



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Distriktssköterskans hälsofrämjande arbete på vårdcentralen

En empirisk studie

Public health nurse's health promotion work at primary health centre

An empirical study

Författare: Hivin Hussain, Liliane De Jesus

Handledare: Marianne Holmgren

Magisteruppsats
Hösten 2020

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Abstrakt

Bakgrund: Distriktssköterskan har en nyckelroll i arbetet på vårdcentral och ett framstående ansvar och uppdrag. I ansvaret ingår att arbetat hälsofrämjande, personcentrerat och även att ha en ledande roll att utveckla omvårdnaden utifrån folkhälsoperspektiv. Den berörda problematiken som belyses av aktuell forskning och hälsomyndigheter är att ohälsosamma levnadsvanor medför stor sjukdoms- samt ekonomisk belastning i Sverige och i världen.

Syfte: Att undersöka hur distriktssköterskan upplever förutsättningarna att arbeta hälsofrämjande på vårdcentralen.

Metod: En empirisk studie utfördes med semistrukturerade intervjuer hos tretton distriktssköterskor i södra Skåne. Data analyserades med en kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Analysen resulterade i två huvudkategorier. I kategorin *distriktssköterskans arbete och förutsättningar* speglas det några faktorer som distriktssköterskorna upplevde vara avgörande för att kunna arbeta hälsofrämjande på vårdcentralen. Dessa var *multiprofessionellt samarbete, förmåga att arbeta självständigt och arbetsgivarens förtroende, distriktssköterskans redskap* samt *utmanande omständigheter inom primärvården*. Dessa förutsättningar betraktades som goda och möjligheten att planera eget arbete uppskattades av alla distriktssköterskor i studien. Den andra kategorin, *distriktssköterskans interaktion med patienten*, belyser distriktssköterskans hälsofrämjande arbetssätt som upplevdes vara relationell och hade sitt ursprung från underkategorierna: *distriktssköterskans syn på hälsofrämjande arbete, motivation är nyckel till förändrade levnadsvanor* samt *att skapa relation*. Specialmottagningarna genererade i större utsträckning mer tid vilket i sin tur ledde till att en relation enklare skapades med patienterna.

Konklusion: Distriktssköterskornas upplevelse av förutsättningarna att arbeta hälsofrämjande på vårdcentralen ansågs generellt vara bra relaterat i stort sett till det faktum att de kunde arbeta självständigt. De tog tillfälle i akt att utföra hälsofrämjande insatser i samband med individuella patientbesök. Tidsbrist begränsade dock utförandet av ett önskvärt hälsofrämjande arbete enligt samtliga deltagare. Bättre förutsättningar för att arbeta hälsofrämjande bedömdes vara genom specialmottagningar.

Nyckelord

Distriktssköterska, sjuksköterska, hälsofrämjande arbete, förebygga sjukdom, vårdcentral, ohälsosamma levnadsvanor, livsstil

Innehållsförteckning

Problemområde.....	4
Bakgrund	5
Perspektiv och utgångspunkter	5
Folkhälsa	5
Hälsofrämjande och förebyggande arbete.....	6
Vårdcentral	8
Distriktssköterskans specialmottagning	8
Distriktssköterskans roll.....	9
Syfte.....	10
Metod.....	10
Urval.....	10
Datainsamling	11
Analys av data	12
Forskningsetiska avvägningar	14
Resultat	15
Distriktssköterskans arbete och förutsättningar	16
Multiprofessionellt samarbete	16
Förmåga att arbeta självständigt och arbetsgivarens förtroende.....	18
Distriktssköterskans redskap	19
Utmanande omständigheter inom primärvården	20
Distriktssköterskans interaktion med patienten	21
Distriktssköterskans syn på hälsofrämjande arbete	21
Att skapa relation.....	22
Motivation är nyckel till förändrade levnadsvanor.....	23
Diskussion	24
Metoddiskussion	25
Resultatdiskussion.....	27
Konklusion och implikationer	30
Referenser.....	32
Bilaga 1 (1).....	38

Problemområde

Distriktssköterskans roll i primärvården är omfattande och olika synvinklar finns på professionen (Barrett, Latham & Levermore, 2007). Distriktssköterskan är den som oftast möter patienterna först och har i uppdrag att arbeta hälsofrämjande hos patienter som söker vård oavsett bakomliggande sjukdom (Svensk sjuksköterskeförening, 2019). Det innebär ett utökat ansvar att leda och utveckla omvårdnaden inom primärvården. Att arbeta hälsofrämjande sätter personen bakom sjukdomen i centrum i stället för sjukdom (Randall, Crawford, Currie, River & Betihavas, 2017; Wilhelmsson & Lindberg, 2009). Det hälsofrämjande arbetet är nödvändigt för patientens hälsa (Lundberg, Jong, Kristiansen & Jong, 2017), samtidigt är det svårt att omsättas i praktiken (Teston et al., 2018). Tidigare forskning har visat att specialmottagningar som leds av distriktssköterskor är mer kostnadseffektiva (Holtzer-Goor et al., 2015). Ohälsosamma levnadsvanor är ett stort hälsoproblem världen över (World Health Organization [WHO], 2018). I världen är det femton miljoner som årligen dör relaterat till en ohälsosam levnadsvana. Socialstyrelsen (2018) och flera studier har visat ett samband mellan hälsofrämjande arbete och ohälsosamma levnadsvanor (McIlfatrick, Keeney, McKenna, McCarley & McIlwee, 2014; Holmgren, Sandberg & Ahlström, 2019; Nielsen et al., 2017; Drevenhorn, Bengtson, Nilsson, Nyberg & Kjellgren, 2012). Problemet har även ökat i Sverige (Sveriges kommuner och landsting [SKL], 2018). Cirka 56% av svenska befolkningen lever med en ohälsosam levnadsvana (Nymberg & Drevenhorn, 2016), vilket hotar hälsans förutsättningar (Socialstyrelsens, 2018). En femtedel av Sveriges befolkning lever med en ohälsosam levnadsvana (SKL, 2018). Till ohälsosamma levnadsvanor räknas bland annat matvanor, överkonsumtion av tobak och alkohol och minskad fysisk aktivitet (WHO, 2018). Därför behöver distriktssköterskans hälsofrämjande arbete lyftas för att undersöka vilka förutsättningar de ges på vårdcentral för att arbeta hälsofrämjande med ohälsosamma levnadsvanor. Motivet till att författarna valt detta problemområde är kunskapsluckorna kring distriktssköterskans hälsofrämjande arbete på vårdcentralen. Det finns sparsamt underlag för hur distriktssköterskor upplever det hälsofrämjande arbetet på vårdcentraler. Däremot har det undersökts om det hälsofrämjande arbetet bland sjuksköterskor inom specifika områden både på öppen- och slutenvården.

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Författarna i föreliggande studie utgår från ett personcentrerat förhållningssätt som utgångspunkt i distriktssköterskans hälsofrämjande arbete på vårdcentralen. Det svenska regelverket för hälso- och sjukvården betonar att hälsoarbetet ska bedrivas med fokus på patienten och dess individuella behov, förväntningar och värderingar i syfte att erbjuda kvalitetssäkrad god vård (Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (SFS, 1982:763). Genom att beakta patientens behov och värderingar i den personcentrerade vården möjliggörs delaktigheten av individen i sin egen hälsa och detta ökar motivation till följsamhet av behandlingsplan (Ratner, Davis, Lhotka, Wille & Walls, 2017). Ekman och Nordberg (2013) belyser hur sjukvårdens struktur omformuleras från organ och sjukdomscentrering till personcentrerad vård. Det nya förhållningssättet delar makten med personen som är eller som riskerar att bli sjuk. Patienten utses härmed som en värdig och kapabel person vilket betonar i sin tur delaktighet i vårdprocessen. Personcentrerat förhållningssätt är en förutsättning till en hälsofrämjande vård (Holmgren, Sandberg & Ahlström, 2019; Liljeroos & Strömberg, 2019).

Folkhälsa

Folkhälsa är ett samlingsbegrepp för de strategier som syftar till att förbättra hälsoläget och bedrivs på övergripande politisk och samhällsnivå, regionalt samt på individnivå (Bringsén & Lindström, 2019). Överkonsumtion av tobak och alkohol, ohälsosamma matvanor samt alltför liten fysisk aktivitet är de levnadsvanor som leder till kroniska sjukdomar och dödsfall världen över (WHO, 2018). Varje år dör cirka femton miljoner människor mellan 30 och 69 års ålder i länder som är ekonomiskt utsatta relaterat till ohälsosamma levnadsvanor vilket har lett till kronisk sjukdom. I Sverige är en femtedel av den totala sjukdomsördan relaterat till ohälsosamma levnadsvanor (SKL, 2018). Enligt Nymberg och Drevenhorn (2016) är det 56 % av Sveriges befolkning mellan åldrarna 16–84 som har en ohälsosam levnadsvana. Många personer i Sverige lever med flera ohälsosamma levnadsvanor samtidigt (Socialstyrelsen, 2018). Bland kvinnor är andelen 13 procent och 19 procent bland män med två ohälsosamma levnadsvanor. En mindre andel har fler än två ohälsosamma levnadsvanor, fem procent av kvinnorna och 13 procent av männen. Trots den ökande medellivslängden uppger 42% av äldre mellan 65–84 år att de upplever sämre hälsa och andelen personer med övervikt och

fetma har ökat i befolkningen. Medellivslängden speglar ytterst konsekvenserna av ohälsa och därmed de riskfaktorer som orsakar sjukdom. Socialstyrelsens (2018) Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor, belyser hur ohälsosamma levnadsvanor hotar befolkningens förutsättningar till hälsa i Sverige. Dessa faktorer bidrar till sjukdomar i form av ökad risk för såväl cancer, kardiovaskulära sjukdomar, kronisk luftvägssjukdom och viss form av diabetes.

Hälsofrämjande och förebyggande arbete

Begreppet hälsa är svårt att definiera, kan dock fastställas utifrån ett kulturellt och professionellt perspektiv som ändras med tiden (Johansson, Weinehall & Emmelin, 2009). Hälsans benämning undersöktes hos svenska hälso- och sjukvårdspersonal där det bekräftas att begreppet hälsa är omfattande. I regel anses friskt olika hos människan och bedöms subjektivt beroende på hälsotillstånd, normer och förväntningar (Scriven, 2013). Synen på hälsan är avgörande för hur hälsoarbetet utvecklas (Kostenius, 2013). Utifrån detta kan åtgärderna rikta sig mot att behandla sjukdom, förebygga ohälsa eller att främja det friska. Hälsoinsatser bedrivs således beroende på om det är hälsan eller sjukdom som ligger i fokus (Bringsén & Lindström, 2019). Begreppet *hälso-främjande arbete* varierar mycket både nationellt som internationellt dock syftas det till de åtgärder som främjar hälsan oavsett eventuell sjukdom. Det innebär härmed att identifiera riskfaktorer, sätta igång skyddande åtgärder samt behandla eller lindra olika åkommor. Förståelsen på hälsofrämjandets innebörd kan vara brett, diffust och det försvårar därmed vidareutvecklingen av hälsofrämjande praxis (Casey, 2007; Johansson, Weinehall & Emmelin, 2009). Hälsofrämjande arbete syftar på att höja hälsostandarden för den enskilde och samhället genom att förbättra hälsovillkoren, stödja och uppmuntra till förbättring (Scriven, 2013). Det bekräftas via studien som är gjord av Nymberg och Drevenhorn (2016) där patienterna kom till livsstilskliniken för att säkerställa sig om sitt hälsotillstånd. Patienterna ville uppmuntras att fortsätta sin hälsosamma levnadsvana eller förändra till det bättre.

Forskning visar på att rådgivande samtal angående ohälsosamma levnadsvanor kombinerat med patientundervisning till följsamhet av behandling har en positiv inverkan på sjuklighet (Hacihanoglu & Gözüm, 2010). Denna turkiska studie kunde verifiera en sänkning av blodtrycket hos en viss population efter ovannämnda åtgärder. Det finns emellertid utmaningar inför utförandet av det hälsofrämjande arbetet både från distriktssköterskan och

patientens sida. Holmgren, Sandberg och Ahlström (2019) har konstaterat att distriktssköterskor upplever svårighet i att inleda samtal om övervikt hos patienter med och utan rörlighetsbegränsningar. Studien påpekar även att personcentrerad vård, erfarenhet och kunskap samt multiprofessionellt samarbete är faktorer som underlättar arbetet. Det framkommer svårigheter i det dagliga livet när patienter uppmuntras att öka sin dagliga fysiska aktivitet (Nielsen et al., 2017). Patienter med träningsvana ser positivt på den dagliga ökningen medan de som inte är vana uppger tidsbrist som hinder till fysisk träning. Personer med låg hushållsinkomst uppger både kostnader för träning och brist på tid som hinder till livsstilsförändring.

I en interventionsstudie där sjuksköterskorna deltog i tre dagars utbildning om bland annat motiverande samtal, för att öka patienternas medvetenhet om behandling av hypertoni, sågs en signifikant skillnad på deras blodtryck, hjärtfrekvens, vikt och kolesterol (Drevenhorn, Bengtson, Nilsson, Nyberg & Kjellgren, 2012). Det kvarstår ett omfattande arbete för distriktssköterskor att uppmärksamma levnadsvanor, bedöma, erbjuda åtgärd, åtgärda samt utvärdera det (SKL, 2018). I Tyskland exempelvis är cigarettrökning en högrankad ohälsosam levnadsvana som i högst grad kunnat reducera livslängden med cirka nio år för män och sju år för kvinnor (Li, Hüsing & Kaaks, 2014).

Alla legitimerade sjuksköterskor arbetar utifrån det sekundära preventionsarbetet som innebär insatser för att förhindra progress av aktuell sjukdom (Svensk sjuksköterskeförening, 2020). Lundberg, Jong, Kristiansen och Jong (2017) undersökte distriktssköterskors erfarenhet av att arbeta hälsofrämjande i primärvården bland patienter med risk för hjärt-kärlsjukdomar. Resultatet visade att distriktssköterskorna anser att det hälsofrämjande arbetet, förebyggande av sjukdom och livsstilsförändringar är en nödvändighet för patientens hälsa. Det beskrivs också hur viktigt det är men även hur svårt det kan vara att arbeta hälsofrämjande. Teston et al. (2018) undersökte sjuksköterskors perspektiv på hälsoutbildning av diabetes mellitus i primärvården i Brasilien. Sjuksköterskorna hade någon form av vidareutbildning inom hälsofrämjande arbete som de utnyttjade i sitt arbete med patienterna, dock uttryckte de att tiden inte var tillräcklig för att arbeta fullständigt hälsofrämjande. Individuella och gruppsamtal utfördes inom primärvården.

Vårdcentral

Vårdcentraler är en del av primärvårdens verksamhet som i sin tur ingår i den öppna vården tillsammans med hemsjukvården och andra mottagningar utanför sjukhusen (Wästberg & Ardenvik, 2013). Primärvården ansvarar för invånarens behov av akutsjukvård, planerad vård, rehabilitering samt förebyggande åtgärder. För att uppnå målet i sitt ansvarsområde krävs det att vårdcentralerna arbetar multiprofessionellt, i samverkan och självständigt, för att identifiera, bedöma och åtgärda riskfaktorer utifrån individernas sammanhang. Vårdcentraler genererar opportunistiska tillfällen för att börja samtala om levnadsvanor (Lock, Kaner, Lamont & Bond, 2002). Vid första besöket, vid basala kontroller, såromläggning eller vid uppföljningsbesöken har sjuksköterskorna inom primärvården möjlighet att ta upp frågor om rökning- och matvanor, alkoholkonsumtion samt fysisk aktivitet.

Distriktssköterskans specialmottagning

Distriktssköterskan kan expandera det preventiva arbetet genom att inrikta åtgärderna mot specifika patientgrupper, så kallat specialmottagning, exempelvis astma-KOL-, och diabetesmottagning (Wilhelmsson & Lindberg, 2009), inkontinensmottagning (Holtzer-Goor et al., 2015), och hjärtsviktmottagning (Liljeroos & Strömberg, 2019). Det preventiva arbetet som distriktssköterskan har på specialmottagning bidrar till ökad livskvalité och hälsa men även minskat lidande och färre vårdtillfällen (Randall, Crawford, Currie, River & Betihavas, 2017). Specialmottagningar blir i sin tur kostnadseffektiv för verksamheten och patienten. Tidigare forskning har visat att specialmottagningar som leds av distriktssköterskor är mer kostnadseffektiva relaterat till förskrivning av inkontinenshjälpmedel, minskat symtom hos patienter samt ökad personcentrering (Holtzer-Goor et al., 2015). I en brittisk studie undersöktes vilka kompetenser som krävs av distriktssköterskor för att effektivt arbeta hälsofrämjande på sin mottagning (Irvine, 2005). Resultatet har visat att det krävs en rad olika kompetenser inom följande tre kategorier: kunskap, attityd samt färdigheter. Kunskap om bland annat levnadsvanor och beteendeförändring, sjukdomsprocesser samt hälsofrämjande teorier. Vissa attityder förväntas av distriktssköterskor såsom engagemang i hälsofrämjande, självkännedom, empowerment samt respekt för individen. Dessutom krävs förmågor i kommunikation, ledarskap med mera. Det har visat sig att distriktssköterskor på specialmottagning med inriktning astma/KOL och diabetes upplever att fokuset inte alltid ligger på hälsofrämjande insatser och att den avsatta tiden som spenderades med hälsofrämjande arbete är begränsad (Wilhelmsson & Lindberg, 2009). Medicinska uppgifter

prioriteras ofta, vilket tyder på att ett sjukdomsorienterat arbete företrädes före hälsofrämjande arbete. Ett område som prioriteras inom primärvården är preventionsarbete med inriktning mot äldre människor (Hansen et al., 2017).

Distriktssköterskans roll

Utifrån riktlinjer till dess mål, som är patienter, träder distriktssköterskan fram med ett uppdrag att arbeta hälsofrämjande och utifrån ett folkhälsoperspektiv samt med ett personcentrerat arbetssätt (Svensk sjuksköterskeförening, 2019). Det innebär ett utökat ansvar att leda och utveckla omvårdnaden inom primärvården, med fokus på hälsofrämjande arbete. Barrett, Latham och Levermore (2007) beskriver distriktssköterskans roll och kompetenser som bred och högkvalificerad i patientmötet. Socialstyrelsen (2018) rekommenderar användning av samtalsbaserade åtgärder som delas i två övergripande nivåer: rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal vilka utgår från en personcentrerad dialog med patienten. Kvalificerat rådgivande samtal medför en mer omfattande åtgärd och krävs ofta fler och längre sessioner än rådgivande samtal och förutsätter att personalen är utbildad i den metod som används. Två samtalsmetoder som kan användas vid beteendeförändring är motiverande samtal och kognitiv beteendeterapi (Drevenhorn & Efraimsson, 2013). Motiverande samtal är en förekommande metod vid hälsofrämjande vård (Lundberg, Jong, Kristiansen & Jong, 2017).

Resultatet av en brittisk undersökning har visat att sjuksköterskor inom primärvården har i hög grad arbetat med cancerprevention genom att engagera sig i frågor relaterade till levnadsvanor (McIlpatrick, Keeney, McKenna, McCarley & McIlwee, 2014). De intervjuade uppgav en rutinerad användning av rådgivande samtal angående övervikt, fysisk aktivitet, överkonsumtion av alkohol samt tobak. MI är ett effektivt kommunikationsverktyg för att bistå patienterna med att själv hitta lösning, motivation och ta beslut om livsstilsförändring (Östlund, Wadensten, Haggström & Kristofferzon, 2013). Att använda motiverande samtal uppfattas som tidskrävande men betraktas som neutral, patientcentrad och placerar även sjuksköterskan och patienten i jämlik nivå. Det finns ett behov av vidare utbildning i motiverande samtal som åtgärd för att stödja patienter till förändring av ohälsosam levnadsvana (Efraimsson et al. 2015). Många sjuksköterskor har ett lågt förtroende för att de kan påverka patientens ohälsosamma levnadsvana via rådgivning och stöd då det inte anses

vara tillräckligt (Pelkonen & Kankkunen, 2001). Trots denna inställning anser de att hälsofrämjande arbete är en vanlig del av yrket.

Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka hur distriktssköterskan upplever förutsättningarna att arbeta hälsofrämjande på vårdcentralen

Metod

En empirisk studie med kvalitativ design har använts i denna studie för att få djupare förståelse för fenomen och situationer (Danielson, 2017), vilket i det här fallet belyser hur distriktssköterskan upplever förutsättningarna att arbeta hälsofrämjande på vårdcentralen. Intervjuer valdes som metod för datainsamling för att besvara syftet på det mest adekvata sättet eftersom upplevelser är involverade. Inom kvalitativ forskning är semistrukturerade intervjuer ett accepterat verktyg för att fånga människors upplevelse och erfarenhet om ett visst ämne (Danielsson, 2017; Polit & Beck, 2014). Därför har författarna utvecklat en intervjuguide med öppna frågor, utifrån syftet (Bilaga 1). Den insamlade data har analyserats med inspiration av Lundman och Graneheim (2017), så kallade kvalitativ innehållsanalys, för att granska och tolka texter från de transkriberade intervjuerna, vilket är tillämpligt inom vård- och omvårdnadsforskning. Det innebär en induktiv strävan att identifiera likheter och skillnader i innehållet genom tolkning av meningsenheterna för att avslöja den underliggande latent innebörden. Studiens resultat har därmed analyserats, granskats och framtagits.

Urval

Urvalskriterier för deltagande i studien var verksamma distriktssköterskor på både privata och offentliga vårdcentraler i Skåne, med minst ett års erfarenhet av att arbeta hälsofrämjande med patienter oavsett patientens ålder, kön och hälsotillstånd. Tretton distriktssköterskor intervjuades och datamättnad uppnåddes. Enligt Polit och Beck (2014) kan en mättnad inom kvalitativ metod nås då det ej tillkommer någon ny information vid fortsatt insamling av data.

Lundman och Graneheim (2017) påpekar att det ska finnas tillräckligt med data som besvarar syftet. Det är alltså datakvalité och inte mängden intervjuer som är avgörande för att ge ett skiftande innehåll. Fjorton vårdcentraler kontaktades, i åtta olika kommuner i södra Skåne, med förfrågan via mail till verksamhetscheferna som i sin tur vidarebefordrade mailet till distriktssköterskorna. Distriktssköterskor som ville delta i studien kontaktade författarna vilket resulterade i fem intervjuer. Resterande åtta intervjuerna har skett via författarnas kontakter där distriktssköterskorna tackade ja och därefter har verksamhetscheferna tillfrågats om tillstånd. Ett sådant strategiskt urval är väsentligt att använda i kvalitativa studier enligt Henricsson och Billhult (2017). Urvalet baseras på att deltagare som väljs ut är representativa för det ämnet som önskas undersökas. Uppgifter för val av enskilda vårdcentraler inhämtades via 1177 vårdguiden och mejladresser till verksamhetscheferna erhöles från författarnas handledare. I tabell 1 redovisas distriktssköterskornas arbetslivserfarenhet.

Tabell 1. Beskrivning av deltagarnas bakgrundsinformation.

DSK	Års erfarenhet	Mottagning	DSK	Års erfarenhet	Mottagning
1	19 år	DSK-mott	8	10 år	DSK-mott
2	6 år	Diabetes-mott	9	30 år	DSK-mott
3	6 år	Astma/kol-mott	10	2 år	DSK-mott
4	10 år	Diabetes-mott	11	2 år	Astma/kol-mott
5	10 år	Hjärtsvikt-mott	12	20 år	DSK-mott
6	7 år	Hjärtsvikt-mott	13	2 år	Äldre-mott
7	3,5 år	Hjärtsvikt-mott			

Datansamling

Intervju som datansamlingsmetod kan med fördel användas när mänsklig erfarenhet eller upplevelse eftersträvas i en studie. Således när ett ämne kan besvaras utifrån frågor om hur ett fenomen upplevs (Danielsson, 2017; Kvale & Brinkmann, 2014; Polit & Beck, 2014).

Intervjuerna har utförts i Malmö, Svedala, Skurup och i Lund mellan maj och september 2020. Samtliga verksamhetschefer samt distriktssköterskor har överlämnat skriftligt medgivande via mail, post eller på arbetsplats innan intervjuerna ägde rum. Även muntlig information om frivillighet att avbryta deltagandet i studien gavs innan intervjuerna påbörjades. Två provintervjuer utfördes i maj 2020 av båda författarna där den ena intervjuade och den

andra förde anteckningar. Provintervjuerna avser enligt Danielson (2017) att utvärdera kvalitén på ljudet vid inspelning samt tidens hållbarhet. Eftersom provintervjuerna höll god kvalité och var relevant för studiens syfte så behöll författarna provintervjuerna. Inspelningen har skett med egna mobiltelefoner. Telefonerna säkrades med lösenord som endast ägaren av telefonen, i detta fall någon av författarna hade tillgång till. De inspelade intervjuerna samt transkriberingarna kommer att raderas när examensarbetet är avslutat.

Sex intervjuer utfördes av endast en av författarna till denna studie medan övriga sju intervjuerna har genomförts tillsammans. Deltagarnas namn kodades med siffror och det kunde särskiljas genom att ersätta namnet med DSK 1, DSK 2, DSK 3 och så vidare. Platsen för intervjuerna bestämdes i samråd med de medverkande distriktssköterskorna. Sju intervjuer inträffades på arbetsplatsen och resterande har skett via telefon. Datamättnad uppnåddes vid den åttonde intervjun när nya informationer inte längre framkom men för att stärka studiens pålitlighet valde författarna att intervjua flera distriktssköterskor.

De intervjuade distriktssköterskorna hade mellan två och trettio års erfarenhet. Majoriteten hade avsatt tid på antingen astma/kol-, diabetes- eller hjärtsviktsmottagning. Längden på intervjuerna varade mellan 17-34 minuter.

Analys av data

Intervjuerna transkriberades ordagrant så som rekommenderats av Henricson och Billhult (2017). Under transkriberingen gjordes tydliga markeringar för att särskilja vem som intervjuade (Jag) och vem som blev intervjuad (D) i enlighet med Danielsons (2017) rekommendationer för bearbetning av data. Syftet har under analysens gång varit ett stöd och underlag vilket därigenom har underlättat det induktiva analysarbetet såsom rekommenderas av Henricson och Billhult (2017). Därefter har författarna följt de stegen för dataanalysen som beskrivs av Lundman och Graneheim (2017). Texterna lästes upprepade gånger, enskilt och därefter tillsammans, för att få en höggradig förståelse av materialet. Under genomläsningen kunde specifika domäner eller områden identifieras till en första abstraktionsnivå vilka markerades och antecknades. Exempel på domän som identifierades under genomläsning var fördelarna med specialmottagning som även förekommit i flera intervjuer. I nästa steg abstraherades meningsenheterna som var relevanta för syftet med hänsyn till sammanhanget så att viktiga delar av materialet inte skulle gå förlorat. Författarna diskuterade genom

analysens gång väsentliga meningsenheter mot syftet. Därefter sammanfattades meningsenheterna utifrån ett manifest förhållningssätt så att helheten inte förloras. De kondenserade meningsenheterna har sedan kodats. Alla koder grupperades efteråt utifrån likheter och skillnader som sedan bildade sju underkategorier. Underkategorierna genererade därmed två slutliga kategorier. Under kodning- samt kategoriseringsdelen har en viss abstraktions- och tolkningsnivå förekommit i syfte att göra resultatet meningsfullt och begripligt. Det latent innehåll framställdes vid kategorisering. En sådan kvalitativ innehållsanalys lämpar sig vid intervjuer eftersom stegen beskrivs tydligt och vilket möjliggör att pålitlighet kan uppnås (Lundman & Graneheim, 2017). Analysprocessen åskådliggörs i tabell 2. Manifest innehåll är att den uppenbara innehållet uttrycks på beskrivande nivå i form av kategorier och det latent innehåll innebär att ta fram textens underliggande budskap på abstraktionsnivåer (Lundman & Graneheim, 2017).

Tabell 2. Exempel på analysprocessen

Källa	Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
11	<i>“förra gången pratade vi om kosten, har du ändrat rökning, har du funderat mer på? vill du sluta röka? liksom och i så fall hjälpa patienten vidare om det är så att inte jag kan hjälpa de kanske det är vissa, en del vill verkligen men det är svårt då kanske man får ta hjälp av hälsoenheten till exempel”</i>	Vi pratade om kosten förra tillfället och om du har funderat på att sluta röka? Sådana fall hjälpa patienten vidare till hälsoenheten om inte jag kan hjälpa	Möjlighet att skicka till kvalificerade personal	Multi-professionellt samarbete	Distrikts-sköterskans arbete och förutsättningar
6	<i>”man utnyttjar varandra och sedan blir det ju också det blir ju lite mer att man blir teamkänsla och patienten förstår ju att också på något vis att man går inte bara hit och träffa doktorn utan här har man allt så att alla är involveras”</i>	Man tar hjälp av varandra och bildar teamkänsla och patienten förstår att alla samarbetar	Teamarbete	Multi-professionellt samarbete	Distrikts-sköterskans arbete och förutsättningar
4	<i>“Det betyder att göra de ändringarna eller de, mmm, ge patienten förutsättningarna för att kunna få en bra hälsa framöver, för att undvika framtida ehm, hjärt- och kärlsjukdomar, övervikt och andra komplicerade faktorer och framförallt att de ska må bra “</i>	Ge patienten förutsättningarna för att kunna få en bra hälsa och välbefinnande framöver, undvika sjukdom och andra komplicerade faktorer	Utrusta patienten för god hälsa	Distrikts-sköterskans syn på hälsofrämjande arbete	Distrikts-sköterskans interaktion med patienten
3	<i>”Det är ju på ett sätt liksom att ge patienten lite nycklar att kunna ta hand om sig, att förbygga vidare sjukdom och ohälsa, och det kan ju vara till exempel när man mäter blodtryck då att man berättar lite grann om vad som kan påverka blodtrycket”</i>	Ge patienten nycklar för att ta hand om sig och kunna förebygga ohälsa och sjukdom	Utrusta patienten	Distrikts-sköterskans syn på hälsofrämjande arbete	Distrikts-sköterskans interaktion med patienten

Forskningsetiska avvägningar

Examensarbetet utformades utifrån Helsingforsdeklarationens krav (World Medical Associations [WMA], 1964) som innefattar skydd av den personliga integriteten såväl fysisk som psykisk, personens rättighet, informerat samtycke och frivillighet att delta i studien. Intervjupersonerna informerades om frivillighet att delta i studien och om rätten av att kunna dra tillbaka sitt samtycke när som helst under studiens gång. Ansökan skickades till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för prövning och projektplanen blev godkänd. Alla informationsbrev om projektet bifogades i arbetet efter anpassning av VENs brevmallar till

studiens syfte och metod. Intervjuguiden bifogades i ansökan. Utöver detta beaktades etiska frågor under hela intervjuprocessen såsom samtycke, konfidentialitet, själva intervjun och hur det kunde påverka de intervjuade i sina arbetsplatser samt redovisning av erhållna kunskap (Kvale & Brinkmann, 2014). Efter avslutad studie kommer uppsatsen skickas till de deltagande distriktssköterskorna.

Verksamhetschefer samt distriktssköterskor erhöll skriftlig information och lämnade underskrivna medgivande för att delta i studien. Informationsbrev innehållande uppgifter om studiens syfte och struktur (när, var och av vem intervjuerna skulle genomföras, hur intervjuerna skulle dokumenteras – ljudinspelning, samt förväntad tidsåtgång). Försiktighetsåtgärder vidtogs under studien för att skydda personens integritet, personliga information och deras sekretess. Samtycke till inspelning efterfrågades även muntligt inför intervjuerna. Deltagarens namn kodades och dessutom har inga namn på vårdcentralerna spelats in. Deltagarna fick välja passande tid och själva upplägget av intervjun och därmed valde sex deltagare att intervjuas via telefon och resterande sju deltagare valde att intervjuas på arbetsplatsen. De transkriberade intervjuerna förvarades och sparades i författarnas privata datorer med lösenord där obehöriga inte kan komma åt. De inspelade intervjuerna och transkriberingarna kommer att förstöras efter avslutad studie med hänsyn till Helsingforsdeklarationens krav. Författarna har under intervjun enbart ställt intervjufrågorna och låtit deltagaren redogöra för sina personliga uppfattningar.

Resultat

Distriktssköterskans upplevelse av förutsättningarna att arbeta hälsofrämjande på vårdcentralen presenteras nedan i två kategorier med respektive underkategorier. De huvudkategorierna som framkommit är *Distriktssköterskans arbete och förutsättningar* samt *distriktssköterskans interaktion med patienten*. Kategorierna kommer att förtydligas med underkategorier, skrift och citat från transkriberingarna.

Generellt ansågs förutsättningarna att arbeta hälsofrämjande på vårdcentralen som goda vilket relateras till att distriktssköterskorna tog tillfället att fråga om levnadsvanor när patienterna sökte för olika besvär. Även deras autonomi för att styra arbetsupplägget bidrog till den

positiva upplevelsen av förutsättningarna. Distriktssköterskorna uppgav att de har en omfattande kunskap om levnadsvanor dock har de inte den fördjupade kunskapen. Patienterna som behövde mer kvalificerade rådgivning brukade hänvisas till dietist, rökavvänjningsmottagning och hälsoenheter. Gällande andra specifika åtgärder hänvisades patienterna till läkare och/eller andra samarbetspartner. Majoriteten av deltagarna kände ett behov av vidareutbildning för fördjupning i rådgivningsmetoder och för att kunna bemöta de individuella behoven av livsstilsförändring. En annan faktor som bidrog till att djupet i hälsosamtalen var ytligt var tiden vilket uppfattades som en bristfällig resurs på distriktssköterskemottagningar. På specialmottagningar är dock besökstiderna längre och planerade, något som möjliggör enligt de intervjuade för längre samtal om livsstilsvanor. Enkla råd om hur patienterna kan ändra sin livsstil och optimera hälsan var lätt att använda i det dagliga arbetet. Utmaningar som framkommit handlade bland annat om vilken insikt patienterna hade inför eventuella nödvändiga förändringar. Det menades att distriktssköterskan kan ge råd och information om egenvård för att hjälpa individen att komma till insikt men utan motivation kan inte hälsan främjas. Det är alltså personen själv som får ta beslut och agera utifrån sina förutsättningar för bättre hälsa.

Distriktssköterskans arbete och förutsättningar

De intervjuade distriktssköterskorna har uttryckt vissa faktorer som anses vara utgångspunkter i det hälsofrämjande arbetet på vårdcentralen. Dessa faktorer har format följande underkategorier: *multiprofessionellt samarbete, förmåga att arbeta självständigt och arbetsgivarens förtroende, distriktssköterskans redskap och utmanande omständigheter inom primärvården.*

Multiprofessionellt samarbete

Samverkan ansågs av deltagarna vara en förutsättning för att arbeta hälsofrämjande. I regel återkommer patienterna till vårdcentralen flera gånger för såromläggning exempelvis och sådana återkommande besök medför kontinuerlig kontakt och därmed tar distriktssköterskorna tillfället att lyfta livsstilsfrågor. Återbesöken är inte nödvändigtvis till distriktssköterskorna själva utan omfattar även remittering till andra yrkeskategorier om det behövs. Teamets samlade kompetens på vårdcentral samt regelbundna möten med patienterna medför således en kontinuitet i hälsofrämjande arbetet. På distriktssköterskans olika mottagningar kan frågor om levnadsvanor tas upp vid varje tillfälle. Deltagarna

berättade att möjligheten att fördjupa sig i hälsofrämjande frågor med kvalificerade motiverande samtal var begränsat. De insåg att de hade ett brett spektrum av kunskap på ytlig nivå. Hänvisning var således nästa steg i kontinuiteten. Ett fungerande samarbete mellan olika yrkeskategorier upplevdes villkorligt för ett lyckat hälsofrämjande arbete.

Distriktssköterskorna menade på att all personal samt patient ska involveras i processen för att främja hälsa. Ett delat ansvar att uppmuntra förändring av ohälsosamma levnadsvanor bidrog till en positiv känsla av teamarbete. Distriktssköterskorna uppgav att det var viktigt att kunna rådfråga kollegor vid behov. Vidare uppskattade de möjligheten till samverkan kring patienter genom en öppen kommunikation mellan arbetsgrupperna på vårdcentral.

“Sedan har vi rökavvänjning, så jag har ju kollega som har rökavvänjningsutbildning som kan utföra riktiga motiverande samtal som man kan skicka vidare patient till och jag har dietisten här, fysioterapeuterna, så att man kan hjälpas åt...Man använder varandra vilket skapar teamkänsla och patienten förstår också på något vis att man går inte bara hit och träffar doktorn utan här har man allt så att alla involveras” (DSK 6).

Det fanns en gemensam förståelse bland deltagarna om vikten av uppföljning. De berättade att det inte räckte att ge råd för att ändra livsstil utan det skulle följas upp huruvida patienterna hade tagit till sig råden. Uppföljning var också ett sätt att bedöma om patienterna behövde vidare hjälp för att komma till mål. Uppföljningen kan ske både via fysiskt besök eller via telefon. På grund av nuvarande omständigheterna orsakade av coronavirus följs många patienter i dagsläget via telefon för att minska riskerna för smittspridning. Sådana uppföljningar upplevs goda men den fysiska kontakten med patienterna saknas eftersom chansen att få helhetsbilden begränsas. Förutsättningarna för uppföljning betraktades som tillfredsställande relaterat till distriktssköterskans förmåga att bedöma och återkalla patienterna vid behov.

”Ibland kan man ta tillbaka patienterna och ge dem något förslag på att de kanske ska äta på ett visst sätt. Kan jag få ta tillbaka dem några gånger och till och med väga dem och på så sätt se vilken utveckling det har blivit, om de har tagit till sig de råd man har gett dem” (DSK 12).

Förmåga att arbeta självständigt och arbetsgivarens förtroende

Distriktssköterskornas utbildning och erfarenhet ligger till grund för självständigheten men även möjligheten till självbestämmandet över att kunna planera och lägga upp sitt arbete fritt. De deltagande med lång erfarenhet upplevde sig mer självsäkra i sin rådgivnings roll och behövde inte ofta använda sig av redskap i patientmötet eller remittera/hänvisa till kollegor. Deltagarna berättade att friheten för att kunna bedöma tidsbehovet och återkalla patienterna vid behov ansågs tillfredsställande.

”Jag har min styrka i att jag har mycket erfarenhet, att jag har varit med och jobbat på många olika ställen, man plockar positiva saker från de ställen man har varit på. Så jag tror jag tror att nyckeln är min erfarenhet”

(DSK 1).

Deltagande distriktssköterskorna som hade specialmottagning upplevde att de hade mer avsatt tid för hälsofrämjande arbete än distriktssköterskorna med enbart distriktssköterskemottagning. Detta medförde möjlighet i större utsträckning att lyfta upp frågor om hälsa och arbeta hälsofrämjande i patientmötet. Deltagarna belyste fördelarna med specialmottagning, att de arbetade med en specifik patientgrupp och hade tillräckligt med tid. Att ha sådana tydliga strukturer för arbetets upplägg medförde ökad möjlighet att fånga upp riskfaktorer hos patienter. Specialmottagningar ansågs vara mer inriktade åt hälsofrämjande arbete eftersom det uttrycktes vara meningen med mottagningen

Andra faktorer som underlättade för den självständigheten enligt de intervjuade var arbetsgivarens förtroende genom att inte ifrågasätta distriktssköterskornas bedömningar och arbets sätt. Vidare upplevdes arbetsmiljön tillåtande för att arbetsgivaren såg till att de fick gå på utbildningar för att hålla högre kvalitet i det hälsofrämjande arbetet men även för att öka självständigheten.

“Det underlättar ju den kunskapen man har samt patienternas frågvishet och nyfikenhet på att lära sig. Sedan utbildningar och annat främjar också vilket är positivt” (DSK 4).

Distriktssköterskans redskap

Distriktssköterskan använder sig av olika material och hjälpmedel vilket används som redskap för att utföra och underlätta deras arbete men även för patientens mottaglighet av information. Deltagarna berättade att de skickar med patienterna hem bland annat informationsbroschyrer och p-glukosmätare i hälsofrämjande syfte. Skriftlig information ansågs av deltagarna underlätta för patienterna att lättare ta till sig information. Distriktssköterskan använder sig av bilder, spirometri, måttsats, skattningsskalor och rekommenderar internetsidor och appar i mobiltelefon som förenklar patientarbetet och följsamheten. Detta med anledning att uppvisa och kartlägga hälsorisker vid fortsatta osunda levnadsvanor samt att individen inte kan komma ihåg all information som sägs vid besöket. När patienterna exempelvis får ta ett lungtest eller spirometri får de statistik på hur pass bra lungkapacitet de har och en del patienter väljer då att sluta röka. På det sättet underlättas arbetet och främjar hälsa.

“Blodsockermätare tänker jag som redskap, broschyrer och sånt som finns. Skriftligt material som oftast är bättre än muntligt... Sedan har vi en tandborste som också står framme när vi pratar om munhälsa... Sedan har vi insulinpennor” (DSK 4).

Distriktssköterskorna uppgav även att hjälpmedel används i patientmötet för att göra sig förstådd eftersom inte alla patienter uppfattar det som sägs även om det återberättas. Redskapens inverkan upplevs goda och gynnsamma. Andra faktorer som deltagarna påpekade som redskap är den egna kompetensen men även patientens kunskap. Motivet till att distriktssköterskorna uppfattade sin kunskap som redskap är att utan kunskap kan de inte utföra sitt hälsofrämjande arbete korrekt vilket de uppgav vara en central ståndpunkt. Att utföra rådgivning och kunna ge konkreta rekommendationer

De intervjuade deltagarna upplevde att patientens kunskap likaväl var ett redskap och lättare främjade distriktssköterskans arbete. Anledningen till att patienternas kunskap ansågs som ett redskap var att patienterna hade mer insikt till komplikationer och sjukdomar.

Distriktssköterskorna nämnde att motiverande samtal och kollegornas tillgänglighet för konsultation var ett stort stöd och resurs.

”Samtal och bilder... Jag har en pärm för diabetes och då visar jag bilder på vad jag menar... Sedan har jag skriftliga material från olika företag och från Socialstyrelsen” (DSK 2).

Utmanande omständigheter inom primärvården

Distriktssköterskorna uttryckte och upplevde blandade känslor för att arbeta hälsofrämjande först för att begreppet hälsofrämjande är omfattande. Det kan handla om allt från psykisk ohälsa, stress, ohälsosamma levnadsvanor såväl som att förebygga ohälsa och bibehålla friska faktorer. Andra utmaningar som distriktssköterskorna stöter på är tidsbrist, att vara ensam distriktssköterska, begränsad kunskap gällande levnadsvanor, den sjukdomscentrerade vården samt patientens motvilja till förändring. Tidsbrist innefattar korta besökstider där distriktssköterskorna endast kunde utföra de åtgärder som patienterna sökte för.

Hälsofrämjande frågor inflikades in skyndsamt under besöken men fokus lade exempelvis på injektionsgivning. En orsak till sådan tidspress härleddes till att personal som sitter i telefonrådgivning bokar korta besökstider men även för att distriktssköterskemottagning hade i regel kortare avsatt besökstid jämfört med specialmottagningar. De deltagare som var ensamma distriktssköterskor på vårdcentral upplevde arbetet utmanande eftersom antalet listade patienter per enskild distriktssköterska medförde en belastning. Detta minskade i sin tur möjligheterna att prioritera ett önskvärt hälsofrämjande arbete. En annan aspekt som visade sig spela roll var att dessa deltagare saknade en kollega med samma specialitet för att diskutera eller tillfråga något vid behov.

”Vad som försvårar är det väl tidspress, kanske att man har en kvart bokad för blodtryck men så ska patienten kanske komma och vila för att sedan mäta trycket så kanske blir det inte mycket tid för hälsofrämjande samtal och liknande” (DSK 3).

Distriktssköterskorna belyste hur viktigt det är att arbeta hälsofrämjande och betonade att friskare patienter avlastar sjukvården. Det fanns en allmän förståelse bland distriktssköterskorna om att hälsofrämjande arbetet är kärnan i professionen och att det bör utföras naturligt i det dagliga arbetet. En del deltagare uttryckte emellertid att hälsofrämjande arbetet inte är primärt numera utan fokus ligger på sekundär och tertiär vård. Deltagarna uppgav viljan att arbeta mer primärt och förebyggande i tidigt skede framförallt med patienter som ligger i riskzonen för att undvika sjukdom däremot är tiden otillräcklig. Det

leder till att patienter som ligger i riskzonen kallas till vårdcentralen för ett hälsosamtal med remittering från läkaren dock följs de inte upp av distriktssköterskorna. Patienter som redan har diagnos prioriteras vilket distriktssköterskorna relaterar främst till tidsbrist. Frustration upplevdes hos vissa distriktssköterskor när riskfaktorerna för komplikationer är tydliga men patienterna motsätter sig till förändring trots att de är medvetna om konsekvenserna av ohälsosamma levnadsvanor. En del distriktssköterskor uppgav uppgivenhet medan andra fortsätter att ta upp hälsofrämjande frågor trots brist på insikt hos patienterna. Trots att distriktssköterskorna upplevde att det hälsofrämjande arbetet byggde mycket på att hela teamet var engagerade och att alla professioner bidrog med sin spetskompetens så framkom det även att distriktssköterskorna hade önskat gå fler utbildningar inom levnadsvanor. De menade på att de hade kunnat hjälpa patienterna på djupare nivå istället för att remittera vidare för kvalificerade motiverande samtal.

“Sedan är det ju alltid utifrån patientens vilja också om de vill prata om hälsa eller de kanske bara vill visa upp sitt sår och sedan gå hem. De kanske inte vill prata om någonting annat än det de specifikt söker för, så det kan också vara en försvårande faktor om de inte själva är med på det eller intresserade att prata om hälsan så kan inte jag göra det heller riktigt” (DSK 13).

Distriktssköterskans interaktion med patienten

Det hälsofrämjande arbetet förutsätter en ständig interaktion mellan distriktssköterskan och patienten. Distriktssköterskor som deltagit i studien berättade att det hälsofrämjande arbetet utgår från patientens behov och intresse för förändring. Detta kräver i sin tur ett samspel där distriktssköterskan har en viktig roll att förse individerna med kunskap om hälsa och ohälsa, ge råd och motivera men framförallt respektera patientens självbestämmande. Att skapa relation ansågs därför vara det första steget i förloppet. Denna kategori har framtagits utifrån följande underkategorier: distriktssköterskans syn på hälsofrämjande arbete, motivation är nyckel till förändrade levnadsvanor samt att skapa relation.

Distriktssköterskans syn på hälsofrämjande arbete

Samtliga deltagare uttryckte att de har arbetat med hälsofrämjande sedan dag ett som sjuksköterskor men har fått en djupare förståelse för det hälsofrämjande arbetet efter sin

vidareutbildning som distriktssköterskor. Den mest primära och väsentliga förutsättningen hos distriktssköterskan på vårdcentralen är att främja hälsa. Deltagarna uppgav att främja hälsa innebär allt utifrån inventering i individens levnadsvanor, remittera till annan profession, bibehålla patientens funktion och ge individanpassad råd. Deltagarna uttryckte att främja hälsa handlar mycket om rådgivning, om att kost och fysisk aktivitet bland annat förebygger komplikationer och sjukdom. Hälsöfrämjande arbetets förutsättningar ansågs i stort sett vara goda och utförs kontinuerligt eftersom distriktssköterskorna tog tillfälle i akt även om det skulle innebära aktivt lyssnande med utgång att arbeta för hälsan. Distriktssköterskans syn på främjandet av hälsan var att det skedde i alla patientmöten, vid samtal, omläggningar, injektioner, vård i specialmottagning och telefonrådgivning. Genom det försökte deltagarna hitta individanpassade lösningar som möter patientens behov men även praktiska hälsöfrämjande åtgärder i form av att motionsgrupper utfördes. Samtliga deltagare upplevde att kost och motion var de viktigaste råden som gavs till patienterna, detta med anledning av att dessa faktorer gynnar hela kroppen oavsett bakomliggande sjukdom. Distriktssköterskorna berättade att patienterna uppmuntrades till att motionera och rekommenderades att cykla till arbetet eller att hoppa av en busshållplats tidigare. Dessa konkreta och praktiska råden gavs för att utföra ett lyckat hälsöfrämjande arbete genom att distriktssköterskorna förankrade råden till patienternas verkliga liv. Förslagen som gavs var för att alla patienter upplevdes stressade och uppgav inte ha tid för fysisk aktivitet.

“Det är ju att inventera hur patientens levnadsvanor ser ut och belysa för dem vad man kan göra för att göra en förändring eller förbättring eller ge tips och råd till hur man kan göra saker annorlunda för att det ska främja hälsan i stort sett och för att även få in alla bitarna då, kost, motion, rökning, alkohol och alla bitarna som hör därtill. Att man inventerar lite vad patienten har för bakgrundsinformation och försöker att individanpassa” (DSK 5).

Att skapa relation

Faktorer som deltagarna berättade underlättade deras arbete var när en relation har etablerats och att det då var enklare att få patienten till insikt för förändring. Distriktssköterskorna berättade att det var lättare att ställa frågor om levnadsvanor och därmed ge råd när de etablerade en relation med patienterna. Vanligtvis söker patienterna för olika hälsotillstånd

som är långvariga som såromläggning och dessa regelbundna möten tillåter att en relation etableras mellan vårdgivaren och vårdtagaren. Det i sin tur medför en ökad öppenhet och tillit för att samtala om levnadsvanor framförallt vid känsliga ämnen som skadebeteende och övervikt. Att skapa en tillitsfull relation med patienter ansågs vara viktigt även för den fortsatta vården så att patienten kan bjudas in som partner i en konversation om sitt eget liv. Distriktssköterskorna påpekade att det krävs tid för att lära känna patienter och därigenom kunna inventera deras bakgrund och rekommendera utifrån patientens behov och vilja.

“Många öppnar upp sig när de kommer hit så många av mina patienter är stammisar som vi kallar dem. De kommer hit för omläggning av sår under flera gånger i veckan och då lär man känna dem och då vet man att du behöver detta och så kan man prata flera gånger om samma sak ... Man lär känna dem och man vet lite mer om vad som är relevant att ta upp här och man har också kontakt med anhöriga så det tycker jag underlättar jättemycket” (DSK 10).

Motivation är nyckel till förändrade levnadsvanor

Distriktssköterskorna upplevde att patientens insikt om sitt hälsotillstånd och motivation till förändring var avgörande förutsättningar för att arbeta hälsofrämjande. Vilken uppfattning individerna har för egen situation och hur villiga de är att förbättras. Det har framkommit att en del patienter har kunskap om och är medvetna om deras ogynnsamma levnadsvanor medan andra behöver information och undervisning för att komma till insikt. Patientundervisning kunde vara enkla råd och hänvisning till digitala källor som patienter skulle läsa på egen hand eller mer konkreta illustrationer genom bilder, broschyrer, tandborste med mera. Genom patientundervisning ville distriktssköterskorna motivera och få patienten till insikt. Många distriktssköterskor berättade att de diskuterar sjukdomsorsak med patienterna medan andra hade ett mera strikta eller skrämmande arbetssätt i syfte att få patient till insikt. Dock uppgav deltagarna att flertal patienter är införstådda om riskerna med ohälsosamma levnadsvanor men väljer ändå att leva samma livsstil av personliga anledningar. Trots distriktssköterskans ansträngning att få patienten motiverad var samtliga deltagare eniga om att det är patientens självbestämmande som avgör förloppet. Bristande insikt och intresse för förändring av ohälsosamma levnadsvanor orsakade en känsla av besvikelse hos en del distriktssköterskor. Detta ledde ofta till att hälsosamtalen avbröts och patienterna fick möjlighet till betänketid och

frågan kunde vid ett återbesök vid senare tillfälle lyftas upp igen. De patienter som var motiverade och lyckades ändra sin livsstil bekräftade distriktssköterskans arbete vilket gav en känsla av tillfredsställelse.

”Mycket bygger ju på patientens egen motivation och vilja till det...För det är ju ett eget val patienterna har så att det bygger ju på att patienten är inspirerad och motiverad” (DSK 5).

Distriktssköterskorna behöver vara motiverande i det hälsofrämjande arbete och det handlar om att ge patienten förutsättningar för god hälsa och välmående genom rådgivning, patientundervisning samt motiverande samtal. Det innebär att distriktssköterskorna motiverar patienten för att kunna ta hand om sig själva. Patientens frågvishet och initiativ upplevdes som fördelaktiga faktorer och en del i det hälsofrämjande arbetet består ibland av små steg för att väcka tankarna hos patienten, som att så ett frö. Under intervjuerna framkom det att distriktssköterskorna ville förstå patienternas bristande intresse till livsstilsförändringar för att lättare kunna arbeta hälsofrämjande. De upplevde svårigheter att ändra på levnadsvanor och matvanor hos icke svenska patienter. Andra orsaker till bristande intresse kunde vara psykisk ohälsa hos patienten själv eller hos anhöriga.

“Ibland är det svårt att nå fram och det märker man ganska snabbt. Vissa patienter måste verkligen ta tag i problemet för att inte riskera att drabbas av något allvarligt...Alla ser inte riktigt riskerna med sina levnadsvanor, de kanske inte mår psykiskt bra och många har det tufft. Det märker man, många har haft en tuff period och kanske någon anhörig som har avlidit, de har stressigt på jobbet och kanske samtidigt har andra sjukdomar som gör att de inte är så motiverade” (DSK 11).

Diskussion

Mårtensson och Fridlund (2017) redogör för vissa kriterier som är utgångspunkter för att vetenskaplig kvalitet ska uppnås i ett examensarbete. Bland dessa kriterier ska valda metoden vara ett hjälpmedel för att besvara studiens syfte. Vidare är det av stor vikt att säkerställa att resultatet uppvisar ansenlig kvalitet genom att dess tillvägagångssätt beskrivs på ett tydligt och korrekt sätt. Begreppen som används inom kvalitativ forskning är trovärdighet, pålitlighet

samt överförbarhet. Pålitlighet avser eventuell påverkan av författarnas tidigare erfarenheter och förståelse på datainsamling samt dataanalys. Studiens överförbarhet innebär hur resultatet kan användas i annan kontext. Enligt Henricson (2017) ska även styrkor och svagheter kritiskt diskuteras i syfte att säkra studiens kvalitet. Författarna anser att denna studie uppfyller kriterierna för trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet vilka diskuteras nedan. Begreppet trovärdighet innebär att tydliggöra för läsaren giltigheten och rimligheten i resultatet (Mårtensson & Fridlund, 2017). Detta kan utföras genom handledning under studiens gång men även kollegial granskning för att analysen av data ska säkerställas.

Metoddiskussion

Den valda metoden till denna studie var intervjuer vilket bedöms möta syftet som avsåg att undersöka distriktssköterskans upplevelse av förutsättningarna att arbeta hälsofrämjande på vårdcentral. Lämpligheten av valda datainsamlingsmetoden kan bäst illustreras genom att ge svar på följande frågor som enligt Henricsson och Billhult (2017) ska ställas inför val av metod: hur går jag tillväga för att skapa och generera kunskap om distriktssköterskans upplevelse av förutsättningarna att arbeta hälsofrämjande på vårdcentral? Svaret på denna fråga är genom att tillfråga distriktssköterskor. Nästa fråga handlar om vem som kan och vill berätta och svaret på frågan är distriktssköterskor med erfarenhet att arbeta hälsofrämjande på vårdcentral. Distriktssköterskorna som deltagit i studien hade i genomsnitt 21 års erfarenhet och detta speglade sig i hur trygga de var i sin roll och kunskap ansågs vara det främsta redskapet för att kunna arbeta hälsofrämjande. Deltagarnas erfarenhet och upplevelser medför ökad förståelse om det undersökta ämnet vilket i sin tur leder till en höggradig trovärdighet i data. Den tredje och sista frågan avser hur data kan samlas in och analyseras. Intervjuer anses därför lämpligast för att få djupare insikt i fenomenet som berör upplevelse (Danielsson, 2017; Kvale & Brinkmann, 2014; Polit & Beck, 2014).

Det finns enligt Lundman och Graneheim (2017) ett varierande sätt att bedöma en studies trovärdighet genom bland annat att identifiera sammanhållning i studien, från bakgrunden till resultatet där syftet besvaras. I ljus av denna information kan det genomförda ändamålsenliga urvalet samt mängden deltagare lyftas här som styrkor eftersom dessa gav innehållsrika svar och var representativa gentemot syftet. Distriktssköterskor som intervjuades var från fyra olika kommuner i Skåne med spridning på offentliga och privata vårdcentraler både inom landsbygd och storstad. Vid åttonde intervjun uppnåddes mättnad men författarna valde att

fortsätta samla in data med anledning av att stärka studiens trovärdighet. Kvaliteten och mängden av data som besvarar syftet fulländar betydelsen och inte antalet informanter (Lundman & Graneheim, 2017). Med anledning av den pågående Covid19- pandemin var det svårt att rekrytera deltagare. Det innebar att författarna av denna studie hade både mejl- samt direktkontakt med distriktssköterskor som ville delta i studien och där verksamhetschefen kontaktades för godkännande. Detta resulterade i 13 intervjuer.

Författarna genomförde semistrukturerade intervjuer som bestod av en öppen fråga samt fördjupningsfrågor. En diskrepans som författarna erfarit var intervjuens huvudfråga: kan du berätta hur du upplever förutsättningarna att arbeta hälsofrämjande på vårdcentralen som distriktssköterska? Deltagarna önskade ofta få frågan ställt på nytt vilket indikerar att frågan kanske var för lång och det anses därför som en svaghet. Majoriteten av deltagarna uppgav kortfattade svar på huvudfrågan vilket krävde omformulering av frågan samt användning av fördjupningsfrågor för att erhålla en omfattande berättelse. Detta kan också tyda på att frågan var bredd vilket i sig är positivt eftersom det ger möjlighet till ett omfångsrikt svar. Styrkan i en omfattande fråga bekräftas av Danielsson (2017) som påpekar att en övergripande fråga ger mer ingående redogörelse av det valda fenomenet. Intervjuarens roll är att tillgodose att intervjun uppnår god kvalitet och att hålla sig neutral men även att anpassa sig till intervjusituationen. Intervjuarens uppgift är att ställa planerade frågor och följa upp deltagarnas svar vid rätt tillfälle men även ta hänsyn till längre pauser och skratt. En annan fördel med öppna frågor är att det kan ställas i varierande ordning vilket medförde i författarnas studie att intervjuerna erhöll ett vänligt och neutralt flöde. Det har funnits ett gott samspel mellan intervjuare och deltagare.

I helhet var intervjuernas tidsutsträckning godtagbart långa för att besvara studiens syfte. Två intervjuer blev kortare än tänkt vilket möjligtvis kan ha berott på författarnas oerfarenhet i intervjuteknik men även distriktssköterskans uppfattning och tolkning av intervjufrågorna. Den ena intervjun varade i cirka sjutton minuter och den andra nitton minuter, båda skedde via telefon och svaren höll tillräcklig hög kvalitet även om de var kortfattade därför inkluderades dessa i studien. Intervjuerna hölls inom tidsramen som distriktssköterskorna hade information om vilket är en styrka i författarnas studie eftersom det beaktades att inte störa deltagarnas arbete därför att alla intervjuer hölls under arbetstid. Vid särskilda förhållanden kan det krävas två intervjuare där den ena kan föra anteckningar och den andra intervjuar (Danielsson, 2017). I studien ansåg författarna att detta inte varit nödvändigt och

sex intervjuer genomfördes enskilt. En utmaning som författarna mötte på under intervjuerna var att ge deltagarna möjlighet till pauser för att få möjlighet till att reflektera och utveckla sitt svar. Detta kan relateras till brist på erfarenhet i intervjumetodik.

För att säkra pålitligheten i studiens resultat har författarna beskrivit datainsamling och bearbetning på ett systematiskt sätt och så tydligt som möjligt. Lundman och Graneheim (2017) medger att en tydlig beskrivning av förfarandet för läsare medför att resultatet äger giltighet. Att beskriva tillvägagångssättet så noggrant som möjligt underlättar för läsare att bedöma om studiens fynd är överförbara till det liknande sammanhang (Petersson, 2017). Intervjuerna lästes av båda författarna enskilt men även gemensamt. Under hela analysprocessen har författarna diskuterat för att abstrahera det väsentliga ur data. Det strävades även efter att låta de intervjuades röst framföras genom att behålla det manifesta innehållet vid kondensering av meningsenheterna. Ett annat sätt att göra detsamma var att särskilja mellan vad deltagarna säger och vad de menar. De kondenserade meningarna behöll på så sätt sitt väsentliga innehåll. Först när alla koder grupperats utifrån dess likheter och skiljaktigheter inför kategorisering kunde ett latent innehåll uppstå. Lundman och Graneheim (2017) varnar för risker som kan uppstå när analysprocessen bearbetas. Att analysera hela tiden textnära medför risk för att missa helhetssyn. Åt andra sidan att tolka alltigenom hela analysen kan äventyra trovärdigheten vilket beaktades av författarna. Därför anses en balanserad bearbetning av data, med varierande abstraktions- och tolkningsgrader, vara att föredras. Studiens resultat stärks med citat för att befästa trovärdigheten. Enligt Lundman och Graneheim (2017) uppfattas citat i resultatet som en styrka.

Resultatdiskussion

Föreliggande studie har undersökt distriktssköterskans upplevelse av förutsättningarna att arbeta hälsofrämjande på vårdcentralen. I samtliga intervjuer belystes tre faktorer som deltagarna upplevde vara centrala förutsättningar med direkt inverkan på det hälsofrämjande arbetet. Av den anledning diskuteras självständighet, tid, samt specialmottagning nedan. Deltagarnas redogörelse anses som en styrka i författarnas studie med tanke på att det speglar delvis hur verkligheten uppfattas. Det stöds av Priebe och Landström (2017) som uppger att underliggande tanke bakom exempelvis intervjustudier är att samla data som beskriver en del av den egentliga världen.

Författarnas resultat har visat att distriktssköterskorna upplevde sig vara självständiga vilket var en bra förutsättning för att arbeta hälsofrämjande på sina mottagningar. Erfarenhet har visat sig ge ökad trygghet för att jobba självständigt med hälsofrämjande frågor och ge rådgivning utifrån patientens behov och förutsättningar. Två aspekter kännetecknar självständigheten i distriktssköterskans arbete, en strukturell samt en individuell. Den strukturella aspekten är anknuten till förutsättningar från arbetsplatsen såsom att ha chefens tillit utan att ifrågasätta varför distriktssköterskan arbetar på ett visst sätt. Arbetsplatsens målsättning påverkar också distriktssköterskans möjlighet att arbeta självständigt. Det har framkommit att möjligheten att planera och lägga upp sitt arbete är en framgångsrik faktor för att jobba hälsofrämjande dock anses det att den sjukdomscentrerade vården är en tilltagande belastning på vårdcentralen. Den individuella aspekten innefattar distriktssköterskans kompetens där kunskap och erfarenhet är utgångspunkterna. Kraus och DuBois (2017) ansåg också att distriktssköterskan upplevde en känsla av självständighet relaterat till sina färdigheter och erfarenheter. De beskrev att trots att distriktssköterskorna arbetade självständigt uteslöts det inte samarbetet med övriga yrkesprofessioner på vårdcentralen och dessutom har arbetsmiljön en viktig roll för distriktssköterskans arbete. Traczynski och Udalova (2018) framför ytterligare att distriktssköterskans självständighet genererar i större utsträckning rutinmässiga kontroller, ger förbättrad vårdkvalité och minskar behovet av akutvård hos patienter med skört hälsotillstånd. Vidare visar det sig att det i sin tur minskar kostnaderna för patienter att erhålla vård från distriktssköterska än från läkare.

Distriktssköterskorna berättade att de alltid har jobbat hälsofrämjande men som vidareutbildade distriktssköterskor har förmågan och medvetenheten tilltagit. Jämfört med distriktssköterskor har sjuksköterskor mindre färdigheter för att utföra ett självständigt arbete i hälsofrämjande frågor vilket styrks av Pelkonen och Kankkunen (2001). De lyfte fram i sin studie att sjuksköterskor upplevde bristande färdighet för att ge råd till patienter med ohälsosamma levnadsvanor vilket var ett hinder för att arbeta självständigt. Å andra sidan belyses den komplexa och omfattande rollen hos distriktssköterskan som kräver högkvalificerade färdigheter samt kunskaper för att effektivt och ändamålsenligt arbeta hälsofrämjande (Barrett, Latham & Levermore, 2007; Irvine, 2005).

Bristande tidsförhållning var ett återkommande ämne i intervjuerna. Tidsbrist påverkade i vilken utsträckning distriktssköterskor kunde arbeta hälsofrämjande. Det drabbade mestadels distriktssköterskorna som inte hade specialmottagning eftersom distriktssköterskemottagning

innefattar korta och täta besökstider. Otillräckligt med tid ledde till att fokus enbart lades på patientens besöksorsak och inga andra hälsofrämjande insatser utfördes trots vilja. I många fall försökte distriktssköterskorna implementera hälsofrämjande åtgärder i förbifarten. Bristande tid och dess konsekvenser är ett fynd i författarnas studie som även stöds av Wilhelmsson och Lindberg (2009) som kommit fram till samma resultat. Detta fynd är något som också överensstämmer med studien av Brobeck, Odencrants, Bergh och Hildingh (2013) som belyste att sjukdomsördan minimerar möjligheten att utföra hälsofrämjande arbete eftersom tiden är otillräcklig.

Vetenskapen stödjer att tidsbrist under de senaste tio åren har varit en återkommande problematik som påverkar sjuksköterskor samt distriktssköterskors förutsättning att arbeta hälsofrämjande (Eriksson & Engström, 2015; Persson, Rasmusson & Pennbrant, 2015; Teston et al., 2018; Wilhelmsson & Lindberg, 2009; Zotterman, Skär, Olsson, & Söderberg, 2015). I studien av Persson, Rasmusson och Pennbrant (2015) framhövdes det att distriktssköterskan har en viktig roll gällande rådgivning och samtalsstöd. Distriktssköterskans arbetsuppgift avser huvudsakligen att informera och ge råd, motivera och följa upp. Tidsrestriktioner resulterar i att vårdkvalitén minskas och väntelistan ökar vilket leder även till en stressfull arbetsmiljö (Bjorkman, Andersson, Bergström & Salzman-Erikson, 2018). Hälsofrämjande arbetet är således en tidskrävande insats och kan inte fullt tillgodoses.

Det hälsofrämjande arbetet gynnades av specialmottagningarna där det fanns större tidsutrymme och en bättre struktur vilket gav större utrymme att arbeta hälsofrämjande. De strukturella förutsättningarna i specialmottagning betonas också av Eriksson och Engström (2015). Distriktssköterskorna kunde enklare uppmärksamma ohälsa och lyfta frågor om livsstilsvanor. Specialmottagning verkar därför ha ökad fördel jämfört med enbart distriktssköterskemottagning. Liknande resultat har framkommit i studien av Liljeroos och Strömberg (2019) som fann att specialmottagning skapar en ökad grad av personcentring. Patienter upplever ökad tillgänglighet, kontinuitet, information om läkemedel och symtom samt upprepade hälsosamtal om levnadsvanor. Det bidrar också till ökad livskvalité, bättre hälsa men även minskat lidande och färre vårdtillfällen (Randall, Crawford, Currie, River & Betihavas, 2017). Vårdkvalitén anses utifrån tidigare forskning ökas på specialmottagning vilket i sin tur sätter hälsan i fokus.

Aktuell studie har utgått från personcentrering i distriktssköterskans hälsofrämjande arbete. Tidigare forskning har visat att ett personcentrerat förhållningssätt utgår från varje individ och det främjar inte enbart hälsan utan det bidrar även till ökad motivation hos patienten relaterat till att personens intresse och resurser sätts i centrum (Ekman & Nordberg, 2013; Holmgren, Sandberg & Ahlström, 2019; Liljeroos & Strömberg, 2019; Ratner, Davis, Lhotka, Wille & Walls, 2017). Detta överensstämmer väl med Eriksson och Engström (2015) som konstaterar att specialmottagning ökar patientens motivation till livsstilsförändringar. Det betonades också att distriktssköterskorna upplevde ökad stimulans i arbetet. Trots det fann föreliggande studie att behovet av mer utbildning om ohälsosamma levnadsvanor samt rådgivning är en gemensam nämnare både för nyblivna som erfarna distriktssköterskor. Behov av utbildning var också aktuellt i studien av Efraimsson et al. (2015). Oberoende av vilka utmaningar som finns inom primärvården i dagsläget betraktas hälsofrämjande vård som den mest primära utgångspunkten men den minst prioriterade.

Självständighet, tidsbrist samt specialmottagning speglar problematiken som belysts av tidigare forskning och bekräftades även av föreliggande studie. Nämligen att tidsbrist medför att hälsofrämjande arbete inte kan utföras optimalt. Samtidigt visar hälsomyndigheter och forskning på att sjukdom orsakade av ohälsosamma levnadsvanor är ett oroande problem för samhället (Drevenhorn, Bengtson, Nilsson, Nyberg & Kjellgren, 2012; Holmgren, Sandberg & Ahlström, 2019; McIlpatrick, Keeney, McKenna, McCarley & McIlwee, 2014; Nielsen et al., 2017; Nymberg & Drevenhorn, 2016; Socialstyrelsens, 2018; WHO, 2018). Högre sjukdomsbelastning medför i sin tur högre utgifter för hälso- och sjukvården (Lee et al., 2018). Distriktssköterskan kan således arbeta självständigt men har inte tid för det hälsofrämjande arbetet. Å andra sidan har de som har specialmottagning bättre strukturella förutsättningar att arbeta hälsofrämjande trots att det inte är fullt tillfredställande.

Konklusion och implikationer

Distriktssköterskans upplevelse av förutsättningarna att arbeta hälsofrämjande på vårdcentralen är komplext. De kan generellt arbeta självständigt och tar tillfälle i akt att utföra hälsofrämjande insatser i samband med individuella patientbesök. Samtliga deltagare upplevde att det var svårt men önskvärt att arbeta hälsofrämjande. En möjlighet att utöka det

hälsofrämjande arbetet finns i specialmottagningens verksamhet som tillför bättre vårdkvalité. Denna studie kan sprida kunskap och framhäva behovet av mera forskning inom området. Författarnas förhoppning är att distriktssköterskor som är anställda på vårdcentraler kan ta del av denna uppsats för att få insikt i nuvarande problematik kring hälsofrämjande frågor. Vidare kan denna kunskap vara ett hjälpmedel för att inspirera och utveckla det undersökta fenomenet.

Ett begränsat antal studier finns som beskriver hälsofrämjande arbete från distriktssköterskans perspektiv och kompetensnivå. Några studier lyfter sjuksköterskors samt distriktssköterskors preventionsarbete och dess hinder samt belyser vikten av att arbeta hälsofrämjande. Utifrån svårigheterna som primärvården möter för att arbeta hälsofrämjande och konsekvenserna av ohälsosamma levnadsvanor kan det spekuleras i hur det hälsofrämjande arbetet kommer att se ut i framtiden. Hur kan människor utrustas och bli mer insatta i syfte att ta hand om sin egen hälsa? Hur kan distriktssköterskans hälsofrämjande roll lyftas vidare? Vad krävs för att hälsan ska sättas i fokus på vårdcentraler? Sådana forskningsfrågor kan vara aktuella att undersökas både från organisationens och från distriktssköterskornas perspektiv. Det behövs mer vetenskapligt underlag för att tydliggöra hur distriktssköterskor ges möjlighet att arbeta hälsofrämjande och därmed fördjupa kunskapsläget inom området.

Referenser

- Barrett, A., Latham, D., & Levermore, J. (2007). Defining the unique role of the specialist district nurse practitioner. *British Journal of Community Nursing*, 12(10), 442–448.
- Bjorkman, A., Andersson, K., Bergström, J., & Salzmänn-Erikson, M. (2018). Increased Mental Illness and the Challenges This Brings for District Nurses in Primary Care Settings. *Issues in mental health nursing*, 39(12), 1023–1030.
Doi.org/10.1080/01612840.2018.1522399
- Bringsén, Å., & Lindström, P. A. (2019). Hälsopromotion - teoretiska begrepp och utgångspunkter. I Å. Bringsén., P. A. Lindström (Red.), *Hälsopromotion i teori och praktik* (s. 13-58). Stockholm: Liber AB
- Brobeck, E., Odencrants, S., Bergh, H., & Hildingh, C. (2013). Health promotion practice and its implementation in Swedish health care. *International nursing review*, 60(3), 374–380.
Doi.org/10.1111/inr.12041
- Casey D. (2007). Nurses' perceptions, understanding and experiences of health promotion. *Journal of Clinical Nursing*, 16(6), 1039–1049. Doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/j.1365-2702.2007.01640.x
- Danielson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 143–154). Lund: studentlitteratur.
- Drevenhorn, E., Bengtson, A., Nilsson, P. M., Nyberg, P., & Kjellgren, K. I. (2012). Consultation training of nurses for cardiovascular prevention - a randomized study of 2 years duration. *Blood Pressure*, 21(5), 293–299.
- Drevenhorn, E., & Efraimsson, E. Ö. (2013). Distriktssköterskans mottagningar. I C. Bökberg (Red.), *Omvårdnad i primärvården* (s. 125–143). Lund: Studentlitteratur
- Efraimsson, E. Ö., Klang, B., Ehrenberg, A., Larsson, K., Fossum, B., & Olai, L. (2015). Nurses' and patients' communication in smoking cessation at nurse-led COPD clinics in primary health care. *European clinical respiratory journal*, 2(27915).
Doi:10.3402/ecrj.v2.27915
- Ekman, I & Nordberg, A. (2013). Personcentrerad vård - teori och tillämpning. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk och J. Öhlén (Red). *Omvårdnad på avancerad nivå - kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (s. 29–61). Lund: Studentlitteratur

- Eriksson, A., & Engström, M. (2015). Distriktssköterskors beskrivningar av sjukdomsförebyggande arbete i daglig verksamhet och strukturella förutsättningar för detta arbete: District nurses' perceptions of their preventive work and structural conditions for this work. *Nordic Journal of Nursing Research*, 35(2), 77–84. Doi: [org/10.1177/0107408315569122](https://doi.org/10.1177/0107408315569122)
- Hacihanoglu, R., & Gözüm, S. (2010). The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviors and BMI in primary health care setting. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 692-705. Doi: [10.1111/j.1365-2702.2010.03534.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03534.x)
- Hansen, K. T., McDonald, C., O'Hara, S., Post, L., Silcox, S., & Gutmanis, I. A. (2017). A formative evaluation of a nurse practitioner-led interprofessional geriatric outpatient clinic. *Journal of Interprofessional Care*, 31(4), 546-549. Doi: [10.1080/13561820.2017.1303463](https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1303463)
- Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 411–420). Lund: studentlitteratur.
- Henricsson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 111–119). Lund: Studentlitteratur.
- Holmgren, M., Sandberg, M., & Ahlström, G. (2019). To initiate the conversation – Public health nurses' experiences of working with obesity in persons with mobility disability. *Journal of Advanced Nursing*, 75(10), 2156–2166. Doi: [org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/jan.14081](https://doi.org/10.1111/jan.14081)
- Holtzer-Goor, K. M., Gaultney, J. G., van Houten, P., Wagg, A. S., Huygens, S. A., Nielen, M. M.J., Albers-Heitner, C.P., Redekop, W.K., Rutten-van Mölken, M.P., Al, M. J. (2015). Cost-Effectiveness of Including a Nurse Specialist in the Treatment of Urinary Incontinence in Primary Care in the Netherlands. *PLoS one*, 10(10). Doi: [10.1371/journal.pone.0138225](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138225)
- Irvine, F. (2005). Exploring district nursing competencies in health promotion: the use of the Delphi technique. *Journal of clinical nursing*, 14, 965-975.
- Johansson, H., Weinehall, L., & Emmelin, M. (2009). “It depends on what you mean”: a qualitative study of Swedish health professional's views on health and health promotion. *BMC Health Services Research*, 9(191). Doi: [10.1186/1472-6963-9-191](https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-191)

- Keleher, H., & Parker, R. (2012). Health promotion by primary care nurses in Australian general practice. *Elsevier*, 20(4), 215–221. Doi: 10.1016/j.colegn.2012.09.001
- Kostenius, C. (2013). Hälsofrämjande möten och samtal i primärvården. I C. Bökberg (Red.), *Omvårdnad i primärvården* (s. 81–99). Lund: Studentlitteratur
- Kraus, E., & DuBois, J. M. (2017). Knowing Your Limits: A Qualitative Study of Physician and Nurse Practitioner Perspectives on NP Independence in Primary Care. *Journal of general internal medicine*, 32(3), 284–290. Doi.org/10.1007/s11606-016-3896-7
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur AB
- Lee, D. R., Santo, E. C., Lo, J. C., Weintraub, M. L. R., Patton, M., & Gordon, N. P. (2018). Understanding functional and social risk characteristics of frail older adults: a cross-sectional survey study. *BMC family practice*, 19(1), 170. Doi.org/10.1186/s12875-018-0851-1.
- Li, K., Hüsing, A., & Kaaks, R. (2014). Lifestyle risk factors and residual life expectancy at age 40: a German cohort study. *BMC Medicine*, 12(1), 59. Doi: 10.1186/1741-7015-12-59
- Liljeroos, M., & Strömberg, A. (2019). Introducing nurse-led heart failure clinics in Swedish primary care settings. *Eur J Heart Fail*, 21:103–109. Doi:10.1002/ejhf.1329
- Lock, C. A., Kanner, E., Lamont, S., & Bond, S. (2002). A qualitative study of nurse's attitudes and practices regarding brief alcohol intervention in primary health care. *Journal of Advanced Nursing*, 39(4), 333-342.
- 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* (2), 108. Doi: 10.1016/j.explore.2016.12.001
- Lundman B., & Graneheim U. H. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I B.H. Nielsen och M. Granskär (Red). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 219–234). Lund: Studentlitteratur AB
- Maijala V., Tossavainen K., & Turunen H. (2016). Primary health care registered nurse's types in implementation of health promotion practices. *Primary Health Care Research & Development*, 17:453-463. Doi: 10.1017/S1463423615000547

- Malone, V., Ezard, N., Hodge, S., Ferguson, L., Schembri, A., & Bonevski, B. (2017). Nurse provision of support to help inpatients quit smoking. *Health Promotion Journal of Australia*, 28(3), 251.
- McIlfatrick, S., Keeney, S., McKenna, H., McCarley, N., & McIlwee, G. (2014). Exploring the actual and potential role of the primary care nurse in the prevention of cancer: a mixed methods study. *European Journal of Journal of Cancer Care*, 23(3), 288–299. Doi: 10.1111/ecc.12119
- Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 421–438). Lund: studentlitteratur.
- Nielsen, J. B., Leppin, A., Gyrd-Hansen, D., Jarbøl, D. E., Søndergaard, J., & Larsen, P. V. (2017). *BMC Cardiovascular Disorders*, 17(245). Doi: 10.1186/s12872-017-0677-0
- Nymberg, P., & Drevenhorn, E. (2016). Patients' experience of a nurse-led lifestyle clinic at a Swedish health Centre / Patients' experience of a nurse-led lifestyle clinic at a Swedish health centre. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, (2), 349. Doi: 10.1111/scs.12254
- Pelkonen, M., & Kankkunen, P. (2001). Nurses' competence in advising and supporting clients to cease smoking: a survey among Finnish nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 10(4), 437–441.
- Persson, L., Rasmusson, E., & Pennbrant, S. (2015). District nurses' efforts to support patients in smoking cessation: Distriktssköterskans arbete med att stödja patienter i rökavvänjning. *Nordic Journal of Nursing Research*, 35(1), 45–53. Doi.org/10.1177/0107408314564520
- Petersson, P. (2017). Aktionsforskning. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 251–263). Lund: Studentlitteratur.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2014). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (8. ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Priebe, G., & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar- grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 25–42). Lund: studentlitteratur.
- Randall, T., Crawford, J., Currie, J., River, J., Betihavas, V. (2017). Impact of community-based nurse-led clinics on patient outcomes, patient satisfaction, patient access and cost

- effectiveness: A systematic review. *Intern studies of nursing studies*, (73), 24-33. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.05.008
- Ratner, N. L., Davis, E.B., Lhotka, L.L., Wille, S.M., & Walls, M. L. (2017). Patient-Centered Care, Diabetes Empowerment, and Type 2 Diabetes Medication Adherence Among American Indian Patients. *Clinical Diabetes*, 35(5), 281–285. Doi: 10.2337/cd17-0008
- Scriven, A. (2013). *Ewles & Simnett Hälsoarbete*. (3., rev. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- SFS 1982:763. *Hälso- och Sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet
- SKL, Sveriges Kommuner och Landsting. (2018). *Nationellt programråd för levnadsvanearbete i hälso- och sjukvård*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting
- Socialstyrelsen (2018). *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor*. Hämtad 20-01-10 från <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/slutliga-riktlinjer/levnadsvanor/>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2019). *Kompetensbeskrivning avancerad nivå distriktssköterska*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Från <https://distriktsskoterska.com/wp-content/uploads/2019/05/Kompetensbeskrivning-avancerad-niva-distriktsskoterska-reviderad-2019.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2020). *Hälsofrämjande omvårdnad vid långvarig fysisk sjukdom*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 20-01-25 från <https://www.swenurse.se/Levnadsvanor/Halsoframjande-omvardnad/om-langvarig-fysisk-sjukdom/>
- Teston, E. F., Spigolon, D. N., Maran, E., de Lima Santos, A., Matsuda, L. M., & Marcon, S. S. (2018). Nurses' perspective on health education in Diabetes Mellitus Care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2735–2742. Doi: org/10.1590/0034-7167-2018-0396
- Traczynski, J., & Udalova, V. (2018) Nurse practitioner independence, health care utilization, and health outcomes. *Elsevier*, 58, 90-109. Doi: org/10.1016/j.jhealeco.2018.01.001
- WHO, World Health Organization. (2018). Noncommunicable diseases. Hämtad 20-01-31 från <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Wilhelmsson, S. & Lindberg, M. (2009). Health promotion: Facilitators and barriers perceived by district nurses. *International journal of nursing practice*, 15, 156-163. Doi: 10.1111/j.1440-172X.2009.01740.x

- WMA, World Medical Association. (1964). Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Hämtad 20-02-02 från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Wästberg, B. & Ardenvik, B. (2013). Primärvårdens ansvar och uppgifter. I C. Bökberg (Red.), *Omvårdnad i primärvården* (s. 51–58). Lund: Studentlitteratur
- Zotterman, A. N, 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.org/10.1111/scs.12146
- Östlund, A-S., Wadensten, B., Häggström, E., & Kristofferzon, M-L. (2013). District nurse's and registered nurse's training in and use of motivational interviewing in primary care settings. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 2284–2294. Doi: 10.1111/jocn.12509

Intervjuguide

Bakgrundsfrågor

- Hur många års arbetslivserfarenhet har du som distriktssköterska?
- Hur länge har du arbetat med hälsofrämjande vård?
- Har du genomgått någon specifik utbildning som kan underlätta ditt hälsofrämjande arbete?
- Har du andra specialistutbildningar? Har du avsatt tid på någon specialmottagning?

Öppen fråga

Kan du berätta hur du upplever förutsättningarna att arbeta hälsofrämjande på vårdcentralen som distriktssköterska?

Fördjupningsfrågor

1. Vad betyder hälsofrämjande arbete för dig?
2. Vilka faktorer underlättar alternativt försvårar ditt hälsofrämjande arbete?
3. Prioriterar du någon ohälsosam levnadsvana? Varför? Vad grundas prioriteringen på?
4. Kan du beskriva en konkret situation där du har utfört en hälsofrämjande åtgärd?
5. Vilka redskap används i det hälsofrämjande arbete?

Stödfrågor

- ”Kan du beskriva.?”
- ”Kan du ge exempel på detta?”
- ”Vad tänkte du då?”
- ”Vad menar du med?”