



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Distriktssköterskans arbete på vårdcentral för att främja hälsosamma levnadsvanor hos äldre patienter

En intervjustudie

The primary care nurses' and their work to promote a healthy lifestyle for the elderly at health care centers

An interview study

Författare: Sabrina Löfberg & Svava Waller Bergqvist

Handledare: Connie Lethin

Magisteruppsats

Hösten 2019

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

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

Box 157, 221 00 LUND

Abstrakt

Bakgrund: Befolkningens ålder ökar vilket har lett till att Världshälsoorganisationen (WHO) har utarbetat en plan för "Hälsosamt Åldrande". I planen ingår det att medvetandegöra äldre personer om sin hälsa och främja hälsosamma levnadsvanor som motion, hälsosam kost, inget tobaks- eller alkoholbruk. Dessa åtgärder främjar äldres hälsa vilket minskar både personligt lidande och samhällskostnader. **Syftet:** Syftet med denna studie var att belysa hur distriktssköterskan arbetade på vårdcentral för att främja hälsosamma levnadsvanor hos äldre patienter. **Metoden:** Metoden var kvalitativ med induktiv ansats. Urvalet var 12 distriktssköterskor på tio vårdcentraler från olika delar av Skåne. Samtliga distriktssköterskor intervjuades och en semistrukturerad intervjuguide användes. Intervjuerna transkriberades och analyserades med kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** I resultatet framkom tre kategorierna: "Skapa förutsättningar för det hälsofrämjande arbetet", "Tillvägagångssätt för det hälsofrämjande arbetet" och "Interprofessionell samverkan". Resultatet visade att distriktssköterskorna främjade hälsosamma levnadsvanor genom kartläggning för att identifiera patientens behov eller problem, samt motiverade till en förändring genom stödjande samtal. Det framkom att en god relation skapades genom ett bra bemötande, lyhördhet och att synliggöra patienten vilket i sin tur ledde till en känsla av trygghet och förtroende. Detta var väsentligt för förändring av levnadsvanor hos äldre patienter. **Slutsats:** Trots begränsningar såsom tidsbristen har distriktssköterskan stark önskan om att främja hälsosamma levnadsvanor och ett hälsosamt åldrande. Ytterligare forskning hade behövts för att belysa om det finns kulturella skillnader i hur distriktssköterskan främjar hälsosamma levnadsvanor.

Nyckelord

Distriktssköterskor, hälsofrämjande arbete, levnadsvanor, samtal, äldre patienter

Innehållsförteckning

Problemområde	5
Bakgrund	5
Perspektiv och utgångspunkter	5
Distriktssköterskans yrkesroll på vårdcentral	6
Hälsofrämjande arbete	7
Hälsosamma levnadsvanor	8
Hälsa och livskvalitet.....	9
Motiverande samtal (MI) som verktyg.....	10
Hälsosamt åldrande.....	11
Syfte	11
Metod	12
Urval	12
Instrument	13
Datainsamling	13
Analys av data.....	14
Forskningsetiska avvägningar	15
Resultat.....	16
Skapa förutsättningar för det hälsofrämjande arbetet	16
Att vara tillgänglig.....	17
Skapa relationer	17
Att följa manualer och riktlinjer	17
Att arbeta hälsofrämjande utifrån sin profession.....	18
Tillvägagångssätt för det hälsofrämjande arbetet	19
Att identifiera behov	19
Ta tillfället i akt	19
Att motivera och föra samtal	19
Sprida kunskap	21
Fullfölja förändringsprocessen	22
Interprofessionell samverkan	22
Samarbete inom den egna och med andra professioner.....	22
Remittera eller hänvisa	23
Diskussion	23
Metoddiskussion	23
Resultatdiskussion.....	26

Konklusion och implikationer	29
Referenser.....	31
Bilaga 1 (1).....	36

Problemområde

Enligt Världshälsoorganisationen (World Health Organization, [WHO], 2015) ökar världsbefolkningens ålder och redan inom några år beräknas befolkningen ha fördubblats. I takt med stigande ålder ökar sjukdomar vilket har lett till en utarbetad plan för "Hälsosamt åldrande" av WHO (2015). I planen strävas det efter ett hälsosamt åldrande och att få äldre patienter att engagera sig mer i sin egen hälsa. Detta kan främja den enskildes hälsa och bidra till minskade samhällskostnader. Olika levnadsvanor påverkar människans hälsa vilket kan leda till ökad risk för sjukdomar (WHO, 2015). Distriktssköterskan bör i kontakten med patienten integrera förebyggande och hälsofrämjande aspekter samt stärka patienten till en god hälsa genom ett hälsofrämjande synsätt

(Svensksjuksköterskeförening/Distriktssköterskeföreningen [SSF/DSF], 2019). Enligt kompetensbeskrivning (SSF/DSF, 2019) arbetar distriktssköterskan idag i kommuner, landsting- och privata verksamheter såsom till exempel inom vårdcentral med egen mottagningsverksamhet. Grunden i distriktssköterskans arbete är möten med människor i alla åldrar och hälso- och sjukdomstillstånd. Det innebär att distriktssköterskan bör ha fördjupade kunskaper i att bedriva hälsofrämjande arbete. Detta arbete innebär att distriktssköterskan bör möta, stödja, förebygga, råda, vårda och behandla individen utifrån fysiskt, psykiskt, socialt, kulturell och existentiell hälsa (SSF/DSF, 2019).

Enligt vår kännedom är forskning sparsam kring hur distriktssköterskan arbetar hälsofrämjande med personer som är 65 år eller äldre och deras levnadsvanor, vilket är syftet för föreliggande studie. Ökad kunskap om tillvägagångssättet kan hjälpa distriktssköterskor på vårdcentraler att identifiera hälsoproblem i sitt hälsofrämjande arbete med äldre patienter.

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Orems (1995) egenvårdsteori är lämplig att använda för hälsofrämjande arbete. Teorin beskriver egenvård som måste ersättas och/eller stödjas när dessa inte kan genomföras av personen själv. Egenvård definieras som aktiviteter som både kan vara fysiska, psykiska,

sociala och kulturella för att uppnå hälsa. Teorin delas in i tre delar: egenvård (inkluderar egenvårdsbehov och egenvårdskrav), egenvårdsbrist (inkluderar egenvårdskapacitet och egenvårdsbegränsning) och omvårdnadssystem (beskriver hur omvårdnadsaktiviteterna utförs). Omvårdnadsaktiviteter så som näringsintagkan kompenseras helt eller delvis av sjuksköterskan när patienten inte kan utföra egenvårdsåtgärder själv vilket även kan vara i form av ett stödjande samtal. Människor i största allmänhet har förmåga och motivation för att ta tillvara och främja sin egen hälsa samt förebygga sjukdom, men kan vid behov behöva professionell hjälp (Orem, 1995).

I en studie med fokusgruppsintervjuer med patienter, avseende sjuksköterskeledda mottagningar framkom att en patientcentrerad vård på livsstilsmottagningar fick stor framgång i följsamhet av levnadsvaneförändringar (Nymberg och Drevenhorn, 2015). På så sätt identifieras just den äldre patientens behov av egenvårdsbrist, begränsning och hur omvårdnadsaktiviteten kan åtgärdas (Orem, 1995). Identifiering av olika egenvårdsbrister tillhör omvårdnadens problemområde. Distriktssköterskan kan antingen förstärka patientens förmåga till egenvård, alternativt ta över helt eller delvis beroende på patientens hälsostatus (Orem, 1995).

Ohälsosamma levnadsvanor påverkade det hälsosamma åldrandet negativt? visade en kohortstudie utförd i Frankrike (Atallah et al, 2018) och enligt Orem (1995) behöver distriktssköterskan identifiera egenvårdsbristen, och motivera patienten till att främja sin hälsa genom att utföra omvårdnadsaktiviteten. Omgivande faktorer som universella, hälsorelaterade och utvecklingsmässiga egenvårdsbehov har en betydande roll. Målet är att upprätthålla patientens strukturella och funktionella integritet samt välbefinnande genom hela livscykeln (Orem, 1995).

Distriktssköterskans yrkesroll på vårdcentral

Hälsofrämjande processer med goda levnadsvanor är en av de viktigaste arbetsuppgifterna i distriktssköterskans yrkesroll, vilket kan utgöra ett stöd för individer i alla åldrar. Det är även viktigt att distriktssköterskan strävar efter utveckling i vårdvetenskap och tillämpar evidensbaserad kunskap i hälso- och sjukvården för att uppnå en jämlik hälsa i befolkningen. Det är viktigt för distriktssköterskan har ofta den fasta vårdkontakten som bör tillgodose patientens behov, samordning och kontinuitet. (SSF/DSF, 2019). Kelley och Abraham (2007)

utförde en enkätstudie i Storbritannien för att identifiera sjuksköterskors uppfattning om hälsofrämjande arbete samt hur det användes i arbetet med äldre över 65 år. Uppfattningen var att hälsofrämjande arbete ingick i sjuksköterskans arbete. Sjuksköterskorna upplevde att det var viktigt att möjliggöra patienternas levnadsvaneförändringar genom att motivera, informera, ge råd och synliggöra fördelarna med att leva hälsosamt. Det ansågs vara kostnadseffektivt med hälsofrämjande arbete. Vidare beskrev sjuksköterskorna att de upplevde att det var svårt att främja hälsa hos äldre patienter över 75 år än hos de mellan 65–75 år (Kelley & Abraham, 2007).

I en svensk enkätstudie genomförd av Persson, Rasmusson och Pennbrant (2015) om hur distriktssköterskor arbetar med rökavvänjning, framkom att de upplevde sin egen profession vara väsentlig för att kunna arbeta hälsofrämjande med rökavvänjning. De beskrev sitt arbete som bestod av att motivera, ge råd, ge samtalsstöd och följa upp patienterna för att lyckas med sitt hälsofrämjande arbete. Vidare framkom hinder i distriktssköterskornas arbete som tidsbrist, brist på kunskap och fortbildning samt att arbetsgivaren inte prioriterade deras hälsofrämjande arbete med rökavvänjning. Josefsson, Åling och Östin (2011) kom fram till i sin enkätstudie att sjuksköterskor som arbetade med äldre upplevde en stor tillfredsställelse och var stolta över sitt arbete inom äldrevården.

I Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) (SFS, 2017:30) beskrivs primärvårdens uppdrag som en verksamhet som ger vård utan begränsning för sjukdom, ålder eller patientgrupper. I detta ingår medicinsk behandling, omvårdnad och förebyggande arbete. Vidare beskriver lagen att alla har rätt till en god hälsa och lika vård samt att hälso- och sjukvården skall förebygga ohälsa. I Kompetensbeskrivningen (SSF/DSF, 2019) beskrivs distriktssköterskan som en sjuksköterska som har en specialistkompetens inom både hälsofrämjande arbete samt folkhälsovetenskap och bör arbeta för att främja hälsan under individens hela livscykel.

Hälsofrämjande arbete

Det framkom i en intervjustudie att distriktssköterskor upplevde vissa hinder i det hälsosamma arbetet så som tidsbrist (Wilhelmsson & Lindberg, 2009). Distriktssköterskorna tyckte det väsentliga var att deras arbete fick stöd från både ledning och politiker för att kunna bedrivas. Vidare, var riktlinjer och resurser viktigt för att ha förutsättningar att kunna arbeta hälsofrämjande. I en intervjustudie om genomförande av hälsofrämjande arbete i Sverige

påvisades att det krävs grundläggande undervisning både för distriktssköterskorna och i själva organisationen (Brobeck, Odencrants, Bergh & Hildingh, 2011). Resultatet visade att teamarbetet, framförallt med läkare, var ett hinder i det hälsofrämjande arbetet. Ett verktyg som distriktssköterskorna använde sig av i studien var motiverande samtal (MI) vilket inte alltid fungerade i verksamheten på grund av tidsbrist.

Internationellt har det inte visat sig vara några större skillnader avseende hälsofrämjande rådgivning (Jerdén et al., 2018). En jämförelse av rådgivning för hälsosamma levnadsvanor mellan Sverige och USA utfördes för att få patienternas upplevelse av hälsofrämjande arbete. Hälsofrämjande rådgivning var mer utbrett i USA jämfört med i Sverige. Det fanns dock skillnader mellan män och kvinnors uppfattning om hälsofrämjande rådgivning. Amerikanska män var mer villiga till förändringar jämfört med svenska män avseende övervikt och förändring av matvanor. Både amerikanska och svenska kvinnor i studien var mer villiga än män att sluta röka och dricka mindre alkohol.

I Skottland genomfördes en studie av Runciman, Watson, McIntosh och Tolson (2006) för att belysa hur distriktssköterskor främjar hälsan hos äldre patienter. Många äldre upplevde att de fick rådgivning och utbildning kring hälsosamma levnadsvanor. De flesta distriktssköterskorna i studien var väldigt positiva till diskussioner kring hälsa, välbefinnande och kondition under åldrandet. Upplevelsen av hälsofrämjande arbete i grupp var positiv och de äldre var ofta villiga att fortsätta själva på egen hand.

Hälsosamma levnadsvanor

De faktorer som nämns för ett hälsosamt åldrande är fysisk aktivitet, måttligt med alkohol, ingen rökning, balanserad kost och ingen övervikt (WHO, 2015). Även psykosociala faktorer beskrivs så som goda relationer, god sömn, klara av livskriser på ett bra sätt samt kulturella och sociala aktiviteter (WHO, 2015). I en kohortstudie genomförd i USA 1989–2015 framkom det att hälsosamma levnadsvanor kunde minska den period då äldre blev inaktiva och inte klarade sig själva längre, vilket avsåg den tid då äldre var ofta funktionshindrade innan livets slutskede (Jacob et al., 2016). Resultatet visade att med rätt kost och fysisk aktivitet så komprimerades perioden av inaktivitet. Samtidigt gav övervikt ökad inaktivitet och rökning förkortade livet.

Fysisk aktivitet har i en litteraturstudie visat sig ha stor betydelse för kropp och själ hos äldre vuxna (Devereux-Fitzgerald, Powell, Dewhurst och French, 2016). Vidare beskrevs äldre vara motiverade till fysisk aktivitet för att ha roligt och engagera sig socialt, mer än att investera i hälsovinster.

Utbildning avseende hälsosamma levnadsvanor har visat sig ha god effekt på äldre patienter (Chafjiri, Shirinkam och Karimi, 2017). Studien utfördes i Iran genom en interventionsgrupp som fick utbildning i hälsosamma levnadsvanor och en kontrollgrupp utan utbildning.

Resultatet visade att de äldre som genomgått utbildning åt bättre, utförde regelbunden fysisk aktivitet, hade goda relationer, växte spirituellt och kunde hantera stress och oro bättre än kontrollgruppen.

Hälsa och livskvalitet

Det finns hälsoproblem som är relaterade till upplevelsen av livskvalitet (Borglin, Jakobsson, Edberg & Rahm Hallberg, 2005). Studien visade att hörselnedsättning, minnessvårigheter, yrsel, urininkontinens, smärta, rörelsehinder, trötthet, sömnbesvär, oro och andfåddhet vid aktivitet var de hälsoproblem som äldre personer upplevde sänkte deras livskvalitet.

Framförallt var det kvinnor som upplevde sämre livskvalitet jämfört med män, både generellt och i samband med ett hälsoproblem. Andra faktorer som påverkade kvinnornas livskvalitet negativt var att de blev äldre och hade sämre ekonomiska förhållanden än män. Samma studie visade att äldre patienter ofta hade mer än ett hälsoproblem samtidigt. I studien av Stek et al. (2005) genomförd i Tyskland på patienter över 85 år framkom det att patienter som upplevde ensamhet löpte större risk för psykisk ohälsa. Resultat visade även att risken för ökad dödlighet hos dessa patienter var det dubbla.

I en svensk enkätstudie av Jakobsson och Rahm Hallberg (2005) framkom det att ett ökat behov av hjälp med aktiviteter i det dagliga livet sågs hos äldre patienter som upplevde ensamhet och rädsla. De äldre patienterna skattade sin hälsa och livskvalitet sämre jämfört med de som inte upplevde ensamhet och/eller rädsla. Studien visade att det var främst kvinnor som upplevde ensamhet och rädsla för diverse saker som till exempel att bli utsatta för våld, bli beroende av andra, eller att mista sin partner.

I Göteborg utfördes en studie där hälsofrämjande utbildning anordnades av ett team för äldre patienter, 80 +, i samband med antingen ett hembesök eller genom gruppträffar (Gustafsson et al., 2012). Teamet bestod av arbetsterapeut, fysioterapeut, sjuksköterska och en socionom. Resultatet av studien visade att hälsofrämjande arbete hade god effekt på de äldres upplevelse av hälsa samt gav en fördröjning av hemtjänstens insatser på kort sikt.

Motiverande samtal (MI) som verktyg

MI beskrivs enligt Rollnick, Miller och Butler (2014) som en samtalsmetod vilket kan användas som verktyg under en förändringsprocess. En beteendeförändring var väsentlig för flera ohälsosamma levnadsvanor så som rökning, hög alkoholkonsumtion, ohälsosamma matvanor och fysisk inaktivitet. Metoden går ut på att distriktssköterskan motiverar patienter till förändring och följsamhet. Patienten bör själv ta beslut genom att få vägledning och stöttning (Rollnick et al., 2014).

MI upplevdes i en studie som ett värdefullt verktyg i det hälsofrämjande arbetet och distriktssköterskorna ansåg att metoden gav patienten en ökad medvetenhet om förändringar i sina levnadsvanor vilket var stimulerande för sjuksköterskorna i sitt hälsofrämjande arbete (Brobeck et al., 2011). Detta har även påvisats i en annan studie (Brobeck, Odencrants, Bergh & Hildingh, 2014) om patienters upplevelse av MI. Resultatet visade att det var viktigt att skapa en relation mellan sjuksköterska och patient för att kunna motivera patienten. Sjuksköterskorna beskrev i en annan studie vikten av att inte kritisera patienten om förändringen inte blev som det var överenskommet (Brobeck et al., 2011). Istället var det viktigt att sjuksköterskan var stöttande och försökte få patienten att se det positivt för att kunna fortsätta förändringsarbetet. Brobeck et al. (2014) har i en annan studie intervjuat patienternas upplevelse av att arbeta utifrån MI. Patienterna upplevde att de fick verktyg för att kunna förändra en levnadsvana samt vägledning och stöttning genom hela förändringsprocessen.

MI som verktyg hade även god effekt på äldre patienter som vill förändra sina levnadsvanor enligt en jämförelsestudie gjord i Iran (Movahedi, Khamseh, Ebadi, Hajiamini & Navidian, 2018). MI användes i en första grupp, distansutbildning via internet i andra gruppen och tredje gruppen var en kontrollgrupp utan någon utbildning eller MI. Den grupp som fick bäst resultat med att förändra sina levnadsvanor var de som deltagit i grupp där personalen använde MI som metod.

Hälsosamt åldrande

Hälsosamt åldrande definieras som en process att utveckla och bibehålla den funktionella förmågan som möjliggör välbefinnande för de äldre (WHO, 2015) och äldre patienter definieras av Socialstyrelsen (2019) som personer 65 år och äldre. Ett hälsosamt åldrande beskrivs som en process med både hälsa och välbefinnande (WHO, 2015). Hälsosamma levnadsvanor är väsentliga för att patienten ska kunna förutse, styra och följa upp sitt liv för att uppnå ett hälsosamt åldrande. Vikten av att leva med hälsosamma levnadsvanor från medelåldern ledde till ett hälsosamt åldrande vilket belystes i en studie av Atallah et al (2018). Vidare visade studien att hälsosamt åldrande innefattade frånvarande av kronisk sjukdom, funktionsnedsättande smärta, god psykisk och kognitiv funktion, funktionell självständighet, inga depressiva symtom, god fysik, gott socialt nätverk och god självupplevd hälsa. Hälsosam kost, fysisk aktivitet, måttligt med alkohol och inget tobaksbruk hade i samma studie betydelse för det hälsosamma åldrandet. Det framkom att de personer som åldrades hälsosamt hade en hälsosam vikt, åt hälsosamt och var fysiskt aktiva. Även icke-rökare eller de som slutade röka ansågs åldras hälsosamt (Atallah et al, 2018). I Sverige finns en lång tradition av hälsofrämjande arbete på många områden och med fysisk aktivitet på recept (FaR) för att främja fysisk aktivitet vilket har sin grund i svensk primärvård (Hellénus & Arborelius, 1999).

Distriktssköterskans hälsofrämjande arbete på vårdcentral bygger bland annat på att möta den äldre patienten för att bedöma hälsan, vårda, råda och stödja genom att uppmärksamma, samt agera på olika förändringar i hälsan utifrån individens hälsotillstånd (SSF/DSF, 2019). Distriktssköterskan bör arbeta mer preventivt avseende levnadsvanor med alla åldersgrupper och framförallt med den äldre befolkningen, då risken för sjukdomar och funktionshinder ökar med åldern (WHO, 2015; SSF/DSF, 2019).

Syfte

Syftet med denna studie var att belysa hur distriktssköterskan arbetar på vårdcentral för att främja hälsosamma levnadsvanor hos äldre patienter.

Metod

Studien genomfördes med en kvalitativ metod eftersom den var lämplig att använda för att besvara på studiens forskningsfrågor samt få möjlighet till ökad förståelse över hur distriktssköterskorna främjar hälsosamma levnadsvanor på vårdcentral (Kvale & Brinkman, 2014). Polit och Beck (2012) beskriver att forskning har som syfte att besvara på forskningsfrågorna genom att använda den metoden med bäst förutsättningar för att uppnå ett trovärdigt resultat. Författarna utgick från en induktiv ansats för att få insikt över distriktssköterskornas upplevelser och erfarenheter av fenomenet (Kvale & Brinkman, 2014).

Urval

Utifrån syftet och den kunskapsteoretiska grundvalen, gjordes ett strategiskt urval genom att författarna sökte efter distriktssköterskor med erfarenhet av fenomenet. (Kvale & Brinkman, 2014). Inklusionskriterierna för deltagande i studien var distriktssköterska som arbetade på en vårdcentral, med minst två års yrkeserfarenhet som distriktssköterska samt erfarenhet av att arbeta hälsofrämjande kring levnadsvanor och med olika specialistmottagningar som till exempel äldrevårdsmottagning eller distriktssköterskemottagning. Kontaktuppgifter till verksamhetscheferna på de olika offentliga vårdcentralerna som hade äldrevårdsmottagning återfanns på 1177.se, Vårdguides hemsida. De privata vårdcentralerna söktes manuellt via internet. Författarna i studien skickade ut förfrågningar via e-post till 56 verksamhetschefer innehållande medgivandeblankett, information- och samtyckesbrev, vilket inkluderade även projektplan. Ytterligare två påminnelser skickades och totalt 11 verksamhetschefer gav sitt medgivande. Verksamhetscheferna vidarebefordrade information om studien till sina anställda distriktssköterskor. Verksamhetscheferna utsåg totalt 13 distriktssköterskor som uppfyllde inklusionskriterierna. En deltagare exkluderades innan intervjun påbörjades då det framgick att sjuksköterskan inte hade specialistkompetens som distriktssköterska. En distriktssköterska inkluderades trots ett års yrkeserfarenhet som distriktssköterska eftersom hen arbetade som distriktssköterska under sin två- och halvt åriga specialistutbildning. Totalt intervjuades 12 distriktssköterskor på tio vårdcentraler i olika delar av Skåne, se Tabell 1. Av de 12 som deltog i studien var en man och 11 kvinnor. Yrkeserfarenheten som distriktssköterska var från två år till 30 år. Ålder varierade mellan 37 och 64 år (Tabell 1) och medelåldern var 48 år. Endast tre av distriktssköterskorna hade utbildning inom kvalificerad rådgivning och var diplomerade rökavvänjare. Urvalet av vårdcentraler varierade mellan privata och offentliga i

storstäder, mindre orter och på landsbygden. Antal listade patienter på vårdcentralerna varierade mellan cirka 5900 till 20 600. Av de tio vårdcentraler där intervjuerna utfördes var det tre av dessa som drevs i privat regi.

Tabell 1. Schema över deltagarnas ålder, erfarenhet och arbetsplats

Ålder	Antal år som DSK	Listade patienter/VC	Verksamhet
37	1	12 300	Offentlig
37	5 1/2	8 300	Privat
40	10	8 700	Offentlig
42	2	5 900	Privat
47	8	17 500	Offentlig
47	11	10 200	Offentlig
47	18	12 500	Offentlig
49	2	20 600	Privat
50	15	10 000	Offentlig
55	12	12 500	Offentlig
61	20	12 500	Offentlig
64	30	17 500	Offentlig

DSK=distriktssköterska; VC=vårdcentral.

Instrument

Författarna utarbetade en semistrukturerad intervjuguide för att besvara studiens syfte (Bilaga 1). Öppna frågor användes delvis för att ge distriktssköterskorna möjlighet att svara fritt (Kvale & Brinkman, 2014). Med delvis öppna frågor i intervjuer gavs bättre möjligheter för distriktssköterskorna att dela med sig av sina erfarenheter genom sina berättelser och uttrycka sig med egna ord. Formuleringen av frågorna i intervjuguiden följdes inte i detalj, för att undvika att intervjuaren blev styrd av frågorna. Demografiska frågor ställdes initialt som bidrog till en god stämning under intervjuerna. Utifrån distriktssköterskornas svar ställdes följd- och fördjupningsfrågor. För att säkerställa och öka studiens trovärdighet genomfördes en pilotintervju med den första intervjuade distriktssköterskan för att testa frågorna i intervjuguiden. Intervjuguiden bibehålls då syftet besvarades och pilotintervjun inkluderades i arbetet (Kvale & Brinkman, 2014).

Datansamling

Efter författarna fått medgivandeblankett undertecknad av verksamhetscheferna och mottagen via e-post, kontaktade författarna till studien distriktssköterskorna via e-post för att fråga om

deltagande och lämna skriftlig information om studien. I informationsbrevet upplystes distriktssköterskorna om sin rättighet att när som helst avstå eller återkalla sitt deltagande i studien. Plats och tid för intervjun avtalades tillsammans med distriktssköterskan som valt att delta i studien och intervjuerna genomfördes på distriktssköterskornas arbetsplats på avtalad tid. Distriktssköterskornas skriftliga samtycke undertecknades i samband med intervjun. Intervjuerna spelades in med hjälp av en diktafon. Den totala intervjutiden var tre timmar och 36 minuter och varade mellan 10,31–44,28 minuter (medel 18,7 minuter). Varje enskild intervju utfördes med båda författarna närvarande; en intervjuare och en bisittare. Intervjuerna kompletterades med anteckningar av bisittaren såsom känslouttryck, leende, suckande och gester. Intervjuaren ansvarade för intervju och inspelning och bisittaren kompletterade med följdfrågor. Med hänsyn till distriktssköterskornas sekretess förvaras alla ljudinspelningar inlåsta så att ingen obehörig kan komma åt materialet. Genom att arbeta konfidentiellt skyddades distriktssköterskornas identitet (Kvale och Brinkman, 2014).

Analys av data

Enligt Polit och Beck (2012) är kvalitativ innehållsanalys en väletablerad metod inom omvårdnadsforskning. För att granska och tolka texter såsom utskrifter av inspelade intervjuer användes kvalitativ innehållsanalys enligt Berelson (1952) och Krippendorff (2019). Utifrån deras metodbeskrivning som vidareutvecklas av Graneheim och Lundman (2004) transkriberades och analyserades intervjuerna ordagrant. Transkriberingen delades upp jämt mellan författarna. Vidare menar Graneheim och Lundman (2004) att kvalitativ metod är lämplig att använda när upplevelser ska analyseras, i denna studie distriktssköterskornas, då insamlat material är beskrivande och ger en ökad förståelse för fenomenet samt bättre struktur på underlaget. Det transkriberade materialet lästes igenom flera gånger av författarna, enskilt och därefter tillsammans för att på så sätt få en förståelse för materialet och få en tydlig övergripande helhet av texten. All text delades upp i meningsbärande enheter som tillhörde ett specifikt område som därefter kondenserades. Ändamålet var att finna ett antal väsentliga ord och meningar som hade gemensamt budskap och enklare kunde identifieras för att besvara syftet. Ytterligare kondensering genomfördes för att få fram själva kärnan av innehållet. Varje enskild intervju kodades med en siffra och färg för att kunna urskilja distriktssköterskorna. Därefter klipptes varje meningsbärande enhet ut och lades ut på ett bord för att kunna få en överblick över materialet. Vidare kodades de meningsbärande enheterna med ord som låg nära texten, som i sin tur skapade huvudkategorier och subkategorier för att ge djupare

tolkning av texten (Graneheim & Lundman, 2004). Det anförda materialet fördes in i en av författarna utarbetade mall i dator, se Tabell 2.

Tabell 2. Exempel på kondensering av meningsbärande enheter, koder, kategorier och subkategorier.

Meningsbärande enheter	Kondenserade meningsbärande enheter	Koder	Subkategorier	Kategorier
Man kan ju inte ta allt den ena gången. Man kanske får ta mer nästa gång när man lär...eh känna dem, när dem får lite mer förtroende för en. Då man får se vem man har framför sig på ett helt annat sätt...också vikten och kosten på ett helt annat sätt.	Lära känna och skapa förtroende och anpassa det hälsofrämjande arbetet.	Tilltro	Skapa relationer	Skapa förutsättningar för det hälsofrämjande arbetet

Forskningsetiska avvägningar

En ansökan till vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) skickades för utlåtande.

Distriktssköterskornas rättigheter och integritet har skyddats enligt autonomi-, nytto-, icke skada- och rättvisepincipen i enlighet med Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, WMA, 2018). Samtliga distriktssköterskor fick information både skriftligt och muntligt om studiens syfte samt hur materialitet skulle behandlas. Distriktssköterskorna upplystes om sin rättighet att när som helst återkalla sitt deltagande i studien (Kvale & Brinkman, 2014). Allt intervjumaterial har förvarats i säkerhet som endast författarna har tillgång till. Samtliga intervjuer avidentifierades genom kodnummer vilket medfört att varje distriktssköterska har förblivit anonym i studien och på så sätt bibehålls konfidentialiteten. Allt intervjumaterial kommer att förstöras efter uppsatsens godkännande (Kvale & Brinkman, 2014). Polit och Beck (2012) beskriver att forskning har som syfte att besvara på forskningsfrågorna genom att använda den metoden med bäst förutsättningar för att uppnå ett trovärdigt resultat. Författarnas förförståelse grundar sig i flera års erfarenhet av vårdcentralsarbetet som sjuksköterskor på distriktssköterskemottagning. Samtidigt som förförståelsen underlättat reflektionerna över distriktssköterskornas uttalanden har författarna försökt att inte låta detta färga resultatet.

Resultat

Efter analysering av samtliga intervjuer framkom tre kategorier och 11 subkategorier (Tabell 3). Kategorierna var ”Skapa förutsättningar för det hälsofrämjande arbetet”, ”Tillvägagångssätt för det hälsofrämjande arbetet” och ”Interprofessionell samverkan”. Subkategorierna presenteras under varje kategori och i löpande text med citat från distriktssköterskorna som presenteras med DSK 1–12 under varje citat.

Tabell 3. Schema över subkategorier och kategorier

Subkategorier	Kategorier
Att vara tillgänglig	Skapa förutsättningar för hälsofrämjande arbete
Skapa relationer	
Att följa manualer och riktlinjer Att arbeta hälsofrämjande utifrån sin profession	
Att identifiera behov	Tillvägagångssätt för det hälsofrämjande arbetet
Ta tillfället till akt	
Att motivera och föra samtal	
Sprida kunskap Fullfölja förändringsprocessen	
Samarbete inom den egna och med andra professioner Remittera eller hänvisa	Interprofessionell samverkan

Skapa förutsättningar för det hälsofrämjande arbetet

Distriktssköterskorna upplevde att patienterna hade varierande kunskap om hälsosamma levnadsvanor och det var viktigt att synliggöra patientens medvetenhet för att få förståelse för vad god hälsa innebar. Förutsättningar för det hälsofrämjande arbetet beskrev distriktssköterskorna som att vara tillgänglig samt ha ett gott bemötande för att kunna bygga ett ömsesidigt förtroende. Vidare var det viktigt att följa manualer och riktlinjer för det hälsofrämjande arbetet.

Att vara tillgänglig

Tillgänglighet genom att finnas för den äldre patienten var viktigt enligt distriktssköterskorna. Vidare beskrev distriktssköterskorna att äldrevårdsmottagningen hade en egen telefonlinje vilket ökade tillgängligheten för de äldre patienterna. Det togs hänsyn till att patienterna var äldre och dessa bokades in mer frikostigt på besök än de yngre patienterna.

”... vi har telefonen som ringer och där får de äldre ringa om de behöver hjälp med någonting... som vi alltid bär under telefontiden.” (DSK8)

Skapa relationer

Bemötandet var en betydelsefull faktor för distriktssköterskorna och detta uppnåddes genom att vara lyhörd, läsa av patienten samt utgå från patientens önskan och vilja. Fokus på de äldre var viktigt eftersom de ansåg att de hade ett ansvar för de äldre och deras hälsa. Patientens känsla av att bli sedd upplevdes som essentiellt. Genom att ha ett öppet sätt och bra bemötande kunde distriktssköterskorna skapa trygghet hos de äldre. Ibland togs kontakt med patienterna via telefonsamtal för att fråga om hälsa och välmående vilket bidrog till förtroende samt trygghet.

”Jag har många samtal som jag ringer med jämna mellanrum för att höra hur de mår och det är just denna känslan att bli sedd.” (DSK9)

Det var viktigt att etablera kontakt och skapa en relation för att arbeta hälsofrämjande med de äldre patienterna, något distriktssköterskorna inte alltid upplevde var enkelt. Att bygga upp ett förtroende var grundläggande för att skapa en god relation och kunde ibland ta flera möten att uppnå. Ett förtroende skapades genom att ge patienten utrymme och möjlighet att tala fritt.

”Man kan ju inte ta allt den ena gången...eh kanske får man ta mer nästa gång när man lär känna dem, när dem får lite mer förtroende för en. Då får man se vem man har framför sig på ett helt annat sätt.” (DSK6)

Att följa manualer och riktlinjer

Det var angeläget att följa riktlinjer och arbeta efter manualer. Distriktssköterskorna arbetade efter olika vårdprogram som till exempel vid inkontinens och högt blodtryck vilket ansågs vara ett värdefullt redskap i det hälsosamma arbetet. Det framkom att det ibland användes foldrar med information om hälsosamma levnadsvanor som delades ut till patienterna.

”Gällande tillvägagångssättet med inkontinensskydd, då har jag ett vårdprogram som jag går efter när jag frågar patienten. Där man mäter urin, bladderscan och urinprov...eh alltså vi har ett vårdprogram som Region Skåne har.” (DSK3)

Att arbeta hälsofrämjande utifrån sin profession

För att kunna möjliggöra det hälsofrämjande arbetet var det grundläggande för distriktssköterskorna att kunna utöva sin profession som distriktssköterska. Vidare uttryckte de att det största hindret i det hälsofrämjande arbetet var tiden. De behövde många gånger hålla samtalen korta med patienterna eftersom schemat var fullbokat. Patienten behövde vara i fokus och tidspressen lämnade lite utrymme till det hälsofrämjande arbetet. Mycket berodde på låg personaltäthet och sjukdomsfrånvaro, vilket bidrog till mer arbete på grund av lojalitet mot patienter och kollegor. Det framkom även att andra organisatoriska hinder såsom det administrativa arbetet inte syntes, vilket gjorde det svårt att få tid att lägga på förarbete och uppföljningar av det hälsofrämjande arbetet. Vidare beskrevs att arbetet behövdes anpassas efter verksamheten, vilket upplevdes som en tidspress. Det upplevdes även att chefer inte förstod skillnaden mellan en grundutbildad sjuksköterska och en distriktssköterska, utan att dessa ofta jämfördes. Således var det essentiellt att distriktssköterskorna stod upp för sin profession.

”Jag försöker så mycket jag kan...eh...att lägga tid på det hälsofrämjande arbetet för det är ett av mina viktigaste uppdrag som distriktssköterska att främja och förebygga ohälsa... sen är jag lite osäker på om de vet ens hur vi jobbar faktiskt.” (DSK5)

Det framkom att det inte alltid gavs möjlighet för distriktssköterskorna att arbeta med hälsosamma levnadsvanor som exempelvis hos patienter med högt blodtryck. Patienterna behandlades ibland med blodtryckssänkande läkemedel istället för att få hjälp att förändra sina levnadsvanor. Vidare beskrevs att vissa patienter var mer medvetna om betydelsen av hälsosamma levnadsvanor och var villiga till en förändring med hjälp av distriktssköterskan.

”Det är ju ofta så att en läkare är inkopplad vid högt blodtryck..., det är ju många som kanske säger, ja men jag vill inte ha mediciner och vill gärna kunna försöka...eh...få ner mitt blodtryck utan mediciner. Eh...då får man ju såklart ge dem råd om vad dem själva kan göra för att sänka blodtrycket.” (DSK 1)

Tillvägagångssätt för det hälsofrämjande arbetet

Distriktssköterskorna beskrev att kartläggning behövdes för att kunna identifiera behov eller problem och detta genomfördes trots snabba och korta möten. Att sprida kunskap genom information och rådgivning var betydelsefullt för att främja patienternas hälsa. Det framkom att distriktssköterskorna använde sig främst av MI för att kunna motivera till förändring av levnadsvanor hos den äldre patienten. Vidare beskrevs att förändringsarbetet skulle följas upp.

Att identifiera behov

För att kunna identifiera olika behov och problem hos patienten ställdes öppna frågor för att kartlägga patientens liv och hälsa. Det ställdes frågor om kost, motion, alkohol- och tobaksbruk när patienterna kom för exempelvis blodtryckskontroll eller såromläggning.

”Allting är egentligen fokus på förändringar och liksom försöka utröna...vad det höga blodtrycket är och så jobba på det.” (DSK10)

Det var viktigt att vara uppmärksam på nedstämdhet och oro eftersom distriktssköterskorna upplevde att många äldre var ensamma och isolerade vilket kunde leda till psykisk ohälsa. En bra anamnes gav ett holistiskt intryck av patientens mående både psykiskt, fysiskt och socialt.

Ta tillfället i akt

Distriktssköterskorna arbetade under tidspress men upplevde ändå att de oftast hann med det hälsofrämjande arbetet. Patienterna kom till exempel upprepade gånger för blodtryckskontroll eller såromläggning och då passade distriktssköterskorna på att prata om hälsosamma levnadsvanor och eventuellt kunde påbörja en förändringsprocess.

”Men det allra bästa med att få patienten att sluta röka...är när de kommer hit för att jag ska ta ett ankelindex på dem för att se hur kärlen fungerar...eh då om de röker passar man på där (skrattar). Jag tycker att det är jättebra för under tiden man gör det här... för patienten kommer av någon anledning...då kan man trycka på den ömma punkten... att detta är på grund av rökning.” (DSK5)

Att motivera och föra samtal

Distriktssköterskorna beskrev att ett stödjande samtal bör vara avslappnat och informativt utan att döma patienten eller använda pekpinningar eftersom det kunde ge dem en känsla av att känna sig otillräckliga. Vissa patienter behövde mer stöd än andra och behövde kanske fler

samtal i förändringsprocessen. Samtalet i sig, upplevde distriktssköterskorna kunde ge trygghet åt patienterna. För att motivera patienten var det väsentligt att kunna hjälpa till i en förändring samt att målet för patienten var att bibehålla sina förändrade levnadsvanor. En öppningsfråga ställdes för att se om patienten var mottaglig för ett samtal och för en förändring. Det framkom att det var betydelsefullt att inte undervisa eller föreläsa för patienterna om de inte vara redo för en förändring.

”Jag kan ju sitta här och basunera ut hur mycket som helst. Det är ju ingen idé att jag sitter och föreläser för patienterna hur dem ska göra...för många gånger gör dem inte så i alla fall. Istället att man försöker ha ett öppet sätt...” (DSK8)

Sedermere påbörjades förändringsarbetet med att motivera patienten till en levnadsvaneförändring. Distriktssköterskorna upplevde att det gav en känsla av tillfredsställelse när de lyckats motivera en patient till hälsosamma levnadsvanor. Samtalet kunde gå ut på att patienten själv besvarade sina frågor utan att distriktssköterskan berättade vad de kunde göra för att till exempel själv sänka sitt blodtryck.

”Jag brukar fråga om... så där en öppningsfråga för att se om dem är mottagliga för att diskutera ...eh...alltså om dem vill. Ja, till exempel om de tror att de själv kan göra någonting för att påverka sitt blodtryck.” (DSK11)

Ett stödjande samtal kunde ges till patienter samtidigt som de kom till vårdcentralen för andra orsaker som exempelvis såromläggning, kompressionslindning eller inkontinensutredning.

”Jag har en äldre patient, hon är över 90, som jag lägger om hennes sår två gånger i veckan...då säger hon direkt att hon passar på att prata för att hennes man hör inget och ser ingenting likaså väninnan hör inget. Hon säger det att nu pratar jag så mycket igen. Det får du gärna göra säger jag. Det går jättebra. För...eh det betyder kanske lite för hennes mentala hälsa, nu när vännerna börjar försvinna och dör.” (DSK4)

MI rekommenderades att användas som ett verktyg, vilket distriktssköterskorna gjorde för det mesta. Det framkom att de som inte använde sig av MI, samtalade istället allmänt kring levnadsvanor, som kost, motion och sömn. Ett stödjande samtal med inspiration av MI med öppna frågor och spegling användes.

”Jag har jobbat med motiverande samtal så länge... så att jag gör det ganska naturligt, det kommer liksom...eh jag tänker inte på det. Jag kör mycket med öppna frågor och speglar lite vad de säger och så.” (DSK7)

Sprida kunskap

Distriktssköterskorna beskrev att det var viktigt att dela med sig av sin kunskap samt att information och rådgivning skulle ges utifrån patienternas mognad och kunskap.

Distriktssköterskorna uppgav att det var inte bara att anpassa nivån på informationen utan de behövde tänka på hur ingående de behövde gå i sin rådgivning. Ibland kunde det räcka med en kort rådgivning. Distriktssköterskorna använde sig av färdiga informationsmaterial eller genom att på ett illustrativt sätt visa på modellskulpturer hur sambanden var mellan till exempel rökning och kärleksjukdom.

”Jag har också den här... (en modellskulptur på ett kärl) som jag använder mig av och visar för patienten... att detta är ett kärl och detta kan hända när du röker och att det samlas massa plack här och så vidare...” (DSK5)

Distriktssköterskorna arbetade gentemot närstående genom att till exempel bjuda in till olika aktiviteter och föreläsningar. I andra fall handlade det om att patienterna inte själva kunde ta emot information som till exempel vid en demenssjukdom varpå närstående behövde ta del av informationen eller rådgivningen. För att kunna involvera närstående var det viktigt med patientens samtycke.

”Att man försöker ibland höra kring familj och så...eh...om de har några anhöriga och ibland är det ju vissa som är förvirrade, då måste man jobba ännu mer med de anhöriga, om det är okej för dem.” (DSK 8)

Det var betydelsefullt att distriktssköterskorna kunde delta i utbildningar samt fortbildningar för att kunna hålla sig uppdaterad på nya råd och rön. Det fanns en skillnad på om vårdcentralerna bedrevs i offentlig- eller privat regi och huruvida de fick gå på externa utbildningar. Läkemedelsföretag och andra företag som sålde till exempel omläggingsmaterial bjöds istället in, och på så vis fick distriktssköterskorna delta i utbildningar. Samtidigt beskrevs vikten av att själv ta ansvar att utvecklas och söka ny forskning. Det framkom att vårdcentralerna hade gemensamma nätverk inom olika områden som upplevdes vara kompetensutvecklande.

”Detta är ju ett privat företag, de är ju eh, ... det vill jag nog påstå att de inte är sådär jättemycket kompetensutveckling. Utan det får man skaffa sig själv.” (DSK1)

Fullfölja förändringsprocessen

Under förändringsprocessen var det viktigt att lägga upp en plan och ha ett mål för förändringsarbetet för att patienterna skulle kunna fortsätta levnadsvaneförändringen och hålla fast vid den. Det kunde räcka med uppföljande telefonsamtal men även med besök på vårdcentralen. Kontinuitet ansågs vara viktigt i förändringsprocessen. Ansvaret för förändringen låg inte hos distriktssköterskorna utan hos patienten själv.

”Eftersom jag har arbetat mycket med levnadsvanor så har jag det i mig att följa upp patienten.” (DSK2)

Interprofessionell samverkan

Distriktssköterskorna beskrev att de hade ett gott samarbete både med kollegor och med andra yrkeskategorier när det gällde det hälsofrämjande arbetet. Vidare beskrevs att de kunde rådgöra och konsultera inom den egna och med andra yrkeskategorier när det behövdes. Distriktssköterskorna uttryckte att de arbetade övervägande i team och hade tvärprofessionella träffar med fokus på att främja patientens hälsa. Teamarbetet upplevdes som något positivt både av personal och patienter.

Samarbete inom den egna och med andra professioner

Samarbetet mellan de olika yrkeskategorierna ansågs av distriktssköterskorna vara generellt bra samt att det bidrog till det hälsofrämjande arbetet.

”Det fungerar jättebra och nu är vi en väldigt liten enhet men jag upplever att de yrkeskategorierna som är här fungerar jättebra tillsammans och kan nog inte bli bättre.” (DSK12)

Det fanns ett bra samarbete med arbetsterapeuter vid till exempel minnesutredningar, biståndshandläggare vid hjälp i hemmet, dietister vid både över- och undervikt och fysioterapeuter vid fysisk aktivitet som exempelvis vid bäckenbottenträning. På de olika vårdcentralerna framkom det att samarbetet mellan läkarna och distriktssköterskorna var allmänt bra, däremot upplevdes samarbetet inom den egna yrkesprofessionen som både positivt och negativt. Det uttrycktes att samarbetet inom den egna professionen inte alltid förekom. Med patienten i fokus för det hälsofrämjande arbetet anordnades olika möten om förbättringsarbete mellan de olika yrkeskategorierna.

”Vi har också tvärprofessionella träffar där vi träffas en gång i månaden, där vi sitter och diskuterar hur vi skulle kunna vilja jobba bättre tillsammans.” (DSK10)

Remittera eller hänvisa

När den egna kompetensen inte räckte till remitterade eller hänvisade distriktssköterskorna patienterna vidare till andra yrkeskategorier efter behov. Tidsbristen var den största anledning till att patienter hänvisades till andra hälsoenheter som till exempel vid rökavvänjning. Det framkom att de remitterades eller hänvisade mestadels till dietister samt fysioterapeuter.

”Att få äldre patienter till en bäckenbottenträning är svårt eftersom de tycker att det är jobbigt. Då hänvisas de till fysioterapeuten.” (DSK9)

Diskussion

Metoddiskussion

För att belysa hur distriktssköterskor på vårdcentral, främjar hälsosamma levnadsvanor hos äldre personer bedömdes kvalitativ innehållsanalys som en metod med stor tillämpbarhet för denna studie (Graneheim & Lundman, 2004). Studiens trovärdighet anses ha ökat genom bland annat att resultatet styrktes av andra studier (Polit & Beck, 2012). En av författarna hade sedan tidigare erfarenhet av kvalitativ metod, vilket kan anses som en styrka i studien samt påverkat datainsamlingen positivt (Graneheim & Lundman, 2004).

Fördelen med att använda en semistrukturerad intervjuguide med delvis öppna frågor var att distriktssköterskorna fick möjlighet prata och uttrycka sig fritt (Kvale & Brinkman, 2014), vilket kan ha ökat resultatets tillförlitlighet och trovärdighet (Polit & Beck, 2012; Graneheim & Lundman, 2004). Det upplevdes vara en styrka att båda författarna till denna studie var närvarande vid samtliga intervjuer eftersom alla distriktssköterskornas intryck, upplevelser och känslor kunde fångas upp och som noterades av bisittaren (Kvale & Brinkman, 2014). Bisittarens kompletterande anteckningar om gester och känslouttryck nyttjades inte då dessa framkom under transkriberingen och inte tillförde något i resultatet. Intervjuguiden användes som ett stöd för att få struktur och för att förhålla sig till samma frågor i samtliga intervjuer (Kvale och Brinkman, 2014). Samtliga distriktssköterskor erbjöds att uttrycka sig fritt efter att

alla frågor var ställda. Detta anses vara en styrka då flera distriktssköterskor bidrog med ytterligare information som besvarade syftet. Intervjuguiden testades i en pilotintervju för att kunna bedöma om frågorna besvarade studiens syfte. Därefter valde författarna att inkludera resultatet av den utförda pilotintervjun eftersom det bedömdes vara av god kvalitet (Kvale & Brinkman, 2014). Målet med att intervjua distriktssköterskor i olika delar av Skåne var att det skulle ge variation och möjligheter till olika aspekter av fenomenet. Distriktssköterskorna svarade likvärdigt och oberoende av om arbetsplatsen var i en storstad, tätort eller på landsbygden. Denna spridning kan ha bidragit till ett bredare material och stärkt studiens trovärdighet (Polit & Beck, 2012). En distriktssköterska inkluderades trots att inklusionskriterierna inte uppfylldes med två års yrkeserfarenhet. Efter diskussion och konsensus mellan författarna och handledaren beslutades att inkludera distriktssköterskan eftersom intervjun var innehållsrik och svarade på syftet i enlighet med Kvale och Brinkman (2014). Variationen i distriktssköterskornas ålder och yrkeserfarenhet var bred vilket bedömdes vara en fördel för studien. Den totala tiden för samtliga intervjuer var tre timmar och 36 minuter vilket kan uppfattas vara kort tid. Detta bedömdes vara tillräckligt med intervjumaterial för att få ett resultat som besvarade syftet. Enligt Kvale och Brinkman (2014) kan intervjutiden vara kort om intervjun är innehållsrik, då långa intervjuer kan vara oväsentliga och inte besvara syftet med studien.

En svaghet i studien kan vara att frågorna ställdes som uppmaningar istället för öppna vilket kanske kan ha bidragit till att distriktssköterskorna inte talade fritt med egna ord. Författarna insåg efter genomförande av intervjuer att frågorna i intervjuguiden kunde omformulerats eftersom några av frågorna upplevdes vara svåra att förstå för vissa av distriktssköterskorna. En annan svaghet kan vara att flera pilotintervjuer kunde ha genomförts för att få insikt i de felformulerade frågorna. Enligt Kvale och Brinkman (2014) kan det vara fördelaktigt att fråga deltagaren efter avslutad intervju hur intervjun har uppfattats, vilket författarna till denna studie inte gjorde och därför kan detta anses som en svaghet i studien. Distriktssköterskorna hade kunnat framföra sina åsikter vilket hade kunnat förbättra både frågornas utformning och hur intervjuerna blev genomförda. Författarna till denna studie hade begränsade erfarenheter i intervjuemetodiken vilket kan vara en svaghet. Kvale och Brinkman (2014) beskriver en god intervjuare med många kvalifikationer som till exempel att vara lyhörd, strukturerad och tydlig vilket upplevdes kunna uppnås genom erfarenhet.

En annan svaghet var att det saknades frågor kring kulturella perspektiv utifrån det hälsofrämjande arbetet. Det anses ha kunnat bidra till en bredare variation av resultatet. Det fanns skillnader i distriktssköterskornas upplevelser beroende på om de arbetade i privat- eller offentlig verksamhet. Det är möjligt att en jämnare fördelning mellan privat- eller offentlig verksamhet hade gett ett annat resultat. För att få mångfald i studien var målet att intervjua mellan tio till 20 distriktssköterskor, både manliga och kvinnliga (Kvale & Brinkman, 2014). Det var endast tio av 56 verksamhetschefer som gav sitt medgivande vilket resulterade i 12 intervjuer, 11 kvinnor och en man. Att ha en jämnare könsfördelning kunde ha bidragit till bredare variation av distriktssköterskornas svar och eventuellt hade resultatet kunnat bli annorlunda. Enligt Kvale och Brinkman (2014) bör antalet intervjuer för kvalitativa intervjustudier ligga mellan tio och 15 men att antalet kan skifta beroende på tid, resurser och tillgänglighet. Det fanns en önskan om att utföra minst 15 intervjuer med både manliga och kvinnliga distriktssköterskor. Trots svårigheter att rekrytera distriktssköterskor ifrågasätter författarna om fler distriktssköterskor hade givit bredare variation i resultatet.

När samtliga intervjuer transkriberades lästes materialet igenom flera gånger för att få en helhetsbild av innehållet (Kvale & Brinkman, 2014). För att gemensamt få förståelse bearbetades och analyserades materialet tillsammans, vilket kan ha bidragit till en ökad tillförlitlighet till resultatet (Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2012). Vidare användes sifferkoder och färger för att lättare kunna skilja på distriktssköterskorna och skydda deras identitet vilket var ett stöd under analysprocessen och ingen väsentlig information gick förlorad. Att analysprocessen genomförts på detta vis, anses ha stärkt studiens trovärdighet och pålitlighet (Graneheim & Lundman, 2004). De etiska kraven på forskning har följts genom hela studien. Det har tagits hänsyn till samtliga distriktssköterskornas integritet genom att författarna kommer att radera samtliga intervjuer efter uppsatsens godkännande. Det har inte framkommit att någon deltagare blivit utsatt för risk eller skada (Kvale & Brinkman, 2014). I intervjuerna insåg författarna att det fanns flera möjligheter till att öka studiens trovärdig. Tillämpningen av studiens frågor och följdfrågor som ställdes till distriktssköterskorna kunde ha förklarats mer ingående för att för att få både förståelse över fenomenet och undvika missförstånd. Förståelsen för distriktssköterskornas hälsofrämjande arbete kan ha stärkt studiens trovärdighet eftersom författarna har flera års erfarenhet som yrkesverksamma inom vårdcentraler med distriktssköterskemottagning (Polit & Beck, 2012).

Resultatdiskussion

Ett ömsesidigt förtroende mellan patienten och distriktssköterskan är väsentligt för att bygga upp tillitsfulla relationer för att främja hälsa och hälsosamma levnadsvanor. Trygghet och tillgänglighet till distriktssköterskan var väsentlig i denna studie och som beskrevs som grunden för det hälsofrämjande arbetet som även betonas i studien av Jerdén, Hillervik, Hansson, Flacking och Weinehall (2006). Andra viktiga aspekter var visa ett genuint intresse samt spendera tid med patienten var betydelsefullt för att skapa en bra relation, vilket styrks i en studie av Nygren Zotterman, Skär, Olsson och Söderberg (2015). I denna studie var det viktigt att ta hänsyn till andra faktorer såsom patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Empowerment är ett begrepp som används mycket inom vården och i det hälsofrämjande arbetet för att kunna ge patienten styrka att själv kunna påverka sin situation (Rasjö Wrååk et al., 2015; Kemppainen Tossavainen & Turunen, 2012). I aktuell studie framkom att distriktssköterskorna sätter patienten i fokus och arbetar utifrån patientens vilja och önskemål vid levnadsvaneförändringar. Midboe, Cucciare, Trafton, Ketroser och Chardos (2011) kom fram till i sin studie att distriktssköterskorna har och känner ett ansvar att samtala om ohälsosamma levnadsvanor och hjälpa patienten i förändringsprocessen. I en studie av Flink et al. (2015) framkom att en bidragande faktor till att förbättra vården var att arbeta personcentrerat för att fokusera på patienten. Andra studier beskriver empowerment som bra metod att arbeta med inom hälso- och sjukvård (Rasjö Wrååk et al., 2015; Kemppainen et al., 2012). Orem (1995) menar att distriktssköterskan ska förstärka personens förmåga till egenvård eller förändring för att upprätthålla patientens integritet samt välbefinnande genom livscykeln som innefattar ålderdomen. Distriktssköterskorna bör arbeta personcentrerat med patienten i fokus och skapa en bra relation för det hälsofrämjande arbetet.

Anpassad information och rådgivning till patienten var väsentligt för det hälsosamma arbetet vilken kunde ges efter det att distriktssköterskorna identifierat och synliggjort den äldres behov eller problem. I en situation där patient själv inte kan ta emot information eller få undervisning på grund av olika sjukdomstillstånd eller språkkunskaper, bör distriktssköterskan involvera närstående. Enligt Orem (1995) är det distriktssköterskans uppgift att identifiera och bistå patienten eller närstående när patienten inte själv kan uppnå hälsa genom sina omvårdnadshandlingar. Skåne har en mångkulturell befolkning med över 20 procent utrikesfödda (Region Skåne, 2019) vilket innebär att det kan finnas kulturella skillnader i distriktssköterskans hälsofrämjande arbete som inte framkommit i föreliggande

studie. Forskning har visat att kulturella skillnader fanns i upplevd hälsa i olika kulturer samt hur information och rådgivning gavs och uppfattades (King-Shier, Lau, Fung, LeBlanc & Johal, 2018). Distriktssköterskorna i aktuell studie beskrev att de hade ett ansvar att ge information till patienten eller att ha patientens samtycke för prata med närstående. Hätönen, Kousmanen, Malkavaara och Välimäki (2008) kom i sin studie fram till att i samtalet med patienten var det viktigt att kunna anpassa information och kunskap utifrån patientens nivå som även tas upp i kompetensbeskrivningen (SSF/DSF, 2019) och Patientlagen (PL) (SFS 2014:821). Forskningsresultat har visat att ju äldre patienterna var, desto mindre information fick de om sina sjukdomar och behandlingar (Pérez-Cárceles, Lorenzo, Luna & Osuna, 2007). Distriktssköterskorna kan involvera närstående som kan vara en tillgång för den äldre patienten och dennes behov genom att upprätthålla integriteten för att uppnå välbefinnande (Orem, 1995). MI har visat sig vara det mest effektiva och komfortabla tillvägagångssättet att hjälpa patienter i förändringsprocesser och påverka hälsan positivt (Midboe et al., 2011). Distriktssköterskorna i denna studie uttryckte att MI var ett användbart verktyg i förändringsprocess men att det inte alltid kunde användas fullt ut på grund av tidsbrist. Resultat har visat att sjuksköterskor upplever att MI var det bästa sättet att hjälpa patienter med att förändra en levnadsvana (Östlund, Wadensten, Häggström och Kristofferzon., 2013). Orem (1995) beskriver detta som ett stödjande eller undervisande omvårdnadshandling som används av distriktssköterskan för att patienten ska kunna utföra nödvändiga förändringar. MI som verktyg var tidskrävande och skulle ske utan att vara dömande eller föreläsande enligt Östlund et al. (2013). Vidare visar forskningsresultat vikten av att stöd finns från ledningen för hälsofrämjande arbete och MI som verktyg (Östlund et al., 2013; Östlund, Wadensten, Krstoffferzon och Häggström, 2014). Distriktssköterskans preventiva arbete bör alltid utföras i samråd med patienterna.

Det finns skillnader i distriktssköterskans förutsättningar för det hälsosamma arbetet beroende på i vilken organisation de arbetar. Preventivt arbete i denna studie gavs inget eller litet utrymme när distriktssköterskan arbetade på privat vårdcentral. Vidare hade vårdcentralens lokalisation liten betydelse för det hälsofrämjande arbetet. Forskningsresultat har visat att kostnader för hälsofrämjande arbete var låg jämfört med om sjukdom tilläts att utvecklas (Benmarhnia, Dionne, Tchouaktet, Fansi, Brousselle, 2017). Orem (1995) beskriver att en person måste själv ta ansvar och initiativ för att uppnå eget välbefinnande. Vidare beskrivs att genom att identifiera en brist eller ett behov till förändring, är ett krav för att uppnå tillfredsställelse och uppleva god hälsa. I föreliggande studie framkom det att hälsofrämjande

arbetet utfördes på distriktssköterskornas mottagningar och det var väsentligt att främja hälsa och förebygga ohälsa. Distriktssköterskorna hade möjlighet att samtala med patienterna i anslutning till besöken på mottagningen. Alla distriktssköterskorna i denna studie arbetade på en specialmottagning som var ett effektivt sätt att främja hälsa och hälsosamma levnadsvanor, vilket är i linje med tidigare studier (Blomqvist, Berglund och Sonde, 2006; Rasjö Wrååk, Törnkvist, Hasselström, Wändell och Josefsson, 2015). Det finns flera studier som påvisar vikten av att ha sjuksköterskeledda mottagningar för att sänka blodtryck, främja sårhäkning, minska stress, förbättra livskvaliteten och välbefinnandet och för att minska psykisk ohälsa (Blomqvist et al., 2006; Rasjö Wrååk et al., 2015; Grundberg et al., 2016; Friman, Wiegleb Edström & Edelbring, 2019). Hur viktigt det är att ha sjuksköterskeledda mottagningar på vårdcentral är väsentligt för ledningen att känna till för att distriktssköterskorna ska kunna arbeta utifrån sin profession.

Distriktssköterskorna gavs inte möjlighet att utöva sin profession fullt ut när det gällde att främja hälsa och förebygga ohälsa på grund av organisatoriska faktorer. I denna studie framkom att det var olika begränsningar som hindrade det hälsofrämjande arbetet. Orsaken var tids- och personalbrist eller att andra prioriteringar gjordes. Distriktssköterskorna på de privata vårdcentralerna i denna studie, uppgav att patienter med högt blodtryck hänvisades till läkare för läkemedelsbehandling framför distriktssköterskans hälsofrämjande arbete, enligt direktiv från ledningen. I Sverige har alla människor rätt till vård på lika villkor enligt HSL (SFS, 2017:30), vilket kan ifrågasättas när privata vårdcentraler prioriterade läkare som vårdgivare framför distriktssköterskor som har kunskap och kan främja hälsosamma levnadsvanor. Forskning har visat att distriktssköterskornas roll och status var en utmaning att upprätthålla med ökad arbetsbelastning (Boström, Hörnsten, Persson, Rising och Santamäki Fischer, 2012). Vidare framkom det att tidsbristen medförde att patienterna fick läkemedelsbehandling framför att förändra sina levnadsvanor vilket även framkom i studien av Jerdén et al. (2006). I samma studie beskrevs det att det hälsofrämjande arbetet hade fått minskad prioritet. Det framkom vidare att det var distriktssköterskans uppgift att främja individens hälsa men på grund av en del förändringar inom primärvården har distriktssköterskans uppdrag förändrats över tid. I en annan studie av Dahl (2018) framkom att distriktssköterskornas roll hade ändrats samt att det inte fanns resurser att arbeta hälsofrämjande. Distriktssköterskorna i aktuell studie hade inte möjlighet att utföra hälsosamtal och tog istället tillfället i akt att samtala kring hälsosamma levnadsvanor vid exempelvis såromläggning eller blodtryckskontroll. Detta gjorde de för att kunna öka

patienten perspektiv på hälsa och främja hälsosamma levnadsvanor. I studien av Jerdén et al. (2006) framkom det att tidsbrist var en orsak till att distriktssköterskan inte hade möjlighet att utföra hälsofrämjande arbete. Vidare beskrevs att arbetet fokuserade på att lindra och bota sjukdomar framför det hälsofrämjande arbetet. I föreliggande studie uttryckte distriktssköterskorna att de hade stöd för det hälsofrämjande arbetet men kände sig pressade av tiden för att akut sjuka patienter prioriterades framför det hälsofrämjande arbetet vilket stöds av Brobeck, Odenrats, Bergh och Hildingh (2013). Eriksson och Engström (2015) kom fram till att det viktigt med utbildning och kompetensutveckling när det gällde samtalsteknik och levnadsvanor. Vidare beskrevs att om det saknades möjlighet till tillväxt och rörlighet upplevde distriktssköterskorna frustration och bristande engagemang. I studie av Friman, Wahlberg, Mattiasson och Ebbeskog (2013) framkom att det var viktigt att ledningen gav stöd och bidrog till fortbildning eftersom det kan vara kostnadseffektivt i behandlande syfte samt mer gynnsamt för patienten. Vidare visade resultaten att distriktssköterskorna behövde själva söka förnyad kunskap. Distriktssköterskorna behöver stå upp för sin profession för att kunna arbeta hälsofrämjande fullt ut och främja hälsosamma levnadsvanor hos äldre patienter.

Konklusion och implikationer

Distriktssköterskor har en viktig funktion att fylla när det gäller att driva ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete samt bidra till en god och säker vård där patientens hälsa kan främjas. Distriktssköterskorna har en önskan om att kunna utöva sin profession och sätta patienten i fokus men tiden räcker inte till på grund av till exempel personalbrist eller organisatoriska och administrativa orsaker. Distriktssköterskorna kände sig begränsade i sitt hälsofrämjande arbete samt att kunskapen om olika levnadsvanor inte kunde nyttjas eller förmedlas. Hälso- och sjukvården bör sträva efter att främja patienternas hälsa och för att de ska uppleva ett hälsosamt åldrande. Kärnan i professionen är fokuserat på det hälsofrämjande arbetet samt att förebygga ohälsa. Distriktssköterskorna har en bred kompetens som behöver tas tillvara och de bör därför ges tid och utrymme för att bedriva det hälsofrämjande arbetet. Chefer behöver ha insikt i detta för att i verksamheten inte jämställa distriktssköterskor med grundutbildade sjuksköterskor. Det kan finnas kulturella skillnader i hur distriktssköterskan främjar hälsa hos patienter i olika kulturer. Sverige är ett mångkulturellt land och

distriktssköterskan bör ha kunskap och ett etiskt förhållningsätt utifrån kulturella perspektiv och fler studier behövs för att belysa detta.

Referenser

- Atallah, N., Adjibade, M., Lelong, H., Herceberg, S., Galan, P., Assmann, K. E., & Kesse-Guyot, E. (2018). How healthy lifestyle factors at midlife relate to healthy aging. *Nutrients*, 10(7), 854. doi:10.3390/nu10070854
- Benmarhnia, T., Dionne, P-A., Tchouaket, È., Fansi, A. K & Brousselle., A. (2017). Investing in a healthy lifestyle strategy: is it worth it? *International Journal of Public Health*. 62(1) 3–13. doi: 10.1007/s00038-016-0884-y
- Berelson, B. (1952). Content analysis in communication research. New York, NY, US: Free Press. Blomqvist, M., Berglund, B & Sonde, L. (2006). Nurse-led blood pressure treatment in primary health care: An intervention study comparing two regimens. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden*. 26(4), 20–24. Hämtad 2019-10-23 <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/010740830602600405>
- Borglin, G., Jakobsson, U., Edberg, A-K. & Rahm Hallberg, I. (2005). Self-reported health complaints and their prediction of overall and health-related quality of life among elderly people. *International Journal of Nursing Studies*, 42(2), 147-158. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2004.06.003
- Boström, E., Hörnsten, Å., Persson, C., Rising, I. & Santamäki Fisher, R. (2012). Clinical challenges and ongoing role changes for primary health-care nurses. *British Journal of Community Nursing*. 17, 68-74. Hämtad 2019-10-23 <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=e7316bde-db2c-4771-a3f5-03872b17e0f4%40sdc-v-sessmgr03>
- Brobeck, E., Bergh, H., Odencrants, S. & Hilding, C. (2011). Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. *Journal of Clinical Nursing*, 20(23-24), 3322-3330. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03874.x
- Brobeck, E., Odencrants, S., Bergh, H., & Hilding, C. (2013). Health promotion practice and its implementation in Swedish health care. *International Nursing Review* 60(3), 374–380. doi: 10.1111/inr.12041
- Brobeck, E., Odencrants, S., Bergh, H., & Hilding, C. (2014). Patients' experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing: A qualitative study. *BMC Nursing*, 13(13). doi:10.1186/1472-6955-13-13
- Chafjiri, R. T., Shirinkam, F. & Karimi. H. (2017). Investigating the effect of education on health-promoting lifestyle among the elderly of Ramsar in 2017. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. Vol.7:3, ss. 612-617. DOI: 10.4103/jfmpe.jfmpe_306_17
- Dahl, B. M. (2018). Challenges and demands in the population-based work of public health nurses. *Scandinavian Journal of Public Health*. 46, 53-58. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1177/1403494817743897>
- Devereux-Fitzgerald, A., Powell, R., Dewhurst, A., & French, D. P. (2016). Review article: The acceptability of physical activity interventions to older adults: A systematic review

and meta-synthesis. *Social Science & Medicine*, 158, 14–23. doi: 10.1016/j.socscimed.2016.04.006

Eriksson, A. & Engström, M. (2015). District nurses' perceptions of their preventive work and structural conditions for this work. *Nordic journal of nursing research*. 35(2), 77-84. <https://doi.org/10.1177/0107408315569122>

Flink, M., Bergenbrant Glas, S., Airosa, F., Öhlén, G., Barach, P., Hansagi, H., Brommels, M., & Olsson, M. (2015). Patient-centered handovers between hospital and primary care: An assessment of medical records. *International Journal of Medical Informations*. 84(2015) 355-362. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2015.01.009>

Friman, A., Wahlberg, A C., Mattiasson, A-C. & Ebbeskog, B. (2013). District nurses' knowledge development in wound management: Ongoing learning without organizational support. *Primary Health Care Research & Development*. 15(4), 386-395. DOI: 10.1017/S1463423613000303

Friman, A., Wiegleb Edström, D & Edelbring, S. (2019). General practitioners' perceptions of their role and their collaboration with district nurses in wound care. *Primary Health Care Research & Development*. 20(39), 1–8. doi: 10.1017/ S1463423618000464

Graneheim U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001

Grundberg, Å., Hansson, A., Hillerås, P. & Religa, D. (2016). District nurses' perspectives on detecting mental health problems and promoting mental health among community-dwelling seniors with Multimorbidity. *Journal of Clinical Nursing*. 25(17-18), 2590-2599. doi: 10.1111/jocn.13302

Gustafsson, S., Wilhelmson, K., Eklund, K., Gosman-Hedström, G., Zidén, L., Kronlöf, G., & Dahlin-Ivanoff, S. (2012). Health-promoting interventions for persons aged 80 and older are successful in the short term – Results from the randomized and three-armed elderly persons in the risk zone study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(3), 447-454. doi: 10.1111/j.1532-5415.2011. 03861.x

Hellénius, M-L., & Arborelius, E. (1999). Motion på recept kan hjälpa patienten ändra sina vanor. *Läkartidningen*. 96(30–31), 3343–3346. Hämtad 2019-10-27 från: <http://www.lakartidningen.se/OldPdfFiles/1999/19791.pdf>

Hätönen, H., Kuosmanen, L., Malkavaara, H. & Välimäki, M. (2008). Mental health: Patients' experiences of patient education during inpatient care. *Journal of Clinical Nursing*. 17(6), 752-762. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2007.02049.x

Jacob, M. E, Yee, L. M., Diehr, P. H., Arnold, A. M., Thielke, S. M., Paulo., & Newman, A. B. (2016). Can a healthy lifestyle compress the disabled period in older adults? *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(10), 1952-1961. doi: 10.1111/jgs.14314

Jakobsson, U. & Rahm Hallberg, I. (2005). Loneliness, fear, and quality of life among elderly in Sweden: A gender perspective. *Aging Clinical and Experimental Research*, 17(6), 494-501.

Jerdén, L., Dalton, J., Johansson, H., Sorensen, J., Jenkins, P., & Weinehall, L. (2018). Lifestyle counseling in primary care in the United States and Sweden: A comparison of patients' expectations and experiences. *Global Health Action*. 11(1). doi: 10.1080/16549716.2018.1438238

Jerdén, L., Hillervik, C., Hansson, A-C., Flacking, R. & Weinehall, L. (2006). Experiences of swedish community health nurses working with health promotion and a patient-held health Record. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 20(4), 448-454. Hämtad 2019-10-23 <http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=23162609&S=R&D=a9h&EbscoContent=dGJyMNxb4kSeqLE4zdneyOLCmr1GeprNSsam4Sq6WxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGpt0mwqrBRuePfgex43zx>

Josefsson, K., Åling, J. & Östin, B-L. (2011). What implies the good work for registered nurses in municipal elderly care in Sweden? *Clinical Nursing Research*. 20(3), 292-309. DOI: 10.1177/1054773811403622

Kelley, K., & Abraham, C. (2007). Health promotion for people aged over 65 years in hospitals: Nurses' perceptions about their role. *Journal of Clinical Nursing*. 16, 569–579. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01577.x

Kemppainen, V., Tossavainen, K. & Turunen, H. (2012). Nurses' roles in health promotion practice: An integrative review. *Health Promotion International*. 28(4), 490-501. doi:10.1093/heapro/das034

King-Shier, K., Lau, A., Fung, S., Leblanc, P. & Johal, S. (2018). Ethnocultural influences in how people prefer to obtain and receive health information. *Journal of Clinical Nursing*. 27(7–8), 1519-528. DOI: 10.1111/jocn.14281

Krippendorff, K. (2019). *Content analysis: An introduction to its methodology* (4rd ed.). United State of America: SAGE publications.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Midboe, A. M., Cucciare, M. A., Trafton, J. A., Ketrosor, N. & Chardos, J. F. (2011). implementing motivational interviewing in primary care: The role of provider characteristics. *Translational Behavioral Medicine*. 1(4), 588–594. <https://academic.oup.com/tbm/article/1/4/588/4562934>

Movahedi, M., Khamseh, F., Ebadi, A., Zahra Hajiamini, Z. & Navidian, A. (2018). Comparison of group motivational interviewing and multimedia education on elderly lifestyle. *Journal of Education and Health Promotion*. 7(1), 133-133. DOI: 10.4103/jehp.jehp_59_18

Nygren Zotterman, A., Skär, L., Olsson, M. & Söderberg, S. (2015). District nurses' views on quality of primary healthcare encounters. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 29(3):418-425. doi: 10.1111/scs.12146

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. doi: 10.1111/scs.12254

- Orem, D. E. (1995). *Nursing: concepts of practice* (5th ed.). St. Louis: Mosby.
- Pérezs-Cárceles, M. D., Lorenzo, M. D., Luna, A. & Osuna, A. (2007). Elderly patients also have rights. *Journal of Medical Ethics*. 33(12), 712-716. doi: 10.1136/jme.2006.018598
- Persson, L., Rasmusson, E. & Pennbrant, S. (2015). District nurses' efforts to support patients in smoking cessation. *Nordic Journal of Nursing Research*, 35(1), 45-53. DOI: 10.1177/0107408314564520
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (9th rev ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Rasjö Wrååk, G., Törnkvist, L., Hasselström, J., Wändell, P. E. & Josefsson, K. (2015). Nurse-led empowerment strategies for patients with hypertension: A questionnaire survey. *International Nursing Review*. 62(2), 187-195. DOI: 10.1111/inr.12174
- Region Skåne. (2019) Rapport-Hur har det gått i Skåne? Etnisk Mångfald. Hämtad 2019-10-22; <https://utveckling.skane.se/digitala-rapporter/huga/etnisk-mangfald/>
- Rollnick, S., Miller, W. R., & Butler, C. C. (2014). *Motiverande samtal i hälso- och sjukvård – Att hjälpa människor att ändra beteende* (1.uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Runciman, P., Watson, H., McIntosh, J., & Tolson, D. (2006). Community nurses' health promotion work with older people. *Journal of Advanced Nursing*, 55(1), 46–57. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03882.x
- SFS 2014:821. *Patientlag (PL)*. Hämtad från Riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 2019-10-26 från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30
- Socialstyrelsen. (2019). *Vård och omsorg av äldre- Lägesrapport*. (Artikelnummer 2019-3-18). Hämtad 2019-10-27 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-3-18.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening/Distriktssköterskeföreningen i Sverige. (2019). *Kompetensbeskrivning Avancerad Nivå Distriktssköterska*. [Broschyr]. Hämtad 2019-10-14 från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/distriktssjukskoterskor-kompetensbeskrivning-2019-klar-for-webb.pdf>
- Stek, M. L., Vinkers, D. J., Gussekloo, J., Beekman, A. T., van der Mast, R. C., Westendorp, R. G. (2005). Is depression in old age fatal only when people feel lonely? *The American Journal of Psychiatry*, 162 (1), 178-80. Hämtad 2018-12-26 från <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdfplus/10.1176/appi.ajp.162.1.178>
- Wilhelmsson, S., & Lindberg, M. (2009). Health promotion: Facilitators and barriers

perceived by district nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 15(3), 156–163. doi:10.1111/j.1440-172X.2009.01740.x

World Health Organization [WHO]. (2015). *World report on ageing and health*. Hämtad 2019-10-27 från http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=5DBA9B3E112845B3D4321DC43FAADF34?sequence=1

World Medical Association. (2018). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical principles for medical research in involving human subjects*. Hämtad 2019-01-05 från: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Östlund, A-S., Wadensten, B., Häggström, E. & Kristofferzon, M-L. (2013). District nurses' and registered nurses' training in and use of motivational interviewing in primary care Settings. *Journal of Clinical Nursing*. 23(15-16), 2284-2294. doi: 10.1111/jocn.12509

Östlund, A-S., Wadensten, B., Kristofferzon, M-L. & Häggström, E. (2014). Motivational interviewing: Experiences of primary care nurses trained in the method. *Nurse Education in Practice*. 15(2), 111-118. DOI: 10.1016/j.nepr.2014.11.005

Intervjuguide

Demografiska frågor:

- Ålder?
- Kön?
- Yrkeserfarenhet?
- Andra utbildningar utöver distriktssköterskeutbildningen?

Huvudfrågor:

- Beskriv vilka hälsosamma levnadsvanor som du arbetar hos den äldre patienten?
- Beskriv hur och vilka metoder du använder för hälsofrämjande arbete i mötet med patienter?

Övriga frågor:

- Vad är hälsans definition för dig?
- Hur upplever du samarbete och stöd från ledningen eller organisationen?
- Beskriv och utveckla vilka hinder Du stöter på?
- Vilka möjligheter eller förutsättningar finns till att öka din kunskap och kompetensutveckling?

Exempel på följdfrågor:

- Kan du utveckla ditt svar mer?
- Hur menar du?
- Hur tänker du då?