma livsstilsförändringar. Dock är siffrorna för sjukdom som leder till död i förtid fortfarande höga (King et al., 2009, WHO, 2016). För att således förebygga risken för livsstilssjukdomar används i Sverige riktade hälsosamtal som är en evidensbaserad metod för att systematiskt och strukturerat identifiera ohälsosamma levnadsvanor. Dessutom halverades dödligheten bland de som genomfört ett riktat hälsosamtal och blivit diagnostiserade tidigt med typ 2 diabetes jämfört med de fall som upptäcktes på det vanliga viset på en vårdcentral (Feldman et al., 2017). I Region Skåne togs politiska beslut under 2021 och 2022 om att införa Riktade hälsosamtal för alla 40- och 50-åringar. Metoden kan erbjuda stöd till förändring och årsrapporten från Region Skåne visar att majoriteten av de riktade hälsosamtalen hålls av sjuksköterskor (Thomasson et al., 2024).

Det finns enligt Åsberg et al. (2014) ett stort intresse bland Sveriges befolkning att prata om sina levnadsvanor med sjuksköterskan, vilket understryker vikten av att detta ämne tas upp vid ett besök. Stödande samtal ledda av sjuksköterskor är enligt Qiu (2024) avgörande i arbetet med kardiovaskulära riskfaktorer. Däremot kan det vara komplext att utföra ett stödande samtal eftersom sättet att arbeta med livsstilssjukdomar har förändrats under de senaste åren. Fokus har skiftat från den traditionella relationen mellan sköterska och patient då samråd tillsammans mellan de två parterna saknades, till ett nytt arbetssätt där patienten med livsstilssjukdomar spelar en central roll i nära samarbete med sin vårdgivare (Lönnerberg et al., 2022). Dessutom betonar Nymberg och Drevenhorn (2016) att det finns lite evidens för hur patienterna upplever och tar emot rådgivning om deras levnadsvanor. Ytterligare betonar Lönnerberg et al. (2020) att tidigare studier visar att inte alla patienter vill ha information om sina framtida risker relaterat till långvarig sjukdom, vilket försvårar arbetet kring patienters levnadsvanor. Chacha-Mannie et al. (2019) belyser att det behövs bättre tillgång till patientstöd för levnadsvanor så att patienten ska kunna genomföra en förändring. Tilläggas kan det enligt forskarna minska risken för sjukdomar relaterade till levnadsvanorna och förbättra folkhälsan. Dessutom finns det skillnader mellan könen och det råder brist på studier baserade på kvinnor med kardiovaskulär risk (Chacha-Mannie et al., 2019). Därför är det av

stor vikt att undersöka patienters motivation och inställning för att förändra sina levnadsvanor i syfte att optimera stödet för sådana förändringar och mot denna bakgrund görs denna studie.

Bakgrund

Förändringsprocessen

I denna studie avser begreppet *inställning* enligt Olsen (1993) patientens uppfattning, känslomässiga förhållande och viljan att förändra ett beteende. Att ändra ett beteende är en process (Prochaska et al., 1992). Prochaska et al. (1992) beskriver förändringsarbetet med den transteoretiska modellen "Stages of change". Den belyser hur människor strukturerat och avsiktligt ändrar sitt beteende. Förändringsarbete innehåller olika stadier såsom förnekelse, begrundan, förberedelse, handling och underhåll. I den transteoretiska modellen kan patienten gå mellan de olika stadierna vilket är en process för lärande i förändringsarbetet. Dock kan de komma att återfalla i sitt beteende under resans gång vilket kan ses som en möjlighet till lärande. Några vanliga faktorer som kan bidra till att patienters inställning i förändringsarbetet inte ger förväntat resultat och som enligt forskarna kan ses som utmanande. De beskrivs som otillräcklig motivation, motstånd mot förändring, defensiva reaktioner och svårigheter att skapa en god terapeutisk relation (Prochaska et al., 1992). Genom att förstå en patients förändringsstadium för ett specifikt beteende kan kommunikation och intervention utformas som möter patienten där han eller hon befinner sig (Prochaska et al., 1992). Slutligen tillägger Lönnberg et al. (2022) att en återkommande intervention med hjälp av rådgivning och mätningar bör ske med samma sjuksköterska och i form av ett strukturerat samtal.

Riktat hälsosamtal med motiverande samtalsmetodik som intervention

För att hjälpa patienten till en hållbar förändring av ett beteende används motiverande samtalsmetodik under ett riktat hälsosamtal. Riktat hälsosamtal är en metod som används i primärvården för att kartlägga patienters frisk- och riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdom och diabetes typ 2 (Thomasson et al., 2024). Hälsosamtalet kan användas för att öka patienters kunskap och inställning till stöd i förändringsarbetet. Sjuksköterskan i primärvården kan genom det motiverade samtalet stärka patientens delaktighet i sin förändringsprocess och i

samråd med patienten sätta realistiska mål för att genomföra en hållbar förändring av patientens beteende (Östlund et al., 2015 & Lundberg et al., 2017). För att bli en certifierad samtalsledare i motiverande samtalsmetodik krävs att en grundkurs genomförs (Region Skåne, 2024). I en studie av Östlund et al. (2015) belyses att i Sverige hålls grundkurser i motiverande samtalsmetodik under tre till fem dagar och innehåller praktiska övningar. Det har däremot framkommit att sköterskorna efter genomgången grundkurs i motiverande samtal inte var tillräckligt skickliga i utövningen då de hade en tendens att överskatta sin egen förmåga att hålla samtalet (Östlund et al., 2015). Detta kan enligt Lönnberg et al. (2022) bero på att ett motiverande samtal kan vara komplext att utföra då det innehåller olika delar som till exempel patientens inställning till mål, egenansvar samt återkoppling från sjuksköterskan.

Vidare finns det flera studier som visar på de positiva effekterna som ett hälsosamtal medför (Feldman et al., 2017; Färnkvist et al., 2008; Lingfors & Persson, 2019; Thomasson et al., 2024; Åsberg et al., 2014). Riktade hälsosamtal har visat sig minska dödligheten i cancer och hjärt- och kärlsjukdom. Det var 43 procent lägre dödlighet hos män som genomfört ett riktat hälsosamtal i orten Habo jämfört med män i övriga Sverige (Lingfors & Persson, 2019). Således kan ett riktat hälsosamtal enligt Lingfors och Persson (2019) samt Feldman et al. (2017) vara till stor hjälp vid förebyggande av sjukdom då tidiga symtom kan upptäckas i god tid. Även i en studie av Färnkvist et al. (2008) jämfördes risken att få hjärt- och kärlsjukdom eller diabetes typ 2 bland män som genomgick en hälsoundersökning med eller utan motiverande samtal om levnadsvanor. De såg en minskad prevalens av hjärt- och kärlsjukdom och diabetes typ 2 bland dem som fick samtal om levnadsvanor under sin hälsoundersökning. Dessutom visade Åsberg et al. (2014) att 94 procent av de som genomfört ett riktat hälsosamtal menade att det var viktiga aspekter kring deras hälsa som togs upp under samtalet, 80 procent trodde att deras hälsa kommer att förbättras på sikt och fler än 95 procent skulle tacka ja till ett nytt riktat hälsosamtal om ett antal år.

Region Skåne har som mål att alla 40- och 50 åringar ska erbjudas ett riktat hälsosamtal. För att så många som möjligt ska genomföra samtalen erbjuds det sedan 1 januari 2024 en möjlighet via videosamtal. Under samtalet kartläggs olika faktorer såsom levnadsvanor, biologiska riskfaktorer (blodtryck, blodfetter, blodsocker, vikt och bukfetma (midjastusskvot)), psykosociala faktorer och ärftlighet. Blodproverna tas en vecka innan på vårdcentralens labb för att sedan identifieras under hälsobesöket tillsammans med

sjuksköterskan. Kartläggningen vid ett videosamtal är densamma eftersom patienterna redan tagit hälsoparametrar såsom blodtryck, vikt och midja-stusskvot vid blodprovstagningen.

Riktade hälsosamtal utgår från patientens önskemål och resurser med hjälp av ett visuellt verktyg. Detta verktyg visar en bild (hälsokurva) av patientens hälsoparametrar och ger en helhetsbild av patientens levnadsvanor (Region Skåne, 2024). Sammanfattningsvis kan patienten genom en visualiserad hälsoprofil via hälsokurvan, få en ökad förståelse om sin livssituation och det är i dialogen med sjuksköterskan som motivation till förändringen väcks och förändringsarbetet med ohälsosamma levnadsvanor startar (Johansson et al., 2024).

Levnadsvanor

Våra levnadsvanor påverkar i stort vår hälsa och, enligt World Health organisation [WHO], 2016) kan 80 procent av hjärt-och kärlsjukdomar och diabetes typ 2 samt 40 procent av all cancer förebyggas med hjälp av ett strukturerat sätt att arbeta med patienters levnadsvanor. Däremot belyser King et al. (2009) att orsaken till ohälsosamma levnadsvanor är komplext och inställningen till förändring kan påverkas av samhällets attityder. I patientenkäten som Sveriges kommuner och regioner (SKR, 2025) utför årligen belyses bland annat patienters ohälsosamma levnadsvanor. Resultatet för den nationella mätningen 2024 inom primärvården visade att 68,4 procent i Skåne respektive 68,4 procent nationellt att patienterna inte diskuterade sina levnadsvanor kopplat till matvanor med sköterskorna (SKR, 2025). Däremot belyser Chacha-Mannie et al. (2019) att 64 procent av deltagarna i deras studie skulle kunna tänka sig att uppsöka sjukvården för att prata om sina levnadsvanor finns det även ett intresse hos personalen att arbeta med patienternas levnadsvanor.

Ohälsosamma levnadsvanors inverkan på vår hälsa

Hjärt-kärlsjukdom, typ 2-diabetes, cancer och depression är enligt Socialstyrelsen (2024) vår tids stora folksjukdomar i Sverige och ohälsosamma levnadsvanor ger en ökad riskfaktor för dessa. WHO (2022) belyser att ungefär en tredjedel av dödsfallen i cancer beror på tobaksbruk, högt BMI, alkoholkonsumtion, lågt intag av frukt och grönsaker och brist på fysisk aktivitet. Riskfaktorer som således är påverkbara identifieras inom levnadsvanorna: tobaksrökning, matvanor, alkoholkonsumtion och fysisk inaktivitet. Dessa fyra levnadsvanor kan delvis kopplas till varandra (Stenman et al., 2024). Med överkonsumtion av alkohol finns en ökad risk till tobaksanvändning, och ökad fysisk aktivitet kan oftare kopplas till sundare

matvanor. Enligt Ekelund et al. (2019) kan fysisk aktivitet minska risken för ohälsa och att all fysisk aktivitet på alla intensitetsnivåer samt att minskat stillasittande är förknippat med en lägre risk för att dö i förtid. Enligt folkhälsomyndigheten (2023) rekommenderas minst 150–300 min/vecka i måttlig intensitet. Dessutom belyses i en dansk studie av Andersen et al. (2020) sambandet mellan fysisk inaktivitet hos diabetiker och socioekonomisk status. Fysisk inaktivitet hos diabetiker med låg socioekonomisk status visades vara förknippat med minskad motivation till att öka nivån av fysisk aktivitet. Risken för kardiovaskulär sjukdom och diabetes typ 2 ökar vid innehav av flera metabola riskfaktorer. Dessa kan beskrivas som högt blodtryck, högt LDL-kolesterol, högt faste plasmaglukos, högt BMI och midja-höftkvot (Stenman et al., 2024). I en rapport av Brådvik (2021) har Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE) studerat vilken skada ohälsosamma levnadsvanor medför på populationsnivå i Sverige och gjort kopplingar till hjärt- och kärlsjukdom. För åldrarna 25–84 år är ohälsosamma levnadsvanor en bidragande orsak till hjärt- och kärlsjukdom. Dessutom belyser flera studier (Beatty et al., 2018; Kotseva et al., 2018; Vilafranca Cartagena et al., 2021) att patienter med icke smittsamma sjukdomar och hjärt- och kärlsjukdomar trots rekommendationer ofta inte följer egenvårdsråd om levnadsvanor.

Faktorer som påverkar levnadsvanor

Det finns skillnader i hur män och kvinnor bedöms och behandlas i vården (Qiu, 2024). I studien av Qiu (2024) framkommer det att kvinnor är underdiagnostiserade och underbehandlade för kardiovaskulära sjukdomar och forskningen kring dessa sjukdomar sker i lägre utsträckning hos kvinnor. Dessutom anses kvinnor med diabetes ha lägre risk att utveckla kardiovaskulära sjukdomar till skillnad från män och får därför oftare livsstilsrådgivning i stället för mer intensiv kardiovaskulär behandling (Qiu, 2024). Det framkommer i Stenman et al. (2024) att levnadsvanorna skiljer sig bland män och kvinnor och enligt Qiu (2024) reagerar de olika på kost och träningsråd samt att kroppens respons på både träning och kost är olika för de två könen. Det finns även skillnader i metabola riskfaktorer kopplat till utbildningsnivå. Dessutom hade enligt Qiu (2024) deltagare med ≤ 12 års utbildning fler metabola riskfaktorer jämfört med de med högre utbildning.

Det finns också skillnader i utbildningsnivå och tobaksbruk där de med lägre utbildningsnivå röker mer (IHME, 2021). Sambandet mellan levnadsvanor och dödlighet i cancer eller hjärt- och kärlsjukdom är tydligast hos rökare och hos de med ohälsosamma matvanor (Lingfors &

Persson, 2019). Tobaksbruk leder enligt Folkhälsomyndigheten (2024) till sjukdom och för tidig död. År 2022 rökte 6 procent av både män och kvinnor dagligen och de som rökte mest var mellan 45–64 år. Ohälsosamma matvanor är den tredje största riskfaktorn för död och funktionsnedsättning, efter metabola, miljö- och arbetsrelaterade samt beteenderelaterade riskfaktorer (IHME, 2021). Tilläggas kan enligt Lundin et al. (2023) att den kulturella och ekonomiska situationen är faktorer som kan påverka patientens förmåga att ta till sig hälsosamma levnadsvanor. Patienter med en högre socioekonomisk status har en tendens till bättre matvanor. Dessutom visade en studie av Andersen et al. (2020) att hög socioekonomisk position hos diabetiker kan vara förknippad med ett högre intag av alkohol och de visade heller inte en större motivation att minska alkoholintaget.

I Sverige dricker tre av fyra vuxna i åldern 17–84 år alkohol minst en gång i månaden CAN (2021). Enligt rekommendationer från Socialstyrelsen (2024) som gäller både män och kvinnor, definieras riskbruk av alkohol som 10 standardglas eller mer per vecka och 4 standardglas eller mer per dryckestillfälle en gång i månaden eller oftare. All alkoholkonsumtion som brukas av unga under 18 år och gravida räknas som riskbruk. Rekommendationerna är en vägledning för sköterskan att identifiera och erbjuda rådgivande samtal till patienter med ett riskbruk. Det är svårt att dra generella gränser för riskfri alkoholkonsumtion eftersom den individuella risken är olika för varje individ baserat på ålder, dryckesmönster och hälsotillstånd. I Studien av Chacha-Mannie et al. (2019) visste 25 procent av deltagarna inte om deras alkoholintag låg inom rekommendationerna. Lika många var ovetande om hur stort deras alkoholintag var, medan 12 procent hade ett intag som var större än rekommendationerna. Det visade sig även att 2 procent försvarade sitt drickande och beskrev att de mådde bra av det. En utjämning i alkoholkonsumtion mellan män och kvinnor har observerats men män dricker fortfarande nästan dubbelt så mycket som kvinnor. Däremot har männens konsumtion minskat medan kvinnors varit stabila. Skillnaderna mellan olika åldersgrupper har också jämnats ut, särskilt eftersom yngre vuxna nu dricker mindre än tidigare.

Psykisk ohälsa som riskfaktor för fysiska sjukdomar

Psykisk ohälsa ökar i samhället och enligt Allugander och Nilsson (2003) visade det sig att 23 procent av patienterna på en vårdcentral hade obehandlade symtom av psykisk ohälsa. Många av dem var även diagnostiserade med hjärt- och kärlsjukdom, essentiell hypertoni och

gastrointestinala sjukdomar. Dessutom belyser Socialstyrelsen (2024) och Bot et al. (2016) att det finns ett samband mellan sociala faktorer och ohälsosamma levnadsvanor där ångest och nedstämdhet är kända riskfaktorer för hjärt-och kärlsjukdom och diabetes typ 2. En rädsla för framtida sjukdomar gör att patienter söker sig till sjukvården (Nymberg och Drevenhorn, 2016). Det finns även de som ändrar sina levnadsvanor för att de känner skuld, skam eller ökad press från familjen eller sjukvårdspersonalen (Nouwen et al. 2011). Därav är det av stor vikt att distriktssköterskan tar sig tid att möta patienten och samtalet är grunden för att kunna tolka och hjälpa patienten att må bättre (Allgulander, 2021). Enligt Allgulander (2021) är patienter med ångest en av de vanligaste patientgrupperna som distriktssköterskan möter i primärvården.

Perspektiv och utgångspunkter

Omvårdnadsteoretikern Dorothea Orem har utvecklat omvårdnadsteorin Self-Care Deficit Nursing Theory, (SCDNT) och på svenska, teorin om egenvårdsbalans. Således är kärnan i SCDNT där människan ses som en individ med självbestämmande över sitt eget liv och hälsa (Orem, 2001). Dessutom betonar Khademian et al. (2020) att sjuksköterskor med hjälp av Orems egenvårdsteori kan öka patienters livskvalitet. Teorin om egenvård grundades på tre centrala begrepp: egenvård, egenvårdsbehov och egenvårdskrav och beskriver hur och varför en person tar hand om sig själv (Orem, 2001). Det vill säga egenvård är en målmedveten handling som patienten själv väljer exempelvis att sluta röka eller börja motionera. Således är det enligt Orem (2001) betydelsefullt att patienten är delaktig i omvårdnaden och tar ansvar i hela vårdprocessen men bör även vara delaktig i de beslut som tas. Målet med omvårdnaden är att patienten så långt som möjligt ska nå självständighet med hjälp av distriktssköterskan. Dessutom kan patienten bli beroende av distriktssköterskans kunskap och omvårdnad när patienten inte har möjlighet att sörja för sin egenvård vilket påverkar patientens autonomi negativt. Det är därför av vikt att distriktssköterskan ur ett vetenskapligt och personcentrerat perspektiv kompenserar för denna brist utan att för den delen inkräkta på patientens autonomi (Orem, 2001). Stöd från distriktssköterskan är enligt Lönnberg et al., (2020) viktig för att främja livsstilsförändringar och öka patientens självförtroende.

Distriktssköterskans roll

Att möta patienten och närstående med ärlighet, lyhördhet samt ha förmågan att kunna stödja patientens delaktighet i egenvården är en viktig del av distriktssköterskans hälsofrämjande förhållningssätt (Distriktssköterskeföreningen, 2019). Således kan försök att påverka en patient att ändra sina levnadsvanor skapa etiska dilemman (Socialstyrelsen, 2018). Frågan om hur långt distriktssköterskan kan gå i att påverka en patients inställning till förändring inför en planerad åtgärd är komplex. Socialstyrelsen (2018) belyser att detta bland annat kan innebära att uppmuntra patienten till rökstopp inför en operation eller i andra sammanhang där en förändrad inställning kan förbättra patientens hälsa.

Studier visar att ohälsosamma levnadsvanor som rökning och alkoholbruk ökar risken för komplikationer i samband med en operation (GrønkJær et al., 2014, Eliassen et al., 2013). Det handlar om en balans mellan patientens autonomi och rätt att fatta egna beslut med behovet av att optimera vården och säkerställa bästa möjliga hälsa i samråd med patienten.

Livsstilsförändringar är ett personligt ansvar men betydelsen av stöd från Distriktssköterskan och närstående har visat sig vara viktigt för att främja förändringar och öka patientens självförtroende (Lönnerberg et al, 2020). Ett annat etiskt dilemma som Winkley et al. (2016) lyfter fram är att vårdinsatser ofta inte når de individer som har störst behov. I stället är det personer med en mer positiv inställning till sin hälsa, bättre glykemisk kontroll och som inte röker som i högre grad deltar. Å andra sidan belyser Glock et al. (2023) att patienterna överlag upplevde att ett fokus på levnadsvanor under ett vårdbesök ändå var positivt. För att öka välmåendet är det viktigt att patienten är delaktig och får ta egenansvar till förändring med hjälp av resurser och kunskap från distriktssköterskan (Nouwen et al., 2011). Nyckelfaktorerna för att öka patientens förmåga till egenvård är enligt Lönnerberg et al. (2022) att skapa ett förtroendefullt förhållande och inneha kunskap om levnadsvanor och dess följsjukdomar.

Ohälsosamma levnadsvanor bidrar till både hälsoskillnader mellan människor och skillnader i behov av hälso- och sjukvård mellan olika samhällsgrupper där den socioekonomiska statusen påverkar (Qiu, 2024). För att uppnå en god vårdkvalitet för både män och kvinnor bör sköterskan enligt Qiu (2024) involveras i att utbilda män och kvinnor om de specifika potentiella riskfaktorer som kan vara olika för de två könen. Dessutom har hälso- och sjukvården i uppdrag att främja god hälsa och vård som är på lika villkor för alla människor (Socialstyrelsen, 2024). Vidare betonas av Lönnerberg et al. (2020) att rådgivning behöver

byggas på respekt för patientens autonomi och en allians bör skapas mellan sköterska och patient såsom även talar för Orem's egenvårdsteori (Orem, 2001). Genom att uppmuntra till egenkontroll hos patienten är det enligt Nouwen et al. (2011) möjligt att förbättra egenvården. Patienten behöver själv ta ansvar för att främja sin hälsa genom den egna förmågan samt sin motivation och självbestämmande till förändring. Även Lidin et al. (2019) har noterat att det var viktigt för patienter att få en ökad förståelse för betydelsen av att ändra ohälsosamma vanor till mer hälsosamma och att budskapet från sköterskan skulle vara i positiv ton. Således bör enligt Nymberg och Drevenhorn (2016) en plan utformas i samråd med patienten och bör innehålla behandling, egenvårdsråd, samt uppföljning. Ytterligare belyser Stenman et al. (2024) att åtgärder som motiverar inställningen till förändring som riktade hälsosamtal är viktigt i det förebyggande arbetet mot folkhälsoproblem. Ett sådant samtal med individuell rådgivning kan vägleda patienter till att identifiera ohälsosamma levnadsvanor och främja förändringsarbetet (Alenius et al., 2023).

Syfte

Syftet är att undersöka patientens inställning till förändring av sina levnadsvanor efter ett riktat hälsosamtal.

Specifika frågeställningar eller hypoteser

Finns det skillnader mellan män och kvinnors inställning till förändring?

Finns det några faktorer som påverkar patientens inställning till förändring av levnadsvanor?

Upplever patienterna sig motiverade till att förändra sina levnadsvanor efter ett riktat hälsosamtal?

Metod

Studien är en prospektiv tvärsnittsstudie med en kvantitativ design och utformad som en enkätundersökning med en deskriptiv och komparativ metod (Billhult, 2023c). Enkäten till studien egenkonstruerades utifrån syftet och enkätfrågorna skickades ut elektroniskt som en webbenkät till utvalda offentliga och privata primärvårdsenheter runt om i Skåne och pågick

under två månaders tid mellan mars-maj 2025. Det finns dessutom en kvalitativ del som ingick i form av en fråga, fråga 19, i enkäten som gav utrymme för svar av kvalitativ natur.

Urval

Urvalet till studien är ett kriterieurval vilket är en typ av icke-sannolikhetsurval. Icke-sannolikhetsurval är enligt Billhult (2023b) ett stickprov på en population som inte gör anspråk på att kunna representera en population. Då inkluderingen enbart omfattade patienter som genomfört ett riktat hälsosamtal via vårdcentralen, antingen i fysisk eller digital form, tillämpades ett kriteriebaserat urval (Billhult, 2023b). Inklusionskriterierna till studien var män och kvinnor i åldrarna 40- och 50 år och som har deltagit i ett riktat hälsosamtal och det skulle ha passerat en månad men högst sex månader sedan utfört hälsosamtal.

Distriktssköterskan alternativt sjuksköterskan fick information och uppmanades om att välja 10 patienter ur webbstödet från listan över genomförda riktade hälsosamtal i enlighet med ovannämnda inklusionskriterier. Webbstödet är det program som används av samtalsledaren i arbetet med riktade hälsosamtal. I ett försök att få en jämn spridning av deltagare valdes 2 patienter per månad efter högst 6 månader från webbstödet. Valet av patienterna tyder på ett systematiskt urval då de valdes utifrån fasta intervaller (Polit & Beck, 2022).

I denna studie eftersträvades minst 60 enkätsvar i enlighet med Lunds studiehandledningsguide för examensarbete dock erhöles endast 16 svar. Först mejlades 12 vårdcentraler jämnt fördelat mellan privata och offentliga och även jämnt geografiskt utspridda områden i Skåne; östra, sydvästra, mellersta och nordvästra, varav endast tre godkände medverkan i studien. Av de verksamhetschefer som inte lämnat svar om medverkan skickades en andra påminnelse. Det är enligt Billhult (2023b) vanligt med två påminnelser. Eftersom det var ett lågt antal som godkände medverkan mejlades ytterligare 14 vårdcentraler med förfrågan, även här jämnt fördelat mellan privata och offentliga. Av dessa 14 var det endast en som godkände medverkan och två som svarade att de inte kunde delta medan resterande avstod från att besvara förfrågan. I ett försök att ytterligare öka deltagandet tillades 28 vårdcentraler och av dessa godkände två till att medverka i enkätstudien. Således mejlades totalt 54 vårdcentraler varav sex vårdcentraler lämnade in ett skriftligt godkännande till deltagande av enkätstudien. Resultatet blev tre vårdcentraler från mellersta Skåne med en från privat sektor och två från den offentliga. Vidare medverkade två vårdcentraler från nordvästra Skåne där båda tillhörde

den offentliga sektorn. Slutligen medverkade en offentlig vårdcentral från sydvästra Skåne men däremot ingen från östra delarna av Skåne.

Instrument

I enkätstudien användes en egenkonstruerad webbenkät på svenska som utgick från syftet (bilaga 1). Webbenkäten skapades online med Lunds universitets enkätverktyg, Sunet Survey och studiedeltagarna begränsades av att verktyget endast tillät att enkäten kunde fyllas i en gång. Inspiration till frågorna inhämtades från det riktade hälsosamtalet (Region Skåne, 2024), hälsolyftet (Åsberg et al., 2014) och även den transteoretiska förändrings modellen (Prochaska et al., 1992).

Åsberg et al. (2014) belyser levnadsvanor i samband med riktade hälsosamtal, medan den transteoretiska modellen (Prochaska et al., 1992) fokuserar på faktorer som påverkar förändringsprocessen. Med inspiration av detta väcktes författarnas intresse vilket lade grunden till utformningen av enkäten som konstruerades självständigt. En webbenkät kan enligt Billhult (2023b) hjälpa forskaren att samla in stora mängder data och samtidigt hålla deltagarnas personuppgifter anonyma. Dessutom belyser Ejlertsson (2019) att en enkät ger en möjlighet för respondenterna att fylla i svarsalternativen i lugn och ro och för att öka svarsfrekvensen skickades ett följebrev tillsammans med frågorna. Vidare genomfördes en pilotstudie på en liten grupp om fyra personer för att se om frågorna kunde misstolkas och återkopplingen möjliggjorde justeringar. Återkopplingen efter den utförda pilotstudien synliggjorde behovet av omformulering av fråga 16–18 i enkäten.

Datainsamling

För att få tillgång till deltagare inhämtades ett tillstånd från vårdcentralernas verksamhetschefer via mejl. Efter beviljat tillstånd av verksamhetschefen att utföra studien inhämtades kontaktuppgifter, mejl eller telefonnummer till ansvariga distriktsköterskor eller sjuksköterskor. Dessa uppmanades sedan att skicka ut webbenkäten via brev till deltagarna som genomfört ett riktat hälsosamtal. Hanteringen av data underlättas med en Webbaserad enkät och insamlingen skedde avidentifierat med hjälp av datorprogrammet Sunet Survey och importerades till Statistical Package for the Social Sciences [SPSS] för analys.

Analys av data

Statistisk analys av enkätsvaren som är i ordinal- respektive nominalskala gjordes med hjälp av datorprogrammet SPSS. Den statistiska analysen av insamlade data redovisas deskriptivt och komparativt i tabeller. Med hjälp av programmet gjordes även signifikanstester; Fishers exakta test samt Mann-Whitneys exakta U-test, för att undersöka om det fanns en signifikant skillnad eller samband mellan grupperna män och kvinnor. Ett p -värde på 0,05 eller mindre visar om resultatet är statistiskt signifikant (Billhult, 2023a). För att se om medianen i ordinalskala skiljer sig i respektive grupp, man och kvinna utfördes Mann-Whitneys exakta U-test. För de variabler som är i nominalskala användes Fishers exakta test. Eftersom svarsfrekvensen understiger 5 st i enkätstudien blir Fishers exakta test mer lämpligt än Pearsons Chi-Square test för variabler med nominalskala. Svaren i tabellerna (tabell 1, 4, 5, 6, 7) har därför sammanslagits och redovisas med enbart de ifyllda svaren. Vidare är enkätfråga 19 en öppen fråga som ger deltagarna utrymme för egna uttryck. Denna fråga som är av kvalitativ karaktär analyserades med hjälp av en manifest innehållsanalys. En manifest analys innebär en sammanfattning av det faktiska innehållet i en text utan utrymme för egna tolkningar (Polit och Beck, 2022).

Vidare har det under analysen av data noterats partiellt bortfall där respondenterna ombads rangordna åtta faktorer. Två av faktorerna rangordnades inte av samtliga respondenter. Dessa faktorer rör sköterskans stöd som främsta förutsättning till förändring samt viljan att förebygga framtida sjukdom. Där framkommer ett partiellt bortfall på 12 respektive 11 respondenter av totala 16. Övriga faktorer har nästintill fullständiga svar.

Forskningsetiska avvägningar

Enkätstudien är utformad enligt kraven från Helsingforsdeklarationen och dessutom har vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) tillfrågats om ett rådgivande yttrande innan studien startade. De forskningsetiska principerna är till för att skydda forskningsdeltagare både patienter och friska frivilliga (World Medical Association, 2024). Beauchamp och Childress (2013) talar om fyra etiska principer som kan användas för att motivera forskningsetiska regler, autonomiprincipen, göra gott-principen, icke skada-principen samt rättvisepincipen. Således har de fyra etiska principerna enligt Beauchamp och Childress (2013) tagits i beaktande i denna studie. Patientens autonomi respekteras eftersom deltagandet i studien är helt frivilligt och kan avslutas när som helst. För att värna om deltagarnas självbestämmande

och frihet har de fått ett informerat samtycke, därmed upprätthålls autonomiprincipen (Beauchamp & Childress, 2013; Kjellström (2017). Tilläggningsvis upprätthålls även rättvisepincipen som enligt Beauchamp och Childress (2013) innebär att deltagarna i studien behandlas lika och ges samma information.

Patienter som utfört ett riktat hälsosamtal deltog i enkätstudien för att bidra till en ökad förståelse om inställning till förändring av sina levnadsvanor, vilket kan utöka författarnas kunskap och insikt i ämnet. Det är dock av betydelse att även se till deltagarnas nytta med studien och i största mån förhindra att någon kommer till skada enligt göra gott-principen (Beauchamp och Childress, 2013). I enkätstudien delgavs patienterna skriftlig information av distriktsköterskan eller sjuksköterskan så att de förstod studiens syfte och metod samt hur data och deras personuppgifter skulle hanteras. Dessutom bevarades deltagarnas anonymitet genom att endast distriktsköterskan eller sjuksköterskan som utfört de riktade hälsosamtalen hade kännedom om deras personuppgifter. Följaktligen var informationen i webbenkäten som nådde författarna avidentifierad och kan inte härledas till en specifik deltagare. Hänsyn togs till göra gott-principen i syfte att stärka det positiva och bevara deltagarnas hälsa och välbefinnande (Beauchamp och Childress, 2013). Enligt Kjellström (2017) är en av de kanske vanligaste riskerna med att delta i en studie att konfidentiella uppgifter läcker ut. Av detta skäl var rådata från studien lösenordskyddad och inlåst på USB minne och kommer att förstöras efter att studien blivit godkänd och därmed undviks skada i enlighet med Dataskyddsförordningen (2018).

En annan risk som deltagarna kan tänkas blivit utsatta för är den emotionella risken. Till exempel om de skulle uppleva eventuell skam under ifyllandet av enkäten. Frågorna i webbenkäten har i ett försök utformats med hänsyn till icke-skada principen för att minska risken för kränkning eller lidande som eventuellt kan uppkomma i samband med ifyllandet av webbenkäten (Beauchamp och Childress, 2013). Enligt Beauchamp och Childress (2013) innebär icke-skada-principen att forskarnas arbete inte får försämra deltagarnas välbefinnande. Enligt Ejlertsson (2009) kan däremot frågor som eventuellt upplevs som känsliga under en intervju besvaras i en enkät då deltagaren inte behöver uttrycka sig muntligt.

Resultat

I enkätstudien ingick 16 respondenter. Bakgrundsdata såsom kön, ålder och utbildningsnivå presenteras i tabell 1. Av totala antalet respondenter som deltog i undersökningen fanns en spridning bland 40-åringar (69%) och 50-åringar (31%), det var dock en jämn spridning mellan män (50%) och kvinnor (50%). Av alla 16 respondenter hade 81% eftergymnasial utbildning längre än tre år jämfört med 19% som hade en utbildning lika med eller kortare än tre år (tabell 1). Resultatet av enkätstudien redovisas i tabeller och ett stapeldiagram.

Tabell 1: Bakgrundsinformation

	Totalt N=16	Kvinnor n=8 (%)	Män n=8 (%)	<i>p-värde</i>
Ålder				1,000**
40 år	11 (69)	5 (31)	6 (38)	
50 år	5 (31)	3 (19)	2 (13)	
Utbildning	N=16			0,200**
Gymnasial och eftergymn utb ≤3år	3 (19)	0	3 (38)	
Eftergymnasial utb >3år	13 (81)	8 (100)	5 (63)	

Noteringar: ** Fishers exakta test

Resultatet visade att det inte fanns någon signifikant skillnad mellan kön och utbildningsnivå ($p=0,200$). Vidare presenteras skillnader mellan ålder och kön ($p=1,000$) som även här inte är signifikanta (tabell 1). Nästan alla respondenter hade utfört sitt riktade hälsosamtal fysiskt och endast två utförde det digitalt. Av de som utförde samtalet digitalt svarade antalet att de föredrog samtalet fysiskt, medan en som utförde det fysiskt önskade ett digitalt samtal (visas inte i tabell). Det riktade hälsosamtalet upplevdes av det flesta respondenter som mycket givande och ingen upplevde samtalet meningslöst.

Ohälsosamma levnadsvanor

Samtliga respondenter ($n=16$) har besvarat frågan om ohälsosamma levnadsvanor. Det framkommer att 75% av respondenterna har ohälsosamma levnadsvanor ($n=12$) medan 25% ($n=4$) anser sig inte ha ohälsosamma levnadsvanor. Nedan i tabell 2 visas de olika levnadsvanorna fördelat mellan män och kvinnor.

Tabell 2: Ohälsosamma levnadsvanor fördelade mellan män och kvinnor samt deras psykiska hälsa

	Totalt N=16 (%)	Kvinnor n=8 (%)	Män n=8 (%)	<i>p</i> -värde
Inga ohälsosamma levnadsvanor	4 (25)	2 (25)	2 (25)	1,000**
Ohälsosam levnadsvana	Totalt N=12 (%)	Kvinnor n=6 (%)	Män n=6 (%)	<i>p</i> -värde
Matvanor	4 (33)	1 (17)	3 (50)	0,545**
Fysisk aktivitet	10 (83)	5 (83)	5 (83)	1,000**
Rökning/snusning	2 (17)	2 (33)	0	0,455**
Alkoholvanor	1 (8)	0	1 (17)	1,000**
Gradering av psykisk hälsa	N=16 (%)	Kvinnor =8 (%)	Män n=8 (%)	0,195*
Utmärkt	1 (6)	1 (13)	0	
Mycket god	10 (63)	6 (75)	4 (50)	
God	3 (19)	0	3 (38)	
Dålig	2 (13)	1 (13)	1 (13)	
Mycket dålig	0	0	0	

Noteringar: *Mann-Whitneys exakta U-test, ** Fishers exakta test

Det fanns ingen signifikant skillnad i ohälsosamma levnadsvanor mellan kvinnor och män ($p=1,000$). Dessutom fanns det heller inte någon signifikant skillnad mellan ålder och ohälsosamma levnadsvanor ($p = 0,245$, visas inte i tabell).

Vidare visar enkätstudiens resultat ingen signifikant skillnad mellan deltagarnas ohälsosamma levnadsvanor och deras utbildningsnivå ($p=0,136$, visas inte i tabell). Av de med ohälsosamma levnadsvanor hade 92% ($n=11$) en eftergymnasial utbildning längre än tre år och enbart 8 % ($n=1$) hade en kortare eftergymnasial utbildning. Endast 25% ($n=4$) angav att de inte hade ohälsosamma levnadsvanor, varav två hade kortare och två längre eftergymnasial utbildning (visas inte i tabell).

Matvanor

Det framkom att 33% ($n=4$) ansåg sig ha ohälsosamma matvanor (tabell 2). Vidare har 56% ($n=9$) av respondenterna svarat att de har kunnat förbättra eller upprätthålla goda matvanor efter ett riktat hälsosamtal, medan 44% ($n=7$) inte kunnat upprätthålla goda matvanor (tabell 3). Resultatet visade att det inte finns någon signifikant skillnad mellan män och kvinnor med ohälsosamma matvanor ($p=0,545$). I upprätthållandet eller förbättrandet av matvanor (tabell 3) bland män och kvinnor fanns dessutom ingen signifikant skillnad ($p=1,000$).

Fysisk aktivitet

Resultatet visade att 83% av de 12 respondenter med ohälsosamma levnadsvanor var otillräckligt fysiskt aktiva med mindre än 150 minuter/veckan. Av både inaktiva och fysiskt aktiva respondenter var det en jämn fördelning mellan män (50%) och kvinnor (50%) (tabell 2) ($p=1,000$). Vidare visas i tabell 3 att 81% ($n=13$) av alla 16 respondenter dessutom kunnat förbättra/upprätthålla en god fysisk aktivitet efter ett riktat hälsosamtal. Det finns heller ingen signifikant skillnad mellan män och kvinnor i upprätthållandet eller förbättrandet av fysisk aktivitet ($p=1,000$).

Rökning/snusning

Resultatet visar i tabell 2 att 17%, två kvinnor, av de 12 respondenter med ohälsosamma levnadsvanor, röker eller snusar. Vidare fanns det ingen signifikant skillnad mellan män och kvinnor ($p=0,455$) även om majoriteten var kvinnor. Det framkommer också att två kvinnor och en man (19%) av 16 respondenter har kunnat förbättra eller upprätthålla levnadsvanan avseende rökning eller snusning och med ett p-värde på 1,000 finns ingen skillnad mellan män och kvinnor (tabell 3).

Alkoholvanor

Bland de 12 respondenterna med ohälsosamma levnadsvanor svarade enbart 8% (en man) att han hade ett riskbruk medan 92% ($n=11$) svarade att de inte hade ett riskbruk av alkohol ($p=1,000$) (tabell 2). Respondenten med riskbruk för alkohol hade svarat att han har kunnat förbättra eller upprätthålla goda alkoholvanor en månad efter det riktade hälsosamtal ($p=1,000$). Ett intressant fynd som framkom var att ytterligare en respondent, en kvinna hade kunnat upprätthålla goda alkoholvanor (tabell 3), däremot har respondenten inte fyllt i de specifika ohälsosamma levnadsvanor som fanns.

Psykisk hälsa

I enkätstudien har respondenterna fått gradera sin psykiska hälsa som "utmärkt", "mycket god", "god" eller "dålig". Resultatet i tabell 2 visar att 63% ($n=10$) upplevde sin psykiska hälsa som "mycket god" medan 13% ($n=2$) upplevde den som "dålig". Av de med "dålig" psykisk hälsa, en man och en kvinna, framkommer att de har även uppgett ohälsosamma levnadsvanor. Båda upplevde sig ha otillräcklig fysisk aktivitet och en av dem hade även

ohälsosamma matvanor. Enligt Mann-Whitneys exakta U-test framkommer ett p -värde på 0,195 vilket innebär att det inte finns någon signifikant skillnad mellan män och kvinnor i graderingen av sin psykiska hälsa.

Tabell 3: Upprätthållandet eller förbättrandet av levnadsvanor mellan män och kvinnor efter ett riktat hälsosamtal

	Total N =16 (%)	Kvinnor n =8 (%)	Män n =8 (%)	p -värde
Matvanor				1,000**
Ja	9 (56)	4(50)	5 (63)	
Nej	7 (44)	4 (50)	3(37)	
Fysisk aktivitet				1,000**
Ja	13 (81)	6 (75)	7 (87)	
Nej	3 (19)	2 (25)	1 (13)	
Rökning/snusning				1,000**
Ja	3 (19)	2 (25)	1 (13)	
Nej	13 (81)	6 (75)	7 (87)	
Alkohol				1,000**
Ja	2 (13)	1 (13)	1 (13)	
Nej	14 (87)	7 (87)	7 (87)	

Notering: Noteringar: ** Fishers exakta test

Inställning till förändring av levnadsvanor

För att studera inställningen till förändring av levnadsvanor fick respondenterna gradera sin inställning till förändring efter ett genomfört riktat hälsosamtal (bilaga 1, fråga 15). I tabell 4 redovisas mäns och kvinnors inställning till förändring av sina levnadsvanor. Resultatet visar att 44%, tre män och fyra kvinnor har påbörjat en förändring inom sex månader. Medan 19% (n=3) överväger en förändring, dessutom har 38% (n=6) bestämt sig för att genomföra en förändring av sina ohälsosamma levnadsvanor efter ett riktat hälsosamtal. Enligt Mann-Whitneys exakta U-test finns det ingen signifikant skillnad ($p=0,959$) i mäns och kvinnors gradering av sin inställning till förändring av levnadsvanor efter ett riktat hälsosamtal (tabell 4).

Tabell 4: Inställning till förändring av levnadsvanor efter ett riktat hälsosamtal

	Total N=16 (%)	Kvinnor n =8 (%)	Män =8(%)	p-värde 0,959**
Jag överväger att förändra något, men har inte börjat	3 (19)	2 (25)	1 (13)	
Jag har bestämt mig för att förändra något snart	6 (38)	2 (25)	4 (50)	
Jag har inom 6 månader efter samtalet påbörjat en förändring	7 (44)	4 (50)	3 (38)	

Notering: **Mann-Whitneys exakta U-test

Motivation till förändring av levnadsvanor

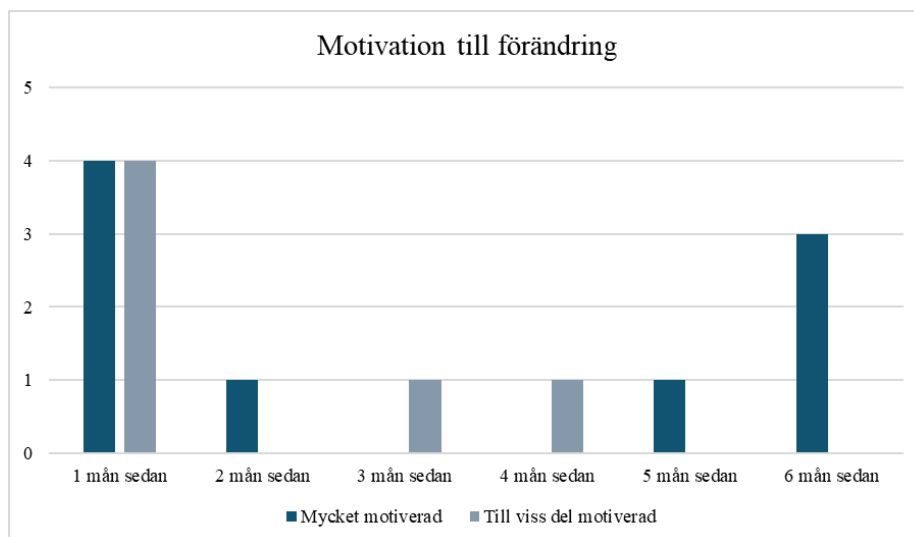
I enkätstudien har respondenterna även fått gradera sin motivation till förändring av levnadsvanor efter ett riktat hälsosamtal (bilaga 1, fråga 16). I tabell 5 presenteras respondenternas resultat där det framkommer att 63% (n=10) upplevde sig mycket motiverade medan 38% (n=6) var till viss del motiverade till en förändring av sina levnadsvanor efter ett riktat hälsosamtal.

Tabell 5: Motivation till förändring av levnadsvanor efter ett riktat hälsosamtal

	Total N=16 (%)	Kvinnor =8 (%)	Män =8 (%)	p-värde 1,000**
Mycket motiverad	10 (63)	5(63)	5(63)	
Till viss del motiverad	6 (38)	3 (38)	3 (38)	

Notering: **Mann-Whitneys exakta U-test

I tabell 5 presenteras att det inte finns någon signifikant skillnad ($p=1,000$) i mäns och kvinnors gradering av motivation till förändring av levnadsvanor efter ett riktat hälsosamtal. Vidare presenteras respondenternas motivation till förändring i relation till tidpunkten efter ett utfört riktat hälsosamtal i stapeldiagrammet (figur 1). 27% (n=4) av 15 respondenter upplevde sig som "mest motiverad" och 27% (n=4) "till viss del motiverad" till en förändring en månad efter utfört riktat hälsosamtal. Däremot upplevde de mindre motivation andra, tredje och fjärde månaden efter det genomförda hälsosamtalet. Avslutningsvis ökade motivationen sex månader efter genomfört riktat hälsosamtal. Av det totala antalet respondenter (16) utföll ett bortfall på frågan om "tidpunkt för utfört riktat hälsosamtal" vilket slutligen resulterade i endast 15 svar.



Figur 1: Motivation till förändring i korrelation till tidpunkt efter utfört riktat hälsosamtal

Faktorer i förändringsprocessen

I enkätstudien belystes en rangordning av positiva respektive negativa faktorer i förändringsprocessen (bilaga 1, fråga 17 & 18). Respondenterna fick rangordna faktorerna från ett till åtta där ett har minst påverkan och åtta mest påverkan. Av dessa faktorer i förändringsprocessen var det två som utmärkte sig som de främsta förutsättningar till förändring, “den egna motivationen” och “tid att prioritera förändringen”. Dessutom framkom det att “låg motivation” samt “rädsla för sjukdom” var de största hindren till att påbörja en förändring (tabell 6). Enligt Mann-Whitneys exakta U-test framkommer det ingen signifikant skillnad ($p=0,798$) mellan kön och rangordningen för egna motivationen som främsta förutsättning. Dessutom fanns ingen signifikant skillnad (p -värde 0,613) mellan kön i rangordning av låg motivation som största hinder i förändringsprocessen.

De tre av fem högst rankade faktorerna till de främsta förutsättningarna i förändringsprocessen var den “egna motivationen”, därefter “tid att kunna prioritera förändringen” följt av att “kunna sätta upp konkreta mål”. De två lägst rankade var “stöd från sköterskan” och “mer information om hälsovinster” i samband med en livsstilsförändring.

Tabell 6: Rangordning 1–8 av förändringsfaktorn egen motivation som främsta förutsättning i förändringsprocessen (Ju högre rangordning desto högre påverkan av förändringsfaktorn).

	Total N =16	Kvinnor n=8 (%)	Män= 8 (%)	p-värde = 0,798**
Rangordning 3	2 (13)	1 (13)	1 (13)	
Rangordning 5	2 (13)	1 (13)	1 (13)	
Rangordning 6	1 (6)	0 (0)	1 (13)	
Rangordning 8	11 (69)	6 (75)	5 (63)	

Notering: **Mann-Whitneys exakta U-test

De tre faktorer som visade sig vara de största hindren i en förändring var “låg motivation” följt av “rädsla för sjukdom” samt “begränsad tid för prioritering av förändringen”. Det lägst rankade var “bristen på stöd från familj och vänner” följt av “brist på information om hälsovinster”.

Tabell 7: Rangordning 1–8 av förändringsfaktorn låg motivation som största hinder i förändringsprocessen (Ju högre rangordning desto högre påverkan av förändringsfaktorn).

	Total N=15 (%)	Kvinnor n=7 (%)	Män =8 (%)	p-värde =0,613**
Rangordning 1	1 (7)	1 (14)	0 (0)	
Rangordning 3	2 (13)	1 (14)	1 (13)	
Rangordning 5	1 (7)	0 (0)	1 (13)	
Rangordning 6	2 (13)	0 (0)	2 (25)	
Rangordning 7	1 (7)	0 (0)	1 (13)	
Rangordning 8	8 (53)	5 (71)	3 (37)	

Notering: **Mann-Whitneys exakta U-test

Avslutningsvis ställdes en öppen fråga i enkätstudien för att ge respondenterna en möjlighet att uttrycka sig fritt; “Finns det något annat som inte togs upp under det riktade hälsosamtalet men som du känner att du skulle behöva för att lyckas med en förändring av dina levnadsvanor?” Endast en respondent svarade följande;

“Hade varit intressant om det går att göra en uppföljning en tid efter för att se om värdena förändrats? Då blir det lite mer skarpt läge, roligt att kunna se svart på vitt att man faktiskt kommit någonvart.”

Diskussion

I detta avsnitt diskuteras forskningsdesign och metodval som har haft betydelse för studiens genomförande. Eftersom syftet var att undersöka patienters inställning till förändring av levnadsvanor efter ett riktat hälsosamtal, valdes en enkätundersökning som metod.

Forskningsdesignen är kvantitativ med en komparativ och deskriptiv analys av män och kvinnors inställning i förändringsprocessen. Under studiens gång har enkätundersökningen haft sina utmaningar och genom att belysa både styrkor och svagheter möjliggörs en mer nyanserad bedömning av resultatens tillförlitlighet.

Metoddiskussion

För att svara på enkätsstudiens syfte gjordes en prospektiv tvärsnittsstudie då tanken från början var att samla in en stor mängd avidentifierad data vid en viss tidpunkt (Billhult, 2023c). Då syftet med denna studie har kvalitativa inslag i att studera patienters inställning till förändring av levnadsvanor kunde en kvalitativ metod med intervjuer användas. Men på grund av den begränsade tiden att hantera stora mängder data valdes kvantitativ ansats. Prospektiva tvärsnittstudier har både styrkor och svagheter. En styrka med en sådan studie är enligt Wang och Cheng (2020) att forskarna får en samlad bild av nuläget och för att hitta samband mellan olika variabler. Dessutom kan studien ge idéer till framtida forskning då den i detta fall undersöker självskattad hälsa och förändringsbeteende. Även om en prospektiv tvärsnittsstudie i detta fall kan visa om det finns något samband mellan kön, kan den däremot inte fastställa sambandet mellan orsak och verkan (Billhult, 2023c). Då studien var tidsmässigt begränsad kan det vara svårt att se förändringar över tid, vilket kan ses som en svaghet. Därutöver kan användningen av självrapporterade data innebära en risk för missvisande resultat eftersom svaren kan påverkas av olika personliga faktorer (Billhult, 2023c; Ejlertsson, 2019; Wang & Cheng, 2020). En ytterligare svaghet med enkäten är att den inte ger utrymme för följdfrågor eller förtydliganden vid oklarheter vilket således kan påverka datainsamlingens kvalitet (Ejlertsson, 2019).

Under enkätstudiens gång har det uppstått utmaningar av kommunikativ och juridisk natur vilket enligt Glasdam et al. (2024) menar är en del av forskningsprocessen och som ofta kräver både tid och resurser. Däremot har handledningen från både mentor och systemadministratör varit en tillgång. Båda har bidragit med vägledning så att en noggrann granskning av analysen och de statistiska testerna kunnat genomföras. Detta har i sin tur ökat

reliabiliteten och minskat risken för metodologiska fel. Vidare stärks enkätstudiens validitet när en korrekt genomförd analys är baserad på tillförlitliga data och lämpliga metoder (Mårtensson & Fridlund, 2023). Fishers exakta test har en statistisk validitet och valdes istället för Pearsons chi square test eftersom urvalet i enkätstudien var lågt och därmed bibehålls validiteten trots ett litet urval (Neuhäuser & Ruxton, 2025)

Urval

Enkäten var öppen i cirka två månader vilket resulterade i sex vårdcentraler med en ojämn geografisk fördelning. Vidare önskades minst 60 enkätsvar men enkätundersökningen blev kortvarig på grund av fördröjning i studien i form av tolkningar av regler mellan olika personer och datainsamlingen till enkäten tvingades att avbrytas. Tolkningarna gällde GDPR när ett dataskyddsombud uttryckte osäkerhet och uppfattade situationen som en möjlig gråzon, trots att enkätstudien redan hade erhållit ett rådgivande yttrande av Lunds vårdetiska nämnd [VEN]. Glasdam et al. (2025) betonar att det krävs förberedelser för att bekanta sig med lagar och regler såsom GDPR där forskning ska bedrivas för att minska risken för missförstånd och fördröjning av forskningsprocessen. Studier har även visat att lagar och regler kan skilja sig nationellt och internationellt vilket också kan påverka en studies insamling av data (Glasdam et al., 2025; Glasdam et al., 2024 och Stjernswärd et al., 2024). Detta resulterade i sin tur till enkätstudiens låga antal respondenter vilket påverkar den externa validiteten och medför att resultatet sannolikt inte kan generaliseras till en större population. Således för att stärka studiens reliabilitet behövs ett större urval av respondenter.

Vidare betonar Glasdam et al. (2025) att det inte bara är lagar och regler som är av betydelse i en forskningsprocess men även det etiska. Lunds universitets etiska nämnd vägleder sina studenter så att aktuella lagar, regler och forskningsetik följs i forskningsprocessen. En av lagarna är den svenska etikprövningslagen (Ethical Review Act) som fastställer när forskning kräver en etikprövning, till exempel när det handlar om känsliga personuppgifter (Stjernswärd et al., 2024). Med hänsyn till detta beslutades det att inte hantera några personuppgifter då allt material som inhämtades var avidentifierat. Vidare finns det enligt Stjernswärd et al. (2024) en diskrepans mellan strävan efter öppen vetenskap och transparens och behovet av att värna individens integritet och säkerhet. Dessutom belyser Stjernswärd et al. (2024) att etikprövningsnämnders roll innebär ett skyddsnät även för forskningsdeltagare och är av stor betydelse men kan däremot hindra viktig forskning när lagar och regler är otydliga. Som

student sätts stort förtroende på vårdetiska nämnden (VEN) men även lärarnas vägledning. Avslutningsvis tydliggjorde situationen behovet av mer konkreta riktlinjer i forskningsetiska frågor.

Instrument

För att försöka få svar på enkätstudiens syfte om patienternas inställning till förändring av sina levnadsvanor skapades egna frågor till enkäten. Fördelen med en enkätundersökning är att den kan vara kostnadseffektiv, särskilt om den är utformad som en webbenkät. När enkäten är konstruerad krävs det en liten arbetsinsats och når även ett stort geografiskt område. I en enkätundersökning kan dessutom respondenterna inte bli påverkade av intervjuarens sätt att ställa frågor och följdfrågor (Ejlertsson, 2019). Däremot kräver en webbenkät viss datorvana för att kunna svara på enkäten och detta kan i sin tur leda till att respondenterna inte fyller i alla svaren och svarsfrekvensen blir därmed låg (Billhult, 2023b). Vidare kan nackdelar med en egenkonstruerad enkät vara att det lätt kan bildas missförstånd vilket kan ge en lägre reliabilitet till följd. Det partiella bortfallet i denna enkätstudie där två faktorer inte blivit besvarade kan visa på missförstånd men även behovet av validerade instrument. För att således stärka reliabiliteten i studien gjordes en pilotstudie innan enkäten öppnades för respondenterna (Billhult, 2023b). Pilotstudien som gjordes på en liten grupp för att se om frågorna kunde misstolkas och återkopplingen möjliggjorde språkliga justeringar. Det skriftliga språket är av betydelse vilket även Glasdam et al. (2024) betonar i sin forskning och vid bristande språk finns en risk för feltolkningar. Justeringarna som gjordes efter den utförda pilotstudien berörde fråga 16–18 i enkäten vilket ökar enkätens reliabilitet. Däremot är det svårt att bedöma enkätens validitet eftersom den inte är tagen från tidigare validerade instrument. För att säkerställa hög validitet krävs således omfattande tester av instrumentet (Mårtensson & Fridlund, 2023).

Resultatdiskussion

Enkätstudies syfte var att undersöka patientens inställning till förändring av sina levnadsvanor efter ett riktat hälsosamtal. Det gav i sin tur upphov till frågeställningar att undersöka eventuella skillnader mellan män och kvinnor men även faktorer som kan påverka inställningen till en förändring efter ett riktat hälsosamtal. En annan frågeställning som fanns var patienternas motivation till förändring efter ett riktat hälsosamtal. Deltagandet i studien var jämnt fördelat mellan män och kvinnor. Det fanns även en jämn fördelning mellan män

och kvinnors motivation till förändring samt uppvisade respektive inte uppvisade av ohälsosamma levnadsvanor. Vidare framkom det i enkätstudien att den egna motivationen är av stor betydelse i förändringsprocessen vilket även bekräftas av tidigare studier (Dunkel et al., 2025; Okube & Kimani, 2024; Sönmez Sari & Kitis, 2024).

Ett annat resultat som uppmärksammades var en variation i respondenternas förändringsmönster gällande deras motivation. De hade från början en hög motivation till förändring av sina levnadsvanor för att sedan minska något, till att sedan slutligen öka igen. Motivationen påverkar förändringsprocessen under tid vilket även Okube och Kimani (2024) visar i sin studie. Det visade sig att med stöd i en intervention under 12 månader bibehålls deltagarnas motivation och att deltagarna rörde sig framåt i de olika förändringsstadierna från "förnekelse" och "begrundan", till "förberedelse" och "handling". Vidare rekommenderas individanpassade insatser för att kunna genomföra en bestående förändring av levnadsvanor (Alenius et al., 2023; Elshahory et al., 2024; Ishii et al., 2024). Dessutom framkommer i denna enkätstudies resultat att det största hindret i förändringsprocessen var låg motivation. I en studie av Ishii et al. (2024) belyses faktorer som har störst påverkan på motivationen. Dessa faktorer är upplevelsen av socialt stöd, vilket förändringsstadie patienten befann sig i och samspelet i sociala relationer. Forskarna såg att ifall det fanns frustration i deras sociala relationer, kunde det hjälpa dem att reflektera över den egna hälsan. Det kunde i sin tur utveckla den inre drivkraften till förändring av sina levnadsvanor. Dessutom finns det tidigare forskning som belyser andra faktorer som påverkar motivationen såsom individens självförtroende och socioekonomiska förhållanden (Borgström Bolmsjö et al., 2024; Folkhälsomyndigheten, 2025; Pedersen et al., 2021).

Ett annat resultat som framkommer i enkätstudien är att respondenterna har kunnat upprätthålla eller förbättra sina levnadsvanor efter det riktade hälsosamtalet. Detta har även visat sig i andra studier där förändring av levnadsvanor kan göras med hjälp av motiverande samtal (Lundberg et al., 2017; Sönmez Sari & Kitis, 2024). Sönmez Sari och Kitis (2024) framhåller dessutom att det motiverande samtalet bidrog till att stärka deltagarnas motivation och tilltro till sin egen förmåga att genomföra en förändring. För att öka möjligheten till förändring är det viktigt att patienten är delaktig och får ta egenansvar till förändringen med hjälp av resurser och kunskap från distriktssköterskan (Chacha-Mannie et al., 2019; Nouwen et al., 2011; Orem, 2001). Däremot indikerade resultatet av denna enkätstudie att stöd från sjuksköterskan inte var speciellt viktigt men att det riktade hälsosamtalet ändå upplevdes som

givande. Samtidigt bör det partiella bortfallet kring faktorerna “stöd från sköterskan” och “viljan att förebygga framtida sjukdom” även beaktas vid tolkning av resultatet då det kan påverka jämförbarheten mellan de olika faktorerna.

Ytterligare resultat som framkom från den kvalitativa delen i enkätstudien var att en respondent önskade uppföljande samtal för att kunna se ifall interventionen gav effekt. Intresset för uppföljande samtal finns och enligt en annan studie av Sönmez Sari och Kitis (2024) ses att kontinuerliga motiverande samtal under en 24-veckorsperiod framhålls som en faktor som kan bidra till positiva förändringsmönster hos individen. Dessutom belyser Åsberg et al. (2014) och Chacha-Mannie et al. (2019) att det finns ett intresse hos både patienter och sjukvårdspersonal att samtala kring levnadsvanor. För att nå ut till så många som möjligt erbjuds de riktade hälsosamtalen även digitalt. I enkätstudien framkommer det att alla samtal, digitala som fysiska, upplevdes givande och svaren var dessutom jämnt fördelat mellan män och kvinnor.

I en annan studie av Dunkel et al. (2025) belyses att digital intervention är bättre än att inte erbjuda något alls. Således för att påverka levnadsvanorna är individuella samtal ett tillvägagångssätt för att uppnå en förändring (Lundberg et al., 2017; Sönmez Sari & Kitis, 2024). Dessutom bekräftar Dunkel et al. (2025) att livstilsinterventioner ger effekter på självförtroendet och självhantering som i sin tur påverkar förändringsprocessen under lång tid. Enligt Orems teori om egenvårdsbalans (2001) besitter individen i grunden kapaciteten att genomföra förändringar i sina levnadsvanor men kan ibland behöva stöd från sjuksköterskan för att genomföra dessa förändringar. Resultaten från denna enkätstudie indikerade dock att sjuksköterskans stöd inte uppfattades som avgörande för respondenterna i deras förändringsarbete. Det kan tyda på att graden av självständighet i förändringsprocessen varierar mellan individer. Detta resultat kan sättas i relation till tidigare forskning av Elshoryi et al. (2024) som betonar vikten av individanpassade interventioner är baserade på var i förändringsprocessen personen befinner sig. Vidare visade studien att tillgång till rådgivning har betydelse för patientens möjligheter att genomföra beteendeförändringar. Vidare belyser Elshoryi et al. (2024) att förändringsstadiet påverkas av flera bakomliggande faktorer, såsom socioekonomisk status, utbildningsnivå och sjukdomens varaktighet. Dessa resultat tyder på att det behövs individanpassade strategier då förändringsprocessen är komplex. Insatser bör anpassas efter både individuella förutsättningar och patientens aktuella motivation och behov.

Förändringsprocessen är komplex och i enkätstudien belyses faktorer som kan ses som hinder i förändringsprocessen. I resultatet framkommer det att det tredje största hindret är "rädsla för framtida sjukdom". Rädsla kan förmodligen i sig bidra till att aktivera den inre drivkraften i förändringsprocessen dock kan den även troligtvis ha negativa effekter på processen. Eftersom rädslan antagligen kan leda till en passivitet och minskad tilltro till den egna förmågan är det av vikt att distriktsköterskan är uppmärksam då det både kan vara en drivkraft och ett hinder vid förändring av ohälsosamma levnadsvanor. Således behöver distriktsköterskan bemöta patientens oro med empati och stöd vilket kan bidra till ökad motivation. Detta styrks i tidigare forskning av Brouwer-Goossensen et al. (2021) som menar att rädsla för sjukdom kan ses som en positiv drivfaktor i förändring av ohälsosamma levnadsvanor. I en annan studie av Sebire et al. (2018) betonas att förändringen också är komplex och att många patienter känner sig tvungna till en förändring av sina levnadsvanor. Drivkraften till förändring kan bero på skuld eller rädsla att deras misslyckande skulle avslöjas snarare än att de gör det av den inre viljan till förändring. Sammantaget tyder resultaten från tidigare forskning men även resultatet från enkätstudien att emotionella hinder såsom rädsla, skuld och psykisk ohälsa inte bara kan försvåra förändringsarbete utan också påverka individens motivation. Samhället har därför ett ansvar att skapa förutsättningar för trygghet och tillgänglig vård då det kan minska patienters oro inför framtida sjukdom och därmed främja en mer aktiv och hållbar förändringsprocess.

I denna enkätstudie framkommer det att de respondenterna med psykisk ohälsa även hade ohälsosamma levnadsvanor och som tidigare studier belyser (Bot et al. 2016; El Ansari et al. 2024; Socialstyrelsen, 2024; Stenman et al, 2024) påverkas levnadsvanorna av varandra och att det faktiskt finns ett samband mellan levnadsvanor och psykisk ohälsa. Eftersom psykisk ohälsa har ökat i samhället är det av stor vikt att förstå sambandet mellan ohälsosamma levnadsvanor och psykisk hälsa (Allugander & Nilsson, 2003). Detta bör därför tas i beaktande i arbetet med stödjande insatser och interventioner, särskilt för individer som befinner sig i riskzon för ohälsa.

I enkätstudiens resultat framkom det från en respondent med dålig psykisk hälsa att det finns intresse för vidare uppföljning av det riktade hälsosamtalet dessutom upplevdes samtalet som mycket givande och viktigt. Samtidigt menar Mazza et al. (2020) att det krävs tid och kontinuitet med stödjande insatser vilket ofta är begränsat inom hälso-och sjukvården. Vidare

visar deras studie att en stödjande insats är en tillitsfull relation mellan patient och vårdpersonal. En tillitsfull relation är dessutom en grundläggande förutsättning för att samtal om förändring ska bli meningsfulla. Samtalet bör vara en dialog snarare än ensidig informationsöverföring eftersom detta stärker patientens delaktighet och ökar möjligheten att tillgodogöra sig informationen (Mazza et al., 2020). Här kan därmed uppstå en etisk och praktisk konflikt, å ena sidan vill sjukvården stödja patienten i sitt förändringsarbete, å andra sidan finns krav från samhället att vara så effektiv och ekonomisk som möjligt (Mazza et al., 2020). En annan viktig aspekt som nämns i studien av Mazza et al. (2020) är vikten av patientens autonomi och hur paternalism kan undvikas, att stötta utan att styra eller döma. I resultatet av denna enkätstudie framkom det att 81% av respondenterna som deltog är högutbildade med en eftergymnasial utbildning längre än 3 år. Däremot var det endast 19% av respondenterna som hade en lägre utbildning och som deltog i det riktade hälsosamtalet. En samhällrelig aspekt kan vara frågan om jämlik vård, det har visat sig i annan forskning att patienter med olika socioekonomiska förutsättningar har varierande förutsättningar att delta och faktiskt dra nytta av ett hälsosamtal. Enligt Eriksson et al. (2025) innebär en låg socioekonomisk position en begränsning i förmågan att hantera kostnader för en hälsosammare livsstil. Den sociala positionen i samhället kan också påverka hälsorelaterade beteenden exempelvis genom individens kunskaper kring hälsa. Även att kunna ta till sig informationen på ett värdefullt sätt och använda den i hälsoförebyggande syfte fastän det finns motivation från individens sida (Eriksson et al., 2025).

Enligt Folkhälsomyndighetens årsrapport 2025 är en god och jämlik hälsa en avgörande resurs för ett starkt samhälle med god motståndskraft mot samhällreliga kriser. När brister uppstår i samhällets resurser kan ojämlikheten i hälsa förstärkas där enbart vissa grupper kan få ta del av uppföljning och stöd från sjukvården. Bristerna påverkar både förändringsarbetet med ohälsosamma levnadsvanor och i förlängningen hälsan i sin helhet (Folkhälsomyndigheten, 2025). En patients ohälsosamma levnadsvanor påverkar därför inte bara på individnivå utan faktiskt hela samhället (Lundberg et al., 2017; Socialstyrelsen, 2024; Sönmez Sari & Kitis, 2024; Virtanen et al., 2018). I en studie av Virtanen et al (2018) betonas att ohälsosamma levnadsvanor såsom rökning, låg fysisk aktivitet, övervikt och hög alkoholkonsumtion har ett signifikant samband med ökad sjukfrånvaro. Här har samhället och vården ett stort ansvar att kunna främja individens möjligheter till en förändring av sina levnadsvanor utan att lägga hela ansvaret på individen själv. Samtidigt behövs andra aspekter beaktas såsom, arbetsförhållanden, socioekonomi och utbildning (Folkhälsomyndigheten,

2025). Resultatet av denna studie tyder dock på att ohälsosamma levnadsvanor förekom i något högre grad bland personer med längre eftergymnasial utbildning. Samtidigt bör dock resultatet tolkas med försiktighet och ses som en beskrivande tendens snarare än en statistiskt säkerställd skillnad på grund av det låga antalet deltagare.

Konklusion och implikationer

Resultatet från enkätstudien visade att individens egen motivation var den största betydande faktorn till förändring av ohälsosamma levnadsvanor och även enkätstudiens största fynd. Däremot finns det tidigare forskning som belyser andra faktorer som påverkar motivationen. Ohälsosamma levnadsvanor har betydelse i det nationella och globala arbetet mot ohälsa och för tidig död. Resultatet från enkätstudien tyder även på att det riktade hälsosamtal har betydelse för förändringsprocessen då det möjligen kan hjälpa till att stärka individens egen motivation till förändring av sina levnadsvanor. Ytterligare bifynd som framkom i enkätstudiens resultat är att de respondenter som medverkat till ett riktat hälsosamtal i genomsnitt har högre utbildning vilket i sin tur kan bidra till att den enskilda individen har olika förutsättningar för att kunna ändra sina levnadsvanor. Denna skillnad riskerar således att förstärka befintliga hälsoklyftor snarare än att minska dem. Det behövs därför vidare forskning kring förändringsprocessen och de faktorer som påverkar patientens inställning och motivation att vilja förändra sina levnadsvanor.

Referenser

- Alenius, S., Olsson, K., Thomasson, E., & Magnusson, L. (2023). Health care professionals' experiences and perceptions of health promotion through the health dialogue intervention in the scania region, Sweden: a qualitative interview study. *BMC Primary Care*, 24(1), 173. <https://doi.org/10.1186/s12875-023-02133-2>
- Allgulander, C. (2021). Psykisk ohälsa. I E-K. Hultgren (Red.), *Distriktssköterskans specialistområden* (1 uppl., s. 281–321). Studentlitteratur.
- Allgullander, C., & Nilsson, B. (2003). Rikstäckande primärvårdsstudie: Var fjärde patient lider av ångest och depression. *Läkartidningen*, 100(10), 832–838. <https://lakartidningen.se/wp-content/uploads/OldPdfFiles/2003/26290.pdf>
- Andersen, M. B., Bjørkman, A.-S. D., Pedersen, M., Ekholm, O., & Molsted, S. (2020). Social inequality in lifestyle, motivation to change lifestyle and received health advice in individuals with diabetes: A nationwide study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 48(8), 847–854. <https://doi.org/10.1177/1403494819885727>
- Beatty, A. L., Truong, M., Schopfer, D. W., Shen, H., Bachmann, J. M., & Whooley, M. A. (2018). Geographic Variation in Cardiac Rehabilitation Participation in Medicare and Veterans Affairs Populations. *Circulation*, 18. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.117.029471>
- Beauchamp, T.L., & Childress, J.F. (2013). Principles of biomedical ethics. Oxford University Press.
- Billhult, A. (2023a). Analytisk statistik. I M. Henricsson (Red). *Vetenskaplig teori och metod* (3:1, s. 285–114) Studentlitteratur.
- Billhult, A. (2023b). Enkäter. I M. Henricsson (Red). *Vetenskaplig teori och metod* (3:1, s. 127–139) Studentlitteratur.
- Billhult, A. (2023c). Kvantitativ metod och stickprov. I M. Henricsson (Red). *Vetenskaplig teori och metod* (3:1, s. 103–114) Studentlitteratur.
- Borgström Bolmsjö, B., Chiarappa, S., Stenman, E., Grundberg, A., & Sundquist, K. (2024). Obesity and its association with self-efficacy and metabolic risk factors by region of birth among 40-year-olds participating in the Swedish targeted health dialogues. *Preventive medicine reports*, 45, 102845. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2024.102845>

- Bot, S. D., Mackenbach, J. D., Nijpels, G., & Lakerveld, J. (2016). Association between social network characteristics and lifestyle behaviours in adults at risk of diabetes and cardiovascular disease. *PLOS ONE*, 11(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0165041>
- Brouwer-Goossensen, D., den Hertog, H. M., Mastenbroek-de Jong, M. A., van Gemert-Pijnen, L. J. E. W. C., & Taal, E. (2021). Patient perspectives on health-related behavior change after transient ischemic attack or ischemic stroke. *Brain and Behavior*, 11(4), e01993. <https://doi.org/10.1002/brb3.1993>
- Brådvik, G., Andersson, E., Ramdén, V., Lindgren, P., & Steen Carlsson, K. (2021). *Kopplingen mellan levnadsvanor och hjärt- kärlsjukdom i Sverige*. (Rapport 2021:5) Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi. <https://ihe.se/rapport/levnadsvanor-och-hjart-karlsjukdom/>
- CAN, (2021). *Självrapporterade alkoholvanor i Sverige 2004–2020* (Rapport 204). Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. <https://www.can.se/app/uploads/2021/10/can-rapport-204-sjalvrappporterade-alkoholvanor-i-sverige-2004-2020.pdf>
- Chacha-Mannie, C., Dewey, A., Daniels, P., & Pallikadavath, S. (2019). Brief health promotion in urgent care centres: a qualitative study of patients' and nurse practitioners' attitudes. *Primary Health Care*, 29(6), 28–34. <https://doi.org/10.7748/phc.2019.e1517>
- Dataskyddsförordningen (SFS nr: 2018:218).Sveriges Riksdag. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2018218-med-kompletterande-bestammelser_sfs-2018-218/
- Distriktsköterskeföreningen i Sverige (2019) kompetensbeskrivning avancerad nivå distriktsköterska. Svensk Sjuksköterskeförening. [Kompetensbeskrivning-avancerad-niva-distriktskoterska-reviderad-2019.pdf](https://www.sskf.se/medlemsmaterial/kompetensbeskrivning-avancerad-niva-distriktskoterska-reviderad-2019.pdf) (distriktskoterska.com)
- Dunkel, A., von Storch, K., Hochheim, M., Zank, S., Polidori, M. C., & Woopen, C. (2025). Long-term effects of transtheoretical model-based lifestyle intervention on self-efficacy and self-management in patients with type 2 diabetes: Randomised controlled trial. *International Journal of Behavioral Medicine*, 32(1), 45–57. <https://doi.org/10.1007/s12529-024-10323-0>
- Ejlertsson, G. (2019) *Enkät i praktiken, en handbok i enkätmetodik* (4 uppl.). Studentlitteratur.
- Ekelund, U., Tarp, J., Steene-Johannessen, J., Hansen, B. H., Jefferis, B., Fagerland, M. W., Whincup, P., Diaz, K. M., Hooker, S. P., Chernofsky, A., Larson, M. G., Spartano, N., Vasan, R. S., Dohrn, I.-M., Hagströmer, M., Edwardson, C., Yates, T., Shiroma, E.,

- Anderssen, S. A., & Lee, M. (2019). Dose-response associations between accelerometry measured physical activity and sedentary time and all cause mortality: systematic review and harmonised meta-analysis. *BMJ: British Medical Journal*, *366*, 1–10.
<https://doi.org/10.1136/bmj.l4570>
- El Ansari, W., Sebena, R., El-Ansari, K., & Suominen, S. (2024). Clusters of lifestyle behavioral risk factors and their associations with depressive symptoms and stress: Evidence from students at a university in Finland. *BMC Public Health*, *24*(1), 1103.
<https://doi.org/10.1186/s12889-024-18421-0>
- Eliassen, M., GrønkJær, M., Skov-Ettrup, L. S., Mikkelsen, S. S., Becker, U., Tolstrup, J. S., & Flensburg-Madsen, T. (2013). Preoperative alcohol consumption and postoperative complications: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Surgery*, *258*(6), 930–942.
<https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3182988d59>
- Elsahoryi, N. A., Subih, H. S., Hammouh, F., & Hammad, F. J. (2024). Stage of Change of Transtheoretical Model for Nine Health-Related Behaviors Among Hypertensive Patients: Cross-Sectional Study. *Patient preference and adherence*, *18*, 1691–1711.
<https://doi.org/10.2147/PPA.S442291>
- Eriksson, M., Richter Sundberg, L., Santosa, A., Lindgren, H., Ng, N., & Lindvall, K. (2025). Health behavioural change: The influence of social-ecological factors and health identity. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, *20*(1), Article 2458309 <https://doi.org/10.1080/17482631.2025.2458309>.
- Feldman, A. L., Griffin, S. J., Fhärm, E., Norberg, M., Wennberg, P., Weinehall, L., & Rolandsson, O. (2017). Screening for type 2 diabetes: do screen-detected cases fare better? *Diabetologia*, *60*(11), 2200–2209. <https://doi.org/10.1007/s00125-017-4402-4>
- Folkhälsomyndigheten. (29 december 2023). *Rekommendationer för fysiskaktivitet och stillasittande*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/mat-fysisk-aktivitet-overvikt-och-obesitas/fysisk-aktivitet-och-stillasittande/riktlinjer-och-rekommendationer-for-fysisk-aktivitet-och-stillasittande/rekommendationer-for-fysisk-aktivitet-och-stillasittande/>
- Folkhälsomyndigheten. (3 juni 2024). *Vuxnas bruk av tobaks- och nikotinprodukter*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/andts/andts-anvandning-och-ohalsa/anvandning/anvandning-av-tobaks-och-nikotinprodukter/vuxnas-bruk-av-tobaks--och-nikotinprodukter/>

- Folkhälsomyndigheten. (2025) Folkhälsan i Sverige, årsrapport 2025 (Artikelnummer 25037).
Folkhälsomyndigheten.
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/3a11f1932968414bae25a4da486340a4/folkhalsan-sverige-arsrapport-2025.pdf>.
- Färnkvist, L., Olofsson, N., & Weinehall, L. (2008). Did a health dialogue matter? Self-reported cardiovascular disease and diabetes 11 years after health screening. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 26(3), 135–139.
<https://doi.org/10.1080/02813430802113029>
- Glasdam, S., Jacobsen, F. F., Ågotnes, G., & Stjernswärd, S. (2024). Language at Stake in International Research Collaboration—Methodological Reflections on Team-Based and Time-Intensive Ethnography. *Qualitative Sociology Review*, 20(3), 42–58.
<https://doi.org/10.18778/1733-8077.20.3.03>
- Glasdam, S., Ó Cathaoir, K., & Stjernswärd, S. (2025). Balancing Different Legal and Ethical Requirements in the Construction of Informed Consents in Qualitative International Collaborative Research Across Continents - Reflections from a Scandinavian Perspective. *Journal of Academic Ethics*, 23, 349–362. <https://doi.org/10.1007/s10805-024-09536-5>
- Glock, H., Borgström Bolmsjö, B., Milos Nymberg, V., Wolff, M., & Calling, S. (2023). ‘In the end, I’m the one who has to do the job’: Participant experience of a lifestyle intervention for patients with hypertension. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 41(4), 457–468. <https://doi.org/10.1080/02813432.2023.2271042>
- Grønkjær, M., Eliassen, M., Skov-Ettrup, L. S., Tolstrup, J. S., Christiansen, A. H., Mikkelsen, S. S., Becker, U., & Flensburg-Madsen, T. (2014). Preoperative smoking status and postoperative complications: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Surgery*, 259(1), 52–71. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3182911913>
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2021a). Global Burden of Disease, Sweden.
<http://www.healthdata.org/sweden>
- Ishii, K., Sumita, H., Nagamine, H., & Morita, K. (2024). Mixed-methods research of motivational processes in workers’ adoption of healthy behavior. *BMC Public Health*, 24, 537. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18081-0>
- Johansson, L. M., Eriksson, M., Dahlin, S., Lingfors, H., & Golsater, M. (2024). Healthcare professional's experiences of targeted health dialogues in primary health care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 38(1), 231–239.
<https://doi.org/10.1111/scs.13216>

- Khademian, Z., Ara, F. K., & Gholamzadeh, S. (2020). The Effect of Self Care Education Based on Orem's Nursing Theory on Quality of Life and Self-Efficacy in Patients with Hypertension: A Quasi-Experimental Study. *International Journal of Community Based Nursing & Midwifery*, 8(2), 140–149. <https://doi.org/10.30476/IJCBNM.2020.81690.0>
- Kotseva, K., Wood, D., & De Bacquer, D. (2018). Determinants of participation and risk factor control according to attendance in cardiac rehabilitation programmes in coronary patients in Europe: EUROASPIRE IV survey. *European Journal of Preventive Cardiology*, 25(12), 1242–1251. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1177/2047487318781359>
- King, D. E., Mainous, A. G., 3rd, Carnemolla, M., & Everett, C. J. (2009). Adherence to healthy lifestyle habits in US adults, 1988-2006. *The American Journal of Medicine*, 122(6), 528–534. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2008.11.013>
- Kjellström, S. (2017) Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad* (Uppl. 2, s.57–80). Studentlitteratur.
- Lidin, M., Hellenius, M., Ekblom-Bak, E., & Karlsson, M. (2019). Experiences from individuals with increased cardiovascular risk participating in a one-year lifestyle program. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 18(7), 554–561. <https://doi.org/10.1177/1474515119848967>
- Lingfors, H., & Persson, L.G. (2019). All-cause mortality among young men 24–26 years after a lifestyle health dialogue in a Swedish primary care setting: a longitudinal follow-up register study. *BMJ open* 29;9(1), 1–8. [10.1136/bmjopen-2018-022474](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022474)
- Lundberg, K., Jong, M. C., Kristiansen, L., & Jong, M. (2017). Health Promotion in Practice—District Nurses' Experiences of Working with Health Promotion and Lifestyle Interventions Among Patients at Risk of Developing Cardiovascular Disease. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 13(2), 108–115. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2016.12.001>
- Lundin Gurné, F., Jakobsson, S., Lidén, E., & Björkman, I. (2023). District nurses' perspectives on health-promotive and disease-preventive work at primary health care centres: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 37(1), 153–162. <https://doi.org/10.1111/scs.13100>
- Lönnberg, L., Damberg, M., & Revenäs, Å. (2020). “It's up to me”: the experience of patients at high risk of cardiovascular disease of lifestyle change. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 38(3), 340–351. <https://doi.org/10.1080/02813432.2020.1794414>

- Lönnberg, L., Damberg, M., & Revenäs, Å. (2022). Lifestyle counselling – a long-term commitment based on partnership. *BMC Primary Care* 23(35).
<https://doi.org/10.1186/s12875-022-01642-w>
- Mazza, D., McCarthy, E., Singh, N., Carey, M., Turner, L., & Harris, M. (2020). “There’s always something else”: Patient perspectives on improving the implementation of obesity guidelines in general practice. *Obesity Research & Clinical Practice*, 14(5), 437–442.
<https://doi.org/10.1016/j.orcp.2020.09.004>
- Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2023) Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricsson (Red). *Vetenskaplig teori och metod* (3:1, s. 473–490) Studentlitteratur.
- Neuhäuser, M., & Ruxton, G. D. (2025). The choice between Pearson’s χ^2 test and Fisher’s exact test for 2×2 tables. *Pharmaceutical Statistics*, 24(3), e70012.
<https://doi.org/10.1002/pst.70012>
- Nouwen, A., Balan, A. T., Ford, T., Twisk, J., Ruggiero, L., & White, D. (2011). Longitudinal Motivational Predictors of Dietary Self-Care and Diabetes Control in Adults With Newly Diagnosed Type 2 Diabetes Mellitus. *Health Psychology*, 30(6), 771-779–779.
<https://doi.org/10.1037/a0024500>
- Nymberg, P., & Drevenhorn, E. (2016). Patients’ experience of a nurse-led lifestyle clinic at a Swedish health centre. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(2), 349–355.
<https://doi.org/10.1111/scs.12254>
- Okube, O. T., & Kimani, S. T. (2024). Effectiveness of Trans-Theoretical Model-Based Health Education Intervention in the Promotion of Lifestyle Changes among Adults with Metabolic Syndrome: A Randomized Controlled Trial. *SAGE Open Nursing*, 10, 1–12.
<https://doi.org/10.1177/23779608241251729>
- Olson, J. M. (1993). Everything You Always Wanted to Know about Attitudes [Review of *The Psychology of Attitudes*, by A. H. Eagly & S. Chaiken]. *Psychological Inquiry*, 4(4), 358–365. <http://www.jstor.org/stable/1449653>
- Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6 uppl.). Mosby.
- Pedersen, M. R. L., Hansen, A. F., & Elmose-Østerlund, K. (2021). Motives and Barriers Related to Physical Activity and Sport across Social Backgrounds: Implications for Health Promotion. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 5810. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115810>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2022). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice* (10. ed.). Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114-1114. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.47.9.1102>
- Qiu, X. (2024). Nurse-led intervention in the management of patients with cardiovascular diseases: a brief literature review. *BMC Nursing*, 23(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01422-6>
- Region Skåne. (4 november 2024). *Riktade hälsosamtal i Skåne*. <https://vardgivare.skane.se/varldriktlinjer/levnadsvanor/riktade-halsosamtal-i-skane/#303229>
- Sebire, S. J., Toumpakari, Z., Turner, K. M., Cooper, A. R., Page, A. S., Malpass, A., & Andrews, R. C. (2018). “I’ve made this my lifestyle now”: A prospective qualitative study of motivation for lifestyle change among people with newly diagnosed type two diabetes mellitus. *BMC Public Health*, 18, 204. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5114-5>
- Socialstyrelsen. (2018). *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor Stöd för styrning och ledning*. (Artikelnummer 2018-6-24). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-24.pdf>
- Socialstyrelsen. (2024). *Nationella riktlinjer 2024: Vård vid ohälsosamma levnadsvanor Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser för sjukdomsprevention och behandling*. (Artikelnummer 2024-11-9272). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2024-11-9272.pdf>
- Stenman, E., Borgström Bolmsjö, B., Grundberg, A., & Sundquist, K. (2024). Health determinants among participants in targeted health dialogues offered to all 40-year-old individuals in a metropolitan region of 1.4 million people. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 1–12. <https://doi.org/10.1080/02813432.2024.2385547>
- Stjernswärd, S., Tilgmann, C., & Glasdam, S. (2024). The Ethics of Using News Stories concerning Minors as Empirical Material in Health Research: Reflections on a Swedish Case. *Ethics & Human Research*, 46(1), 26–36. <https://doi.org/10.1002/eahr.500197>
- Sveriges Kommuner och Regioner (27 oktober 2025). *Nationell patientenkät, primärvård 2024*. <https://resultat.patientenkät.se/>
- Sönmez Sari, E., & Kitiş, Y. (2024). The effect of nurse-led motivational interviewing based on the trans-theoretical model on promoting physical activity in healthy older adults: A

- randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Practice*, 30(2). e13252.
<https://doi.org/10.1111/ijn.13252>
- Thomasson. E., Koronen. A., Skogström. M., Jaran. J., Appell. E., Wibom Vestlund. M., & Stenevi Lundgren. S. (2024). *Riktade hälsosamtal i Skåne, årsrapport 2023*. Region Skåne.
<https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/levnadsvanor/riktade-halsosamtal/rapport-2023-riktade-halsosamtal-skane.pdf>
- Vilafranca Cartagena, M., Tort-Nasarre, G., & Rubinat Arnaldo, E. (2021). Barriers and Facilitators for Physical Activity in Adults with Type 2 Diabetes Mellitus: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10).
<https://doi.org/10.3390/ijerph18105359>
- Virtanen, M., Ervasti, J., Head, J., Oksanen, T., Salo, P., Pentti, J., Kouvonen, A., Väänänen, A., Suominen, S., Koskenvuo, M., Vahtera, J., Elovainio, M., Zins, M., Goldberg, M., & Kivimäki, M. (2018). Lifestyle factors and risk of sickness absence from work: a multicohort study. *The Lancet. Public health*, 3(11), 545–554.
[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(18\)30201-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30201-9)
- Wang, X., & Cheng, Z. (2020). Cross-sectional studies: Strengths, weaknesses, and recommendations. *Chest*, 158(1, Supplement), S65–S71.
<https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.03.012>
- Winkley, K., Stahl, D., Chamley, M., Stopford, R., Boughdady, M., Thomas, S., Amiel, S. A., Forbes, A., & Ismail, K. (2016). Low attendance at structured education for people with newly diagnosed type 2 diabetes: General practice characteristics and individual patient factors predict uptake. *Patient Education and Counseling*, 99(1), 101–107.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.08.015>
- World Medical Association. (22 oktober 2024). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants*.
<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>
- World Health Organisation. Regional office for europe. (2016). *Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases in the WHO European Region*.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341522/WHO-EURO-2016-2582-42338-58618-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (3 februari 2022). *Cancer*. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/cancer>

Åsberg, K., Ekberg, J., Borgstedt-Risbetg, M., Mako, E. & Valter, L. (2014) *Hälsolyftet, Hälsoundersökningar och hälsosamtal på vårdcentraler i Östergötland. En sammanställning av resultatet från 2012-2013*. Enheten för hälsoanalys, landstinget i Östergötland. <https://docplayer.se/17075680-Halsolyftet-halsoundersokningar-och-halsosamtal-pa-vardcentraler-i-ostergotland-en-sammanstallning-av-resultatet-ar-2012-2013-www-lio.html>

Östlund, A.-S. 1974, Kristofferzon, M.-L., Häggström, E., & Wadensten, B. (2015). Primary care nurses' performance in motivational interviewing: a quantitative descriptive study. *LivMI BMC Family Practice*, 16(1), 89–100. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0304-z>

Bilaga 1

Enkät om inställning till förändring av levnadsvanor efter ett riktat hälsosamtal

Dina svar gäller dig personligen och ska vara det som är sant för dig, försök att svara så sanningsenligt du kan.

1. Kön

- Man
- Kvinna
- Icke binär

2. Ålder

- 40år
- 50år

3. Ungefär när utförde du det riktade hälsosamtalet?

- 1 mån sedan
- 2 mån sedan
- 3 mån sedan
- 4 mån sedan
- 5 mån sedan
- 6 mån sedan

4. Vilken utbildningsnivå har du? (välj vilken som är din högsta utbildning)

- Grundskola (eller motsvarande)
- Gymnasium (eller motsvarande)
- Eftergymnasial utbildning kortare än 3 år
- Eftergymnasial utbildning längre än 3 år

5. Anser du att du har ohälsosamma levnadsvanor?

- Ja
- Nej

6. Om ja vilken/vilka? (Fler alternativ är möjliga)

- Ohälsosamma matvanor (*<500 gr frukt och grönt/vecka, fisk och skaldjur <2 ggr/vecka, lågt intag av fullkorn, feta mejeriprodukter, sötsaker och salt, ≥ 500 gr rött kött och chark/vecka*)
- Otillräcklig fysisk inaktivitet (*pulshöjande fysisk aktivitet mindre än 150minuter/vecka*)
- Rökning eller snusning
- Riskbruk av alkohol (*fler än 10 standardglas per vecka eller fler än 4 standardglas vid ett tillfälle*)

7. Hur upplever du din psykiska hälsa?

- Utmärkt
- Mycket god
- God
- Dålig
- Mycket dålig

8. Hur upplevde du det riktade hälsosamtalet?

- Mycket givande
- Givande
- Mindre givande
- Inte alls givande

9. Har du utfört det riktade hälsosamtalet digitalt?

- Ja
- Nej

10. Föredrar du ett digitalt samtal i stället för fysiskt?

- Ja
- Nej

11. Hur upplevde du att det riktade hälsosamtalet hjälpte dig att förstå vikten av att förändra dina levnadsvanor?

- I stor utsträckning
- I ganska stor utsträckning
- I ganska liten utsträckning
- I liten utsträckning
- I ingen utsträckning
- Ej aktuellt

12. I vilken utsträckning upplevde du att det riktade hälsosamtalet handlade om sådant som kändes viktigt för dig?

- I stor utsträckning
- I ganska stor utsträckning
- I ganska liten utsträckning
- I liten utsträckning
- I ingen utsträckning

13. I vilken utsträckning upplevde du att distriktssköterskan/sjuksköterskan lyssnade på dig under det riktade hälsosamtalet?

- I stor utsträckning
- I ganska stor utsträckning
- I ganska liten utsträckning
- I liten utsträckning
- I ingen utsträckning

14. Vilken/vilka levnadsvanor har du kunnat förbättra/upprätthålla efter det riktade hälsosamtalet (Välj ett eller flera val som passar in på dig)

- Matvanor
- Fysisk aktivitet
- Rökning eller snusning
- Alkoholvanor
- Ingen av de ovannämnda

15. Vilken inställning har du till förändring av dina levnadsvanor efter genomfört riktat hälsosamtal (matvanor, rökning, alkohol, fysisk aktivitet)

- Jag vill inte ändra något.

- Jag överväger att förändra något, men har inte börjat.
- Jag har bestämt mig för att förändra något snart.
- Jag har inom 6 månader efter samtalet påbörjat en förändring.
- Jag har bibehållit min förändring.
- Ej aktuellt

16. Hur motiverad känner du dig till att förändra dina levnadsvanor efter ditt riktade hälsosamtal?

- Mycket motiverad
- Till viss del motiverad
- Mindre motiverad
- Inte alls motiverad
- Ej aktuellt

17. Vilka faktorer tror du ger dig de främsta förutsättningarna i en förändringsprocess av dina levnadsvanor? Rangordna med hjälp av siffrorna 1-8, där 1 har den minsta påverkan och 8 den största påverkan)

- Stöd från sköterskan
- Mer information om hälsovinster
- Att kunna sätta upp konkreta mål
- Stöd från familj och vänner
- Goda ekonomiska förutsättningar
- Viljan att förebygga framtida sjukdom
- Tid att kunna prioritera förändringen
- Egen motivation till förändring

18. Vilka faktorer tror du är de största hindren för dig i en förändringsprocess av dina levnadsvanor? Rangordna med hjälp av siffrorna 1-8, där 1 har den minsta påverkan och 8 den största påverkan)

- Brist på stöd från sköterskan
- Brist på information om hälsovinster
- Svårighet att sätta upp konkreta mål
- Brist på stöd från familj och vänner
- Ekonomisk begränsning
- Rädsla för framtida sjukdom
- Begränsad tid för prioritering av förändring
- Låg motivation till förändring

19. Finns det något annat som inte togs upp under det riktade hälsosamtalet men som du känner att du skulle behöva för att lyckas med en förändring av dina levnadsvanor?