

EXAMENSARBETE

**Distriktssköterskors erfarenheter av
hälsofrämjande arbete**
En kvalitativ intervjustudie

**Health Care Nurses' Experiences of
Health Promotion work**
A qualitative interview study

Examensarbete inom ämnet
D uppsats 15 Höskolepoäng
Hösttermin 2009

Namn Helena Ekeberg
Kristina Larsson

Handledare: Anette Ekström
Examinator: Kerstin Ternulf

SAMMANFATTNING

Titel: Distriktssköterskors erfarenheter av hälsofrämjande arbete

Institution: Institutionen för vård och natur, Högskolan i Skövde

Kurs: Examensarbete i omvårdnad, 15 högskolepoäng

Författare: Ekeberg, Helena, Larsson, Kristina

Handledare: Anette Ekström

Sidor: 25

Månad och år: Januari 2010

Nyckelord: Hälsofrämjande, motivation, erfarenhet.

Distriktssköterskan har en viktig funktion i motivationsarbete i samband med patientens livsstilsförändringar. Ohälsa medför risk att utveckla långvariga sjukdomar och olika komplikationer. Levnadsförhållanden och levnadsvanor har stor betydelse för människans hälsa. Syftet med denna studie var att beskriva distriktssköterskors erfarenheter av att motivera patienter till hälsofrämjande livsstilsförändringar. Studien är baserad på en kvalitativ metod med en induktiv ansats. Genom intervjuer samlades data in från sex distriktssköterskor och analyserades med hjälp av en innehållsanalys. Resultatet baseras på två kategorier: Kvalitén på det professionella stödet och Evidens och erfarenhet betydelsefulla för förändringsarbetet. Dessa kategorier bildade temat, Distriktssköterskors lyhördhet och kunskap är ledstjärnor för att motivera patienter till en hälsosammare livsstil. Resultatet av vår studie visar att det är viktigt att lyssna och bekräfta patienten för att stödja dem emotionellt. Vid livsstilsförändringar måste förklaring och information ges. Det behövs verktyg i förändringsarbetet och för att arbeta evidensbaserat måste distriktssköterskor ha ett reflekterande förhållningssätt. Att förändra sin livsstil innebär att patienten inser vikten av att göra en livsstilsförändring och att de är beredda att ta förlusterna för de ser att vinsterna är så stora.

ABSTRACT

Title: Health Care Nurses' Experiences of Health Promotion work

Department: School of Life Sciences, University of Skövde

Course: Thesis in Nursing Care, 15 ECTS

Author: Ekeberg Helena, Larsson Kristina

Supervisor: Ekström Anette

Pages: 25

Mounts and Year: January 2010

Keyword: Health promotion, Motivation, Experience.

The Health Care Nurse plays an important role in motivating patients to implement lifestyle changes. Unhealthiness causes risks of developing long-lasting diseases and other complications. Living conditions and living habits are of great significance in terms of human health. Lifestyle changes, in contrast to drugs, often have an impact on both risk markers and states of diseases. The purpose of this study was to describe district nurses' experiences when motivating patients to take part in health-promoting lifestyle changes. The study is based on a qualitative method with an inductive approach. Through interviews, data was collected from six health care nurses and analyzed using a qualitative content analysis. The results are based on two categories, quality of the professional support together with evidence and experiences important to the changing process. These categories formed the theme: Health Care Nurses', sensitivity and knowledge are the guiding principles in terms of motivating patients to pursue a healthier lifestyle. The results of our study show that it is important to listen and to acknowledge the patient to be able to support them emotionally. Undergoing lifestyle changes require explanation and information. The changing process requires tools, the informants must have a reflective attitude to be able to work based on evidence. The patient needs to realize the importance of making a lifestyle change and also be prepared to take the losses. When doing so the patients will learn that they gain more than they lose.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
LIVSSTILENS BETYDELSE FÖR HÄLSAN.....	FEL! BOKMÄRKET ÄR INTE DEFINIERAT.
LIVSSTILENS BETYDELSE FÖR SJUKDOMAR OCH OHÄLSA	2
OSUNDA LEVNADSVANOR ÄR FÖRENADE MED OHÄLSA	3
OMVÅRDNAD FRÄMJAR HÄLSA, FÖREBYGGER OHÄLSA, ÅTERSTÄLLER OCH BEVARAR HÄLSA.....	4
DISTRIKTSSKÖTERSANS HÄLSOFRÄMJANDE ARBETE	4
MOTIVERANDE SAMTAL FÖR LIVSSTILSFÖRÄNDRING	5
HÄLSOKORSET	7
OLIKA STADIER I FÖRÄNDRINGSPROCESSEN.....	8
PROBLEMFÖRMULERING	9
SYFTE	9
METOD	9
KVALITATIV METOD	9
URVAL.....	10
DATAINSAMLING	10
DATAANALYS	11
FÖRFÖRSTÅELSE	12
ETISKA ÖVERVÄGANDE	12
RESULTAT	13
KVALITÉN PÅ DET PROFESSIONELLA STÖDET	14
<i>Att lyssna och bekräfta</i>	14
<i>Att stödja emotionellt</i>	15
<i>Att erbjuda information</i>	15
EVIDENS OCH ERFARENHET BETYDELSEFULLT FÖR FÖRÄNDRINGSARBETET	16
<i>Verktyg för förändring</i>	16
<i>Att arbeta evidensbaserat</i>	16
<i>Erfarenhet av motivationsarbete</i>	17
DISTRIKTSSKÖTERSORS LYHÖRDHET OCH KUNSKAP ÄR LEDSTJÄRNOR FÖR ATT MOTIVERA PATIENTER TILL EN HÄLSOSAMMARE LIVSSTIL	18
DISKUSSION	19
METODDISKUSSION.....	19
RESULTATDISKUSSION.....	21
FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING	24
KONKLUSION OCH KLINISK TILLÄMPNING.....	25
REFERENSLISTA	26
BILAGA 1	I
BILAGA 2	II
BILAGA 3	III
BILAGA 4	IV

INLEDNING

Människans levnadsförhållanden och levnadsvanor har stor betydelse för människans hälsa. Ohälsa medför risk att utveckla långvariga sjukdomar och olika komplikationer. Levnadsvanorna grundläggs tidigt, det är därför en viktig del i barndomen och uppfostran av våra barn. Det vi gör som barn följer oss sedan i vuxenlivet. Övervikt och fetma ökar bland barn och ungdomar och tidiga konsekvenser av detta är försämrad livskvalitet och senare i livet ökad förekomst av exempelvis diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar. Intresset för hälsa och livsstil har ökat i samhället, och även intresset för sjukdomarna som följer i spåren av vår livsstil (Lingfors, 2009/2010).

Sedan tidigare vet man att sjukdom medför ohälsa hos individen. Inom hälso- och sjukvården har distriktssköterskan en viktig funktion att motivera patienterna att ändra sin livsstil och därmed återställa hälsa, förebygga sjukdom och lidande. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen skall den som vänder sig till hälso- och sjukvården när det är lämpligt, ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom och skada. Arbetet med att motivera till en livsstilsförändring är nödvändig då det på sikt kan bidra till bättre hälsa hos befolkningen och därmed också minska kostnaderna för samhället (SFS 1982:763). Alla patienter har rätt att få den kunskap och vägledning som behövs för att må så bra som möjligt, trots de begränsningar som sjukdom för med sig. Motivation ses som den enskilt största faktorn för att kunna göra en förändring (Rudolf & Axelsson, 2004). Vi är två blivande distriktssköterskor som under vår kliniska praktik träffade på distriktssköterskor på vårdcentraler som arbetar med livsstilsförändringar. Distriktssköterskan har en viktig funktion i motivationsarbetet i samband med patientens livsstilsförändring. I distriktssköterskans kompetensområde ingår bland annat att i dialog motivera patienten till följsamhet i behandlingar och vid behov motivera till förändrade livsstilsfaktorer (Distriktssköterskeförbundet, 2008). Vi kan dock ej finna tidigare studier som beskriver, distriktssköterskans erfarenheter av att motivera patienter till hälsofrämjande livsstilsförändringar i vår kontext. Distriktssköterskans arbete med att motivera patienter till hälsofrämjande livsstilsförändring är komplext. Vi vill därför med denna studie öka kunskaperna kring distriktssköterskans arbete med att motivera patienter till hälsofrämjande livsstilsförändring.

BAKGRUND

Livsstilens betydelse för hälsan

Världshälsoorganisation definition av hälsa lyder "Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, och ej enbart frånvaro av sjukdom eller handikapp (Elwes & Simnett, 2008). Tidigare forskning visar ett samband mellan en hälsosam livsstil (fysisk

aktivitet, hälsosam kost, en måttlig alkoholkonsumtion och rökfrihet) och en betydande minskning av kroniska sjukdomar och dödlighet. Inom primärvårdens hälsovård försöker man med tämligen begränsad framgång att främja sådan positiv livsstil för sina patienter. Det mest användbara anses vara modeller och integrerade modeller som att bedöma, ge råd, hålla med, bistå och arrangera som är effektiva åtgärdsstrategier. I framtida strategier bör det antas ett socialt och ekologiskt synsätt där hälsosystemet spelar en viktig roll, men som ändå kompletterar andra individuella, kulturella och sociala faktorer (Grandes et. al. 2008).

I folkhälso rapporten redovisas hälsans utveckling i olika befolkningsgrupper och hur den påverkas av levnadsvanor och omgivningsfaktorer. Idag när det finns ett flertal behandlingar och åtgärder för olika sjukdomstillstånd, överlever folk längre, vilket leder till att sjukligheten hos befolkningen kommer att öka. Ett förlängt liv kan leda till flera år med ohälsa. Den sjukdomsgrupp som orsakar flest förtida dödsfall är hjärt- och kärlsjukdomar. De senaste 20 åren har risken att dö i hjärtinfarkt nära nog halverats och att dö i stroke har minskat med en tredjedel. Vid bukfetma ökar risken för högt blodtryck, hjärtsjukdomar, slaganfall och diabetes typ 2. Fetma förkortar i genomsnitt livet med 6-7 år. Nu tycks övervikt hos vuxna planat ut efter att ha varit en kraftig ökning under 1990-talet. I åldern 16-84 år är hälften av männen och nästan 40 % av kvinnorna överviktiga eller feta (Folkhälso rapport, 2009).

I dagen samhälle har många en stillasittande livsstil. Ett av folkhälsomålen är att främja fysisk aktivitet. Vid fysisk aktivitet minskar risken för hjärt- och kärlsjukdomar, fetma, typ2-diabetes, cancer, sjukdomar i rörelseorganen samt psykisk ohälsa. Rekommendationerna är att vara fysiskt aktiv minst 30 minuter om dagen (Statens Folkhälsoinstitut, 2008). En beteendeförändring mot en ny livsstil kräver flera komponenter för att bli framgångsrik. Kunskap, insikt och strategier har stor betydelse för att få patienten motiverad, då motivationen ibland kan växla i relation till situation och omständigheter (Falskunger & Hemmingsson, 2005).

Huvudmålet med folkhälsoarbete är att skapa god hälsa på lika villkor. Patienter som fått besked om ny sjukdom kan ha lättare att sluta röka och att gå ner i vikt. I en studie av Keenan (2009) har man studerat överviktiga personer och rökare. Syftet var att ta reda på om livsstilåtgärder var särskilt effektiva i samband med att en individ fått en diagnos för ny sjukdom. Det visade sig att sannolikheten för personer som får en ny diagnos för stroke, lungsjukdom, hjärtsjukdom eller diabetes att slutat röka var 3,2 gånger större jämfört med dem som inte fått någon av de aktuella diagnoserna.

Livsstilens betydelse för sjukdomar och ohälsa

Diabetes är en allvarlig sjukdom, som kan bidra till för tidig död genom hjärt- och kärlsjukdomar. De vanligaste formerna av diabetes är typ 1- och typ 2- diabetes. Gemensamt för typ 1- och typ 2-diabetes är förhöjda blodglukosvärden och en ökad risk för komplikationer ju längre tid man haft sjukdomen. Sjukdomen skapar stora samhällskostnader och det beror framför allt på sjukdomens komplikationer som leder till lidande, sjukskrivning

och behov av omsorg och sjukvård. Det finns ett starkt vetenskapligt underlag som talar för att diabeteskomplikationerna kan fördröjas eller förhindras genom att brett angripa de riskfaktorer som är starkast förknippade med uppkomst av diabeteskomplikationer. Vid diabetes är blodfettssrubningar (högt kolesterol), högt blodtryck och rökning viktiga orsaker till den ökade risken för hjärt- och kärlsjukdomar, bara med den skillnaden att risken här blir ännu högre på grund av en redan förhöjd risk på grund av diabetes (Nationella Riktlinjer för Diabetesvård, 2009).

En studie visar att barn- och ungdoms diabetes (typ I) har ökat med drygt 40 procent sedan 1980-talet. Orsakerna är inte klarlagda men ett ökat energiintag kan ha betydelse. Dock har inte diabetes ökat hos vuxna trots den generella ökade kroppsvikten hos befolkningen. Ett aktivt förebyggande av högt kolesterol och högt blodtryck samt bättre behandling av diabetes kan vara en förklaring till att flera lever längre med diabetes. Övervikt har en tendens att öka i alla åldrar. Den största ökningen sker bland yngre vuxna. En trolig orsak till övervikt och fetma är att man äter för mycket i kombination med för lite motion (Graas, Sandvård & Seiler, 2004).

Enligt SBU uppskattas att omkring 1,8 miljoner personer av den vuxna befolkningen har för högt blodtryck och det är lika vanligt hos män som hos kvinnor. Förhöjt blodtryck ökar risken för att insjukna i kranskärlssjukdom, slaganfall och övrig hjärt- och kärlsjukdom som till exempel hjärtsvikt. Ändrad livsstil är grunden för behandling, det finns ett flertal olika livsstilsförändringar som fysisk aktivitet, viktnedgång, kostförändring, stresshantering, rökstopp och minskning av högt alkoholintag som gynnsamt kan påverka riskfaktorer för framtida hjärt- och kärlsjukdomar. Livsstilsåtgärder kan minska behovet av behandling med läkemedel och ska vara basen i omhändertagandet av personer med högt blodtryck. Även för personer med högt blodtryck är rökstopp en prioriterad åtgärd, som kan medföra stora behandlingsvinster (SBU 2007).

Osunda levnadsvanor är förenade med ohälsa

Ökad risk för sjukdom och död är osunda levnadsvanor som i likhet med biologiska riskmarkörer som exempelvis fysisk inaktivitet, rökning, osunda matvanor och hög alkoholkonsumtion. Livsstilsförändringar har till skillnad från läkemedel ofta effekter på många riskmarkörer och sjukdomstillstånd samtidigt. Den sammantagna effekten av en livsstilsförändring blir större eftersom den ger små förändringar på flera biologiska riskmarkörer samtidigt. Hjärt- och kärlsjukdomar är den absolut vanligaste sjukdomsgruppen som är föremål för förebyggande läkemedelsbehandlingar. En stor del av patienter med hypertoni är friska individer med lätt förhöjt blodtryck och en liten ökad risk för hjärt- och kärlsjukdomar. En stor del av läkemedelsförskrivning går ut på att förebygga ohälsa genom att påverka biologiska riskmarkörer associerade med sjukdom och död, till exempel vid förhöjt blodtryck, höga blodfetter, högt blodsocker, fetma, benskörhet och ökad trombocytadhesivitet. Vid behandling med läkemedel sänker man blodtrycket och risken minskar för sjukdom men risken minskar inte så mycket som man förväntat sig av blodtryckssänkningen. Ett alternativ

eller kompletterande sätt för att minska sjukdomsriskerna är att ändra levnadsvanorna (Lingfors, 2009/2010).

Omvårdnad främjar hälsa, förebygger ohälsa, återställer och bevarar hälsa

Omvårdnadens syfte är att främja hälsa, förebygga ohälsa, återställa och bevara hälsa utifrån patientens individuella möjligheter och behov, samt att minska lidande. Grunden för omvårdnaden är att bemöta patienten respektfullt och med holistisk människosyn. Tillsammans med patienten, och i förekommande fall anhöriga formulera och tydliggöra mål för patientens fysiska, psykiska, sociala och andliga hälsa. Omvårdnadsteoretikern Dorothea Orem grundar sin teori på att om människan bara har kunskap och möjlighet tar hon hand om sig själv och sköter sin egen egenvård, att göra så bra som möjligt för sig själv. Hon menar att motivation är av betydelse för hur patienten klarar av egenvård (Jahren-Kristoffersen, 1998).

Det centrala i Dorotea Orems teori (2001) är individens egenvård. Orems centrala begrepp innefattar hälsan, människan, miljön och omvårdnaden. Inom begreppet hälsa beskriver Orem att människors hälsa måste delas av individer och samhälle i stort och kan inte bara tillskrivas hälso- och sjukvård. Orems omvårdnadsteorier omfattar tre delteorier såsom teorin om egenvården, egenvårdsbrist och omvårdnadssystem. Teorin om egenvård innebär att patienten själv besitter en förmåga att ta ansvar för sin egenvård och genom detta bevara liv och hälsa men där patienten brister i kunskap finns sjuksköterskan som stöd för att hjälpa patienten vidare i sin egenvård. Det är komplicerat enligt Orem för sjuksköterskan att hjälpa och stödja patienten då behoven inte är sjuksköterskans egna och patienten inte kan eller vill utföra egenvården själv. Det är viktigt att främja goda vanor som leder till ökad hälsa samt att det är viktigt att förändra gamla vanor i takt med ökande egenvårdskrav som leder till ökad hälsa.

Detta stämmer överens med distriktssköterskans kompetens inom omvårdnad och vårdvetenskap som omfattar bland annat att förstå individens resurser i ett hälsofrämjande perspektiv och därmed stärka patienten till en god hälsa. Distriktssköterskan ska ge stöd åt patienter i det dagliga livet med respekt för individens val och den värld den lever i, och även förstå det sociala sammanhangets betydelse för hälsan (Distriktssköterskeförbundet, 2008).

Distriktssköterskans hälsofrämjande arbete

Nationella folkhälsokommittén har skrivit en definition på hälsofrämjande arbete som lyder ”Hälsofrämjande arbete är den process som ger människor möjlighet att öka kontrollen över sin hälsa och befrämja den”. Hälsofrämjande arbete bör sträva efter att ge människor förutsättningar att kunna påverka sin egen hälsa och få en känsla av sammanhang och välbefinnande. Preventiv medicin omfattar både förebyggande av sjukdom och främjande av hälsa (Bergstrand, 2004). Enligt International Council of Nurses, ICN 2000, etisk kod, har sjuksköterskan fyra grundläggande ansvarsområden såsom att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och att lindra lidande. Att kunna motivera patienten till

livsstilsförändring är en viktig del av sjuksköterskans arbete (Distriktssköterskeförbundet, 2008; Svensk sjuksköterskeförbundet, 2007). Målsättningen med förebyggande arbete är att minska eller eliminera specifika sjukdomsorsaker och därmed förhindra att en viss sjukdom uppstår (Orth-Gomér & Perski, 2008).

I Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för distriktssköterskor uttrycks de arbetsuppgifter och kunskaper som distriktssköterskan förväntas ha och kunna utföra. Kunskapen skall omfatta människans alla utvecklingsstadier, från nyfödd till gammal och skall även innefatta förebyggande arbete och folkhälsoarbete. Detta innebär att distriktssköterskan ska kunna medverka och utföra undersökningar, vårda och behandla, ge information och undervisning. Det innebär även att delta i forsknings- och utvecklingsarbete och att medverka vid stora olyckor, katastrofer och krig. I sitt arbete skall distriktssköterskan ha förmåga att ta initiativ och vidta åtgärder som främjar den fysiska, psykiska och sociala hälsan. Det betyder även att arbeta förebyggande så att hälsoproblem inte uppkommer på sikt (Distriktssköterskeförbundet, 2008).

Frågan hur samhället skall möta det tilltagande behovet av livsstilsförändringar är högaktuell. Primärvården är en viktig aktör med sin mångåriga erfarenhet av förebyggande rådgivning, inte minst utifrån BVC- och MVC-verksamheten. Ytterligare åtgärder måste dock till även inom sjukvården för att förhindra övervikt, bristande motion, överkonsumtion av alkohol, rökning, negativ fysisk och psykisk stress som till exempel utmattningssyndrom. Utifrån denna problembild har Primärvården Skaraborg sedan 2007 tydligare fokuserat på livsstilsfrågor, bland annat genom satsning på livsstilmottagningar på vårdcentralerna. Detta ingår som en del i överenskommelserna mellan Hälso- och sjukvårdsnämnderna och Primärvården Skaraborg. Där framgår bland annat följande om livsstilmottagningar:

”Primärvården ska utgöra den självklara basen i en hälsofrämjande sjukvård och medverka till att ge individen ökat ansvar för sin egen hälsa samt att stödja personer som vill förändra sin livsstil. De områden som särskilt ska uppmärksammas är tobak, alkohol/droger, fetma och stressrelaterad ohälsa. Med syfte att förhindra ohälsa och att stödja individer som behöver förändra sin livsstil har primärvården påbörjat en utveckling av teamarbetet för dessa individer, så kallade livsstilmottagningar. Förebilden vid utformningen av livsstilmottagningarna är ”Hälsoteket” i Falköping som fungerar som stöd i mottagningarnas utvecklingsarbete. Avsikten är att samtliga vårdcentraler ska få tillgång till en teammottagning för livsstilsfrågor” (Västra Götalandsregionen).

Motiverande samtal för livsstilsförändring

Hälsorådgivning är en komplicerad uppgift. När ett budskap ges bör det förmedlas på ett sådant sätt att patienten själv kan fatta de avgörande besluten och ansvara för dem och av eget intresse genomföra de förändringar av levnadsvanor som krävs (Bergstrand, 2004).

Motiverande samtal är en metod som utvecklades på 1980-talet och har sitt ursprung i kognitiv beteendevetenskap. Motiverande samtal används ofta förebyggande vid livsstilsfrågor inom hälso- och sjukvård. De motiverande samtalens huvudsakliga mål är att hjälpa människor till förändring. De utgår från personens egen inneboende kraft och innefattar både förhållningssätt och strategier till förändring. I det motiverande samtalet är det viktigt att möta personen där han är (Barth & Näsholm, 2006).

Motivationen att främja en bättre livsstil finns nog alltid men det kan finnas en rad olika personliga hinder, som till exempel depression, ätstörningar, bristande kunskap, rädsla inför sjukdom med mera. Det är svårt att se en vinst med livsstilsförändringen på kort sikt utan detta är ett långvarigt arbete. Motivationen finns ofta inom patienten och det är patienten själv som måste hitta den. Det är svårt att motivera till förändring när kostnaderna är större än vinsterna, som till exempel vid diabetes då hindren kan verka höga att komma över. Då är det enklare att ignorera sjukdomen och dess följder. För att komma till insikt med hur sjukdomen påverkar kroppen, både på kort sikt och på lång sikt behövs motivation (Polonsky, 2002).

När det görs en livsstilsförändring för att förbättra sin hälsa är det en form av egenvård. Exempel på egenvård är när en patient med diabetes behöver ändra sina kostvanor eller en patient med högt blodtryck som behöver ändra sina motionsvanor. En del patienter anser att det kan vara en lättnad att inte ta ansvar för sin behandling och upplever därför en trygghet i att bli omhändertagen av hälso- och sjukvårdens personal. Patienten behöver sjukvårdspersonalens stöd och vägledning. För att uppnå livsstilsförändringen är ett positivt förhållningssätt, motivation och vilja viktigt för patienten. Egenvård och vardagsliv behöver anpassas till varandra för att successivt införliva nya vanor. Det är av vikt att den enskilde individen har ett långsiktigt perspektiv. Det kan finnas patienter som innehar egenvårdsförmåga men saknar vilja. Här är det viktigt att lägga mer kraft på motivationsarbetet. Ett gott professionellt stöd är en faktor som många gånger hör ihop med motivation och förändringsarbete. Det är viktigt att sjukvårdspersonal har ett förhållningssätt som uppmuntrar och stödjer till delaktighet och egenvård (Pagels, 2004).

En finsk studie visar att ett stort hinder för behandling av livsstilsrelaterade villkor var patienternas ovilja att ändra sina vanor. Patienterna ansågs ofta ha tillräckliga kunskaper och egenvård uppmuntrades aktivt. Majoriteten av läkare och distriktssköterskor var överens om att det var viktigt att ge information, samt att även motivera och stödja patienter i livsstilsförändring. Endast några mer än hälften av de tillfrågade uppskattade att de hade tillräckliga kunskaper i livsstilsrådgivning. Distriktssköterskorna med mindre yrkeserfarenhet uppgav ofta att de hade tillräckligt med kompetens för livsstils rådgivning. Det kan tolkas mot bakgrund av förändringar i omvårdnad under skoltiden med ökad tonvikt på rådgivningskompetens under åren. Två tredjedelar av de svarande uppgav att de hade kunnat hjälpa patienter i att ändra sina levnadsvanor (Jalinoja, et. al. 2007).

I en studie av Carter & Kulbok (2002) visas att motivationen inte är någon stor drivkraft utan att hänsyn bör även tas till patientens familj och vad de kan vara behjälpliga med. Distriktssköterskans roll i det motiverande samtalet är att klargöra och identifiera motivationen. En studie kallad *The Inter99 study* handlar om huruvida motivationen är viktig

när någon ska förändra sin livsstil. Rätta förutsättningarna var ett personligt bemötande så att patienten kände sig utvald och får den hjälp som behövs. Patienten bör följas upp så att de fortsätter med livsstilsförändringarna. Detta blir en intensiv behandling med många besök och uppföljningar som blir dyrt för sjukvården (Borsch-Johnsen, Jörgensen, Pisinger & Vestbo, 2004).

Problemen med motivation kommer oftast då vanorna skall bli bestående. Patienten kan vara lätt motiverad att prova nya saker men faller sen lätt tillbaka i gamla vanor. En annan faktor som gör att motivationsarbetet kan upplevas som svårt är att det ofta tar väldigt lång tid. För att en förändring skall bli bestående behöver patienten kontinuerlig kontakt med sin distriktssköterska under en lång tid. Den största svårigheten anses vara att de flesta har så djupt ingrodda vanor som vi inte riktigt hittar en anledning till att bryta (Granbom, 1998).

Det är också mycket viktigt att inte använda sig av påtryckningar i ett motivationsarbete hos patienten, inte heller vara styrande eller kontrollerade. Det kan nämligen leda till att patientens självständighet och motivation till förändring undermineras. Det är av stor vikt att insikten om förändring måste komma från patienten själv och att denne ser klara fördelar med förändringen (Rudenfelt & Axelsson, 2004).

Evidensbaserat hälsofrämjande arbete innebär att ha en kritisk inställning till sin yrkesutövning, det vill säga att hela tiden fråga sig: Vad vet jag om vad som kan vara verksamt i just denna situation, eller för just den här individen? Distriktssköterskan kan ta hjälp av ett evidensbaserat perspektiv för att mer urskilja lämpliga metoder och rutiner i situationer där forskningen har visat att de innehar eller saknar berättigande. Medvetenhet om att det kan finnas en klyfta mellan evidens och praktik bör finnas. Det finns många orsaker till detta, det är inte alltid lätt att hålla sig uppdaterad med det senaste inom forskningen eller att tillämpa de nya rönen i sin egen verksamhet. Största orsaken är att det tar tid (Elwes & Simnett, 2005).

Hälsokorset

En teori som ofta förekommer vid diskussioner kring hälsans olika dimensioner utifrån ett holistiskt perspektiv är *Hälsokorset*. Katie Erikssons "hälsokors" innebär att frånvaro av sjukdom inte nödvändigtvis innebär hälsa och tvärtom, sjukdom behöver inte innebära frånvaro av hälsa. Trots att en person lider av en sjukdom kan han eller hon ändå uppleva hälsa (Eriksson, 1985). De olika dimensionerna är psykiska, fysiska, sociala och existentiella. Teorin försöker på ett förenklat sätt förklara skillnaden mellan kroppslig och upplevd hälsa. Dimensionen sjuk – frisk är ofta förknippad med kroppslig hälsa och där glöms ibland den psykiska hälsan bort. Dimensionen må bra – må dåligt betonar istället den upplevda hälsan. Teoretiskt skiljs kroppslig och upplevd hälsa åt men i verkligheten finns en växelverkan mellan dessa två begrepp (Rydqvist & Winroth 2002).

Olika stadier i förändringsprocessen

Den transteoretiska modellen är en teori utvecklad av Prochaska och DiClemente som används för att förklara olika stadier i en förändringsprocess. Teorin är baserad på antagandet om att beteendeförändringar är en pågående process och inte en händelse. Teorin förklarar också att individen har olika nivåer av motivation till en förändring under olika stadier (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992).

Många individer är inte intresserade av eller redo för en förändring. Att skapa motivation är komplicerat eftersom det handlar om att åstadkomma en beteendeförändring. Men att se denna förändring som en process kan förenkla problemet. Personens förmåga att vilja förändra sig till ett hälsosammare beteende beror på var den befinner sig i denna förändringsprocess. Personens vilja påverkas av dennes engagemang, närmiljö, självförtroende och sociala stöd.

Den Transteoretiska modellen kan delas in i följande fem stadier:

Förnekelsestadiet – individen erkänner inte ett existerande problem och funderar inte på förändring.

Begrundandestadiet – individen accepterar problemet och funderar på förändring.

Förberedelsestadiet – individen planerar för en snar förändring.

Handlingsstadiet – individen har aktivt påbörjat och upprätthåller förändringen.

Aktivitetsstadiet – individen fortsätter att upprätthålla beteendet och undviker återfall.

En förändringsprocess definieras som en aktivitet som inleds för att ändra tankesätt, känslor eller beteenden som någon hyser. Målet är att förflytta sig närmare nästa stadium och under varje stadium bör olika processer användas för att förändringsarbetet ska bli så effektivt som möjligt. Det kan exempelvis vara att öka individens uppfattning om risker och problem med en stillasittande livsstil samt att informera om hälsovinster med motion. Det är viktigt att tillägga att det inte är ovanligt att människor faller tillbaka till tidigare stadier. Därför ses denna teori som cyklisk och inte linjär (Falskunger, 2001; Prochaska, DiClemente & Norcross 1992). Det finns mycket få studier publicerade som undersöker distriktssköterskors åsikter och erfarenheter i motivationsarbetet. I en intervjustudie från Storbritannien visas att det finns en global oro över antalet patienter med ökad fetma på grund av minskad fysisk aktivitet. Det har hävdats att den primära hälso- och sjukvårdspersonalen är idealiskt placerad för att främja fysisk aktivitet i samhället. Intervjudata tyder på att de flesta distriktssköterskor gav fysiska aktivitetsråd utifrån deras föreställningar om patientens vilja till förändring och sina intryck av patientens inledande tillstånd, underliggande fysiska kondition och livsomständigheter. Inga mått på underliggande fysisk kondition användes. Det fanns hög entusiasm för fysisk aktivitet för att främja hälsa. Det bör dock vara en utmaning för ledare och opinionsbildare att nuvarande föreställningar och antaganden om fysisk aktivitet marknadsförs till den allmänna befolkningen (Douglas, van Teijlingen, Torrance, Fearn, Kerr & Meloni, 2006).

Problemformulering

Inom hälso- och sjukvården har distriktssköterskor en viktig funktion att motivera patienterna att ändra sin livsstil och därmed återställa hälsa, förebygga sjukdom och lidande. Vi saknar tidigare studier som beskriver distriktssköterskors erfarenheter av att motivera patienter till hälsofrämjande livsstilsförändringar. Distriktssköterskors arbete med att motivera patienter till hälsofrämjande livsstilsförändring är komplext. Vi vill därför med denna studie öka kunskaperna kring på vilket sätt distriktssköterskors arbetar med att motivera patienter till hälsofrämjande livsstilsförändringar.

SYFTE

Studiens syfte är att beskriva distriktssköterskors erfarenhet av att motivera patienter till hälsofrämjande livsstilsförändringar.

METOD

Kvalitativ metod

Eftersom syftet med studien var att beskriva distriktssköterskors erfarenhet av att motivera till hälsofrämjande livsstilsförändringar valdes en kvalitativ induktiv ansats. Den kvalitativa forskningen beskriver subjektiva upplevelser, där både frågor och svar är ostrukturerade, det vill säga frågorna är öppna för att få friare svar. Skälet till detta är att erhålla spontan information om företeelser, attityder och upplevelser, men det innebär inte att frågorna inte har någon riktning (Starrin & Svensson, 1994). Enligt Lundman & Hällgren Graneheim (2008) innebär kvalitativ innehållsanalys förutsättningslös analys av texter som exempelvis kan vara baserade på människors berättelser om sina erfarenheter. I studier med kvalitativ ansats växlar forskaren mellan närhet och distans och blir därmed medskapare i forskningsprocessen.

Den kvalitativa forskningsintervjun söker förstå världen ur de intervjuades synvinkel och utveckla innebörden av människors erfarenheter. Styrkan i intervjusamtalen i en kvalitativ intervju är att det kan fånga en mängd olika personers uppfattningar eller upplevelser av ett fenomen eller ett ämne, och ge bild av en mångsidig och kontroversiell mänsklig värld (Kvale, 1997). Vid en kvalitativ innehållsanalys är fokus att beskriva variationer genom att identifiera skillnader och likheter i textinnehåll (Lundman & Hällgren, Graneheim, 2008).

Urval

Studien utfördes i ett primärvårdsområde i Västra Götalands region, alla med lika stora upptagningsområde. Tre vårdcentraler tillfrågades om deltagande i studien varav alla hade fungerande livsstilmottagningar. Arbetet på vårdcentralen för distriktssköterskan innebär främst sjukvårdsinriktad hälsovård medan livsstilssköterskan arbetade mer preventivt. Distriktssköterskorna som arbetar på vårdcentralerna kunde alla hänvisa till livsstilssköterskan. Målet med livsstilmottagningarna är att invånarna ska få en ökad medvetenhet och insikt om sambandet mellan sin livsstil och hälsa och därigenom motivation att fatta egna beslut om positiva förändringar i livsstilen. På livsstilmottagningen arbetar enbart en distriktssköterska, patienterna som kommer dit kan komma på remiss eller ta kontakt själva. Budskapet om livsstilmottagningar har utbudits via annonsering. Livsstilssköterskorna samarbetar vid gruppaktiviteter många gånger med andra livsstilssköterskor. I det hälsofrämjande arbetet utgår de från vad som förstärker människors hälsa och välmående. I det förebyggande arbetet är de mer fokuserade på vad som förhindrar sjukdomar och skador. Enligt folkhälsorapporten (2009) har mer än hälften av befolkningen i Västra Götalandsregionen goda levnadsvanor, detta är i överensstämmelse med övriga Sverige. Vårdcentralsföreståndarna kontaktades, ett introduktionsbrev skickades tillsammans med ett svarsbrev (bilaga 1 och 3). De ansåg att syftet med vårt arbete var intressant och de valde sedan ut distriktssköterskor som fick ta del av ett informationsbrev (bilaga 2). Inklusionskriterierna för studien var distriktssköterskor med intresse för att motivera till livsstilsförändringar gärna med egen livsstilmottagning. Studien bestod av sex distriktssköterskor fyra av informanterna arbetade enbart med livsstilmottagning. Samtliga var distriktssköterskor och hade gått motiverande samtalsmetodik (MI), alla hade jobbat minst fyra år på vårdcentralen.

Datansamling

För insamling av data användes en öppen intervju. I den öppna intervjun får personerna utifrån den egna förståelsen av företeelsen möjlighet att själva avgränsa, behandla och definiera innehållet. Även om intervjun blir mer eller mindre öppen syftar den alltid till att nå fram till hur innehållet i en företeelse eller i ett objekt uppfattas (Starrin & Svensson, 1994). Intervjuerna genomfördes på distriktssköterskornas arbetsplats i en lugn miljö utan störande moment. Intervjuerna inleddes med att vi förklarade vårt syfte (bilaga 4). Intervjuerna spelades in på band och varade cirka 30-45 minuter. Sedan skrevs intervjuerna ner i sin helhet. Texten bildade sedan underlag för bearbetning.

Dataanalys

Vi grundade analysen på Lundmans & Graneheim Hällgrens (2008) beskrivning av kvalitativ innehållsanalys. De anser att när en text ska analyseras utgår författarna från att den omfattar flera meningsbärande enheter, och att det alltid finns en viss grad av tolkning. Sammanhanget som omger texterna bör det tas hänsyn till. En text är således en bit av sitt sammanhang och kan inte plockas ut ur sin omgivning. När intervjuerna skrivits ut ordagrant så betraktades hela dokumentet som en analysenhet och i grova drag så delades den in i domäner. De olika delarna av texten handlar om specifika områden. Intervjuer är passande för analysen för att de är stora nog att anses som en helhet, men även små nog för att kunna ha meningsbärande enheter i minnet under analysgången. Med meningsbärande enhet menas de ord, meningar eller korta stycken som innehåller aspekter relaterade till varandra genom deras innehåll och kontext. Abstraktion är en process där man kondenserar texten utan att själva kärnan går förlorad och som även inkluderar skapandet av koder, kategorier och teman. Objekt, händelser eller andra fenomen kan vara en kod, medan själva kärnan i kvalitativ innehållsanalys är att skapa kategorier som syftar i huvudsak till en beskrivande nivå av innehållet. Efter att texten lästs igenom av författarna och handledaren så diskuterades helheten igenom och det reflekterades över textens huvudsakliga innehåll. Därefter delades texten in i domäner, meningsenheter identifierades, förkortades och benämndes med en kod. Därefter jämfördes koder med avseende på likheter och skillnader och sorterades i kategorier. Ett tema formulerades baserat på texten som helhet, innehållet i kategorierna och det underliggande syftet. Tillsammans med handledaren har författarna försökt att få innehållet på en beskrivande nivå, vilket är en kategori som svarar på frågan Vad? Slutskedet blir temat som svarar på frågan Hur? (Lundgren & Graneheim Hällgren, 2008). Exempel på analysprocessen presenteras i tabell 1.

Tabell 1 exempel på analysprocess.

Meningsenheter	Konden serad	Kod	Underkategor i	Kategori
<i>"Det är svårt man kan inte inplantera motivation i någon annan, finns det ett frö så kan jag jobba"</i>	Inplantera motivation så ett frö	Erfarenhet	Erfarenhet av motivations-arbete	Evidens och erfarenhet betydelsefulla verktyg
<i>"Det vet man att bara detta att de besvärats sig om att ringa så finns det någon slags av drivkraft.</i>	Besvärats ringa någon slags drivkraft	Bekräfta	Att stödja och lyssna	Kvalitén på det professionella stödet

Förförståelse

Våra tidigare erfarenheter består mestadels av att arbeta som sjuksköterskor inom slutenvården. Där har vi ej kunnat vara med och påverka patienters livsstil, eftersom vi inte haft möjlighet att följa dem i förändringsarbetet. Vi har dagligen i vår yrkesutövning träffat på patienter som är i behov av livsstilsförändringar. Vi förstod att det var mycket svårt att påverka patienterna till livsstilsförändringar och att det krävdes mycket arbete för förändring. I den här studien vill vi beskriva distriktssköterskors erfarenheter av att motivera patienter till hälsofrämjande livsstilsförändringar. Huvuduppgiften i den kvalitativa forskningsintervjun är att förstå innebörden av vad den intervjuade säger och beskriva och förstå meningen hos centrala teman (Kvale, 1997). Enligt Lundman & Hällgren Graneheim (2008) sätter förförståelsen sin prägel på analysen och påverkar studiens trovärdighet.

Etiska övervägande

Inför studien följdes Helsingforsdeklarationen (2008) för att ta hänsyn till de etiska aspekterna om forskning som omfattar människor, för att visa respekt och skydda deltagarens integritet. Enligt de grundläggande etiska principerna skall man ha respekt för personer där autonomprincipen, godhetsprincipen, principen att inte skada samt rättvisepincipen gör sig gällande (Medicinska forskningsrådet, 2000). Enligt Kvale (1997) har det stor betydelse att man är grundligt förberedd för att intervjua och att man är ordentligt kunnig inom ämnet för intervjun, och på det samspel som sker under intervjun. Information och samtycke innebär att informanten får information om hur och varför intervjun ska genomföras, vilka som kommer att ha tillgång till materialet. Informationen om studiens syfte ska vara väl beskrivet. Deltagaren ska veta om sin rätt att avstå från att delta eller avbryta sin medverkan när som helst utan att bli frågad om varför. Informationen ges i god tid så att informanterna har möjlighet att tänka över sin medverkan. Frågeställningen i intervjun är formulerad på ett sätt så att informanten inte uppfattar studien kränkande eller där frågeställningen på något sätt skulle anspela på att informanten känner sig otillräcklig i sin yrkesroll. Materialet behandlas konfidentiellt.

RESULTAT

Efter analys och bearbetning av texten sammanställdes och beskrevs resultatet genom ett tema, två kategorier och ett antal underkategorier. Varje underkategori belyses med citat från de intervjuade distriktssköterskorna. Huvudkategorierna är Kvalitén på det professionella stödet och Evidens och erfarenhet betydelsefullt för förändringsarbetet. Följt av underkategorierna att lyssna och bekräfta, att stödja emotionellt, att erbjuda information, verktyg för förändring, att arbeta evidensbaserat och erfarenhet av motivationsarbetet. Kategorier och underkategorier ledde till temat hur distriktssköterskors lyhördhet och kunskap är ledstjärnor för att motivera patienter till en hälsosammare livsstil. En översikt av dessa huvudkategorier och underkategorier och tema kan ses i tabell 2.

Tabell 2. Presentation av underkategorier, kategorier och tema.

Underkategori	Huvudkategori	Tema
Att lyssna och bekräfta	Kvalitén på det professionella stödet	Distriktssköterskors lyhördhet och kunskap är ledstjärnor för att motivera patienter till en hälsosammare livsstil
Att stödja emotionellt		
Att erbjuda information		
Verktyg för förändring	Evidens och erfarenhet betydelsefullt för förändringsarbetet	
Att arbeta evidensbaserat		
Erfarenhet av motivationsarbetet		

Kvalitén på det professionella stödet

Att lyssna och bekräfta

För att kunna hjälpa patienter att tala om sina behov och uttrycka sina känslor måste distriktssköterskan ha en förmåga att lyssna, det innebär mer än att bara uppfatta de ord som sägs. Många gånger känner patienten att problemet är så stort och att de är beredda att göra en förändring. Patienten kanske har ett högt blodtryck men hans största problem är tröttheten. Det är viktigt att definiera problemet så man pratar om samma problem och göra en ordentlig nulägesanalys.

”En ordentlig nuläges analys, att definiera problemet så att man pratar om samma problem, hur påverkar detta mig”

”När jag lägger i vågskålen för plus och minus så är det ändå så här att minus sidan för den här vana är så stark så jag är beredd att göra en förändring”

Som lyssnare måste man rikta hela sin uppmärksamhet mot patienten och ibland hjälpa dem att förtydliga sig. Att lyssna innebär att hjälpa patienterna att tala om sin situation. Patienten hittar själv det han vill förändra små relevanta mål och en sak i taget. Det är lättare att lägga till en vana än ta bort en ovana.

”Viktigt att det är relevant att det är små mål och att patienten väljer att det är frivillighet”

I varje möte med patienter bör distriktssköterskan väcka intresset och ta upp frågan om det är något som patienten vill förändra? Även om man inte hinner med ett helt motiverande samtal bör frågan lyftas. I våra intervjuer har det framkommit att MI används en professionell samtalsmetod som syftar till förändring. Det handlar i första hand inte om hur förändringen ska ske utan om förändringen ska ske. De flesta som gör något får en eftertanke.

”Den här frågan ska väckas därför att det är då du kan hamna längre på din motivation för jag tror man ska aldrig liksom tjata och gå på utan man ska fråga man ska väcka frågan”

”Varje sköterska och varje doktor är så viktiga även om man inte hinner med ett helt motiverande samtal liksom, bara liksom lyfta lite grann”

”MI samtalet går helt ut på vad patienten vill”

Att stödja emotionellt

Enligt distriktssköterskan ska vården eftersträva ett vänligt och patientcentrerat förhållningssätt som tar hänsyn till patientens egna värderingar och behov. I varje möte finns målsättningen att underlätta för patienten att ta ställning för sina levnadsvanor. Det handlar om att patienten ska hitta sin egen självkänsla. Det är viktigt att ge patienten tron på sig själv, många människor är idag fattiga på självkänsla och sätter sig inte själva i centrum. En patient måste aktivt värna om sitt eget välbefinnande för att ha kraft och ge ut någonting. För att få den kraften måste patienterna vara mån om sin egen person.

”Nej en del förstår inte frågan för så får man ju inte säga att man själv är viktigast ska jag själv må bra så måste jag lägga kraft och energi på att jag ska må bra...”

Det gäller att plocka fram vad patienten vill göra och att i varje möte med patienterna se hur patientens hälsa kan förbättras. Ringer patienten själv det är ju det allra bästa för då vet man att de själva vill, då har de kommit en bit på motivationstrappan. Erfarenheter visar att det underlättar en hel del om någon anhörig kan vara med vid samtal om livsstilsförändring för att lättare kunna stimulera till förändring.

”Vilket möte som helst eller i telefonen om man efterfrågar någonting där vi kan haka på och erbjuda någonting”

”Uppmuntran kring förändring inte bara att det ligger på mig och patienten utan till omgivningen”

Att erbjuda information

Vid livsstilsförändringar är det viktigt att förklara och ge information till patienten, för att kunna planera vissa förändringar i patientens dagliga liv. Det kan göras genom att lägga upp en plan och komma överens om åtgärder med patienten. De kan till exempel skriva dagbok och lägga upp hur mycket de vill träna de kan också skriva ett så kallat kontrakt. Att stärka individens egen förmåga att fatta hälsobeslut och att genomföra dem kan medföra många fördelar för patienten. Men det handlar inte bara om fördelar utan också om ökad självkänsla hos patienten genom upplevelsen av att ta aktivt del av sitt liv. Distriktssköterskor hjälper patienten att skaffa ett verktyg att börja leva mer hälsosamt för att sedan följa upp att det fungerar. Vid en hälsoprofilsbedömning framkommer patientens situation, många som kommer dit mår dåligt och orkar inte med själva att göra en förändring. Det är viktigt att vara lyhörd så patienten är rätt i processen, att det framkommer vad som är bra och vad som är mindre bra och vad de ser för samband mellan dessa orsaker.

”... det här vill jag förändra eller för all del måste förändra men jag är beredd att göra det. För att jag ser att vinsterna för mig är så pass stora att jag är beredd att ta förlusterna”

Om det påvisas att patienten har förhöjda värden som inte kräver medicinsk behandling kan information ges så att det finns möjlighet att påverka värdena.

Genom att träffa en dietist och prata om det eller om patienten hellre vill komma till livsstilsmottagningen. Många gånger kan mycket förebyggas genom andra val ofta handlar det om okunskap.

”Man måste förklara vet du om vad du kan göra för att förbättra situationen”

Evidens och erfarenhet betydelsefullt för förändringsarbetet

Verktyg för förändring

Enligt distriktssköterskorna så jobbar de på ett sätt som heter motiverad hälsoprofilsbedömning, där det används ett standardiserat frågeformulär. I frågeformuläret tas det upp hur fritiden ser ut, färdmedel till och från jobbet, motionen, kosten, tobak, alkohol, läkemedelsintag, upplevelsen stress, upplevelsen av ensamhet samt upplevelsen av den egna hälsan. Utifrån detta görs försök att hitta ett bra program för patienten.

”Den här miniprofilen fem frågor om din hälsa och då kommer det naturligt här mat, fysisk aktivitet, tobak, alkohol, stress. Mätmetod hos oss är bara midjemått för det är enklast då kommer man automatiskt in på det här med vikten”

För att kunna arbeta strukturerat behövs redskap som används tillsammans med patienten. Ett redskap som redan finns är kompassen, en sorts dagbok som används av diabetiker för att underlätta formuleringar av målsättningar. Patienterna skriver själva i den och vid mottagningens besöket görs en gemensam genomgång.

”Vi använder kompassen nu då så skriver vi ju in mål då eller gemensamma mål man hjälper ju patienten att formulera målsättningen och följa upp vid nästa besök”

Att arbeta evidensbaserat

Distriktssköterskorna bör arbeta evidensbaserat och ska ha ett reflekterande förhållningssätt i sitt eget arbete. Dessutom ska det finnas ett kritiskt förhållningssätt som innebär att analysera situationer och utifrån det ge förslag på nya handläggande av olika frågor för att sedan genomföra och utvärdera dessa. Efter genomgången utbildning till distriktssköterska är

intresset större för att arbeta hälsofrämjande och det är naturligare att ta upp frågorna kring livsstilsfaktorer. Många känner att tiden inte räcker till.

”Ju fler som har gått distriktssköterske utbildningen desto naturligare har det blivit att ta upp frågan, fast det är ju tiden också”

”Patienten förväntar sig att man tar upp de här frågorna och nu är det inga som helst problem att prata rökning med patienten utan nu är nästa utmaning är att våga prata alkohol också...”

En bred kunskap behövs för att kunna möta olika problem. Det finns ett ökat intresse för att läsa in sig på vårdprogram. Det är viktigt att vara uppmärksam och att ha ett reflekterande förhållningssätt och att frågor tas upp på ett respektfullt sätt för det är ändå distriktssköterskan som har kunskapen.

”Om man lägger om sår på mottagningen och känner att personen luktar rök, t.ex. har du funderat något på om cirkulation och sårhäkning kan påverkas något av det här att du röker...”

Erfarenhet av motivationsarbete.

Med erfarenhet menas praktisk erfarenhet genom upplevelser, förvärvad kunskap eller färdighet. Distriktssköterskan ska ha ett etiskt och holistiskt förhållningssätt och vara baserat på vetenskap och beprövad erfarenhet. Distriktssköterskan definierar livsstilsförändring som förändring av någon vana i vardagen som påverkar hälsan. Att förändra sin livsstil innebär att patienten inser vikten av att göra en livsstilsförändring och att de är beredda att ta förlusterna för att de ser att vinsterna är så stora. Förändringsstrategin handlar om att komma till insikt genom att distriktssköterskan väcker tanken om att göra en livsstilsförändring. Det är en utmaning för distriktssköterskan att få patienten att förstå att det är de själva som bestämmer och inte omständigheterna. Många patienter upplevde en förbättrad hälsa bara genom att få komma och prata om sitt problem.

”Förändring av livsstil det är när en person av en eller annan anledning landar i att det här vill jag förändra eller för all del måste förändra men jag är beredd att göra det.”

”En utmaning är att få dem att förstå att det faktiskt är jag här i min kropp det är jag som bestämmer om jag vill röka eller det är inte omständigheterna”

Själva motivationen finns inom patienten, de kan vara osäkra och tveksamma många gånger under en process. De kan vara osäkra på om förändringen är nödvändig eller om de kommer att lyckas, om det är värt det eller om förändringen innebär att de förlorar något. För att förstärka patientens motivation menar distriktssköterskorna att det som patienten hör sig själv

säga är det som förstärks. Ju fler som påpekar att en vana bör förändras för att förbättra hälsan desto mer förstärks den.

”Här går vi upp och ned och vi kan få gå upp och ned ganska många gånger innan man är fastförankrad här uppe”

”Därför det som patienten hör sig själv säga det är det som förstärks hos den. Och då blir det mitt jobb att se till att du säger att du hör dig själv säga det som jag vill ska förstärkas hos dig”

Distriktssköterskorna som arbetar på livsstilmottagningar upplever att man kan följa patienterna på ett helt annat sätt och att tiden finns. Tiden är viktig att den finns när man ska arbeta med livsstilsförändringar, alla inblandade ska känna att det finns möjlighet till reflektion. Att förändra en vana är ett tidskrävande moment. Ibland finns det något problem som är ouppklarat för patienten det måste då finnas möjlighet att reda ut detta först. Vid ett vanligt besök på vårdcentralen är det svårt för distriktssköterskan att arbeta preventivt eftersom tiden oftast inte räcker till.

”Så att det var det positiva tycker jag mycket med att man startade upp livsstilmottagningen att man kunde se liksom arbetet då om det blev en klar förbättring vad som hände med patienten och de får berätta ifrån början till slut.

Det lätt att falla tillbaka i gamla vanor därför är det viktigt att i samband med livsstilsförändringar gå igenom olika faktorer utifrån olika perspektiv. Det är mycket som händer under året, mår patienterna dåligt faller mycket av livsstilen. En förändring tar lång tid att bli bestående.

”så lätt att falla tillbaka när det liksom krisar ihop sig jag känner att man behöver ha ett helt år och få en förändring att verkligen sätta sig”

”Likadant som vid stress, man äter sämre, man rör på sig mindre, sover mindre, har man någon gång druckit så dricker man mera, röker man så röker man mera”

Distriktssköterskors lyhördhet och kunskap är ledstjärnor för att motivera patienter till en hälsosammare livsstil

Professionellt stöd och evidens främjar en hälsosam livsstil. Distriktssköterskorna ansåg att det var viktigt med kvalitén på det professionella stödet och att ha evidens och erfarenhet för hälsofrämjande arbete. I mötet med patienterna ansåg distriktssköterskorna att det var viktigt att lyssna och bekräfta patienterna, vidare behöver patienterna stödjas emotionellt. För att sedan kunna erbjuda informativa val. Att lyssna innebar att ha en förmåga att lyssna och att definiera problemet. För att stödja emotionellt var det viktigt att ge patienten tron på sig själv.

Att ge informativa val kunde vara att lägga upp en plan och att sedan komma överens om åtgärder med patienten.

Betydelsefullt för förändringsarbetet var att det fanns verktyg för förändring, ett verktyg som användes var motiverande hälsoprofilbedömning ett standardiserat frågeformulär. Distriktssköterskorna ansåg att de bör arbeta evidensbaserat och ha en bred kunskap och att de efter distriktssköterskeutbildningen fått ett större intresse i och med sina ökande kunskaper i hälsofrämjande arbete. Erfarenhet införskaffades genom upplevelse, förvärvad kunskap och färdigheter. Förändringsstrategin handlar om att komma till insikt genom att distriktssköterskan väcker tanken om att göra en livsstilsförändring.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Författarna valde en kvalitativ metod då studien avsågs att beskriva distriktssköterskors erfarenheter av att motivera till hälsofrämjande livsstilsförändringar. Den kvalitativa metoden lämpar sig väl då man önskar ta del av andras erfarenheter och upplevelser. För att ta del av andra människors upplevelser måste man lyssna till deras berättelser, intervjun valdes därför som datainsamlingsmetod (Dahlberg, 1997). Metoden ansågs lämplig för att få distriktssköterskorna att beskriva sina erfarenheter. Under studiens gång har syftet diskuterats vid ett flertal tillfällen med handledaren. Från början av studien var syftet med arbetet upplevelser av hälsofrämjande arbete men det har ändrats under studiens gång till erfarenheter av hälsofrämjande arbete. Distriktssköterskorna i vår studie ansåg att erfarenhet införskaffades genom upplevelse, förvärvad kunskap och färdigheter. Enligt Wikipedia är erfarenhet praktisk, genom upplevelser förvärvad kunskap eller färdighet.

En induktiv ansats valdes vilket innebär att texterna analyseras förutsättningslöst och kan vara baserat på människors berättelse om sina erfarenheter (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Författarna till denna studie anser att den kvalitativa metoden med induktiv ansats för intervjustudien var relevant.

Kvale (1997) hävdar att styrkan hos intervjusamtalet i en kvalitativ intervju är att det kan fånga en mängd olika personers uppfattningar eller erfarenheter av ett fenomen eller ett ämne, och ge bild av en mångsidig och kontroversiell mänsklig värld. Författarna ansåg därför att intervjuer var en lämplig datainsamlingsmetod för att få svar på syftet. Materialet bestod av sex transkriberade intervjuer vilket bedömdes tillräckligt för att uppnå en variation.

Fördelarna med intervju som datainsamlingsmetod var att författarna erhöll nyanserade beskrivningar av olika kvalitativa aspekter av de intervjuades erfarenheter. Författarna kunde också se deltagarnas kroppsspråk och urskilja nyanser i rösterna samt be dem förtydliga och utveckla oklara uttalanden. Intervjudeltagarna hade mycket att berätta och delade gärna med

sig av sina upplevelser och erfarenheter. Enligt Kvaales (1997) rekommendationer transkriberades intervjuerna i nära anslutning till intervjuerna på så sätt hade vi dem färskt i minnet och risken för felskrivningar kunde minimeras.

Eftersom författarna var oerfarna intervjuare fanns det risk för att samtalet kunde beröra ämnen som inte hade med syftet att göra, det uppfattades senare inte som något problem. Nackdelarna med intervju som datainsamlingsmetod var att författarna var tvungna att fånga allt material under intervjutillfället. Vid något tillfälle märkte författarna att det fanns vissa oklarheter i intervjumaterialet som kunde ha tydliggjorts under intervjun. Vid transkriberingen var det vid några tillfällen svårigheter att höra vad de sa på bandet då de ibland talade lågt. Materialet genomlästes sedan ett flertal gånger för bekantgörande av texten där markerades fraser för att senare jämföras och grupperas efter liknande innehåll. För att stärka giltigheten i studien analyserade vi var för sig. Vid jämförelse visade det sig att båda författarna hade kommit fram till samma meningsbärande enheter. Författarna återgick ett flertal gånger till den ursprungliga intervjutexten under analysens gång för att kontrollera att kontexten bevarades.

Som analysmetod valdes innehållsanalys enligt Lundman & Hällgren Graneheim (2008) som författarna ansåg vara lätt att följa och tydlig. För att få svar på trovärdigheten inom den kvalitativa innehållsanalysen används begrepp som giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet.

Enligt Ruth (1991) befasts giltighet på den egenskap eller det teoretiska drag man föresatt sig att mäta i studien att den verkligen mäts. Enligt Lundman & Hällgren Graneheim (2008) bör läsaren ges möjlighet att bedöma giltighet i tolkningar, en noggrann beskrivning av urval och analysarbete skall göras. Citat från intervjuerna ger också läsaren möjlighet att bedöma giltigheten. Författarna har beskrivet urval och analysarbete noggrant samt presenterat citat från intervjuerna. För att tydliggöra resultatet har författarna presenterat resultatets underkategorier, kategorier och tema i Tabell 2. Enligt (a.a) stärks giltigheten om resultatets innebörd överensstämmer väl mot den ursprungliga analysenheten.

Tillförlitligheten enligt Ruth (1991) ökar om forskarna preciserar det problem som vill undersökas så exakt som möjligt innan studien inleds. En av trovärdighetsfrågorna inriktas mot kvaliteten i de data forskarna insamlat. Analysarbetets noggranna beskrivning har stärkt resultatets tillförlitlighet anser författarna. Enligt Lundman & Hällgren Graneheim (2008) så stärks resultatet tillförlitlighet över en noggrann beskrivning av analysarbetet. Författarna har vid ett flertal tillfällen gått igenom analysmaterialet var för sig och sedan diskuterat dess innehåll tillsammans med handledaren. Författarna ansåg inte att någon viktig information gått förlorad. Enligt (a.a) stärks tillförlitligheten genom att två personer genomfört analysprocessen, först var för sig och sedan tillsammans. Författarna tydliggör analysprocessen genom Tabell 1. Under studiens gång har författarna haft kontakt med en handledare som kontinuerligt granskat studien vilket ökar tillförlitligheten. För att författarna ska kunna ha ett öppet förhållningssätt har förståelsen diskuterats flera gånger, vilket även det ökar tillförlitligheten. Enligt (a.a) innebär överförbarhet en grundlig redogörelse för urval, deltagare, datainsamling, analys och de omständigheter som utgör studiens sammanhang. Resultatets överförbarhet stärks genom att författarna till föreliggande arbete gjort detta.

Trovärdigheten ökar också med tanke på att inklusionskriterierna bestod av distriktssköterskor med intresse för livsstilsfrågor gärna med egen livsstilmottagning. Författarna anser att inklusionskriterierna var relevanta utifrån studiens syfte.

Resultatdiskussion

Distriktssköterskorna i vår studie upplevde att det ska vara kvalitet på det professionella stödet och för det krävs evidens och erfarenhet som är betydelsefullt för förändringsarbete. Det leder i sin tur till hur distriktssköterskors lyhörddhet och kunskap är ledstjärnor för att motivera till en hälsosammare livsstil.

Resultatet i vår studie visar att distriktssköterskan i varje möte med patienter måste lyssna och bekräfta dem, det är av vikt att definiera deras problem och att göra en ordentlig analys. Att ansvara och vara delaktig i sitt egna beslut tycker distriktssköterskorna är en viktig komponent i motivationsarbetet. Egenvården är en röd tråd genom hela sjukvården just nu från att förebygga ohälsa till att förbättra livskvalitet vid kronisk sjukdom. Distriktssköterskorna erfar att om vilja finns och acceptans till att förändra så blir motivationsarbetet mycket lättare.

Enligt Elwes & Simnett (2005) kan självkänslan definieras som en känsla av allmänt välbefinnande som individen upplever i relation till sig själv. Distriktssköterskorna i vår studie upplever att patienten många gånger saknar tron på sig själv. Har patienten inte tron på sig själv kan de inte heller förändra sig. Distriktssköterskor bör hjälpa patienten att stärka och hitta sin egen självkänsla. Ökad kunskap ger en ökad känsla av kontroll av den egna livssituationen detta ges genom egenvårdsengagemang. Patienten måste förstå att det är de som bestämmer och inte omständigheterna.

Sjukvården bör tillhandahålla ett förhållningssätt som uppmuntrar och stödjer delaktighet så att patienten kan känna medbestämmande och upplever respekt och får en god relation till sjukvårdens personal. Ett förhållningssätt eller en vårdfilosofi är en beskrivning av empowerment, den innebär beaktande av patientens föreställningar och kunskap om sin hälsa. Den ska främja egenvårdsförmågan genom uppmuntran och samverkan. Det är viktigt för patienten att få en relation med distriktssköterskan, där de blir bekräftade och sedda. Distriktssköterskorna måste ibland hjälpa patienterna att förtydliga sig. I varje möte med patienter bör frågan tags upp om patienten vill förändra något i sin livsstil (Pagels, 2004). Distriktssköterskor går tillväga på olika sätt i pedagogiska möten, såsom att observera det patienten säger och gör, att fråga, att invänta patientens frågor, att informera (Friberg, 2001).

Aktivt lyssnande innefattar att söka en förståelse av det underliggande budskapet bakom individens ord. Innebörden kan förvirras så patienten inte förmår att uttrycka exakt vad hon menar. Att vara med innebär att vara med patienten i rumslig betydelse men också att vara med patienten i betydelsen av att följa patientens resonemang (Elwes & Simnett, 2005; Friberg, 2001). I en studie av Poskiparta, Liimatainen, Kettunen & Karhila (2001) beskrivs

hur atmosfären i det motiverande samtalet skulle utgå från ett patientcentrerat perspektiv, med ögonkontakt och där distriktssköterskan och patienten satt bredvid varandra. Detta lyssnande kroppsspråk uppmuntrade patienten och gav dem tid att tänka och reflektera.

Distriktssköterskorna i vår studie upplever att det underlättar om någon anhörig kan stödja i förändringsarbetet för att öka motivationen. Att patienten behöver stöd framkommer i många aspekter. Distriktssköterskan uppmuntras att bjuda in anhöriga till samtal för att skapa en utvecklande miljö då de anhöriga får ta del av vad patienten vill åstadkomma och varför. I vår intervju upplevde distriktssköterskorna att det var en stor fördel om så många som möjligt var delaktiga i förändringsarbetet. Även att det var flera som påpekade att en förändring av livsstilen behövdes, då påverkades patienterna i sin motivation. Det påvisades i ett flertal studier att det är viktigt med stöttning av nya vanor och att det är svårare för patienten att ändra sig om ens respektive inte visade entusiasm och stöttning inför beslut om livsstilsförändring (Borsch-Johansen, Jørgensen, Pisinger & Vestbo, 2004; Ruderfeldt & Axelsson, 2004; Carter & Kulbok, 2002).

Ökad livskvalitet och engagemang i egenvården främjar välbefinnande och handlingskraft. När viljan saknas men egenvårdsförmågan finns bör det läggas mera fokus på motivationsaspekterna och granska det stöd som finns att erbjuda. Att sjukvården har ett stort ansvar som kunskapsproducent och kunskapsförmedlare är fastställt och att pedagogisk kompetens är nödvändig. Det är viktigt att sjukvårdspersonalen uppmuntrar och stödjer patienter till egenvård och delaktighet. Motivation och förändringsarbete hör många gånger ihop med professionellt stöd (Pagels, 2004).

Hälsoinformation kan enligt distriktssköterskorna förebygga utvecklingen av ett långvarigt sjukdomstillstånd och kan bidra till att återställa patientens ursprungliga hälsotillstånd. Distriktssköterskan hjälper patienterna att lägga upp en plan och komma överens om åtgärder. Enligt flera studier kan informera innebära att förmedla ett budskap eller att informera med syfte att motivera patientens egna handlingar. Distriktssköterskan går också tillväga på olika sätt genom att förklara, ge uppmaningar och/eller förmaningar samt genom att ge skäl för eller emot något. Patienter har rätt till kunskap och de har behov av att veta och förstå, den lärande patienten måste bejakas. Patientundervisande ansvar innebär att såväl teoretisk som praktisk förståelse tillskapas. Ytterst handlar informell undervisning om att värna om patientens värdighet. Konkret syftar undervisningen till förberedhet inför såväl förestående planerad vård som förändrade livsomständigheter (Elwes & Simnett, 2005; Friberg, 2001).

Det finns många variabler att ta hänsyn till som distriktssköterska vid det motiverande samtalet. Såsom utbildning, social samhörighet, självförtroende, inkomst, vilken arbetsgivare patienten har, hur patienten ser på sig själv som människa och hur patienten ser på sin hälsa i övrigt, detta gör att distriktssköterskan måste ”skraddarsy” sitt motiverande samtal (Carter & Kulbok, 2002). Att skapa motivation är komplicerat eftersom det handlar om att åstadkomma en beteendeförändring. Personens förmåga att vilja förändra sig till ett hälsosammare beteende beror på var den befinner sig i denna förändringsprocess. Personens vilja påverkas av dennes engagemang, närmiljö, självförtroende och sociala stöd. En förändringsprocess definieras som

en aktivitet som inleds för att ändra tankesätt, känslor eller beteenden som någon hyser (Falskunger 2001; Prochaska, DiClemente & Norcross 1992).

Resultatet i vår studie lyfter fram att distriktssköterskorna anser att det måste finnas verktyg i förändringsarbetet. Ett standardiserat formulär som används i Västra Götalandsregionen heter motiverad hälsoprofilbedömning, distriktssköterskan kommer då automatiskt in på livsstilsfrågor på ett enkelt sätt. En hälsoprofilbedömning kan vara ett redskap för reflektion samt en hjälp för individen att fokusera på en beteendeförändring och de åtgärder som krävs för att nå målet. Ett annat redskap som finns är kompassen. Den är ett hjälpmedel för diabetessköterskan i samarbete med patienten så att målbeskrivningen dokumenteras och utvärderas vid varje mottagningsbesök. Enligt Gedda (2001) bygger hälsoprofilbedömning på antagande att varje individ kan utveckla en självtillit till sin egen förmåga att fatta egna beslut rörande förändringar i sin livssituation. Genom ett formulär blir patienten medvetandegjord om såväl sina kunskaper som sina hälso- och levnadsvanor. Genom denna information kan distriktssköterskan skaffa sig en bild av sambandet mellan förståelse, kunskap och beteende. För att kunna profilera den pedagogiska verksamheten i folkhälsoarbetet så är det bristande tillgång till verktyg. Enligt Kostenius & Lindqvist (2006) finns en del typer av hälsotester som utvecklats som redskap för att hjälpa människor till självhjälp. Många av dem bygger på att medvetandegöra individen om beteende och beteendemönster för att denne sedan genom reflektion ska kunna välja ett annat förhållningssätt. Nackdelar med tester är generaliseringsproblem. Ett test är ett test och kan som mest ge en bra bild av verkligheten, men ger långt ifrån en komplett bild. Varje test är en färskvara alltså en bild av den nuvarande situationen. Det kan också vara så att personen ifråga svarar som denne tror att hälsovägledaren skulle tycka vara bra. Men trots nackdelar kan ett hälsotest vara bra i förändringsprocessen om det är kopplat till ett vägledande samtal.

Enligt vår studie bör distriktssköterskorna arbeta evidensbaserat. Vi känner att det finns en mycket stor kunskap hos distriktssköterskorna att både fånga upp patienterna och att kunna utföra evidensbaserat omvårdnadsarbete. Det finns mycket kompetens på vårdcentralerna att vilja förbättra livsstilen hos våra patienter. Evidensbaserad omvårdnad är både ett förhållningssätt och en process. Med förhållningssätt menas att distriktssköterskan har en vilja att applicera vetenskapliga bevis i den kliniska verksamheten. Processen är att komplettera evidensen med annan kunskap, som enskilda patienters behov och upplevelser samt de organisatoriska och ekonomiska förutsättningarna. Evidensbaserat arbete innebär att ha en kritisk inställning till sin yrkesutövning (Elwes & Simnett, 2005; Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006).

Distriktssköterskorna i vår studie har efter genomgången distriktssköterskeutbildningen fått ökad kunskap om livsstilsfrågor. Detta ledde i sin tur till att de på ett naturligare sätt kunde ta upp frågor om livsstilsförändringar. Enligt Kompetensbeskrivning för distriktssköterskor (2008) ska distriktssköterskan ha en bred kunskap och en stor uppsättning förmågor för att adekvat kunna möta såväl förutsägbara som oförberedda enkla eller komplexa situationer. Distriktssköterskan behöver också vara lyhörd för samhällsförändringar, ha beredskap för ett livslångt lärande samt ha förmåga att söka och tillämpa evidensbaserad kunskap. En studie av Jalinoja et.al. (2007) uppgavs att de distriktssköterskorna med mindre yrkeserfarenhet ofta

hade tillräckligt med kompetens för livsstils rådgivning. Det kan tolkas mot bakgrund av förändringar i omvårdnad under skoltiden med ökad tonvikt på rådgivningskompetens under åren.

Resultatet i vår studie visar att distriktssköterskorna har mycket erfarenheter. Med erfarenhet menas praktisk erfarenhet genom upplevelser, förvärvad kunskap eller färdighet. Enligt distriktssköterskorna handlar förändringsstrategin om att väcka patientens intresse för livsstilsförändringar. Enligt Jallinoja et.al. (2007) fanns det ett stort hinder för behandling av livsstilsrelaterade villkor på grund av att patienters ovilja att ändra sina vanor. Patienterna måste själva ta ansvaret och acceptera livsstilsrelaterade beslut.

Tidsfaktorn är ett stort problem upplevde många distriktssköterskor, att inte hinna fullfölja det man känner behövs. På distriktssköterskemottagningen kunde det vara svårt att få tiden att arbeta preventivt men då fanns det möjlighet att ta hjälp av livsstilmottagningen. I vår intervju framkom att livsstilmottagningar har en viktig funktion i det hälsofrämjande arbete. Där fanns möjligheten till vissa redskap att ta användning av och oftast så var det gott om tid att lyssna och analysera patientens problem. De kunde även ta hjälp av andra yrkesgrupper om så behövdes och möjligheten fanns också att följa upp patienten. Behovet av livsstils mottagning fyller många funktioner i det hälsofrämjande arbetet. I en studie av Borsch-Johansen, Jörgensen, Pisinger & Vestbo (2004) påpekades att patienterna bör följas upp vid livsstilsförändringar så att de kan förbli varaktiga.

Vår studie visar att det är viktigt att gå igenom olika faktorer utifrån olika perspektiv för det är lätt att falla tillbaka i gamla vanor. Enligt flera studier är det viktigt att tillägga att det inte är ovanligt att människor faller tillbaka till tidigare stadier. Därför ses denna teori som cyklisk och inte linjär. Distriktssköterskan kan ge praktisk undervisning genom att tillhandahålla kunskap om situationer som kan innebära risk för bakslag och ge förslag på strategier för att vidmakthålla en förändrad levnadsvana. En annan form av praktisk undervisning var när distriktssköterskan visade hur någon form av egenvård gick till, till exempel gymnastikövningar (Falskunger, 2001; Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992; Ruderfelt & Axelsson, 2004).

Förslag till fortsatt forskning

I vår studie har vi intervjuat endast ett fåtal distriktssköterskor i vår region. Det skulle vara intressant att ta del av fler distriktssköterskors och patienters erfarenhet i andra regioner av Sverige. Fortsatt forskning behövs för att få ökad kunskap om på vilket sätt motivationsarbetet för en mer hälsosam livsstil ska göras på ett så framgångsrikt sätt som möjligt. Det behövs även fortsatta studier i utvecklingen av verktyg i förändringsarbetet. De ökade kunskaperna kan sedan utveckla och implementeras i distriktssköterskors utbildning relaterat till reella arbetsuppgifter.

Konklusion och klinisk tillämpning

I varje möte med patienter som är i behov av att få en hälsosammare livsstil bör distriktssköterskan kunna lyssna på patienten, motivera och synliggöra problematiken så att patienten själv kan komma till insikt. För att sedan förändra det som behöver förändras på ett så bra sätt som möjligt. Det handlar om att patienten måste hitta sin egen självkänsla något som är väldigt viktigt, för tror patienten inte på sig själv kan han eller hon heller inte förändra något. Att ansvara och vara delaktig i sina egna beslut är en viktig komponent i motivationsarbetet. Distriktssköterskan ska genom stöd och ett gott bemötande skapa en god relation med patienten genom att lyssna, visa öppenhet och trygghet som leder till ett bättre välbefinnande. I varje möte bör distriktssköterskan se hur patientens hälsa kan förbättras och försöka att få fram det patienten vill förändra. Det är viktigt att förklara och ge information för att kunna planera för förändring. I vårt resultat framkommer att verktyg i förändringsarbetet måste utarbetas mera. Att förändra sin livsstil innebär att patienten inser vikten av att göra en livsstilsförändring och att de är beredda att ta förlusterna för att de ser att vinsterna är så stora.

REFERENSLISTA

- Barth, T., & Näsholm, C. (2006). *Motiverande samtal – MI Att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor*. Författarna och Studentlitteratur.
- Bergstand, M. (2004). *Hälsorådgivande samtal*. Lund: Studentlitteratur.
- Borsch-Johnsen, K., Jörgensen, T., Pisinger, C., & Vestbo, J. (2004). It is possible to help smokers in early motivational stages to quit. The Inter99 study. *Preventive Medicine*, 40, 278-284.
- Carter, K., & Kulbok, P. (2002). Motivation for health behaviours: a systematic review of the nursing literature. *Journal of Advanced Nursing*, 40(3), 316-330.
- Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.
- Distriktssköterskeföreningen. (2008). *Kompetensbeskrivning – legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska*. Hämtad från WWW 2009-11-09, <http://www.distriktsskoterska.se/>.
- Douglas, F., Van Teijlingen, E., Torrance, N., Fearn, P., Kerr, A., & Meloni, S. (2006). Promoting physical activity in primary care settings: health visitors' and practice nurses' views and experiences. *Journal Advancing Nursing*, Jul; 55(2):159-68.
- Elwes, L., & Simnett, I. (2005). *Hälsoarbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, K. (1985). *Vårdprocessen*. Almqvist & Wiksell AB. Stockholm
- Friberg, F. (2001). *Pedagogiska möten mellan patienter och sjuksköterskor på en medicinsk vårdavdelning. Mot en vårddidaktik på livsvärldsgrund*. [Adad. Avh.]. Göteborg: Acta Universitatis gothenburgensis.
- Folkhälsorapport, (2009). Hämtad från WWW 2009-10-10
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71>
- Falskunger, J., & Hemmingsson, E. (2005). *Vardagsmotion Vägen till hållbar hälsa*. Forum: Stockholm.
- Falskunger, J. (2001). *Motivation för motion*. Forum: Stockholm.
- Gedda, B. (2001). *Den offentliga hemligheten. En studie om sjuksköterskans pedagogiska funktion och kompetens i folkhälsoarbetet*. [Akad. Avh.]. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.

- Granbom, A-K. (1998). *Att motivera till hälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- Grandes, G., Sanchez, A., Cortada, JM., Balague, L., Calderon, C., Arrazola, A., Vergara, I., & Millan, E. Prescribe Vida Saludable group. (2008). Is integration of healthy lifestyle promotion into primary care feasible? Discussion and consensus sessions between clinicians and researchers. *BMC Health Services Research* Oct 14; 8:213.
- Grasaas, K.K., Sandvand, E., & Seiler, S. (2004). Mosjon- hva motiverer til å begynne? *Vård i Norden*, 24, 15-20.
- Helsingforsdeklarationen (2008). *The world medical association declaration of Helsinki*. Hämtad från WWW 09-12-01. [http:// www.slf.se/apload/4404/DoH-Oct2008.pdf](http://www.slf.se/apload/4404/DoH-Oct2008.pdf),
- ICN – International Council of Nurses. (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Jahren Kristoffersen, N. (red). (1998). *Allmän omvårdnad. Profession och ämnesområde – utveckling, värdegrund och kunskap*. Stockholm: Liber.
- Jallinoja, P., Absetz, P., Kuronen, R., Nissinen, A., Talja, M., Uutela, A., & Patja, K. (2007). The dilemma of patient responsibility for lifestyle change perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal Primary health care*. Dec: 25(4): 244-249.
- Keenan, P.S. (2009). Smoking and weight change after new health diagnoses in older adults. *Archives of Internal Medicine*, 169: 237-242.
- Kostenius, C., & Lindqvist, A-K. (2006). *Hälsövägledning- från ord till tanke till handling*. Författarna och Studentlitteratur.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lingfors, H. (2009/2010). Livsstilsbehandling och läkemedelsbehov. *Apoteksboken* (sid 1055-1070).
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I: M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (sid. 159-172). Lund: Studentlitteratur.

- Medicinska forskningsrådet. (2000). *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning. Forskningsetisk policy och organisation i Sverige*. MFR-rapport 2. Hämtad från WWW 2009-09-08, <http://www.infovoice.se/fou/bok/diverse/etik2000.pdf>
- Nationella Riktlinjer för diabetesvård. (2009). Hämtad från WWW 2009-09-30, http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8356/2009-126-135_2009126135.pdf
- Orem, D. (2001). *Nursing- Concepts of practice*. 6 edition. St. Louis: Mosby inc.
- Orth-Gomér, K., & Perski, A. (2008). *Preventiv medicin - teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Pagels, A.A.(2004). Egenvård- kapacitet i vardagen vid kronisk sjukdom. *Vård i Norden*, 24, 10-14.
- Polonsky, W. (2002). *Diabetes hela livet*. Lund: Studentlitteratur.
- Poskiparta, M., Liimatainen, L., Kettunen, T. & Karhila, P. (2001). From nurse-centered health counseling to empowerment health counseling. *Patient Education. And Counseling*. 45:69-79.
- Prochaska, J O., DiClemente, C. C. & Norcross, J C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors'. *American Psychology*, vol. 47, nr. 9, s.1102-14.
- Rudolf, D., & Axelsson, L. (2004). Patientundervisning vid diabetes – faktorer och åtgärden av betydelse för förändring av kostvanor. *Vård i Norden*, 24, 9-14.
- Ruth, R. (1991). Rehabiliterings- och validitetsfrågan i kvantitativ respektive kvalitativ forskning. *Gerontologia* 5(4): 277-290.
- Rydqvist, L-G., & Winroth, J. (2002). *Idrott, friskvård, hälsa och hälsopromotion*. Elanders Skogs Grafiska: Stockholm.
- SBU- Statens beredning för medicinsk utvärdering (2007). *Måttligt förhöjt blodtryck – en systematisk litteraturoversikt*. Hämtad från WWW 2009-09-22, http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/samf_hypertoni07.pdf
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. (Uppdaterad: t.o.m. SFS 2009:430). Hämtad från WWW 2009-09-09, <http://www.socialstyrelsen.se/Sidor/Hem.aspx>

Starrin, B., & Svensson, P-G. (1994). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.

Statens Folkhälsoinstitut; (2008) *FYSS fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. R:2008:4.

Statens folkhälsoinstitut. (2008). Hämtad från WWW 2009-09-07,
<http://www.fhi.se/default.aspx>

Wikipedia. Hämtad från WWW 2010-01-13, Wikipedia, <http://sv.wikipedia.org/wiki/> .

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och verksamhet*. (2:a uppl.). Lund: Författarna och Studentlitteratur.

Västra Götalandsregionen. Hämtad från WWW 2010-01-20,
<http://www.vgregion.se/Pages/93261/Par%2018%20Lisstilsmottagningar>

BILAGA 1

Förfrågan till vårdcentralföreståndare

Skövde 2009-09-11

Ansökan om tillstånd till att genomföra studien om ”Distriktssköterskors erfarenhet av att motivera till hälsofrämjande livsstilsförändringar. Vi är två blivande distriktssköterskor som denna höst avslutar vår specialistutbildning vid Högskolan i Skövde med att skriva ett examensarbete inom omvårdnad.

Sedan tidigare vet man att alla folksjukdomar medför ohälsa hos individen samtidigt som det medför stora kostnader för samhället. Genom att minska riskfaktorer kan det ge stor vinst. Inom sjukvården har vi en viktig funktion genom att motivera patienten att ändra sin livsstil och därmed återställa hälsa, förebygga sjukdom och lidande. Problemet med motivationsarbete för att uppnå livsstilsförändring är komplext.

Vi undrar om du som vårdcentralföreståndare kan hjälpa oss att utse två distriktssköterskor som arbetar med livsstilsförändringar, och som vill ställa upp på en intervju för denna studie. Intervjun beräknas ta 30-45 minuter och vi kommer att använda oss av en bandspelare. Deltagandet är naturligtvis frivilligt och det är tillåtet att dra sig ur när som helst under studiens gång. Materialet kommer att behandlas konfidentiellt. Det färdiga resultatet kommer att presenteras i vårt examensarbete under våren 2010. Ni får gärna kontakta oss om ni har några frågor om vårt arbete.

Med vänliga hälsningar

Helena Ekeberg, Leg sjuksköterska
Mobil nr: xxxxx
E-post a07 helek@his.se

Kristina Larsson. Leg sjuksköterska.
Mobil nr: xxxx
E-post a06krila@his.se

Handledare: Anette Ekström
Tel nr: xxxx
E-post anette.ekstrom@his.se

BILAGA 2

Förfrågan till distriktssköterskor om deltagande Skövde 2009-09-11

Vi är två blivande distriktssköterskor som denna höst avslutar vår specialistutbildning vid Högskolan i Skövde med att skriva ett examensarbete. Sjuksköterskan har en viktig funktion i motivationsarbetet i samband med patientens livsstilsförändring. I sjuksköterskans kompetensområde ingår bland annat att i dialog motivera patienten till följsamhet i behandlingar och vid behov motivera till förändrade livsstilsfaktorer.

Arbetet med att motivera till en livsstilsförändring är nödvändig då det på sikt kan bidra till bättre hälsa hos befolkningen och därmed också minska kostnaderna för samhället.

Vi vill med vår studie ta del av ”Distriktssköterskors erfarenhet av att motivera till hälsofrämjande livsstilsförändringar.

Vår förhoppning är att du vill delta i en intervju, vi kommer att genomföra intervjuerna på er arbetsplats. Intervjun beräknas ta 30-45 minuter och vi kommer att använda oss av en bandspelare. Er vårdcentralföreståndare har godkänt att vi får utföra studien. Deltagandet är naturligtvis frivilligt och det är tillåtet att dra sig ur när som helst under studiens gång. Alla deltagare är helt anonyma och materialet behandlas helt konfidentiellt. Din identitet kommer inte att framgå i studiens resultat som presenteras i ett examensarbete våren 2010. Endast vi Helena, Kristina och handledaren Anette kommer att ha tillgång till materialet. Ni får gärna kontakta oss om ni har några frågor om vårt arbete.

Med vänliga hälsningar

Helena Ekeberg, leg sjuksköterska
Mobil nr: xxxx
E-post: a07helek@his.se

Kristina Larsson, leg sjuksköterska
Mobil nr: xxxxx
E-post a06krila@his.se

Handledare: Anette Ekström
Tel nr: 0500-xxxxx
E-post: anette.ekstrom@his.se

BILAGA 3

Svarsbrev från deltagare

Härmed ger jag tillstånd att Helena Ekeberg och Kristina Larsson får utföra studien vars syfte är att beskriva ” Distriktssköterskors erfarenhet av att motivera till hälsofrämjande livsstilsförändringar”.

Datum av Deltagare

Datum och underskrift av intervjuare.....

BILAGA 4

Frågeguide

- 1) Vad innebär det när man talar om livsstilsförändringar
- 2) Vilka är dina erfarenheter av att motivera till varaktiga livsstilsförändringar?
- 3) Beskriv dina upplevelser (eller någon situation) av hur följsamheten är efter livsstilsförändringar?
- 4) Vad ser du som utmanande eller svårigheter i ditt arbete med livsstilsförändring?
- 5) Kan du beskriva en situation när du lyckats med att motivera till livsstilsförändringar för människor som är i riskgrupp för att få en folksjukdom.
- 6) Berätta hur du arbetar med livsstilsförändringar