Examensarbete

HÖGSKOLAN I SKÖVDE

HUR ARBETAR DISTRIKTSSKÖTERSKAN INOM PRIMÄRVÅRDEN MED SJUKDOMSFÖREBYGGANDE METODER?

HOW DOES THE DISTRICT NURSE IN PRIMARY CARE WORK WITH DISEASE PREVENTION METHODS?

Examensarbete i omvårdnad
Avancerad nivå
15 högskolepoäng
Höstterminen 2013

Författare: Janshed Holmström, Viveka
Persson, Marie

SAMMANFATTNING

Titel:	Hur arbetar distriktssköterskan inom primärvården med sjukdomsförebyggande metoder?
Författare:	Janshed Holmström, Viveka; Persson, Marie
Institution:	Institutionen för vård och natur, Högskolan i Skövde
Program/kurs:	Examensarbete i omvårdnad, OM771A, 15 högskolepoäng
Handledare:	Svanström, Rune
Examinator:	Brovall, Maria
Sidor:	25
Nyckelord:	Livsstilsförändring, hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande, distriktssköterskor, primärvård

---

Bakgrund: Den medicinska och ekonomiska kostnaden för hjärt- kärlsjukdomar är idag mycket omfattande. Största delen av dessa sjukdomar liksom andra kroniska, icke smittsamma sjukdomar som cancer, lungsjukdom och diabetes, hör ihop med påverkbara, livsstilsrelaterade riskfaktorer. Genom att göra hälsosamma val när det gäller mat, rökning, alkohol och motion kan livsstilssjukdomar förhindras eller fördröjas. Livsstilsfrågor är en av distriktssköterskans huvuduppgifter och efter vårdvalet är det få distriktssköterskor som verkligen får arbeta med detta. *Syfte:* Syftet med denna studie är att beskriva hur distriktssköterskan arbetar med sjukdomsförebyggande metoder inom primärvården. *Metod:* Studien är baserad på en kvalitativ metod med en induktiv ansats. Genom intervjuer samlades data in från sex distriktssköterskor och analyserades med hjälp av innehållsanalys. *Resultat:* I resultatet framkom två huvudteman som benämndes; Att finna vägar till förändring och Att utgå från tillgängliga resurser. *Konklusion:* Livsstilsförändringar är ett svårt område att arbeta med, livsstilen är något som är starkt förankrat hos alla. Det krävs att patienten har förmåga till egenvård samt är beroende av distriktssköterskans kompetens för att resultatet skall bli lyckat. Detta arbete underlättas inte av att resurserna blivit färre inom primärvården. Vårdvalet tros vara den största orsaken till att arbete med diagnosrelaterade sjukdomar prioriteras.

ABSTRACT

Title:	How does the district nurse in primary care work with disease prevention methods?
Author:	Janshed Holmström, Viveka; Persson, Marie
Department:	School of Life Sciences, University of Skövde
Course:	Master Degree Project in Nursing, 15 ECTS
Supervisor:	Svanström, Rune
Examiner:	Brovall, Maria
Pages:	25
Keywords:	Lifestyle change, health promotion, disease prevention, district nurses, primary care

---

Background: The medical and economic cost of cardiovascular disease is now very extensive. Most of these diseases as well as other chronic, non-communicable diseases such as cancer, lung disease and diabetes, is associated with modifiable lifestyle -related risk factors. By making healthy choices when it comes to food, smoking, alcohol and exercise lifestyle diseases can be prevented or delayed. Lifestyle issues are one of the main tasks of the district nurse but after the health care election, few district nurses really get to work on this. *Aim:* The aim of this study is to describe the work of the district nurse with disease prevention methods in primary care. *Method:* The study is based on a qualitative content analysis with an inductive approach. Through interviews, data were collected from six district nurses and analyzed using content analysis. *Results:* The results revealed two main themes called: Finding ways to change and Using available resources. *Conclusions:* Lifestyle modification is a difficult area to work with, the lifestyle is something that is deeply rooted in all of us. It requires that the patient is capable of self-care and dependent on district nursing skills for the result to be successful. This work is not being helped by the fact that resources are cut down in primary care. The health care election is believed to be the largest cause that diagnosis related work is prioritized.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING ... **1**

BAKGRUND ... **1**

Vad är hälsa? ... **1**

Omvårdnad och hälsa ... **2**

Folkhälsa och folkhälsoarbete ... **3**

Förebyggande hälsoarbete ... **3**

Sjuksköterskans pedagogiska uppgift ... **4**

Motiverande samtal – MI ... **5**

De sjukdomsförebyggande riktlinjernas områden ... **5**

Otillräcklig fysisk aktivitet ... **5**

Ohälsosamma matvanor ... **6**

Rökning ... **6**

Riskbruk av alkohol ... **6**

PROBLEMFORMULERING ... **6**

SYFTE ... **7**

METOD ... **7**

Urval ... **7**

Datainsamling ... **8**

Analys ... **8**

ETISKA ÖVERVÄGANDEN ... **9**

RESULTAT ... **10**

Att finna vägar till förändring ... **10**

Vara lyhörd och motivera ... **10**

Bekräfta och vägleda ... **12**

Ta hänsyn till individualitet och personlig utveckling ... **12**

Att utgå från tillgängliga resurser ... **14**

Anpassa metod och hjälpmedel ... **14**

Använda tillgängliga resurser ... **15**

Nyttja kompetens och erfarenhet ... **16**

DISKUSSION ... **17**

Metoddiskussion **17**
Resultatdiskussion **19**
Konklusion **21**
Kliniska implikationer **22**
Förslag till fortsatt forskning **22**
REFERENSER **23**

BILAGOR

1. Introduktionsbrev
2. Informationsbrev
3. Intervjuguide

INLEDNING

Hjärt- kärlsjukdom är den största orsaken till ohälsa och död i vår del av världen. Varje år dör ca 4,3 miljoner europeiska medborgare av sådan sjukdom, det vill säga ungefär hälften av alla dödsfall i Europa. En dryg tredjedel av dödligheten orsakas av kranskärlssjukdom, medan en fjärdedel relaterar till slaganfall. Om man till hjärt- kärlsjukdomarna lägger de övriga kroniska, icke smittsamma sjukdomarna diabetes, lungsjukdom, njursjukdom, cancer och leversjukdom förorsakar dessa omkring 85 procent av alla dödsfall i WHO:s europeiska region (Rydén et al, 2012).

Den medicinska och ekonomiska kostnaden för dessa sjukdomar är mycket stor. Största delen av sjukdomarna hör ihop med påverkbara, livsstilsrelaterade riskfaktorer. Hälsosamma val, det vill säga bra mat, fysisk aktivitet, frånvaro av tobaksbruk och undvikande av överkonsumtion av alkohol, kan förhindra eller i vart fall fördröja ett insjuknande (Rydén et al, 2012). Ett sätt att förebygga sjukdom är att ha hälsosamma levnadsvanor vilket ökar livslängden och folkhälsan. Enligt lägesrapporten från Socialstyrelsen (2012a) tycks inte våra levnadsvanor bli bättre. Dock är det färre personer som röker. Emellertid uppger drygt 80 % av den vuxna befolkningen att de vill förändra sina ohälsosamma levnadsvanor. Fyra av fem svenskar tycker att det är positivt att samtala om dessa i samband med vårdbesök. Dock varierar det mycket mellan landstingen hur många som faktiskt får frågor om levnadsvanor (Socialstyrelsen, 2012a).

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att införa nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder i samarbete med Svensk Sjuksköterskeförening och Svenska Läkaresällskapet. Riktlinjerna berör tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet, samt ohälsosamma matvanor och är de vanor som bidrar mest till den samlade sjukdomsbördan i Sverige (Socialstyrelsen, 2012b). Distriktssköterskor har en viktig funktion i att motivera patienter till livsstilsförändringar vilket ingår i distriktssköterskans kompetensområde. Vi tror inte detta prioriteras i distriktssköterskans arbete idag och vi har inte hittat mycket dokumenterat om hur de arbetar med hälsofrämjande åtgärder inom primärvården. Vi vill därför beskriva hur de arbetar med detta område samt om de nya nationella riktlinjerna har implementerats.

BAKGRUND

Vad är hälsa?

Hälsa är enligt Världshälsoorganisationen, WHO ”ett tillstånd av fullständigt fysiskt, själsligt och socialt välbefinnande och inte blott frånvaron av sjukdom och svaghet". Målet för WHO, är att alla människor ska uppnå en så god hälsa som möjligt. Enligt Socialstyrelsen (2012a) lever den som inte röker, äter hälsosamt, är måttligt fysiskt aktiv och har en måttlig konsumtion av alkohol i genomsnitt 14 år längre än den som har ohälsosamma levnadsvanor.

Ewles och Simnett (2005) anser att WHO:s definition av hälsa är en orealistisk och idealistisk syn på hälsa och att människor definierar hälsa individuellt, alla har olika hälsobehov. Hälsofrämjande arbete är en individuell och samhällelig angelägenhet och innefattar stärkning av individens förmåga att förbättra sin livskvalitet. För att främja hälsa måste faktorer som har inverkan på den egna hälsan identifieras. Arvsanlag, kön, familj, kultur, socialgrupp, ålder, arbetsförhållanden, utbildning, självkänsla, tillgång till butiker och fritidsaktiviteter samt bostadsförhållanden är faktorer som kan inverka på hälsan. Hälsofrämjande arbete handlar om att förbättra människors hälsotillstånd och går ut på att förespråka, stötta, uppmuntra och prioritera hälsa så att det blir möjligt att fatta beslut och ta kontroll över sitt eget liv.

Omvårdnad och hälsa

En humanistisk människosyn och ett antagande om människors lika värde genomsyrar hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Detta innebär bl.a. att ett genomtänkt etiskt förhållningssätt ingår i kraven på god vård och omvårdnad. Patienterna skall ges omvårdnad från egna behov, oberoende av religion, utbildning, kön, etnisk bakgrund, ålder eller ekonomi. Patienten bör ges möjlighet att delta i beslut angående sin omvårdnad där varje situation är unik och därför bör utformas individuellt (SFS 1982:763).

Omvårdnad vilar som all annan hälso- och sjukvårdande verksamhet på beprövad erfarenhet och vetenskap. Alla människor har lika värde i en humanistisk människosyn, där alla har rätt att bli bemötta med omtanke och respekt. Det finns en positiv syn på människans förmåga att ta ansvar för sina egna handlingar och att fatta beslut. Information och undervisning bör ges till patienten för att denne skall kunna medverka och fatta beslut om sin behandling och omvårdnad. När detta ges skall patienten mötas på rätt kunskapsnivå och hälsoläge (Svensk sjuksköterskeförening, 2007).

Omvårdnadens mål är enligt (Orem 1991) att hjälpa patienten till självständighet genom bland annat egenvård. Definitionen av egenvård är ”utförande av sådana aktiviteter som individen själv tar initiativ till och utför för sin egen skull i syfte att upprätthålla liv, hälsa och välbefinnande”. Dessa egenvårdsaktiviteter delas in i tre delar; en värderingsfas där patient och sjuksköterska tillsammans kommer fram till vilka aktiviteter som är nödvändiga för att patienten skall behålla sin hälsa och sitt välbefinnande, en planeringsfas där de planerar dessa egenvårdsaktiviteter samt genomförandefasen där dessa aktiviteter genomförs.

Detta kan ses i studier av Blomstrand et al (2002) och Handley et al (2002) där det framkommer att primärvårdspatienter med riskfaktorer kan motiveras till förebyggande egenvård genom att upprätta hälsoprofiler där dessa riskfaktorer kartläggs. De flesta av patienterna i Handleys (2002) studie som hade en handlingsplan rapporterade en beteendeförändring som överensstämde med handlingsplanen. Det visar på att detta kan vara en användbar strategi för att uppmuntra beteendeförändringar för patienter som ses i primärvården. Enligt Blomstrand et al (2002) är hälsoprofiler ett användbart hjälpmedel för patienten för att kunna åtgärda livsstilsproblem. Dessa är avsedda för egenanalys som i sin tur leder till egna beslut om åtgärder.

Folkhälsa och folkhälsoarbete

Distriktssköterskans kompetensområde innefattar fördjupade kunskaper om folkhälsans bestämningsfaktorer samt ett hälsofrämjande arbetssätt (Kompetensbeskrivning för distriktssköterskor, 2008). Lingfors (2011/2012) menar att mycket kan göras redan på mödravården för att väcka intresse för levnadsvanornas betydelse för hälsan. Råd om rökstopp, avhållsamhet från alkohol, förbättrad fysisk aktivitet och sunda matvanor är inte enbart betydelsefullt för graviditeten och barnet utan det kan också vara en god början för hela familjen. Många vanor grundläggs i barndomen och följer sedan med upp i vuxenlivet. Livsstilsfrågor är därför viktiga också i mötet med barn, ungdomar och deras föräldrar på BVC, i skolhälsovården och övrig sjukvård.

Enligt Statens Folkhälsoinstituts lägesrapport (2011) prioriteras folkhälsoarbetet med att minska skillnaderna i hälsa mellan olika grupper i befolkningen. De socioekonomiska skillnaderna syns i alla levnadsvanorna som studerats i rapporten. Personer med dålig ekonomi, kort utbildning eller bristande inflytande över sin livssituation har mindre möjligheter att förändra sina levnadsvanor i samma positiva riktning som personer med god social status. Enligt Ewles och Simnett (2005) är det lätt att lägga skulden på den enskilde individen när det gäller ohälsosamma levnadsvanor, när de kanske är offer för omständigheterna när ekonomiska och sociala faktorer inverkar.

I en amerikansk studie (Miller, Pollack, & Williams, 2011) har sambandet mellan fysiska, sociala och ekonomiska faktorer i livsmiljön och invånarnas hälsa identifierats. De menar att både hemförhållanden, områdets fysiska och sociala karaktär kan ha ohälsosamma effekter på befolkningen. I artikeln understryker författarna att det är ett gemensamt ansvar för samhället att lösa de problem som kan uppstå. Studien visar att områden som är befolkade av utsatta och sårbara grupper har större förekomst av ohälsosamma faktorer, till exempel sämre utbud av mat, större tillgång till alkohol och tobak samt sämre fysisk miljö. Offentliga och privata beslutsfattare bör inse vikten av att prioritera hälsosamma förutsättningar och skapa utgångspunkter som underlättar hälsosamma dagliga rutiner för befolkningen.

Förebyggande hälsoarbete

I Sverige har Statens folkhälsoinstitut genomfört en del insatser 2008 gällande levnadsvanor. Bland annat har sjukvårdspersonal utbildats i FYSS (fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling), det har arbetats fram material för att utbilda personal gällande FaR (fysisk aktivitet på recept) samt för MI (motiverande samtal), som hälso- och sjukvårdspersonalen kan ta del av. Läkare har även utbildats i att ställa frågor till patienten om deras levnadsvanor (Statens folkhälsoinstitut, 2009).

Enligt HSL så är arbetet med att motivera till livsstilsförändringar nödvändigt för att minska kostnaderna för samhället då det kan bidra till bättre hälsa hos befolkningen (SFS 1982:763).

Hardcastle et al (2007) gjorde en studie där syftet var att undersöka om primärvårdspatienter med risk för kranskärlssjukdom skulle ha nytta av samtal inriktade mot livsstilsrådgivning. Efter 6 månader var rådgivningsgruppen mer aktiv, särskilt med

avseende på promenader, och hade minskat i vikt, blodtryck och kolesterolvärden, jämfört med kontrollgruppen men hade däremot inte ändrat sin kost. Att genomföra dessa samtal kunde innebära stor nytta för den enskilde patienten genom livsstilsförändring. I en studie av Eriksson et al (2006) användes ett interventionsprogram med bland annat strukturerad träning, kostrådgivning och regelbundna uppföljningar för patienter med riskfaktorer. Det uppföljande mötet var förmodligen av mest betydelse för att upprätthålla den nya livsstilen och för att undvika återfall. De drar slutsatsen att livsstilsåtgärder i primärvården bestående av träning och dietrådgivning samt regelbundna uppföljningar har gynnsamma effekter på flera riskfaktorer hos patienten.

Enligt Blomstrand et al (2002) är det angeläget att se över hur primärvården arbetar för att förebygga sjukdom och ohälsa i tider av ökat ohälsotal och snäva ekonomiska ramar. Primärvården kan inspirera patienter att delta i förebyggande egenvård genom egenanalys som leder till egna beslut om åtgärder där patienten får fylla i en hälsoenkät som är uppdelad olika områden. Denna hälsoprofil kan hjälpa patienten att analysera sina egna riskfaktorer. Att sjuksköterskan sätter upp mål och delmål för patienten samt ger positiv återkoppling ansågs vara väsentligt för ett lyckat resultat under arbetet och för att motverka återfall med exempelvis alkoholmissbruk. Grandes et al (2008) anser att preventivt arbete i primärvården bör optimeras genom att omvårdnadsforskare, vårdpersonal och chefer samarbetar för att arbeta fram samt designa och utvärdera hälsofrämjande riktlinjer. De anser att hälso- och sjukvården är viktig när det gäller att förebygga sjukdomar, men också individuella, sociala och kulturella faktorer som bör tas hänsyn till när arbetet med dessa riktlinjer arbetas fram.

Sjuksköterskans pedagogiska uppgift

Enligt International Council of Nurses, ICN **(**2000**)** etiska kod så har sjuksköterskan fyra grundläggande ansvarsområden såsom att förebygga hälsa, främja hälsa, lindra lidande och att återställa hälsa. Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2007) måste patienter och närstående idag ta ett ökat eget ansvar för vård och behandling. Patientundervisning får i och med detta en ökad betydelse i sjuksköterskans professionella yrkesutövning. Samhället vi i dag lever i ger möjligheter för fler att söka information och få kunskaper inom ämnet. Sjuksköterskan kommer att möta patienter med vitt skilda kunskaper, både de som tagit del av vetenskaplig information och de som hämtat information ur hälsoråd i veckotidningar**.** Enligt HSL ska patienten ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns (SFS 1982:763). En bra patientundervisning innefattar bedömning av patientens kunskapsbehov, att sätta upp mål och genomföra en läroplan och sedan utvärdera resultatet. Målet är att patientens beteende ska få en bestående förändring genom relevant kunskap som gör det lättare för patienten att fatta självständiga beslut (Svensk sjuksköterskeförening 2007).

Enligt Gedda (2001) använder sjuksköterskan sin pedagogik automatiskt utifrån vad patienten är i behov av och utifrån sin egen personlighet. Konsten att lära ut har länge varit starkt förknippat med läraryrket. Rollen som pedagog i vården har länge dolts av vardagliga arbetsuppgifter som sjuksköterskan utför. Den förmågan har sällan lyfts fram som en egen yrkesfunktion och har setts som någonting som vuxit med yrkesrollen. Gedda

(2001) anser vidare att syftet med sjuksköterskans pedagogiska funktion är att hjälpa patienten till att få makt över sin egen situation. Patientens följsamhet är ett bra mått på hur pedagogisk sjuksköterskan är. Pedagogik i omvårdnaden handlar om att få patienten att själv upptäcka och inse sina problem.

Motiverande samtal – MI

Den amerikanska professorn och psykologen William R Miller skrev tillsammans med den brittiska psykologen Stephen Rollnick den första grundboken i MI. De utvecklade korta tillämpningar av MI för användning inom hälso- och sjukvården. Där fokuseras på att erbjuda information om hälsorisker med olika beteenden till exempel vid riskbruk av alkohol, rökning, fysisk aktivitet och matvanor för att få patienten intresserad av en förändring. Målet med samtalet är att få patienten att vilja ändra sig och för att skapa gynnsammare förutsättningar för att komma vidare i förändringsprocessen (Miller & Rollnick, 2002).

I MI-samtal används fyra grundprinciper: visa empati, utveckla diskrepans genom att patienten inspireras till att utveckla känslan av att något borde förändras, stödja självtillit och undvika argumentation. Förhållningssättet och det reflektiva lyssnandet är grunden i MI där personalen bekräftar patienten, ställer öppna frågor, reflekterar och sammanfattar samtalet för att sätta upp mål och utveckla en handlingsplan. Patienten är styrande och gör jobbet i förändringsprocessen (Holm Ivarsson, 2009). Efterfrågan på MI-utbildningar är i dag stor särskilt inom hälso- och sjukvården och studier har visat att metoden har god effekt på flera hälsorelaterade beteenden såsom tobaks-, alkohol- och matvanor samt på fysisk aktivitet (Karolinska Institutets folkhälsoakademi, 2010).

De sjukdomsförebyggande riktlinjernas områden

Varje år sammanställer statens folkhälsoinstitut en nationell folkhälsoenkät om levnadsvanor som har stor betydelse för hälsoutvecklingen i Sverige. Den årliga studien omfattar ett obundet slumpmässigt urval om 20 000 personer i åldrarna 16–84 som gör det möjligt att visa hur befolkningen mår samt följa förändringar i hälsa över tid (Statens folkhälsoinstitut, 2011).

Otillräcklig fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet har bevisad god effekt på sjukdomstillstånd som hjärt- kärlsjukdomar, livmodercancer, prostatacancer och diabetes både när det gäller behandlande och förebyggande insatser (Statens folkhälsoinstitut, 2009). Fysisk aktivitet har stor betydelse för befolkningens hälsa och den kan främjas genom exempelvis bra utformning av städer, tätorter, bostadsområden samt skol- och förskolegårdar. Men även genom att det finns lekplatser samt grönområden som är tillgängliga i anslutning till befolkade områden. Gång- och cykelvägar är också betydelsefullt för att ta sig till jobb, skola och förskola på ett sätt som främjar fysisk aktivitet. En stillasittande fritid är vanligast hos män och kvinnor med låg utbildning. Män och kvinnor med låg utbildning har i större utsträckning än högutbildade ett värde på BMI som innebär fetma. Andelen kvinnor som rapporterade ett

BMI större än 30, vilket innebär att de har en fetma, har mellan år 2004-2011 ökat med 3 %. Denna siffra är motsvarande 2 % hos män (Statens folkhälsoinstitut, 2011).

Ohälsosamma matvanor

Goda matvanor kan förebygga övervikt och fetma samt minska risken för hjärt-kärlsjukdomar och typ 2-diabetes. Goda matvanor kan också förebygga tjocktarmscancer och andra typer av cancer samt minska risken för högt blodtryck och högt kolesterolvärde (Statens folkhälsoinstitut, 2009). Den kraftiga utvecklingen av övervikt under de senaste decennierna är det största matrelaterade folkhälsoproblemet i Sverige i dag. Att skapa en livsmiljö där utbudet och tillgängligheten ökar konsumtionen av mat med låg energitäthet är en stor del i att förebygga överviktsutvecklingen. Att det serveras nyttig och hälsosam kost på landets skolor är också en stor del i att förebygga ohälsosamma matvanor hos våra barn. Kvinnor som har låg utbildning har de sämsta matvanorna (Statens folkhälsoinstitut, 2011).

Rökning

Ett 40-tal sjukdomar, varav flera är dödliga, har ett direkt samband med rökning. De vanligaste är hjärt- kärlsjukdomar, lungcancer och KOL (Statens folkhälsoinstitut, 2009). Statens folkhälsoinstitut (2011) konstaterar i rapporten om levnadsvanor att rökfria restauranger blev en folkhälsopolitisk framgång genom att hälsan ökade bland både serveringspersonal och allmänheten sedan lagförändringen (tobakslagen) infördes 2005. Utsattheten för passiv rökning har minskat sedan dess med 9 %. Minst tre gånger så många kvinnor och män med kort utbildning röker varje dag i jämförelse med kvinnor och män med lång utbildning.

Riskbruk av alkohol

Alkohol påverkar många av kroppens organ och kan relateras till sjukdomar som skrumplever, bukspottkörtelinflammation, vissa cancerformer, hjärnskador och hjärt-kärlsjukdomar (Statens folkhälsoinstitut, 2009). Äldre människor med riskfyllt alkoholbruk ökar och det gäller främst kvinnor. Många av de kvinnor som nu går i pension har i jämförelse med tidigare generationer andra alkoholvanor. En sannolik följd av detta blir en ökad andel riskkonsumenter och mer alkoholrelaterade skador, vilket kommer att ställa ökade och nya krav på missbruks- och beroendevården. Alkoholpolitikens främsta redskap är att begränsa tillgången och försäljningen av alkohol genom begränsad tillgänglighet och med prissättning (Statens folkhälsoinstitut, 2011).

PROBLEMFORMULERING

Genom att göra hälsosamma val när det gäller mat, rökning, alkohol och motion kan livsstilssjukdomar förhindras eller fördröjas såsom hjärt- kärlsjukdomar, diabetes, cancer och lungsjukdomar. Socialstyrelsen har i uppdrag av regeringen utarbetat nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder som hälso- och sjukvården skall få stöd att införa. På sikt kan det leda till besparingar i form av minskade kostnader för sjukvården

och minskat potentiellt lidande för befolkningen. Vårdvalsreformen som genomfördes 2010 med målsättningen att öka tillgängligheten och stärka patientens roll i vården tros vara den största orsaken till att arbete med diagnosrelaterade sjukdomar prioriteras. Efter denna reform har många vårdcentraler varit tvungna att göra besparingar och vi har en känsla av att det hälsofrämjande arbetet fått stå tillbaka även om det är en av distriktssköterskans huvuduppgifter och att det nu finns riktlinjer från socialstyrelsen inom området.

SYFTE

Att beskriva hur distriktssköterskan arbetar med sjukdomsförebyggande metoder inom primärvården.

METOD

Då syftet med studien var att beskriva hur distriktssköterskan arbetar med sjukdomsförebyggande metoder valdes kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats vilket möjliggör tolkning av personens subjektiva erfarenheter, exempelvis hur något upplevs eller känns. Metoden kändes relevant när intervjuer var valet för studien. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) används kvalitativ metod när människans uppfattningar, erfarenheter, tankar, motiv, upplevelser, förväntningar och attityder vill studeras. Vid en kvalitativ innehållsanalys fokuseras på att beskriva variationer genom att identifiera likheter och skillnader i texten. Resultatet blir informantens beskrivning och för att få svar på den fråga som studeras är det viktigt att ta vara på de teman/kategorier som är relevanta för frågan (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012)

Urval

Inklusionskriterier för att delta i studien var att informanterna skulle vara distriktssköterskor och hade minst ett års arbetserfarenhet, samt gärna på något sätt engagerad i hälsofrämjande arbete såsom egen mottagning med förebyggande insatser exempelvis diabetes, astma/KOL eller blodtryck. Först kontaktades primärvårdschefen i östra Skaraborg (område 9) via e-post för att få godkännande till att utföra studien. Efter ett positivt svar skickades introduktionsbrev ut till 10 verksamhetschefer på olika vårdcentraler runt om i område 9 vars adresser primärvårdschefen lämnat (se bilaga 1) med önskemål om att få deltagare till studien som motsvarade kriterierna. Första förfrågningen gav inga svar, men efter påtryckning via e-post kom det tre positiva svar med namn och telefonnummer till tre distriktssköterskor på tre olika vårdcentraler i området. Därefter tog författarna kontakt med tre distriktssköterskor som arbetar inom verksamheter i området via telefon och som befann sig i författarnas närområde. De sex distriktssköterskor som tackade ja till att delta fick ta del av ett informationsbrev (se bilaga 2) och var positiva till ämnet samt fick klartecken att delta i studien efter förfrågan hos respektive chef.

Datainsamling

För insamling av data användes semistrukturerade intervjuer och frågeområden formulerades i en intervjuguide som användes som stöd under intervjuerna. Frågorna anpassades till vad som kom upp under intervjun (Henricsson, 2012). Istället för att ställa formulerade frågor bör enligt Kvale och Brinkman (2009) intervjuaren vara lyhörd inför det som sägs genom att ställa öppna frågor. Intervjuaren leder samtalet inom temat, men är öppen för intervjupersonens vinklingar inom ämnet. Intervjun kan leda till nya insikter och intervjupersonen kan under intervjuns gång förändra sin uppfattning om ett visst ämne och kan vara en insiktsfull och berikande upplevelse. Syftet är att låta informanterna beskriva sina erfarenheter utan att styra deras berättelser.

Intervjuerna ägde rum på informanternas arbetsplats i lugn och ro utan störande inslag. De spelades in på mobila enheter och varje intervju tog mellan 30-45 minuter. Vid varje intervju deltog båda författarna. Vid intervjuerna användes en intervjuguideguide (bilaga 1) som stöd. Efter varje intervju transkriberades intervjuerna i sin helhet och texterna analyserades enligt kvalitativ innehållsanalys.

Analys

Analysen grundar sig på Lundmans och Hällgren Graneheims (2012) beskrivning av kvalitativ innehållsanalys. Det som sägs mellan raderna, textens underliggande budskap, uttrycks på en tolkande nivå i form av teman. Att skapa teman är ett sätt att binda samman det latenta budskapet i en text. Ett tema svarar på frågan ”Vad handlar det här om?”

Texten som helhet utgör vår *analysenhet*. Författarna läste igenom de transkriberade texterna flera gånger. Därefter identifierades *meningsenheter* som är en meningsbärande del av texten och som svarar på studiens syfte. De kan bestå av ord, meningar och stycken som hör ihop genom innehåll och sammanhang. Båda författarna markerade meningsbärande enheter som sedan sammanställdes och det visade sig att författarna i stort sett hade fått fram liknande meningsenheter. Vidare *kondenserades* meningsenheterna som gör texten kortare och mer lätthanterlig. Därefter *abstraherades* den kondenserade texten, den lyftes till en högre nivå och benämns därmed med en *kod*. Koden är en etikett på meningsenheten som framkommit och som beskriver dess innehåll (Lundmans & Hällgren Graneheim, 2012). Koderna jämfördes angående likheter och skillnader, grupperades och bildade sex underteman. De underteman med liknande innehåll sorterades upp i två olika teman (Henricson, 2012). Texterna lästes igenom ytterligare en gång, därefter reflekterades och diskuterades helheten om textens huvudsakliga innehåll. Syftet har varit centralt under hela analysen av studien. Exempel på analysprocessen presenteras nedan i tabell 1.

Tabell 1. Exempel på analysprocess.

Meningsenheter	**Kondenserad meningsenhet**	**Kod**	**Undertema**	**Tema**
”Jag har lyckats få en patient insulinfri	Lyckats få en patient	Tillfredställelse	Bekräfta och	Att finna vägar till

efter att [patienten]ha[r] gått ner ordentligt i vikt. Det känns jättehärligt att se den glädjen och se hur livet kan återvända så man orkar med familj och barn”	insulinfri… känns jättehärligt.		vägleda	förändring
”Du får inga pengar för att du står och ser till att förebygga bensår, men du får pengar för andra saker. Det är det som är så skruvat idag tycker jag, du ska ha ner HbA1c då får du pengar, det är ju så väldigt konstigt men så är det ju, tyvärr”	Bara diagnoser ger pengar, inte annat förebyggande arbete	Frustration över strukturen	Använda tillgängliga resurser	Att utgå från tillgängliga resurser

ETISKA ÖVERVÄGANDEN

De etiska överväganden grundar sig på Helsingforsdeklarationen som anger ett antal regler, men där patientens väl ska komma i första hand. Den tar också upp krav på det informerade samtycket: vad informationen ska innehålla, hur samtycke ges, av vem det ges och till vem det ges. Autonomiprincipen, godhetsprincipen, principen att inte skada och rättviseprincipen innebär att personer skall behandlas lika, ingen skall utsättas för fara, personer skall självständigt få besluta om deltagande i studien och de har rätt till självbestämmande samt integritet. Att ta hänsyn till de etiska principerna i forskning som omfattar människor medför att deltagandet i studierna måste vara frivilligt och deltagarna måste vara informerade för att skydda deras integritet och visa respekt. För att respektera deltagarens privatliv måste informationen behandlas konfidentiellt och studiens inverkan på deltagarens fysiska och psykiska personlighet och integritet ska minimeras (World Medical Association, 2013). Överväganden har också gjorts enligt Vetenskapsrådets God Forskningsed (2011) som även de menar att hänsyn ska tas till sekretess, tystnadsplikt, anonymitet och konfidentialitet.

Deltagarna blev tillfrågade om medverkande i studien och fick både skriftlig och muntlig information om syftet. De fick även veta att deltagandet är frivilligt och att intervjun när som helst kunde avbrytas. Intervjupersonerna garanterades konfidentialitet, de fick även information om att det inspelade materialet skulle förvaras på en säker plats otillgänglig för obehöriga och att allt material kommer att förstöras efter att studien är avslutad.

RESULTAT

Analysen av intervjuerna resulterade i två teman och sex underteman. Dessa tydliggörs i tabell 2 nedan. Varje undertema belyses med citat från distriktssköterskorna som intervjuades.

Tabell 2. Underteman och tema som framkom i analysen.

Undertema	Tema
Vara lyhörd och motivera	Att finna vägar till förändring
Bekräfta och vägleda	
Ta hänsyn till individualitet och personlig utveckling	
Anpassa metod och hjälpmedel	Att utgå från tillgängliga resurser
Använda tillgängliga resurser	
Nyttja kompetens och erfarenhet	

Att finna vägar till förändring

Resultatets första tema illustreras genom tre underteman: ”Vara lyhörd och motivera”, ”Bekräfta och vägleda” och ”Ta hänsyn till individualitet och personlig utveckling”. Informanterna upplevde att det var viktigt att hitta vägar som anpassas till den enskilde patienten vid sjukdomsförebyggande arbete. Genom att distriktssköterskan arbetar på ett strukturerat arbetssätt och låter patienterna vara med och påverka sin situation stärker deras förmåga till egenvård.

Vara lyhörd och motivera

En av informanterna i vår studie beskrev att hon kartlägger och identifierar patientens problem när de söker hjälp hos henne för deras övervikt. Detta ligger till grund för hur fortsättningen blir och vilka insatser som behöver sättas in. Detta möte kan resultera i ett långt samarbete och en relation som kräver ömsesidigt förtroende för att arbetet skall bli framgångsrikt. Andra informanter beskrev att de som söker för hälsokontroller oftast är friska patienter som vill kontrollera hur de ligger i sina värden. De poängterade även att en

hälsokontroll hos läkare eller ett besök på livsstilsmottagningen kostar mer pengar jämfört med ett besök hos distriktssköterska för att till exempel lägga om sitt bensår. På grund av den högre kostnaden upplevdes att många låter bli att söka förebyggande hälsovård.

> *… det har jag svårt att köpa, varför man skall betala mer när man vill jobba med ett förebyggande problem. Jag tycker att det är vårt uppdrag att arbeta förebyggande och så kanske man väljer bort det för att man tycker att det kostar för mycket.*

Informanterna upplevde att de egentligen inte når de patienter som verkligen skulle behöva hjälp och förde fram tankar att dessa kanske inte inser sin problematik med sin livsstil eller med sitt beroende av till exempel tobak eller alkohol. Andra patienter är mitt i livet och har fullt upp med arbete och familjeliv. Sedan finns den kategorin som inte har några symptom på sjukdom och lever ohälsosamt med risker för framtida problem. Alla informanter beskrev svårigheterna att fånga upp denna patientgrupp och för att lyckas med detta pekade de på betydelsen av att fånga upp dessa patienter på de sedvanliga blodtrycks- diabetes- astma/KOL kontrollerna. För att mötet med patienten skall bli bra uttryckte informanterna vikten av att vara lyhörd, att visa sig intresserad och att vara en god lyssnare vilket är grunden för att det inte skall bli en envägskommunikation. Informanterna menar också att de bör lyssna in vilka funderingar patienten har och att de även ska kunna uppfatta det som inte sägs för att få en helhetsbild av patientens problem.

> *Jag utgår från det patienten undrar, inte bara att jag står och föreläser, så funderar de vad de skall äta till middag när de kommer hem, det blir ju inte bra. Det är ju viktigt att de får ställa sina frågor*

En informant beskrev att hon ofta får höra livsberättelser under sina patientbesök. På en enkel fråga kan sociala problem framkomma som grund till besvären. Informanterna menar att de inte bör sitta med pekpinnar, förbud eller att döma vad som är rätt och fel, utan istället vara som ett bollplank där idéer och funderingar diskuteras och att ge patienten möjlighet att välja. De upplevde att det är svårt att få patienten motiverad och menade att det handlar om att förmedla till patienten varför det är viktigt att förändra vanorna, att det inte är omständigheterna utan patienten själv som bestämmer över sin situation. En av informanterna menade att om en patient kommer till ett av sina planerade återbesök eller nybesök på livsstilsmottagningen är den patienten oftast redan motiverad till att förbättra sin hälsa eftersom patienten kommer dit just för att arbeta med livsstilen. Några gånger hade det hänt att en patient kom dit men inte alls var motiverad, i ett fall visade det sig att patienten kom på grund av att pojkvännen tyckte hon behövde gå ner i vikt.

> *Man måste ju vara motiverad när man kommer till livsstilsmottagningen, annars funkar det ju inte. Så det är ju inte jag som motiverar utan patienten måste ha en önskan att jag gör detta för min egen skull. Det hjälper inte att kompisen tycker eller att pojkvännen/tjejen tycker, utan man måste ha en egen vilja att nu är det dags*

I intervjuerna framkom att patienten bör ha någon drivkraft för att göra en förändring av sin livsstil. Att ha något som man kan bygga vidare på och för att fortsätta vara motiverad för att nå resultat. Positiva resultat som förbättrade blodvärden eller viktnedgång upplevdes

motivera både patienten och distriktssköterskan till fortsatt arbete med livsstilsförändring. Patienternas motivation till att förändra sin livsstil varierar. Informanterna beskrev att de försökte motivera patienten att förstå nyttan av en promenad eller cykeltur och att det kan vara lika viktigt som någon annan behandling patienten har för sin sjukdom. För att lyckas motivera patienten och om motivationen skall behållas bör ambitionsnivån läggas på en lagom nivå. För att uppnå detta beskrev informanterna hur de förenklade sin information till patienten så mycket som möjligt. En informant beskrev att om det blev för krångligt rann det ut i sanden och inget blev av. Målen bör kännas rimliga för patienten om livsstilsförändringen skall behållas under en längre tid.

> *Jag tror inte man får göra för stor sak av det utan försöka att ta det på ett enkelt sätt. Speciellt folk här ute på landsbygden, man tar sig inte in på ett gym på ett enkelt sätt. Det måste bli vardagsaktiviteter om det ska bli gjort, en promenad eller cykeltur eller så*

Bekräfta och vägleda

Informanterna berättade om betydelsen av att bekräfta patientens framsteg med tidigare planerade åtgärder såsom förändrade kostvanor, regelbunden motion eller följsamhet till ordinerad medicinering. Vid ett återbesök kan till exempel patientens blodvärden eller vikt ha förbättrats. En informant beskrev att mediciner kunnat sättas ut vid några tillfällen, och det var enligt henne bästa kvittot på att arbetet gett önskat resultat. Detta positiva svar gav, förutom motivation till att fortsätta arbeta vidare med vårdplanen, också en bekräftelse av mödan och en arbetsglädje som sporrade till att arbeta vidare både för patienten och för distriktssköterskan.

> *Ja, man känner en enorm tillfredsställelse för varje person som man ser har slutat röka. De säger att de mår så bra, och är glada att det gått så bra. Det känns jätteskönt, helt underbart för mig, skönt att känna att jag fått någon att sluta som är lycklig, och aldrig trodde att det skulle gå så här bra. Ja då blir man glad, ja det är jättetacksamt*

Flera av informanterna upplevde att patienten fick en bättre livskvalitet när de fått en bekräftelse på att deras arbete varit framgångsrikt som till exempel förbättrade blodprover eller viktnedgång. Informanten på den enda livsstilsmottagningen i området hade sett flera positiva effekter med mottagningen och kände sig positiv och inställd på att fortsätta sitt arbete. Hon beskrev att hon alltid försökte vägleda patienten genom att finna vägar och metoder som passar för den enskilde patienten. För att vägleda patienten i förändringsprocessen upplevde flera informanter att positiv feedback var nödvändig, att lyfta det positiva som patienten gör.

> *Det är svårt att göra en förändring i livsstilen det är jättesvårt, men man får liksom försöka vända på det istället och stärka det man gör som är bra.*

Ta hänsyn till individualitet och personlig utveckling

En informant berättade att det kunde vara tungt när inga framsteg visade sig. Det kunde vara på grund av att patienten inte var motiverad och därmed inte brydde sig om sin livsstil, men det kunde också bero på att patienten hade fokus på annat håll. Andra patienter orkar i vissa fall inte ta tag i sitt hälsoproblem på grund av olika livskriser. Då

kunde hon känna att hon fick hon släppa taget under en period och ta tag i det vid ett senare skede. En av informanterna uttryckte också att hon inte kunde utföra under, vilket patienterna kan tro ibland då de önskar någon mirakelmedicin eller genvägar till en bättre livsstil. Hon försökte då undvika att ge patienten skuldkänslor om till exempel värdena inte hade blivit bättre. En annan informant uttryckte att en livsstilsförändring var beroende av patientens förmåga till egenvård, annars händer det ingenting. Med egenvård menade hon att patienten behöver ta eget ansvar i sin förändringsprocess genom att följa de råd och ordinationer som de kommit överens om som till exempel promenader eller ändrade kostvanor. En del patienter tog inga egna initiativ till förändring och förstod att de borde göra livsstilsförändringar men ändå hände ingenting. Hon menade att många av oss kanske vet att vi borde ändra något i vår livsstil, att vi borde sluta röka, går ner i vikt eller sluta stressa men ändå gör vi inget åt det.

> *Sen finns det alltid de som säger ” ja, jag vet att jag skall motionera, jag vet att jag skall äta nyttigare osv och det är ändå unga människor. De vet vad de borde göra för att få bättre värden men ändå tar de inte tag i det*

En av informanterna ansåg att informationen och åtgärderna behöver anpassas till vilken patient hon har framför sig för att kunna hjälpa patienten. Hänsyn bör tas till ålder, kön och livssituation. De bedömde att äldres vanor var svårast att förändra då de har så starka och inarbetade rutiner. En informant berättade om en äldre patient som behövde få ner sitt blodsockervärde enligt doktorn. Hans enda höjdpunkt på dagen var fikastunden med frun och i det här fallet fick hon värna om patientens livskvalitet före lägre blodsockervärde. Förändringar tar tid att genomföra enligt flera av informanterna och måste individanpassas för att resultaten ska bli varaktiga och vissa patienter behöver uppmuntras mer än andra. Det gäller att se helheten och vilka förändringar som passar patienten i fråga.

> *Vi pratar mycket om det här, vad man behöver förändra, vad man behöver göra för att få ett varaktigt resultat. Det är inte den snabba förändringen utan den varaktiga, och som de känner att det här passar mig*

En informant berättade att vissa patienter behövde hon ha kontakt med oftare än andra för att de uttryckligen sagt att de ville ha det så. De ville ha den pressen på sig för att förmå sig till att göra vissa förändringar. En patient fick hon ringa varje vecka och andra nöjde sig med kontroll varje halvår. Att känna av vad den enskilde patienten behöver höra var också svårt, vissa behövde hon vara väldigt rak mot och säga vad som kunde hända om patienten inte fick ordning på sitt levnadssätt, andra behövde hon gå mer försiktigt fram med.

> *Jag har en patient som kommer till mig varje vecka för att hon behöver det och en del patienter får man ”skrämma” för att de skall förstå konsekvenserna. Det får man känna av från individ till individ*

En informant beskrev att kost och motion är tunga byggstenar som de flesta patienter måste arbeta hårt med. Det är svåra områden att förändra eftersom det är starka vanor som ligger bakom och som behöver brytas. En informant beskrev att en stor orsak till osunt levnadssätt är rökning, ofta är det en del av ens identitet och ett starkt beroende, en vana som är svår att bli av med. På vårdcentralerna som besöktes fanns det tillgång till rökavvänjning och dit kunde patienterna hänvisas vid behov.

> *Man går ju in i någon sorts annan identitet när man inte röker, och det där är ju inte så enkelt. Man vet så väl att det här måste jag sluta med men det är svårt*

Att utgå från tillgängliga resurser

Resultatets andra tema ”Att utgå från tillgängliga resurser” illustreras genom tre underteman: ”Anpassa metod och hjälpmedel”, ”Använda tillgängliga resurser” och ”Nyttja kompetens och erfarenhet”. Informanterna ansåg att kompetensen fanns eftersom det ingick i deras utbildning, men att kompetensen inte användes tillräckligt och på ett bra sätt. Arbetet fick anpassas efter de resurser som fanns inom de ekonomiska ramar som erhölls.

Anpassa metod och hjälpmedel

Av de informanter som intervjuades var det bara en som hade kännedom om de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder som skall implementeras i primärvården. Fokus läggs på tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Hon hade börjat använda sig av riktlinjerna ihop med MI-samtal på ett strukturerat sätt vilket hon uttryckte som en professionell samtalsmetod där syftet var att en förändring borde ske. Informanten menade att patienten själv skulle komma på åtgärderna i sin förändringsprocess genom att berätta om sin situation samt själv finna nyckeln till metoden. Några av informanterna använde MI-samtal men inte så styrande, utan genom att tänka på de grundläggande principerna med metoden vid sina patientbesök.

> *MI är jättebra för det jobbar man med hela tiden, just det att man vänder på det hela så patienterna får komma på själva är ju det bästa. Ja det är ju det som kommer ur ens egen mun som man tror på, ja det är ju så*

Att hänvisa patienten till annan vårdinstans eller yrkeskategori vid behov berättade informanterna om, att kunna se när ens egen kunskap inte räckte till för att hjälpa patienten. Det kunde vara till sjukgymnast, dietist, rökavvänjning, psykisk hälsa eller läkare. En informant uttryckte stor trygghet i att ha tillgång till de andra kompetensområdena för att få ett fungerande teamarbete. Gruppträffar var något som de efterlyste, och det var bara på en vårdcentral detta fanns. Att träffa andra patienter i samma situation och att få utbyta erfarenheter var något som de ansåg betydelsefullt för patienten. Att få samtala och få stöd från varandra var något som flera av informanterna hade fångat upp hos patienterna som ett önskemål.

Nu håller vi på att utveckla gruppundervisning. Vi har haft en sådan träff med de som haft diabetes några år för att hålla igång det lite och träffa andra som har samma diagnos. Det är ju viktigt att kunna utbyta lite erfarenheter. Det är ju bra att träffas i grupp och se att man inte är ensam

En av informanterna påpekade att patienterna med diabetes kan få mycket hjälpmedel i form av bland annat broschyrer med information om kost, motion och sjukdomen. Patienterna kunde också få stegräknare, dagböcker för blodsockervärden samt aktivitetsdagbok som underlättade deras arbete. Hon berättade också att distriktssköterskorna har olika vårdprogram som hjälpmedel och stöd i sitt arbete där hon mestadels använde programmet för diabetes. Där fanns regionsövergripande riktlinjer och rekommendationer att arbeta efter.

Vi utgår ju mycket från vårdprogrammen, de finns för alla sjukdomar och den om diabetes här läser jag ju mycket från. Där finns alla rekommendationer om kost och motion och allt det här. Jag utgår mycket från det. Sen finns det ju så mycket broschyrer, det finns hur mycket som helst

Använda tillgängliga resurser

Informanterna gav uttryck för att diagnosrelaterade arbeten prioriterades då det var diagnoserna som gav pengar till organisationen så som till exempel diagnosen diabetes eller hypertoni. Bristen på tid och pengar för sjukdomsförebyggande arbete prioriterades för det mesta bort till förmån för detta diagnosrelaterade arbete. De beskrev även vårdvalet som den avgörande orsaken till att det hälsoarbetet åsidosattes. En av vårdcentralerna hade haft ”Hälsoteket”, en livsstilsmottagning där man arbetade med hälsofrämjande åtgärder. Den mottagningen lades ned efter vårdvalet då pengarna inte längre fanns till att bedriva denna verksamhet.

Om du visste vad mycket pengar man satsat och utbildar massa personal och sen lägger ner alltihop som de gjorde med Hälsoteket. Sen tror inte jag att de som jobbade med det här vårdvalet riktigt förstod vad de ställde till med

Flera av informanterna uttryckte svårigheter med att få tiden att räcka till för utvärderingar av åtgärder och uppföljningar. Mer arbete har lagts på distriktssköterskorna i form av utökad telefonrådgivning och oplanerade besök. Även personalnedskärningar hade resulterat i att det hälsofrämjande arbetet inte prioriterades. En informant uttryckte även att screening för diabetes ibland diskuterades inom primärvården, men att det kommer att medföra mycket arbete. Då behöver det finnas tid och personal till att ta hand om det arbetet, så det inte byggs upp något som inte går att hantera. Om primärvården fick resurser för förebyggande arbete så var det många som skulle vilja jobba mer med det området, då behov finns av att förhindra välfärdssjukdomar framöver. En informant upplevde att samtal om hälsa var beroende av engagemanget och intresset hos distriktssköterskan samt uttryckte även att hon inte alltid orkade eller hade tid med livsstilsfrågor. Ibland kunde det hända att patienten verkade ha ett behov av ytterligare diskussioner angående livsstil men informanten avstod från att ens fråga då hon stundtals inte mäktade med det.

Ibland har jag inte tid att fråga patienten när jag märker att de håller på något, för då vet jag att tiden drar iväg och jag orkar bara inte konfronteras med det just då

En informant uttryckte glädje i att det märktes positiva hälsoeffekter i samhället av att fler personer hade slutat röka. Hon var den enda som hade börjat jobba efter socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder, och tyckte det var bra att det äntligen kommer att jobbas mer med detta då det i längden kommer spara mycket pengar för sjukvården. När det gällde övervikten kommer problemen ofta tidigt i livet och några av informanterna ansåg att det borde läggas mer kraft på BVC i framtiden, att tidigt arbeta med dessa problem som annars följer med upp i åldrarna. En av informanterna tyckte att det borde arbetas med detta redan på MVC när behov fanns och genom att få föräldrar att förstå konsekvenserna av sin livsstil och hur det kommer att påverka barnet i framtiden.

Nyttja kompetens och erfarenhet

Informanterna beskrev att de patienter som ännu inte kände av sin sjukdom var svårast att förändra. Då krävdes det kompetens och erfarenhet att kunna möta det. *"Det svåraste är ju att få dem att förstå hur viktigt det är med ändrade beteenden eftersom de känner sig ju inte dåliga"*. En av distriktssköterskorna hade arbetserfarenhet från psykiatrin och ansåg sig vara bra behjälpt av det i sitt nuvarande arbete med att bemöta, motivera och informera patienter. Att vara tydlig i sitt sätt att vara samt vara ärlig och rak var något hon haft med sig sedan hon jobbat inom det området. De som hade MI-utbildningen använde den i sina patientmöten för att patienten skall vara delaktig.

… jag frågar alltid, är det något du vill fråga mig om? Hur har det varit sedan förra gången? Vad tycker du själv? Att man får med dem att tänka. Det är först då det kan bli en förändring. Inte bara fokusera på behandling och värden

Distriktssköterskan på vårdcentralen där det fanns livsstilsmottagning arbetade ensam med den och tyckte det var viktigt att hon kunde stå för råden hon gav, i synnerlighet om hon blev ifrågasatt. Om hon inte tror på det hon säger så får hon inte patientens uppmärksamhet. Informanten berättade också om vikten av att få patienten att förstå vinsterna av en förändrad livsstil. Då krävs erfarenhet och lärdom inom området. Distriktssköterskans kunskap gör det möjligt för patienten att se vad som främjar hälsan i längden, vilket patienten inte alltid kan.

En av informanterna upplevde att om patienten fick delmål blev det mer hanterbart och inte så stora förändringar på en gång. Det ansåg hon var bra att använda sig av i arbetet med sjukdomsförebyggande metoder. Det var något som hon lärt sig med tiden och som hon fått erfarenhet av. Att ta en sak i taget och känna av när det var dags att ta nästa steg.

Här får man ju vara uppmärksam och känna av när man skall lägga in stöten för att få dem att förstå vikten av fysisk aktivitet och matvanorna, det är ju inte lätt att bara ändra om vanor utan att förstå varför, så man får börja med en sak i taget

Informanterna berättade att de ibland behövde möta patienten på halva vägen genom att de försökte få patienten att göra det den kunde, där även en liten förändring var bra. De uttryckte att det de kunde göra för patienten var att ge information och råd för att förändra deras livsstil. Sedan var det upp till patienten att ta till sig av kunskapen och använda den. Att inte ta över ansvaret pratade många av informanterna om, att inte gå in med sig själv. Det var patienten som ansvarade för sin förändring. De uttryckte att det lätt kunde bli för mycket arbetsbelastning om de tog på sig patientens problem och eventuella misslyckanden. De kunde endast ge redskap och stöttning i förändringsarbetet, men sedan var det upp till patienten förvalta det.

> *… och att lägga ansvaret på patienten inte på mig, det är svårt för det är lätt att det hamnar i ens eget knä och då får man problem*

DISKUSSION

Metoddiskussion

Studiens syfte var att beskriva hur distriktssköterskan arbetar med sjukdomsförebyggande metoder inom primärvården. Författarna valde kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats då den ansågs relevant för studiens syfte, vilket innebär att en slutsats dras av informantens erfarenheter, det vill säga att information samlas in som analyseras och slutsatser dras av detta material. Den induktiva ansatsen bedömdes vara lämpligast då författarna avsåg att få fram distriktssköterskans beskrivningar och erfarenheter av sjukdomsförebyggande arbete genom innehållet i intervjutexterna. Fördelar med intervjuer var att fånga distriktssköterskornas personliga upplevelser och detaljerade berättelser. Enligt Kvale och Brinkman (2009) så är intervjuer ett effektivt verktyg för den som vill få kunskap om människors erfarenheter och beteenden.

I början av studien fick författarna godkännande från primärvårdschefen att genomföra studien och erhöll då även kontaktuppgifter till verksamhetscheferna som ingick i området. I första utskicket fick författarna inga svar av de tio förfrågningarna som gick ut. Efter andra påtryckningen blev det endast svar från tre verksamhetschefer, de andra tre distriktssköterskorna som ingick i studien söktes upp av författarna via telefon på deras arbetsplatser och tillfrågades om deltagande i studien. De tre som kontaktades var positiva och fick godkännande av sina chefer och fick ta del av informationsbrevet. Som studenter upplevdes svårigheter med att få tag i informanter då de tio verksamhetscheferna som fått e-post inte verkade haft intresse av eller uppmärksammat förfrågan om deltagande. Brist på tid verkar också ha varit en stor orsak till att få ihop informanter till studien.

Inklusionskriterier för studien var att informanterna skulle vara distriktssköterskor med minst ett års arbetslivserfarenhet och gärna arbetade med sjukdomsförebyggande metoder eller på något sätt var engagerad i hälsofrämjande arbete. Detta val gjordes för att se till att innehållet i intervjuerna skulle vara relevant för syftet. Något som minskar överförbarheten

i studien kan vara att inte få tillräckligt många informanter och ett material som inte representerar hela området. I studien blev informanterna inte fler än sex stycken och de representerar inte hela östra Skaraborg. Överförbarheten påverkas också av att alla informanter var kvinnor. Vi fick däremot bra spridning åldersmässigt, mellan 34-59 år. Informanterna hade arbetat som distriktssköterskor mellan 1-14 år och fyra av sex hade gått utbildning i motiverande samtalsteknik (MI). Resultatet av denna studie kan vara överförbart till andra distriktssköterskor som kan tänkas göra liknande studier eftersom en noggrann beskrivning av metod avseende urval, deltagare, datainsamling och analys gjorts och det är upp till läsaren att avgöra överförbarheten av resultatet. Studien kan vara intressant för distriktssköterskor för att få nya infallsvinklar och idéer till att arbete med sjukdomsförebyggande metoder och hur relationen till patienten kan etableras.

Slutresultatet blev att sex distriktssköterskor intervjuades och när intervjuerna transkriberats ansågs datamaterialet tillräckligt omfattande och innehållsrikt för att få ett bra resultat. Intervjuerna visade stor samstämmighet då det i de transkriberade intervjuerna framkom liknande innehåll. Tillförlitligheten stärktes genom att intervjutexterna lästes igenom och diskuterades av författarna under hela analysfasen för att inte gå miste om något betydande innehåll. Författarna visade sig vara överens om textens meningsbärande enheter och efter att de tagits fram fortsatte arbetet med den resterande analysen. De kondenserade meningsenheterna benämndes med en kod och sex underteman samt två teman arbetades fram gemensamt. Då syftet var att beskriva hur distriktssköterskor arbetar med sjukdomsförebyggande metoder delades materialet in i underteman och teman då det är teman som svarar på frågan hur? Tillförlitligheten styrktes genom att citat belyste de olika teman som framkom från de olika intervjuerna (Graneheim & Lundman, 2004).

Författarna valde att genomföra intervjuerna tillsammans. Att båda författarna deltagit i intervjuerna upplevdes positivt då materialet blev mer lätthanterligt genom att båda träffat informanterna och både sett, hört och uppfattat kroppsspråk samtidigt. Negativt kan ha varit att informanten uppfattar sig i ett visst underläge som ensam deltagare. Som stöd i intervjuerna användes en intervjuguide som speglade studiens syfte (se bilaga 3). Den innehöll korta frågor men gav långa svar som ger en bra kvalitet på intervjun enligt Kvale och Brinkman (2009). Ingen tidigare intervjuvana fanns hos författarna, vilket kan ha varit en nackdel med intervjuer och kan ha uppfattats som ett hinder vid de första intervjuerna. När intervjuvanan ökade kunde följdfrågor ställas på ett bättre sätt och de blev mer informationsrika. En kvantitativ studie som till exempel en enkät bedömdes inte relevant då den ger begränsade svar och utesluter följdfrågor och subjektiva svar av informanten.

Författarnas tidigare erfarenhet och personlighet påverkade analysen även om författarna varit medvetna om och försökt bortse från förförståelsen. Författarna är inte verksamma inom primärvården och då de tidigare arbetat uteslutande inom slutenvården medförde att förförståelse inte har färgat tolkningen av materialet. Detta undveks också genom konsensusförfarande då tolkningarna av intervjuerna diskuterades mellan forskarna för att se om tolkningarna var samstämmiga (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

När det gäller giltighet har författarna intervjuat distriktssköterskor som alla har erfarenhet av primärvården och som har erfarenhet av sjukdomsförebyggande metoder på ett eller annat sätt. Författarna har valt citat som varit karakteristiska för de olika teman och som speglar resultatet. Alla transkriberade intervjuer har tolkats tillsammans och författarna har varit eniga om resultatet.

Resultatdiskussion

Vi har i studien ” Hur arbetar distriktssköterskan inom primärvården med sjukdomsförebyggande metoder? fått fram två huvudteman ”Att finna vägar till förändring” och ”Att utgå från tillgängliga resurser”.

När det gäller livsstilsförändringar är patienten många gånger medveten om sitt problem och beteende, men livsstilsförändringar är ett mycket svårt område att ta tag i. Det är lättare att lägga till vanor än att göra sig av med ovanor. En god relation mellan patienten och distriktssköterskan främjar egenvårdsförmågan genom samverkan och uppmuntran, där patienten blir sedd och bekräftad och för det krävs att distriktssköterskan ser till patientens individualitet och anpassar hjälpmedel och åtgärder. Därför är det av stor betydelse att distriktssköterskan är lyhörd och handleder patienten rätt i deras strävan att göra förändringar som varar på sikt. Att få patienten att finna självkänslan och tron på sig själv som många gånger saknas vid bristande motivation. Vår studie visar att resurserna blivit färre inom primärvården när det gäller förebyggande hälsovård och det hindrar distriktssköterskans arbete med att försöka förhindra eller fördröja livsstilssjukdomar.

Enligt distriktssköterskorna visste många patienter vad som behövde göras men ändå skedde ingen förändring. Det visas också i en studie av Jallinoja et al (2007) där det framkom att ett stort hinder för att behandla livsstilsrelaterade sjukdomar är patientens ovilja att förändra sina vanor. I vår studie framkom att det svåraste i hälsofrämjande arbete är att få patienten motiverad till förändring. Så länge de inte känner av sin sjukdom så har de heller ingen förståelse för att det i framtiden blir komplikationer, det ligger inte i nutid. Här krävs resurser som utbildning i MI och ibland kan psykiatri vara till bra hjälp. Kan dessutom positiva medicinska förändringar ses så är det jättebra och ett kvitto på att det går att förbättra patientens värden med ändrade vanor. Om distriktssköterskan kan ”så ett frö”, att få patienterna förstå varför de bör ändra livsstil har de kommit en bit på väg. De kan vara en person som stöttar, ger idéer och förslag på åtgärder och där är MI-samtal ett bra hjälpmedel som användes av de flesta informanterna i vår studie. Gedda (2001) skriver i sin avhandling att sjuksköterskans pedagogiska uppgift är att hjälpa patienten stärka sin förmåga till egenansvar och att ha makten över sin egen situation. Hon menar vidare att patienten själv ska upptäcka och inse sina problem och det är det MI-samtalen går ut på.

Egenvård är nödvändigt för att få till en livsstilsförändring och är åtgärder som patienten själv kan vidta som till exempel lämplig kost, fysisk aktivitet och goda sömnvanor. och är nödvändigt för att en förändring skall kunna ske. För att hjälpa patienten till en hälsosammare livsstil och förebygga utvecklingen av ett långvarigt sjukdomstillstånd kan distriktssköterskan ge individanpassad information genom att ge förklaringar och råd till

förändring samt konsekvenser av felaktig livsstil. Det stämmer överens med Orem (1991) som menar att en människa är en fri och aktiv varelse som är reflekterande både över sig själv och över omgivningen. Människan kan uppnå välbefinnande genom egenvård där individen själv har ett stort ansvar för att utveckla goda vanor och på så sätt främja hälsa. Orem (1991) anser vidare att sjuksköterskans uppgift är att stötta och undervisa patienten i dess egenvård då omvårdnad är att främja egenvård, identifiera individens egenvårdskapacitet och stödja individen att återfå sin egenvårdande förmåga.

Att träffas i grupp var något som distriktssköterskorna tyckte var ett bra alternativ för patienterna för att kunna informera varandra och delge erfarenheter. Det finns en stor mängd olika hjälpmedel som distriktssköterskorna kan använda sig av vid arbetet med hälsofrämjande arbete. Till exempel finns vårdprogram, riktlinjer, broschyrer, dagböcker och mätare av olika slag. Men något standardiserat arbetssätt i det förebyggande arbetet fanns inte då socialstyrelsens riktlinjer inte införts än. Att tydligare rutiner och en klarare struktur i det hälsofrämjande arbetet behövs stöds av Whittemore et al (2010). I studien framgår vikten av att använda sig av ett livsstilsprogram där sjuksköterskan kan följa en mall i sitt arbete. Då känner sig sjuksköterskan väl förberedd inför besöket och att hon har tillräckligt med kunskap för att utföra samtalet. Patienterna i studien kände sig också trygg i att det fanns en plan för behandling och uppföljning där sjuksköterskan också tog hjälp av andra yrkeskategorier i ett väl fungerande team. Vårdpersonal och chefer bör enligt Grandes et al (2008) samarbeta för att få fram sådana mallar som sjuksköterskor kan utgå ifrån i hälsofrämjande arbete.

De icke smittsamma sjukdomarna är idag ett stort hot mot folkhälsan världen över. I en studie av DeCola, Benton, Peterson & Matebeni (2012) intervjuades 1600 sjuksköterskor i åtta länder för att bättre förstå hur sjuksköterskor uppfattar sin roll när det gäller hanteringen av riskfaktorer förknippade med icke smittsamma sjukdomar. De visade att hela 95 % av sjuksköterskorna ville försöka förhindra utvecklingen av icke smittsamma sjukdomar samt att utbilda patienterna i dess risker och om betydelsen av egenvård. Dock var sjuksköterskornas möjligheter att göra detta små på grund av för hög arbetsbelastning och tidspress.

Också i vår studie upplevdes bristen på resurser i form av tid, personal och pengar, vara den största orsaken till att informanterna inte arbetar så mycket med förebyggande arbete trots att det hör till distriktssköterskans profession och kompetens. Flera uttryckte att de gärna skulle jobba mer med det förebyggande om det bara gavs mer resurser för det. Redan för 11 år sedan uppmärksammade Blomstrand et al (2002) att förebyggande åtgärder inte behöver vara så kostsamma. En hälsoprofil för egenanalys är en metod för förebyggande arbete inom primärvården som ofta har små ekonomiska resurser. Detta skulle ha varit en enkel åtgärd att föra in på vårdcentralerna för att lättare fånga upp patienter med ohälsosamma levnadsvanor. En informant i studien kände att det hade behövts pratas mer med patienterna om hälsan men kände ofta en frustration över att vara otillräcklig. Hon orkade många gånger inte ta upp livsstilsfrågor när arbetsbelastningen bara ökade och det är en oroande utveckling av arbetsbelastningen och prioriteringen inom primärvården. Jerdén, Hillervik, Hansson, Flacking & Weinehall (2006) genomförde en studie där det framkom att vårdcentralens arbetsmetoder och rutiner påverkar distriktssköterskans

möjligheter att arbeta med hälsofrämjande arbete. De menar att distriktssköterskorna kämpar mycket för att balansera arbetet med både hälsofrämjande arbete och sedvanligt mottagningsarbete. De ansågs ha brist på tid då arbete med sjukdomsorienterat arbete prioriterades. Vi anser att det skulle behöva arbetas mer med livsstilsinformation, och då redan på mödra- och barnavårdcentraler, där blivande föräldrar behöver informeras om effekterna av en ohälsosam livsstil.

Inför vår studie tog vi kontakt med en folkhälsoplanerare i Skövde kommun som informerade om många olika projekt som var på gång inom kommunen bl.a. hälsoprofilsamtal. De har inget samarbete med primärvården i nuläget, då de efter vårdvalet har svårt att hinna med sådana projekt. Skaraborgs strategiska plan för folkhälsoarbetet är att ”Invånarna i Skaraborg ska ha bäst hälsa år 2020”. I våra intervjuer visade det sig också att det inte finns något samarbete då distriktssköterskorna inte hade någon kännedom om detta. För att nå målet för folkhälsan tycker vi att någon sorts samarbete borde finnas framöver. Något positivt som är på gång är Seniorhälsan som successivt kommer införas på vårdcentraler i regionen och skall erbjuda patienter som är 65 år och uppåt trygghet att ha koll på sin hälsa. Det är ett strukturerat arbete med hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande metoder som innebär att de skall behålla god hälsa så länge det går. Patienten gör tillsammans med distriktssköterskan upp en hälsoplan för insatser. De får också en namngiven kontaktperson som man kan vända sig till i hälso- och sjukvårdsfrågor.

Från början var syftet med studien att undersöka hur det arbetades med ”Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder” inom primärvården. Efter kontakt med sjuksköterskeföreningen och VG-regionens kontaktperson för riktlinjerna framkom att det inte implementerats ännu och att man inte kommit så långt. Ordförande i distriktssköterskeföreningen styrkte att livsstilsfrågor är en av distriktssköterskans huvuduppgifter och menade också att det är få efter vårdvalet som verkligen får arbeta med detta. Många av distriktssköterskorna hamnar istället i telefon, på laboratoriet, tar suturer, gör såromläggningar med mera. Endast en av informanterna i vår studie hade vetskap om dessa riktlinjer och vi fick då ändra vårt syfte till att beskriva hur distriktssköterskor arbetar med sjukdomsförebyggande metoder.

Konklusion

Livsstilsförändringar är ett svårt område att arbeta med då livsstilen är något som är starkt förankrat hos varje individ. För att patienten skall kunna ändra livsstil krävs beslutsamhet och att patienten är motiverad. För att nå positiva resultat krävs också egenskaper av distriktssköterskan som till exempel lyhördhet, vägledande förmåga samt att distriktssköterskan bekräftar patientens åtgärder i förändringsprocessen. Varje individ är unik och har sina speciella förmågor och egenskaper. För att möta detta behöver distriktssköterskan se till patientens individualitet och anpassa hjälpmedel och åtgärder. Att sätta upp delmål som inte känns ouppnåeliga är också betydelsefullt för att resultatet skall bli lyckat. Detta arbete underlättas inte av att resurserna blivit färre inom primärvården. En organisation som efter vårdvalet motverkar dessa mål med att förhindra eller fördröja

livsstilssjukdomar underlättar inte direkt distriktssköterskans sjukdomsförebyggande arbete.

Kliniska implikationer

För att det sjukdomsförebyggande arbetet skall få större prioritet krävs ett större ansvarstagande från verksamheten samt forskning som leder till att distriktssköterskorna får tydligare riktlinjer för att arbeta med sjukdomsförebyggande metoder. Det borde inte bero på vilken distriktssköterska patienten träffar för att livsstilsproblem skall kunna fångas upp. Om distriktssköterskan tycker det är ett viktigt område och brinner för att motivera patienterna kanske hon prioriterar detta i sina samtal med patienten. Men andra distriktssköterskor kanske inte orkar då arbetsbelastningen är hög och fokuserar på andra eventuella problem. Riktlinjer finns nu för sjukdomsförebyggande metoder men det behövs metoder och rutiner för sådant arbete. Att det finns resurser för att arbeta mer hälsofrämjande är organisationens ansvar och för det behövs medel till att kunna genomföra dessa åtgärder.

Förslag till fortsatt forskning

Det hade varit intressant att i framtiden göra liknande studie när socialstyrelsens riktlinjer implementerats för att undersöka hur det arbetas med dessa inom primärvården. Seniorhälsan håller just nu på att införas successivt i regionen och att genomföra en annan studie efter implementeringen och undersöka hur det fungerar hade också varit av intresse. För att folkhälsan skall nå sitt mål ”Invånarna i Skaraborg ska ha bäst hälsa år 2020” tycker författarna att samarbete med primärvården bör inledas. Förhoppningsvis kommer det arbetas med livsstilsförändringar i större utsträckning än idag inom primärvården, och inte endast inom folkhälsans organisation.

REFERENSER

Blomstrand, A., Pedersen, N., & Bengtsson, C. (2002). Hälsoprofil hjälper patienten att själv analysera sina riskfaktorer. *Läkartidningen, 99*(41), 4051-4054.

DeCola, P., Benton, D., Peterson, C., & Matebeni, D. (2012). Nurses potential to lead in non-communicable disease global crisis. *International Nursing Review, 59,* 321-330.

Eriksson, M. K., Westborg, C-J., & Eliasson, M. C. E. (2006). A randomized trial of lifestyle intervention in primary healthcare for the modification of cardiovascular risk factors. The Björknäs study. *Scandinavian Journal of Public Health, 34*, 453-461.

Ewles, L., & Simnett, I. (2005). *Hälsoarbete*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Folkhälsorapport. (2012). Hämtad 2012-12-10 från (http://www.fhi.se/pagefiles/14572/2012-3-6-Folkhalsan-i-Sverige-Arsrapport-2012.pdf).

Gedda, B. (2001). *Den offentliga hemligheten: en studie om sjuksköterskans pedagogiska funktion och kompetens i folkhälsoarbetet*. Diss. Göteborg: Univ., 2001. Göteborg.

Grandes, G., Sanchez, A., Cortada, J. M., Balague, L., Calderon, C., Arrazola, A., Vergara, I., & Millan, E. (2008). Is integration of healthy lifestyle promotion into primary care feasible? Discussion and consensus sessions between clinicians and researchers. *BMC Health Services Research.* Hämtad 2012-12-30 från http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/213

Graneheim, UH., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achive trustworthiness. *Nurse Education Today. 24*(2), 105-112.

Handley, M., Mc Gregor, K., Schillinger, D.,Sharifi, C., Wong, S., & Bodenheimer, T. (2006). Using Action Plans to Help Primary Care Patients Adopt Healthy Behaviors: A Descriptive Study. *Journal of the American Board of Family Medicine.*19, 224-231.

Hardcastle, S., Taylor, A., Bailey, M., & Castle, R. (2007). A randomized controlled trial on the effectiveness of a primary health care based counseling intervention on physical activity, diet and CHD risk factors. *Patient Education and Counseling, 70,* 31-39.

Henricson, M. (red.) (2012). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad.* (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Holm Ivarsson, B. (2009). *MI - motiverande samtal: praktisk handbok för hälso- och sjukvården : fysisk aktivitet, kost & övervikt, riskbruk av alkohol, tobaksbruk.* (1. uppl.) Stockholm: Gothia.

ICN, International Council of Nurses. (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor.* Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

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 of Primary Health Care, 25*, 244-249.

Jerdén, L., Hillervik, C.,Hansson, A-C., Flacking, R., & Weinehall, L. (2006). Experiences of Swedish community health nurses working with health promotion and a patient-held health record. *Scandinavian Journal of Caring Sciences,* 20, 448-454.

Karolinska Institutets folkhälsoakademi. (2010:18). *Motiverande samtal. För vad, Av vem?* Hämtad 2013-10-29 från http://www.folkhalsoguiden.se/upload/folkh%C3%A4lsoarbete/Motiverande%20samtal.pdf

Kompetensbeskrivning för Distriktssköterskor. (2008). Hämtad 2012-12-30 från http://www.distriktsskoterska.com/dokument.php?cat=1&id=1

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Lingfors, H. (2011/2012) Läkemedelsboken. *Livsstilsbehandling och läkemedelsbehov.* Hämtad 2012-12-19 från http://www.lakemedelsboken.se/pdf/Livsstilsbehandling%20och%20l%C3%A4kemedelsbehov.pdf

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I: M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (sid. 187-201). Lund: Studentlitteratur.

Miller, W. D., Pollack, C. E., & Williams, D. R. (2011). Healthy homes and communities: putting the pieces together. *American Journal of PreventiveMedicine, 40*(1), 48-57.

Miller, W.R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: preparing people for change.* (2. ed.) New York: Guilford Press.

Orem, D.E. (1991). *Nursing: concepts of practice*. (4. ed.) St. Louis: Mosby-Year Book.

Rydén, l., Andersen, K., Gyberg, V., & Melbin, L. (2012) Betala för sjukdom eller investera i hälsa? *Läkartidningen,* 36(109), 1535-1539.

SFS (1982:763). *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 2012-12-21 från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

Socialstyrelsen (2012a). Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst - Lägesrapport 2012. Hämtad 2012-12-19 från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18585/2012-2-2.pdf

Socialstyrelsen (2012b). Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Hämtad 2012-12-10 från (http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/stodtillinforandetavnationellariktlinjerforsjukdomsforeyggandemetoder)

Statens folkhälsoinstitut (2009). Levnadsvanor lägesrapport 2009. Hämtad 2012-12-18 från http://www.fhi.se/sv/Publikationer/Alla-publikationer/Levnadsvanor-Lagesrapport-2009/

Statens folkhälsoinstitut (2011). Levnadsvanor lägesrapport 2011. Hämtad 2012-12-18 från http://www.fhi.se/sv/Publikationer/Alla-publikationer/Levnadsvanor-Lagesrapport-2011/

Svensk sjuksköterskeförening (2007). *Patientundervisning och patienters lärande*. (1. uppl.) Stockholm: Gothia.

Vetenskapsrådets God Forskningsed (2011). Hämtad 2013-11-10 från http://www.vr.se/etik/publikationerochriktlinjer.4.45a6e939122880e7d8e80001820.html

Whittemore, R., D´Eramo Melkus, G., Alexander, N., Zibel, S., Visone, E., Muench, U., Magenheimer, E., & Wilborne, S. (2010). Implementation of a lifestyle program in primary care by nurse practioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practioners. 22,* 684-693.

World Medical Association (2013). Declaration of Helsinki- Ethical principles for medical research involving human subjects. Hämtad 2013-11-05 från http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html

BILAGA 1 Introduktionsbrev

Till Verksamhetschef
Xxxxx
Xxxxx
xxxx

Bäste xxxx!
Vi kontaktar dig angående en studie vi vill genomföra om hur det arbetas med förebyggande hälsovård ute i primärvården och om distriktssköterskan har möjlighet att arbeta med detta område. Det har nyligen kommit nya nationella riktlinjer om sjukdomsförebyggande metoder som ännu inte implementerats men som är på gång. Det hälsofrämjande arbetet är ett mycket viktigt område eftersom hjärt-kärlsjukdomar liksom andra kroniska icke smittsamma sjukdomar medför stora medicinska och ekonomiska kostnader som hör ihop med påverkbara, livsstilsrelaterade riskfaktorer. Hälsosamma levnadsvanor medför ökad livslängd, förbättrad folkhälsa och kan förhindra eller fördröja ett insjuknande. Livsstilsfrågor är en av distriktssköterskans huvuduppgifter och har en viktig funktion i att motivera patienter till livsstilsförändringar. Tyvärr är det få efter vårdvalet som verkligen får arbeta med detta.

Vi planerar att intervjua åtta distriktssköterskor verksamma inom primärvården i Skaraborg som arbetar helt eller delvis med hälsofrämjande åtgärder. Varje intervju beräknas ta 30-45 minuter. Vår förhoppning är att Ni ger oss ert medgivande att få genomföra studien. Tänkta deltagare är om möjligt två distriktssköterskor på din vårdcentral.

Att delta är självklart frivilligt och det går bra att när som helst avbryta sitt deltagande. Studien kommer att följa vetenskapsrådets etiska rekommendationer och då tas hänsyn till de fyra grundläggande forskningsprinciperna vilka avser information, samtycke, nyttjande- och konfidentialitetskrav. Deltagarna i studien får information om att de när som helst kan avbryta sin medverkan, utan att behöva ange skäl till detta. Intervjuhandlingar, såsom inspelade intervjuer och analystexter, kommer att behandlas konfidentiellt och med detta menas att handlingarna avidentifieras och förvaras på ett säkert sätt. De intervjuade distriktsköterskorna kommer att fritt få berätta sina upplevelser och erfarenheter i dessa situationer. Resultatet kommer att presenteras så att det inte går att urskilja enskilda deltagare.

Undertecknade är sjuksköterskor och studerande på Distriktsköterskeprogrammet vid högskolan i Skövde. I vår utbildning ingår ett examensarbete, en magisteruppsats på 15 högskolepoäng. Vår bakgrund som verksamma sjuksköterskor är inom njurmedicin och dialys.

Med vänliga hälsningar

Marie Persson, Leg sjuksköterska
Mobil: xxxx
E-post: xxxx

Viveka Janshed Holmström, Leg sjuksköterska
Mobil: xxxx
E-post: xxxx

Handledare: Rune Svanström
Universitetslektor i omvårdnad Högskolan i Skövde
Tel nr: xxxx
E-post: xxxx

BILAGA 2 **Informationsbrev**

Information till deltagare i studien: ”Hur arbetar primärvården med sjukdomsförebyggande metoder?

Vi är två sjuksköterskor som studerar på distriktsköterskeprogrammet i Skövde. I vår utbildning ingår ett examensarbete, en magisteruppsats på 15 högskolepoäng. Vår bakgrund som verksamma sjuksköterskor är inom njurmedicin och dialys.

Betydelsen av hälsofrämjande arbete

Det är ett mycket viktigt område att jobba med eftersom hjärt-kärlsjukdomar liksom andra kroniska icke smittsamma sjukdomar medför stora medicinska och ekonomiska kostnader som hör ihop med påverkbara, livsstilsrelaterade riskfaktorer. Hälsosamma levnadsvanor medför ökad livslängd, förbättrad folkhälsa och kan förhindra eller fördröja ett insjuknande. Livsstilsfrågor är en av distriktssköterskans huvuduppgifter och har en viktig funktion i att motivera patienter till livsstilsförändringar. Tyvärr är det få efter vårdvalet som verkligen får arbeta med detta.

Syfte

Syftet med vår uppsats är att undersöka hur det arbetas med förebyggande hälsovård ute i primärvården.

Studiens genomförande

Verksamhetschefen på din vårdcentral har gett sitt medgivande till att Du deltar. Vi ber dig att innan intervjun tänka igenom hur du som distriktssköterska arbetar hälsofrämjande och kommer fritt få berätta om dina upplevelser och erfarenheter i dessa situationer. Intervjun beräknas pågå 30-45 minuter. Intervjuerna kommer att spelas in och skrivas ut ordagrant till en text som sedan analyseras. Du bestämmer tid och plats för intervju.

Fördelar

Du kommer kanske inte personligen att få någon nytta av denna studie. Däremot kan Du med dina erfarenheter bidra till att tillföra forskningen och därmed vården ny kunskap som kan vara av betydelse för den preventiva vården i framtiden. Förhoppningen är att denna studie ska bidra till att öka medvetenheten om betydelsen av ett bra preventivt arbete och de positiva följderna av detta.

Sekretess och hantering av data

Studien kommer att följa vetenskapsrådets etiska rekommendationer och då tas hänsyn till de fyra grundläggande forskningsprinciperna vilka avser information, samtycke, nyttjande- och konfidentialitetskrav. Intervjuhandlingar, såsom inspelade intervjuer och analystexter, kommer att behandlas konfidentiellt och med detta menas att handlingarna avidentifieras och förvaras på ett säkert sätt. Resultatet kommer att presenteras så att det inte går att urskilja enskilda deltagare. I resultatet av studien kommer citat från intervjuerna att användas men Din identitet kommer inte att avslöjas.

Frivillighet

Du får skriftligt samtycka via detta informationsbrev, blanketten lämnas sedan till oss vid intervjutillfället. Att delta är självklart frivilligt och det går bra att när som helst avbryta deltagandet utan att behöva ange skäl till det. Vi ber Dig om hjälp att delta i denna studie och därigenom öka kunskapen om distriktssköterskans hälsofrämjande arbete som bedrivs på vårdcentral.

Vänligen,

Marie Persson, Leg sjuksköterska
Mobil: xxxxx
E-post: xxxxx

Viveka Janshed Holmström, Leg sjuksköterska
Mobil: xxxxx
E-post: xxxxx

Handledare: Rune Svanström
Tel nr: xxxxx
E-post: xxxxx

BILAGA 3 Intervjuguide

- Hur gammal är du?
- Hur länge har du arbetat som distriktssköterska?
- Har du någon vidareutbildning?
- Har de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder införts på din arbetsplats? Om nej, hur arbetar du med sjukdomsförebyggande metoder?
- Hur fångas livsstilsrelaterade problem upp hos sökande på vårdcentralen? Hur arbetar du med att förebygga sjukdom, vilka handlingar? Har du något exempel på när du använt dig av någon sjukdomsförebyggande metod?
- Har du något exempel på en situation när du motiverat en patient till livsstilsförändring? Berätta mer, har du något annat exempel. Hur upplevde du att patienten förstod detta? Hur känns det för dig?
- Vad är sjukdomsförebyggande arbete för dig?
- Vad anser du är det svåraste i ditt arbete med livsstilsförändringar? Det lättaste?
- Har du några knep för att motivera patienten?
- Sker någon uppföljningen av sjukdomsförebyggande arbete? Hur?
- Prioriteras preventivt arbete på din arbetsplats? Ges det utrymme för detta?
- Vad ger det dig att arbeta hälsofrämjande?
- Har du hört talas om ett folkhälsoarbete som handlar om att invånarna i Skaraborg ska ha bäst hälsa i Sverige år 2020?

Följdfrågor – Öppna frågor

- Kan du berätta mer om…
- Kan du vidareutveckla…
- Har du något exempel…
- Hur kände du då…
- Vad innebar det för dig…