



**LUNDS UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

# Aspekter av sjuksköterskors hälsofrämjande arbete

En litteraturstudie

Författare: Karna Eilert och Johanna Fagerstam Borrás

Handledare: Angelika Fex

Kandidatuppsats

Våren 2014

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Nämnden för omvårdnadsutbildning  
Box 157, 221 00 LUND

# Aspekter av sjuksköterskors hälsofrämjande arbete

## En litteraturstudie

Författare: Karna Eilert & Johanna Fagerstam Borrás

Handledare: Angelika Fex

Kandidatuppsats

Våren 2014

### Abstrakt

Att genomföra hälsofrämjande arbete är ett av sjuksköterskans ansvarsområden. Syftet med studien var att belysa aspekter av sjuksköterskors hälsofrämjande arbete. Metoden för studien var en litteraturöversikt där åtta artiklar granskades. Analysprocessen resulterade i fem kategorier; Sjuksköterskors inställning till hälsofrämjande arbete, Dimensioner av sjuksköterskors hälsofrämjande arbete, Sjuksköterskors förhållningssätt med fokus på utbildning och kunskap, Förutsättningar och hinder för hälsofrämjande arbete samt Patientens delaktighet i sjuksköterskors hälsofrämjande arbete. Sjuksköterskorna hade en positiv inställning och såg stort värde i det hälsofrämjande arbetet. Tidsbrist samt brister i hälso- och sjukvårdsorganisationen sågs som de största hindren för hälsofrämjande arbete. För att underlätta det hälsofrämjande arbetet bör det finnas en tydlig hälsofrämjande vision integrerad i hela hälso- och sjukvårdsorganisationen.

### Nyckelord

Hälsa, Litteraturstudie, Omvårdnad, Sjuksköterskans arbete

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Nämnden för omvårdnadsutbildning  
Box 157, 221 00 LUND

# Innehållsförteckning

Innehållsförteckning .....	1
Introduktion.....	2
Problemområde .....	2
Bakgrund .....	2
Teoretisk ram .....	2
Olika perspektiv på hälsa .....	3
Hälsofrämjande arbete .....	4
Syfte .....	6
Metod .....	6
Urval .....	6
Datainsamling.....	6
Dataanalys .....	8
Forskningsetiska avvägningar.....	9
Resultat .....	9
Sjuksköterskors inställning till hälsofrämjande arbete .....	9
Dimensioner av sjuksköterskors hälsofrämjande arbete.....	10
Sjuksköterskors förhållningssätt med fokus på utbildning och kunskap.....	12
Förutsättningar och hinder för hälsofrämjande arbete .....	13
Patientens delaktighet i sjuksköterskors hälsofrämjande arbete.....	14
Diskussion .....	16
Diskussion av vald metod.....	16
Diskussion av resultat .....	17
Slutsats och kliniska implikationer .....	19
Författarnas arbetsfördelning .....	19
Referenser.....	21

# Introduktion

## Problemområde

Sjuksköterskan har i sin profession flera ansvarsområden, varav ett är att “visa förmåga att identifiera behov av och genomföra hälsofrämjande och förebyggande arbete” (SFS 1993:100). Hälsofrämjande arbete handlar enligt World Health Organization, WHO, om processer som leder till hälsa och där avsikten är att förbättra den egna upplevda hälsan (WHO, 2014a). En australiensk studie visade att sjuksköterskor upplever det svårt att beskriva hur de arbetar hälsofrämjande trots att de har stor erfarenhet av hälsofrämjande arbete (Caelli, Downie & Caelli, 2003). Aspekter av hälsofrämjande arbete är ett intressant fenomen att studera, då det är en del av sjuksköterskans ansvar och samtidigt inte går att begränsas till ett specifikt arbetssätt eller fokus på ett enskilt problem (WHO, 2014a). Studien förväntas ge djupare förståelse för vad sjuksköterskor anser är centrala aspekter av sjuksköterskans hälsofrämjande arbete.

## Bakgrund

### *Teoretisk ram*

Studien grundar sig i en holistisk syn på hälsa och människan. Enligt Barbosa da Silva & Ljungquist (2003) är en holistisk människosyn flerdimensionell och innebär att människan är bestående av tre integrerade dimensioner; kropp, själ och ande, som ska ses i relation till människans fysiska, psykiska, sociala och emotionella behov. En holistisk syn på vård betonar samspelet mellan dimensionerna kropp, själ och ande som beroende av varandra för att skapa hälsa, och hälsa är därmed inte definierad som endast frånvaro av sjukdom. Människan ses som en del av ett större sammanhang. I en holistisk vårdmodell ses människan som ett subjekt, och det är viktigt att poängtera principen om respekt för patientens integritet och autonomi. Vård ska aldrig upplevas som påtvingad, utan anpassas till patientens individuella behov och erbjuda valmöjligheter för patienten (ibid). Studien bygger på sjuksköterskors upplevelser av det hälsofrämjande arbetet, vilket innebär att studiens perspektiv kommer att utgå från behandlarens perspektiv.

Florence Nightingale (1820-1910) ses ofta som den första omvårdnadsteoretikern och

grundaren av den moderna sjuksköterskeprofessionen (Kirkevold, 2000). Nightingale var tidig med att arbeta för ett hälsofrämjande synsätt inom vården, bland annat genom att undervisa om hur livsstil och omgivande miljö påverkar individers hälsa. Hon ansåg att sjukdom är naturens sätt att återställa och reparera kroppen, och att omvårdnad innebär att röja undan faktorer som står som hinder för kroppens egna hälsofrämjande processer. Den omgivande miljön spelar enligt Nightingale stor roll för människans välbefinnande. Det är viktigt att patienten får frisk luft, värme, ren miljö, stillhet och näringsrik kost på regelbundna tider (Nightingale, 1954). Nightingales omvårdnadsteori och syn på hälsa, det vill säga att hälsa är ett subjektivt begrepp och inte enbart innebär frånvaro av sjukdom, ligger nära definitionen av dagens holistiska hälsoperspektiv (Söderhamn, 1997).

### *Olika perspektiv på hälsa*

Vem som har hälsa och vad hälsa egentligen innebär är en fråga som tolkats på olika sätt. Vid försök att förstå hälsobegreppets innebörd och omfång styrs ofta definitionen av olika filosofiska perspektiv att se på människan. Oberoende av perspektiv kan hälsa beskrivas som ett tillstånd, en process, en diagnos eller som ett mått på välbefinnande (Willman, 1996).

Inom det biomedicinska perspektivet ses hälsa och sjukdom som två motpoler, en människa kan inte ha hälsa om sjukdom och funktionsnedsättning existerar. Ur ett holistiskt hälsoperspektiv däremot ses människan som en helhet och hälsa är en subjektiv och individuell upplevelse, inte ett tillstånd som endast upplevs vid frånvaro av sjukdom. Även inom det omvårdnadsvetenskapliga perspektivet ses hälsa som en individuell upplevelse. En människas upplevelse av hälsa kan förändras och påverkas av sjukdom men också av livshändelser och sociala relationer. Ur ett folkhälsovetenskapligt perspektiv på hälsa är målet inte bara att främja hälsa och förebygga ohälsa, utan även att skapa en jämn fördelning av god hälsa över befolkningen (Svensk sjuksköterskeförening, 2008a). WHO's definition av hälsa lyder "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" (WHO, 1948). Definitionen har kritiserats för att vara alltför generell och reviderades år 1986 samt 1998 till att beskriva hälsa som en resurs i livet, och inte som ett mål (Svensk sjuksköterskeförening, 2008). Under 1970- och 80-talet utökades de faktorer som anses påverka förutsättningarna för individers hälsa. Utöver medicinska och psykologiska faktorer uppmärksammades att människors förhållningssätt och beteenden samt faktorer i omgivning och miljö kunde utgöra hälsorisker. Under tidigt 1980-tal etablerades

uttrycket förebyggande hälsovård (Willman, 1996).

Hälsa och ohälsa ses inom det salutogena synsättet som två poler som människan rör sig emellan beroende på faktorer i individens liv. Fokus ligger på de faktorer som bidrar till att en individ rör sig mot den positiva polen, alltså det som leder till att individer upplever sig ha hälsa och inte varför de drabbas av sjukdom. Ordet salutogenes betyder hälsans ursprung och teorin utvecklades av sociologen Aaron Antonovsky (1923-1994). Han ansåg att människor har generella motståndsresurser, positiva tillskott i livet, som kan ge kraft att bekämpa den mängd olika stressorer som människor ständigt utsätts för. Resurserna är många och varierande, som socialt stöd, kulturell stabilitet eller pengar. Det som är gemensamt för resurserna är att de bidrar till att göra stressorerna mer begripliga. Antonovsky utvecklade begreppet Känsla av sammanhang, KASAM, med de tre centrala komponenterna begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. En individ med höga värden av begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet har hög KASAM. Individen har då förmåga att göra stressorerna begripliga, att känna att han eller hon har tillräckliga resurser för att klara av stressorerna samt en förmåga att finna en mening i situationen och uppleva att det finns ett värde av att engagera sig i utmaningarna som stressorerna innebär (Antonovsky, 1991).

### *Hälsofrämjande arbete*

Hälsofrämjande arbete begränsas inte till ett enskilt arbetssätt och inte heller till att förbättra ett enskilt problem. Hälsofrämjande arbete är enligt WHO en process där målet är att öka människors kontroll över sin hälsa, och därmed även öka förutsättningarna för att kunna förbättra den, både på grupp- och individnivå (WHO, 2014a). I Ottawa, Kanada, organiserade WHO år 1986 den första internationella konferensen gällande hälsofrämjande arbete. Resultatet blev undertecknandet av ett nytt avtal, "The Ottawa Charter for Health Promotion", vilket innehåller ett antal olika åtgärder med syfte att gynna utvecklingen av hälsofrämjande arbete runt om i världen (WHO, 2014b). Grunden till hälsofrämjande arbete bygger enligt WHO (2014c) på komponenterna jämlikhet, samarbete, delaktighet i samhället, självbestämmande, ömsesidigt hjälpanande, delat ansvar och empowerment, det vill säga en känsla av egenmakt, delaktighet och förmåga att ha kontroll över det egna livet.

I International Council of Nurses etiska kod för sjuksköterskor beskrivs främjandet av hälsa som ett av sjuksköterskans fyra grundläggande ansvarsområden (Svensk sjuksköterskeförening, 2008a). Enligt 6 kap. 4 § i Högskoleförordningen (SFS 1993:100) anges att den

examinerade sjuksköterskan ska “visa kunskap i planering, ledning och samordning av vård- och hälsoarbetet samt visa kunskap om förhållanden i samhället som påverkar barns, kvinnors och mäns hälsa”. Sjuksköterskan ska även “visa förmåga att identifiera behov av och genomföra hälsofrämjande och förebyggande arbete” (ibid). Även i Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska ingår främjande av hälsa. Sjuksköterskan ska ha förmågan att identifiera eventuella hälsorisker och aktivt kunna förebygga dessa, samt vid behov kunna motivera patienter till förändringar i beteende och inställning för att bidra till en förbättrad livsstil. Genom undervisning till patienter och närstående kan sjuksköterskan bidra till ökad förståelse, delaktighet och motivation och på så sätt främja hälsa (Socialstyrelsen, 2005).

Hälsofrämjande åtgärd definieras enligt Socialstyrelsens termbank som en åtgärd för att stärka eller bibehålla människors fysiska, psykiska och sociala välbefinnande (Socialstyrelsens Termbank, 2009). En hälsofrämjande åtgärd ska fokusera på människans självskattade bedömning av sitt välbefinnande, och att en avsikt är att stärka människans delaktighet och tro på den egna förmågan. Hälsofrämjande åtgärder kan vara riktade mot individer, grupper i befolkningen eller mot samhällsstrukturer (Socialstyrelsens Termbank, 2009).

Som inledningsvis nämnts uppvisar enligt Caelli et al. (2003) sjuksköterskor svårigheter med att beskriva på vilket sätt de arbetar hälsofrämjande. De intervjuade sjuksköterskorna hade alla mer än tio års erfarenhet av att arbeta inom sjukvården och var enligt kollegor experter inom området hälsofrämjande arbete. Trots det var det endast en av sjuksköterskorna som kunde förklara på vilket sätt hon strukturerade sitt arbete och vilka tekniker hon använde sig av för att arbeta hälsofrämjande (Caelli et al., 2003). I en studie gjord vid pediatrika avdelningar på ett sjukhus i Sydney (2012) framgår att de intervjuade sjuksköterskorna hade positiva attityder till hälsofrämjande arbete, men att ett ökat antal patienter tillsammans med indragning av personal ledde till att det hälsofrämjande arbetet blev svårt att hinna med och ibland prioriterades bort (Roden & Jarvis, 2012).

I “The Ottawa Charter for Health Promotion” belyses vikten av sociala och personliga resurser för att skapa en grund för förbättrad hälsa (WHO, 2014b), vilket känns igen i Antonovskys beskrivning av generella resurser som positiva faktorer för hälsa (Antonovsky, 1991). Resultat från Roden och Jarvis (2012) studie visade att sjuksköterskor inte upplevde att de följde kontraktet angående hälsofrämjande arbete från konferensen i Ottawa, då de exempelvis inte förespråkade god hälsa i den mån de borde (Roden & Jarvis, 2012). Utifrån

det faktum att främjande av hälsa är ett av sjuksköterskors ansvarsområden är det intressant att sjuksköterskor som deltagit i studier (Caelli et al., 2003; Roden & Jarvis, 2012) upplever svårigheter i att bedriva hälsofrämjande arbete samt att beskriva hur arbetet utförs.

Hälsofrämjande arbete är ett stort arbetsområde och i denna studie kan endast ett fåtal aspekter belysas. Sjuksköterskors hälsofrämjande roll ses i studien som en aspekt av sjuksköterskors hälsofrämjande arbete. Uttryck som sjuksköterskors hälsofrämjande roll och sjuksköterskors hälsofrämjande strategier innefattas av sjuksköterskors egna ord och beskrivningar av deras arbete och ansvar för främjande av hälsa.

### **Syfte**

Syftet med studien var att beskriva aspekter av sjuksköterskors hälsofrämjande arbete.

### **Metod**

Metoden som bedömdes lämplig och valdes för studien var en litteraturöversikt. Metoden valdes för att få en överblick av den befintliga forskning och kunskap som finns inom det aktuella ämnesområdet (Friberg, 2012).

### **Urval**

Ett inklusionskriterium i litteratursökningen var att studiernas deltagare var yrkesverksamma sjuksköterskor. För att få aktuell forskning begränsades sökningen i databaserna så att artiklar som var publicerade för mer än tio år sedan, det vill säga före 2004, sorterades bort. De inkluderade artiklarna behandlade sjuksköterskors egna erfarenheter av hälsofrämjande arbete och hur de ansåg att arbetet var utformat i den kliniska verksamheten. De inkluderade artiklarna har därav ett sjuksköterskeperspektiv. Artiklar som inkluderades i sökningen var skrivna på engelska eller svenska. Både kvalitativa och kvantitativa studier inkluderades.

### **Datainsamling**

Datainsamlingsmetoden som valdes var litteratursökning. Sökningarna dokumenterades kontinuerligt för att sökprocessen skulle följa arbetsplanen och ge möjlighet till resultatredovisning (Östlundh, 2006).

Artiklar söktes i databaserna Cinahl och PubMed. Databaserna innehåller artiklar från omvårdnadstidskrifter, och ansågs därför som lämpliga för att finna aktuella artiklar om



sjuusköterskors hälsofrämjande arbete (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011). Två databaser användes för att täcka in så mycket litteratur inom området som möjligt samt för att undvika ett snedvridet urval. Sökorden som användes vid sökning i databaserna var anknutna till de aktuella nyckelorden, som kunde identifieras efter genomgång av litteratur till studiens bakgrund. Nyckelorden gav möjlighet att finna aktuell forskning som kunde svara på studiens syfte. Sökorden var "Health Promotion", "Nurses Role", "Nursing role", "Nurses role in health promotion practice" och "Nursing care". Genom att använda den booleska sökoperatorm "AND" kombinerades de valda sökorden för att de skulle sättas i relation till varandra samt för att avgränsa litteraturen i enlighet med studiens syfte (Willman et al., 2011).

De aktuella sökorden slogs upp i databasernas egna uppslagsverk för att få fram dess korrekta definition. I databasen Cinahl används "Cinahl Headings" och i PubMed används MeSH-termer som ämnesord. MeSH står för *Medical Subject Headings* och är kategoriseringsord som är samlade i databasen PubMeds uppslagsverk (Willman et al., 2011). Det framkom att "Nursing Role" var det aktuella kategoriseringsordet i "Cinahls Headings" medan den aktuella MeSH-terminen för samma betydelse var "Nurses Role".

Den urvalsprocess som beskrivits av Forsberg och Wengström (2013) följdes för att få fram de artiklar som inkluderades i litteraturöversikten. Då relevanta rubriker identifierades i sökningen lästes artiklarnas abstract i ett första urval. De artiklar som ansågs relevanta i förhållande till studiens syfte lästes i sin helhet i ett andra urval, då med fokus på resultatredovisning. I databasen Cinahl hittades fyra relevanta artiklar, se Tabell 1.

Tabell 1. Litteratursökning i databasen Cinahl

	<b>Sökord</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Granskade</b>	<b>Urval 1</b>	<b>Urval 2</b>	<b>Valda artiklar</b>
#1	Health promotion	23660				
#2	Nursing care	164781				
#3	Nursing role	17044				

#4	#1 AND #2	109	109	10	5	4
	AND #3					

---

Vid sökning av MeSH-termer i PubMed kunde inga ytterligare rubriker identifieras som inte redan hittats i Cinahl och därför redovisas inte denna sökning. I PubMed söktes artiklar på fritexten "Nurses role in health promotion practice" vilket resulterade i två artiklar som inte redan identifierats i Cinahl, se Tabell 2.

Tabell 2. Litteratursökning i databasen PubMed

Sökord	Antal träffar	Granskade	Urval 1	Urval 2	Valda
#1 Nurses role in health promotion practice	65	65	14	8	2

Limits begränsade så att artiklarna inte var publicerade för mer än tio år sedan. Utifrån Fribergs (2012) beskrivning av sekundärsökning studerades referenslistorna till de aktuella artiklarna vilket resulterade i att ytterligare tre relevanta titlar identifierades. De tre titlarna söktes därpå i PubMed och följde därefter samma urvalsprocess som de övriga artiklarna.

De valda artiklarnas kvalitet granskades enligt Willman et al. (2011) för att sortera bort eventuella artiklar med bristande vetenskaplig kvalitet. Artiklarnas kvalitet räknades ut i procent utifrån en mall bestående av ett antal kriterier. För att inkluderas i litteraturöversikten krävdes att artiklarna uppnådde en kvalitet av minst 80 % (Willman et al., 2011). Åtta artiklar fick ett godkänt procenttal efter kvalitetsgranskningen och valdes därav att ingå i litteraturstudien, se Bilaga 1, Litteraturmatris. En artikel valdes bort då kvalitetsgranskningen gav artikeln ett procenttal på 75 %.

## Dataanalys

Dataanalysen genomfördes enligt Fribergs (2012) beskrivning av dataanalys vid genomförande av litteraturöversikt. De valda artiklarna lästes flera gånger av båda författarna för att få förståelse över studiernas helhet och innehåll. Därefter granskades studierna med fokus att identifiera likheter och skillnader i studiernas resultat. De likheter och skillnader som identifierades markerades med olika färger för ge en tydlig överblick och underlätta vid

sorteringen till kategorier. Inledningsvis i analysarbetet framkom åtta kategorier som under arbetets gång konkretiserades. Tre av kategorierna kunde efter noggrann analys kopplas samman till en ny kategori, och de likheter och skillnader som framkom sammanställdes slutligen i fem kategorier. Under analysarbetet sammansattes en litteraturmatrix för att skapa en översikt över artiklarnas syften och resultat (Friberg, 2012).

### **Forskningsetiska avvägningar**

Vid presentation av resultat i en litteraturöversikt bör det enligt Forsberg och Wengström (2013) kontrolleras att de inkluderade studierna har blivit godkända av en etisk kommitté, alternativt att etiska överväganden gjorts och noggrant beskrivits av studiernas författare. I samtliga artiklar som inkluderats i litteraturöversikten har studiernas författare noga beskrivit sina etiska resonemang och överväganden, alternativt angett vilken etisk kommitté som godkänt studierna. Samtliga artiklars resultat har presenterats objektivt då det enligt Forsberg och Wengström (2013) är oetiskt att vinkla presentationen av resultatet mot eventuella hypoteser.

## **Resultat**

Nedan redovisas de fem kategorier som identifierades under analysprocessen. Kategorierna är Sjuksköterskors inställning till hälsofrämjande arbete, Dimensioner av sjuksköterskors hälsofrämjande arbete, Sjuksköterskors förhållningssätt med fokus på utbildning och kunskap, Förutsättningar och hinder för hälsofrämjande arbete och Patientens delaktighet i sjuksköterskors hälsofrämjande arbete. Se Bilaga 1, Litteraturmatrix, för information om de analyserade studiernas syfte och metod.

### **Sjuksköterskors inställning till hälsofrämjande arbete**

I en irländsk studie där åtta sjuksköterskor intervjuats angående hälsofrämjande arbete beskrivs att sjuksköterskorna ansåg att hälsofrämjande arbete var viktigt och en värdefull uppgift (Casey, 2007b). Hälsofrämjande arbete sågs som fördelaktigt för organisationen och sjukvårdens ekonomi, då det kan leda till minskad ohälsa och därmed minskad belastning på sjukvården i form av färre inläggningar och kortare vårdtider (Brobeck, Odencrants, Berg & Hildingh, 2013; Casey, 2007b; Kelley & Abraham, 2007). Kelley och Abrahams (2007) brittiska enkätstudie med 72 deltagande sjuksköterskor belyser att hälsofrämjande arbete kan bidra till en befolkning som upplever ökad livskvalitet och har bevarad hälsa. Överskott av ekonomiska resurser kan då användas där de behövs bättre, enligt de deltagande

sjuusköterskorna (ibid). Ju fler personer det hälsofrämjande arbetet kan nå ut till desto fler håller sig friska, beskrev Brobeck et. al.s (2013) svenska studie där 16 distriktsköterskor intervjuades. Sjuusköterskors hälsofrämjande arbete ansågs som värdefullt för patienterna. Det kan leda till att patienterna själva kan ta ansvar över sin hälsa vilket kan bidra till ökad autonomi, påskynda återhämtning och ge en ökad livskvalitet och empowerment (Casey, 2007b; Kelley & Abraham, 2007).

Sjuusköterskor i Kelley och Abrahams (2007) studie hade en positiv inställning till att arbeta hälsofrämjande. De ansåg att hälsofrämjande arbete ingick som en del i deras profession och att de hade skyldighet att arbeta hälsofrämjande. I Brobeck et al.s (2013) studie framgår det att hälsofrämjande arbete borde vara sjuusköterskans främsta uppgift, då sjuusköterskan innehar kunskap om hur livsstilen påverkar människans hälsa. De sjuusköterskor som deltog i studien var positiva, motiverade och engagerade till att arbeta hälsofrämjande och berättade att de gärna ville lägga ner mer tid i sitt arbete på hälsofrämjande åtgärder. Sjuusköterskor i Keleher och Parkers (2013) enkätstudie (n=78) var bekanta med begreppet hälsofrämjande arbete, och det beskrevs som en komplex uppgift. Sjuusköterskorna i studien såg hälsofrämjande arbete i en tvärvetenskaplig miljö, då det finns ett behov av multiprofessionell omsorg som innefattar arbete med andra professioner som exempelvis dietister (ibid).

I en kanadensisk studie (Richard et al., 2010) där 41 sjuusköterskor intervjuats beskrevs hälsofrämjande arbete ett holistiskt och heltäckande sätt att arbeta, till skillnad från arbete med endast fokus på förebyggande av sjukdom. Sjuusköterskor ansåg att hälsofrämjande arbete inkluderar hela grupper, samhällen och populationer och på så sätt går utöver den enskilda individen. I arbetet ingick att sätta in tidiga åtgärder, redan innan ett problem har uppstått, och det arbetet fortskrider livet ut. Hälsofrämjande arbete kan innebära en ökning av människors livskvalitet, som exempelvis ökat välbefinnande och utveckling av den underliggande hälsosamma livsstilen (ibid).

### **Dimensioner av sjuusköterskors hälsofrämjande arbete**

Irvines (2007) intervjustudie visar att sjuusköterskor delade upp sin roll som hälsofrämjare i tre olika nivåer; 1) arbete med friska personer, 2) arbete med personer som befinner sig i riskgrupper och 3) arbete som syftar till att höja livskvaliteten hos patienter som lever med sjukdom. Sjuusköterskorna (n=21) i studien upplevde att den sjukdomsorienterade rollen tog stor plats i deras hälsofrämjande arbete. Fokus låg på prevention av sjukdom samt

bibehållande av funktioner (ibid). Irvines (2007) och Keleher och Parkers (2013) studier visar att sjuksköterskor även har en livsstilsorienterad roll då samtal med patienterna styrs in på frågor rörande deras livsstil, oberoende av vilken anledningen är till den aktuella patientkontakten (Irvine, 2007; Keleher & Parker, 2013). Då patienter genomgår livsstilsförändringar ansåg sjuksköterskorna att deras roll innefattade att stödja patienterna både fysiskt och känslomässigt (Keleher & Parker, 2013). Några sjuksköterskor ansåg att det tillbaka i tid var svårare att ta upp livsstilsrelaterade problem med patienter men att det nu blivit en naturlig del i patientmötet, någonting som de ofta reflekterade över (Brobeck et al., 2013). Sjuksköterskorna uppmärksammade även deras opportunistiska roll, det vill säga att de utnyttjar de lägen och tillfällen som dyker upp vid patientsamtal till att prata om hälsofrämjande åtgärder (Irvine, 2007). Även i Keleher och Parkers studie (2013) ansåg majoriteten av de tillfrågade sjuksköterskorna att deras hälsofrämjande arbete är främst opportunistiskt. Som exempel beskrevs en diskussion med patienter angående kost och motion för att minska uppkomsten av diabetes mellitus typ 2 (ibid).

En del sjuksköterskor hade svårt att särskilja det hälsofrämjande arbetet från övriga arbetsuppgifter, vilket framgår av Runciman, Watson, McIntosh och Tolsons (2006) enkätstudie. Studien undersökte hur sjuksköterskor (n=373) arbetade hälsofrämjande med äldre patienter och visade att sjuksköterskor upplevde att det hälsofrämjande arbetet var inkluderat i det dagliga vårdarbetet. Även i Irvines (2007) och Kelley och Abrahams (2007) studier beskrevs det hälsofrämjande arbetet som en integrerad del i den dagliga vården. Det hälsofrämjande arbetet gick inte att särskilja i specifika moment och metoder, utan allt arbete med patienter som sjuksköterskan utför i sin profession sågs i någon mån som hälsofrämjande. I Keleher och Parkers studie (2013) beskrev sjuksköterskorna att de arbetade hälsofrämjande under rutinmässiga bedömningar av exempelvis vikt och blodtryck (Keleher & Parker, 2013).

Enligt Brobeck et al. (2013) fick de intervjuade sjuksköterskorna ofta höra att de borde arbeta hälsofrämjande. Det som de i praktiken istället lade ner mest tid på var medicinsk vård och behandling, på grund av att det sågs som mera nödvändigt än det hälsofrämjande arbetet. Sjuksköterskor i Irvines (2007) studie ansåg att deras hälsofrämjande roll var under ständig utveckling. Rollen hade genomgått förändringar och förväntades fortsätta att utvecklas, då sjuksköterskorna förutspådde att hälsofrämjande arbete skulle komma att få en större plats

inom vårdarbetet (Irvine, 2007). Sjuksköterskor i Keleher och Parkers (2013) studie upplevde att det fanns ett motstånd på avdelningen mot att deras roller som hälsofrämjare utvecklades och expanderade. Sjuksköterskorna ansåg att de negativa attityderna förhindrade utvecklingen av de hälsofrämjande rollerna (Keleher & Parker, 2013). Även i Caseys (2007b) studie beskrev sjuksköterskor att de inte kände sig berättigade som profession i organisationen, speciellt i förhållande till läkarna som undervärderade sjuksköterskornas erfarenheter av hälsofrämjande åtgärder. I Brobeck et al.s (2013) studie såg däremot inte läkarna att hälsofrämjande var en del av deras egen profession, utan förlitade sig på sjuksköterskornas insatser (Brobeck et al., 2013).

### **Sjuksköterskors förhållningssätt med fokus på utbildning och kunskap**

Strategier som sjuksköterskor använder sig av i det hälsofrämjande arbetet påtalades främst vara information, rådgivning, uppmuntran, förklaring och undervisning till patienter (Casey, 2007a; Casey, 2007b; Keleher & Parker, 2013; Kelley & Abraham, 2007; Richard et al., 2010). Vikten av att informera patienten med evidensbaserad kunskap betonades, med syfte att underhålla hälsa och förebygga ohälsa (Keleher & Parker, 2013). Undervisning och rådgivning kunde exempelvis gälla livsstilsförändringar, där undervisningen ansågs som en process och livsstilsförändringen som ett resultat av processen (Irvine, 2007). Arbetet innefattade bland annat möjlighet för patienten att diskutera sina hälsoproblem och få hjälp att uppnå sina mål, vilket i sin tur leder till att sjuksköterskan kan föreslå förebyggande åtgärder (Keleher & Parker, 2013). Ett av syftena med undervisning var att få patienten att inse att det är bättre att främja hälsa än att bota väl uppkommen sjukdom (Kelley & Abraham, 2007). Hälsofrämjande arbete med fokus på utbildning och information angående livsstilsförändringar och förebyggande av sjukdom beskrevs av Runciman et al. (2006) som en traditionell strategi. Spridning av hälsoinformation till allmänheten kunde ske genom media, kampanjer, social marknadsföring, posters och broschyrer, med syfte att öka individers kunskap, respekt och motivation för hälsosamma vanor. På så sätt förväntades att individers ohälsosamma beteenden och attityder kan förändras (Kelley & Abraham, 2007; Richard et al., 2010). Casey (2007b) beskrev sjuksköterskornas mest använda hälsofrämjande strategi som uppmuntran. En hälsofrämjande åtgärd ansågs även vara att fördela ansvaret för patientens vård till kollegor, exempelvis en specialistsjuksköterska, som bättre kan tillgodose patientens hälsofrämjande behov (Casey, 2007b).

Undervisning till patienten kunde gälla arbete med hälsosam livsstil och beteenden, hur livsstilen påverkar hälsan, och risker med en ohälsosam livsstil (Brobeck et al., 2013; Casey, 2007b; Keleher & Parkers, 2013; Kelley & Abraham, 2007). Mer specifikt innebar hälsoarbetet att främja motion, hälsosam diet samt rökavvänjning (Casey, 2007b; Kelley & Abraham, 2007). Undervisningen kunde även gälla sårvård och att sprida kunskap om fenomen som betydelsen av djupandning och bröstkännedom (Brobeck et al., 2013; Casey, 2007b; Kelley & Abraham, 2007). Hälsofrämjande arbete, i form av undervisning, beskrevs även innefatta vaccinationer, familjeprogram, skolbaserat arbete, astma- och diabetesskolor, samt tjänster för särskilda grupper som exempelvis patienter med depression, stress eller HIV (Irvine, 2007; Richard et al., 2010). I Keleher och Parkers (2013) studie beskrivs arbete med sexuell hälsa och screening, exempelvis mammografi och cellprovstagning, som stora delar i sjuksköterskans hälsofrämjande arbete.

### **Förutsättningar och hinder för hälsofrämjande arbete**

Förutsättningar för sjuksköterskors hälsofrämjande arbete beskrivs i Caseys (2007b) studie som att skapa en relation med patienten, att sjuksköterskorna har träning och färdighet inom hälsofrämjande arbete, att det finns stöd från ledningen men även resurser i form av tid och personal. Även i Brobeck et al.s (2013) studie framhöll sjuksköterskorna att en förutsättning för att lyckas med hälsofrämjande arbete var att det fanns ett förtroende mellan sjuksköterskan och patienten, någonting som kräver tid för att bygga upp. Regelbunden utbildning inom hälsofrämjande arbete ansågs bidra till att sjuksköterskor blev säkrare i sina roller vilket ökade motivationen och entusiasmen för att arbeta hälsofrämjande. Ett väl fungerande teamarbete med andra yrkeskategorier var också en faktor som ansågs krävas för att det hälsofrämjande arbetet skulle fungera. Alla i vårdteamet bör ha samma inställning till att arbeta hälsofrämjande och bemöta patienten på samma sätt, för att det hälsofrämjande budskapet ska förstärkas och bli tydligt för patienten (Brobeck et al., 2013).

I flera studier nämns tidsbrist och bristande resurser som de största hindren för hälsofrämjande arbete (Brobeck et al., 2013; Casey, 2007b; Keleher & Parker, 2013; Kelley & Abraham, 2007). Sjuksköterskorna måste prioritera att ta hand om de som är mest sjuka, och däremellan ska de finna tid till att arbeta hälsofrämjande. Sjuksköterskorna menade att om det finns för lite tid för att utföra hälsofrämjande åtgärder så låter de bli, för att inte riskera att påbörja något de inte kan avsluta (Brobeck et al., 2013). I en annan studie framgick

däremot att även om det var brist på personal och tid så utfördes ändå hälsofrämjande åtgärder i någon form. Det kunde exempelvis finnas tid att fråga patienten om hans eller hennes sjukdomstillstånd, men utan att gå djupare in i ämnet (Casey, 2007b).

Brist på kunskap och utbildning inom hälsofrämjande arbete var också ett hinder som sjuksköterskor i flera av studierna belyste (Casey, 2007b; Keheler & Parker, 2013; Kelley & Abraham, 2007). Ytterligare hinder ansågs vara brister i sjuksköterskornas empowerment, det vill säga känslan av egenmakt, samt sjukvårdens organisation och ledning. Organisationen och avdelningens rutiner kunde utgöra hinder för det hälsofrämjande arbetet, om detta arbete tilläts att prioriteras ner. Även organisationens bristande kontinuitet av vården ansågs kunna påverka det hälsofrämjande arbetet negativt. Det kunde röra sig om brister i uppföljningen av patienters vård, både på sjukhuset och när patienterna lämnat sjukhuset för hemmet. Sjuksköterskor ansåg även att om avdelningens arbetsmoral var låg så påverkade detta deras hälsofrämjande arbete (Casey, 2007b). Sjuksköterskor i Brobeck et al.s (2013) studie ansåg att brister i deras hälsofrämjande arbete kunde bero på att visionen var för otydlig. De ansåg att en gemensam vision angående hur det hälsofrämjande arbetet skulle bedrivas måste vara grundad både hos den enskilda sjuksköterskan och i organisationen som helhet. Sjuksköterskor i studien uppgav att de inte kände sig delaktiga när beslut om hälsofrämjande arbete fattades, vilket de ansåg kunde ha en negativ effekt på det hälsofrämjande arbetet. Följden kunde bli att ett för stort ansvar lades på sjuksköterskorna, vilket i sin tur kunde leda till tidsbrist och stress (Brobeck et al., 2013).

Ytterligare ett hinder för det hälsofrämjande arbetet ansågs vara den enskilda patienten och patientens tillstånd. Sjuksköterskor i Caseys (2007b) studie beskrev att patienten kunde vara alltför insatt i sitt sjukdomstillstånd, och därmed inte i behov av hälsofrämjande åtgärder. Andra patienter kunde vara för sjuka för att vara mottagliga för hälsofrämjande åtgärder. Sjuksköterskor i Brobeck et al.s studie (2013) pekade på svårigheten att nå ut med hälsofrämjande åtgärder till personer som är friska, främst unga, då de ofta inte är i kontakt med sjukvården. När eventuella hälsorisker väl uppmärksammas kan det därför ha gått lång tid (Brobeck et al., 2013).

### **Patientens delaktighet i sjuksköterskors hälsofrämjande arbete**

I Caseys (2007a) studie framgår hur varierande patientens delaktighet var i det hälsofrämjande arbetet. Sjuksköterskor som observerades kunde låta patienter vara delaktiga i



beslut angående egenvård och läkemedelsbehandling, men överlag beskrevs patientens delaktighet som låg, liksom möjligheten till att göra egna val i sjukvården. Flera situationer observerades då sjuksköterskor sa nej till patienters val och önskemål (Casey, 2007a). Flertalet av de tillfrågade sjuksköterskorna i Kelley och Abrahams studie (2007) ansåg att patienterna inte själva hade rätt att bestämma om de ville ha hälsofrämjande vård eller inte. Kunskap och information sågs som en förutsättning för att patienten ska kunna ta riktiga och genomtänkta beslut samt ha förmåga att kunna ta ansvar för sina handlingar (Kelley & Abraham, 2007). Det är av betydelse att sjuksköterskor tar reda på patientens kunskaper om hälsa, sjukdom och vård så att undervisning genomförs på en nivå som patienten lätt kan förstå (Casey, 2007b).

De intervjuade sjuksköterskorna i Caseys (2007b) studie såg patienterna som delaktiga, exempelvis genom att sjuksköterskorna lät patienterna vara delaktiga i beslut angående personlig hygien och tid för medicinering. De strategier som sjuksköterskorna använde sig av för att få patienterna delaktiga var uppmuntran, förklaring, ge valmöjligheter, samt att involvera familj och närstående i patientens vård. Patientens delaktighet i det hälsofrämjande arbetet ansågs bero på patientens ålder, sjukdomstillstånd och vilja att delta, samt på avdelningens rutiner. Äldre patienter ansågs nöjda med att sjuksköterskan tog beslut åt dem, medan yngre patienter gärna ansågs vilja bli involverade i vården. Även Brobeck et al. (2013) menade att hälsofrämjande resurser främst erbjöds de patienter som själva visade engagemang och motivation (Brobeck et al., 2013). Att avdelningens rutiner spelar roll för patientens delaktighet hade samband med tidsbrist och huruvida det fanns utrymme att uppmuntra och förespråka patientdelaktighet (Casey, 2007b).

Sjuksköterskor i Caseys (2007b) och Ruinciman et al.s (2006) studier ansåg att mål bör sättas upp tillsammans med patienterna, samt att det bör finnas ett samarbete mellan sjuksköterskor och patienter vid beslut gällande det hälsofrämjande arbetet. Runciman et al. (2006) framhöll sjuksköterskans arbete med inriktning på empowerment och den självständiga patienten. Arbetet ansågs leda till ett stärkt förtroende mellan sjuksköterska och patient. I Keleher och Parkers studie (2013) framgick att sjuksköterskorna var angelägna om att tillgodose patientens egna önskemål, och att erbjuda hälsofrämjande aktiviteter som patienten själv skulle finna intressanta och användbara. Sjuksköterskorna uttryckte även betydelsen av att etablera en relation med patienterna för att kunna främja en hälsosam dialog (Keleher & Parker, 2013).

# Diskussion

## Diskussion av vald metod

Efter genomgång av aktuell litteratur inom ämnesområdet identifierades de aktuella nyckelorden. "Health Promotion" är den översättning av hälsofrämjande arbete som användes vid sökning av engelskspråkig litteratur. En del ord valdes bort för att definiera sökresultatet. Det engelska sökordet "Health Prevention" betyder förebyggande vård och inte främjande av hälsa, och artiklar som innefattade det begreppet sorterades bort. Artiklar som innefattade endast "Health Education", vilket innebär hälsoutbildning, exkluderades då det hälsofrämjande perspektivet kan fattas.

Samtliga artiklar var skrivna på engelska och översattes till svenska i samband med analysprocessen. Båda författarna diskuterade översättningen i de fall den föreföll problematisk, för att undvika felöversättning. Av de åtta inkluderade artiklarna har två distriktssköterskor som deltagare. Det kan medföra att denna studies resultat vinklas mot specialistsjuksköterskor. Då resultatet från de två studierna inte skiljer sig från de övriga artiklarnas resultat ser författarna dock inte detta som något som påverkar denna litteraturstudies resultat. Vidare fokuserade två av artiklarna på sjuksköterskor som arbetade med äldre personer, men likväl här skiljer sig inte studiernas resultat från de övriga studiernas, varför de valdes att inkluderas. I samband med analysprocessen bedömdes hur överförbart artiklarnas resultat var till svensk hälso- och sjukvård. En av studierna gjordes i Sverige, tre i Storbritannien, två på Irland, en i Australien och en i Kanada och samtliga bedömdes relevanta att ingå i litteraturstudien.

Artiklarna granskades enligt Willman et. al.s (2011) mall för kvalitetsgranskning, för att den vetenskapliga grunden skulle säkerställas. Mallen som användes bestod av ett antal kriterier utifrån frågor som skiljde sig beroende på om studien var kvalitativ eller kvantitativ. Frågorna justerades av författarna, genom att ett antal togs bort då de inte var relevanta. Ingen av de kvalitativa studierna som granskades var exempelvis av typen RCT, och frågor som gällde kontrollgrupper fyllde därav ingen mening.

Av de valda artiklarna hade en både kvalitativ och kvantitativ ansats. Sex artiklar hade en kvalitativ ansats, varav fyra utgick från semistrukturerade intervjuer, en från observationer och en från enkäter med öppna svarsalternativ. En av artiklarna hade kvantitativ ansats utifrån

en enkätundersökning, med blandade öppna och slutna svarsalternativ. Deltagarna i samtliga studier var yrkesverksamma sjuksköterskor eller distriktssköterskor.

Det kan enligt Forsberg och Wengström (2013) vara fördelaktigt att kombinera två olika ansatser för att kunna se problemområdet ur flera perspektiv. De kvantitativa studierna som ingick hade utöver statistisk redovisning formulerat resultatet i text, vilket minskade skillnaden i resultatens uppbyggnad. Resultaten formulerades i kategorier för likheter och skillnader oberoende av hur resultatet var presenterat.

### **Diskussion av resultat**

Utifrån studiens resultat går det generellt att utläsa att det bland sjuksköterskor finns en positiv inställning till att arbeta hälsofrämjande, men att det råder delade uppfattningar om vad hälsofrämjande arbete innebär. För att sjuksköterskor ska kunna känna sig säkra i det hälsofrämjande arbetet krävs att de har kunskap och utbildning inom området, samt att det finns en tydlig vision som är grundad i hela organisationen. Det behöver tydliggöras vad som är sjuksköterskans ansvar gällande hälsofrämjande arbete.

Enligt "The Ottawa Charter for Health Promotion" (WHO, 2014b) innebär den hälsofrämjande processen att individer ska få ökad kontroll över sin egen hälsa för att kunna förbättra den, så att hälsa kan bli en resurs i livet. Begreppet som används är empowerment, det vill säga egenmakt. Under konferensen i Ottawa fastställdes att grunden i sjuksköterskors förhållningsätt vid kontakt med patienter bör vara att stödja och förbättra patienters empowerment. Enligt Jerdén (2012) kan sjuksköterskor förbättra patienters empowerment genom att sträva efter individens oberoende, autonomi och integritet genom att låta patienten själv bestämma vad han eller hon vill ha kontroll över (Jerdén, 2012). Det kan kopplas till Aaron Antonovskys (1991) salutogena syn på hälsa och hälsofrämjande, samt KASAM, känslan av sammanhang. För att patienter ska utveckla KASAM och få kontroll över sin hälsa krävs att de är delaktiga i vården. Ökar patientens delaktighet kan det leda till att patienten bättre kan ta ansvar och få kontroll över sin livssituation, vilket kan påverka patientens välbefinnande (Svensk sjuksköterskeförening, 2008b). I artiklarna som ligger till grund för litteraturstudien varierar patientdelaktigheten beroende på faktorer som brist på resurser, men även beroende på sjuksköterskors attityder. Resultatet visade även att vårdaren erfor att patienter kunde vara för sjuka för att hälsofrämjande arbete skulle kunna bedrivas. Det ansågs även att hälsofrämjande åtgärder inte behövde vidtas om patienten var väl insatt i sitt

sjukdomstillstånd. Påståendena strider mot den holistiska uppfattningen enligt Antonovskys synsätt, att hälsa är ett subjektivt begrepp och en individuell upplevelse (Antonovsky, 1991).

Information och kunskapsspridning framgick i resultatet som den vanligaste metoden bland sjuksköterskor för att bedriva hälsofrämjande arbete. Florence Nightingale (1954) var tidig att förespråka undervisning och information som ett hälsofrämjande arbetssätt. Hon informerade bland annat om livsstilens påverkan på hälsa och hon ansåg att omvårdnad innefattade att röja undan faktorer som hindrade kroppens egna hälsofrämjande processer. Att inneha kunskap ger patienten underlag för att ta beslut angående vilka hälsofrämjande åtgärder han eller hon vill ha, och kan även bidra till att öka engagemang och motivation hos patienten. Även här kan Antonovskys teori (1991) appliceras, då kunskap kan ses som en resurs som bidrar till att patienten rör sig i riktning mot hälsa. Erbjuds patienten individanpassad information kan patientens upplevelse av begriplighet och meningsfullhet öka och därigenom även den självskattade hälsan, då patienten upplever att han eller hon kontrollerar och styr sitt eget liv (Kristenson & Nixon Andreasson, 2012).

Studien visar att en god relation med förtroende mellan sjuksköterska och patient är en förutsättning för hälsofrämjande arbete. I en fungerande relation mellan sjuksköterska och patient finns utrymme för tillit, som ger dem en möjlighet att tillsammans arbeta för främjandet av patientens hälsa (Svensk sjuksköterskeförening, 2008b). Enligt Kristenson och Nixon Andreasson (2012) syftar det hälsofrämjande mötet med patienten till att stärka patientens förtroende till sin egenförmåga, att öka patientens empowerment. Genom att patienten själv får skatta sin egenupplevda hälsa kan sjuksköterskor bedöma vilka insatser som behövs, och hur tidigare insatser har fungerat. Lågt självskattad hälsa har visat sig höra samman med bristande empowerment och copingstrategier, faktorer som ett hälsofrämjande samtal kan bidra till att stärka. En person som skattar sin hälsa som låg löper större risk att drabbas av ohälsa i framtiden (Kristenson & Nixon Andreasson, 2012).

En gemensam vision om hälsofrämjande arbete inom hälso- och sjukvårdsorganisationen framgår med grund i studiens resultat, som viktigt för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete. Ledningens stöd kan bidra till ett bättre teamarbete där flera yrkeskategorier har samma inställning till hälsofrämjande arbete. En sådan samverkan kan förstärka det hälsofrämjande budskapet till patienten. Tidsbrist var det största hindret för hälsofrämjande arbete, och även tidsbrist kan kopplas till brister i organisationen. Det svenska nätverket "Hälsofrämjande

sjukhus” arbetar för hälsofrämjande hälso- och sjukvård för alla. Nätverkets verksamhetsidé är utveckling av hälso- och sjukvård som ger god vård och en jämlik hälsa ur flera perspektiv. Det krävs av medlemmar i nätverket att de har en vilja att utveckla vårdorganisationen i denna riktning (Nätverket för Hälsofrämjande sjukhus, u.å.). Här ges ett tydligt exempel på hur hälso- och sjukvårdsorganisationen kan arbeta med en gemensam vision som främjar hälsa och som kan ge den enskilda sjuksköterskan tid och utrymme att utföra arbetet.

### **Slutsats och kliniska implikationer**

Studien visar att hälsofrämjande arbete är ett omfattande område, och som studiens syfte antyder har endast några aspekter av sjuksköterskors hälsofrämjande arbete lyfts fram. I resultatet framkommer att sjuksköterskors inställning till hälsofrämjande arbete överlag är positiv och att de ser ett stort värde i hälsoarbetet. Studien visar att hälsofrämjande arbete ger möjlighet till att enskilda individer men även hela befolkningar kan antas få en bättre hälsa. Bättre hälsa i befolkningen kan i sin tur påverka hela vårdorganisationen i form av sparade resurser på grund av färre inläggningar och kortare vårdtider. Resurserna kan då användas för att finansiera till exempel hälsofrämjande utbildning vilket kan bidra till en utveckling av sjuksköterskors hälsofrämjande roll.

Möjlighet finns till vidare forskning inom sjuksköterskors hälsofrämjande arbete. En forskningsfråga kan vara hur hälso- och sjukvårdsorganisationen påverkar enskilda sjuksköterskor i deras hälsofrämjande arbete. Studien visar att en vårdorganisation med klar vision och rutin för hälsofrämjande arbete kan ge enskilda sjuksköterskor möjlighet att utföra det hälsofrämjande arbete de strävar efter. Det kan även finnas ett forskningsbehov angående vad sjuksköterskor anser att det hälsofrämjande arbetet innebär. Enligt föreliggande studie har sjuksköterskorna ibland svårt att beskriva och ge exempel på hälsofrämjande åtgärder. De framträdande hälsofrämjande åtgärderna innefattar kunskap och utbildning, men även omvårdnadsrelaterade åtgärder som medicinering och sårvård beskrivs. Endast ett fåtal studier tar upp patientens delaktighet och möjlighet till egenmakt som en hälsofrämjande åtgärd, vilket är något som lyfts fram som viktigt i WHO's beskrivning av hälsofrämjande arbete (WHO, 2014c).

### **Författarnas arbetsfördelning**

Arbetsfördelningen mellan författarna delades upp jämnt. Sökning av litteratur i databaserna genomfördes individuellt och relevanta artiklar diskuterades sedan tillsammans. Alla artiklar

lästes noga av båda författarna, och kategorierna analyserades fram i samråd. När analysarbetet var färdigt genomfördes den skriftliga redovisningen dels gemensamt men även individuellt, för att sedan justeras av båda författarna tillsammans.

## Referenser

Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur & kultur.

Barbosa da Silva, A. & Ljungquist, M. (2003). *Vårdetik för ett mångkulturellt Sverige: en teoretisk och empirisk analys av några nödvändiga villkor för en öppen - holistisk vård i ett pluralistiskt samhälle*. Lund: Studentlitteratur.

Brobeck, E., Odencrants, S., Bergh, H. & Hildingh, C. (2013). Health promotion practice and its implementation in Swedish health care. *International Nursing Review*, 60, 374-380.

Caelli, K., Downie, J. & Caelli, T. (2003). Towards a decision support system for health promotion in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 43(2), 170-180.

Casey, D. (2007a). Findings from non-participant observational data concerning health promoting nursing practice in the acute hospital setting focusing on generalist nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 580-592.

Casey, D. (2007b). Nurses' perceptions, understanding and experiences of health promotion. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1039-1049.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (3.uppl.) Stockholm: Natur & kultur.

Friberg, F. (2012). *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Irvine, F. (2007). Examining the correspondence of theoretical and real interpretations of health promotion. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 593-602.

Keleher, H. & Parker, R. (2013). Health promotion by primary care nurses in Australian general practice. *Collegian*, 20(4), 215-221

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.

Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier: Analys och utvärdering* (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Kristenson, M. & Nixon Andreasson, A. (2012). Betydelse av självskattad hälsa. Hertting, A. & Kristenson, M. (Red.). *Hälsofrämjande möten: Från barnhälsovård till palliativ vård*. Lund: Studentlitteratur AB.

Nightingale, F. (1954). *Anteckningar om sjukvård*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Nätverket för hälsofrämjande sjukhus. (u.å.). *HFS-nätverket - för en mer hälsoorienterad sjukvård*. Hämtad 1 april 2014 från <http://www.natverket-hfs.se/hfs-natverket-en-mer-halsoorienterad-sjukvard>

Richard, L., Gendron, S., Beaudet, N., Boisvert, N., Soleil Sauvé, M. & Graceau-Brodeur, M-H. (2010). Health Promotion and Disease Prevention Among Nurses Working in Local Public Health Organizations in Montréal, Québec. *Public Health Nursing*, 27(5), 450-458.

Roden, J. & Jarvis, L. (2012). Evaluation of the health promotion activities of paediatric nurses: Is the Ottawa Charter for Health Promotion a useful framework? *Contemporary Nurse*, 41(2), 271-284.

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.

SFS 1993:100, 6 kap. 4 §. Högskoleförordning. Stockholm: Utbildningsdepartementet. Hämtad 26 mars 2014, från <http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/>

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 26 mars 2014, från [http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf)



Socialstyrelsens Termbank. (2009= *Hälsofrämjande åtgärd*. Hämtad 26 mars 2014, från <http://termbank.socialstyrelsen.se/ViewTerm.aspx?TermID=4610>

Svensk sjuksköterskeförening. (2008a). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 26 mars 2014, från <http://www.swenurse.se/PageFiles/2582/SSF%20Etisk%20kod%20t%20webb2.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2008b). *Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete*. Hämtad 1 april 2014, från [http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/H%C3%A4lsofr%C3%A4mjan%C3%A4mjan%20arbete-publikationer/Strategi.for.sjukskoterskans.halsoframjande.arbete.pdf](http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/H%C3%A4lsofr%C3%A4mjan%C3%A4mjan%C3%A4mjan%20arbete-publikationer/Strategi.for.sjukskoterskans.halsoframjande.arbete.pdf)

Söderhamn, O. (1997). Avslutande diskussion. Hamrin, E. (Red.), *Florence Nightingale - en granskning i nutida perspektiv: en antologi*. Stockholm: Vårdförbundet SHSTF.

Willman, A. (1996). *Hälsa är att leva: En teoretisk och empirisk analys av begreppet hälsa med exempel från geriatrisk omvårdnad*. Diss. Lund : Univ., Stockholm.

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. (3 uppl.). Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization. (2014a). *Health promotion*. Hämtad 26 mars 2014, från [http://www.who.int/topics/health\\_promotion/en](http://www.who.int/topics/health_promotion/en)

World Health Organization. (2014b). *Health promotion*. Hämtad 31 mars 2014, från <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html>

World Health Organization. (2014c). *Health promotion*. Hämtad 26 mars 2014, från <http://www.who.int/healthpromotion/about/goals/en/index.html>

World Health Organization. (1948). *WHO definition of Health*. Hämtad 26 mars 2014, från <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

