

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ
I VÅRDVETENSKAP
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2013:53

Förutsättningar för att genomföra hälsofrämjande samtal
kring kost och fysisk aktivitet
- Ur distriktssköterskans perspektiv

Anna Hultgren Gunnarsson
Marika Kodeda



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel:	Förutsättningar för att genomföra hälsofrämjande samtal kring kost och fysisk aktivitet -Ur distriktssköterskans perspektiv
Författare:	Anna Hultgren Gunnarsson, Marika Kodeda
Huvudområde:	Vårdvetenskap
Nivå och poäng:	Magisternivå, 15 högskolepoäng
Kurs:	Examensarbete med inriktning mot distriktssköterskans arbete
Handledare:	Björn-Ove Suserud
Examinator:	Annikki Jonsson

Sammanfattning

Globalt sett har intaget av energität mat och dryck ökat samtidigt som en stor del av befolkningen rör sig allt mindre. Ohälsosam livsstil är det som i högst grad bidrar till sjukdom i Sverige.

Det ställs allt högre krav på att distriktssköterskor skall hålla hälsofrämjande samtal kring kost och fysisk aktivitet. Därtill bör även nämnas att dietisters närvaro på vårdcentralerna har minskat. Syftet är att belysa distriktssköterskors erfarenheter av förutsättningarna för att genomföra hälsofrämjande samtal kring kost och fysisk aktivitet. För att uppnå syftet genomfördes en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats. Intervjumaterialet analyserades med hjälp av innehållsanalys, vilket mynnade i fem huvudkategorier, sexton underkategorier och ett tema.

Analysen av intervjuerna visar att förutsättningarna för att hålla hälsofrämjande samtal påverkas av såväl patientens som distriktssköterskans personliga förutsättningar. Grunden för allt hälsofrämjande arbete är att distriktssköterskan skapar en relation till patienten och är följsam under mötet. Distriktssköterskan är dessutom beroende av samverkan och påverkas av vilken möjlighet till hälsofrämjande arbete och utveckling som organisationen medger. Det framkommer en önskan om en mer strukturerad och gemensam strategi för det hälsofrämjande arbetet.

Under kliniska implikationer belyses betydelsen av att i alla möten med patienten arbeta för att skapa en god relation och sedan lägga tonvikt på ett följsamt arbetssätt. Det är vidare viktigt med fortlöpande utbildning. Då en stor del av arbetet handlar om att följa patienten genom förändringsprocessen och motivera densamme bör även pedagogiska utbildningar erbjudas. Utbildningarna som erbjuds skall hålla en hög kvalitet och det bör också finnas en plan för hur de skall implementeras. Vårdcentralerna bör genom gemensamt engagemang och struktur lägga vikt vid att söka finna patienter som är i behov av livsstilsförändringar innan hälsoproblem uppstått.

Nyckelord: hälsofrämjande samtal, distriktssköterska, förutsättningar, kost, fysisk aktivitet.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<i>INLEDNING</i>	1
<i>BAKGRUND</i>	1
Kost och fysisk aktivitet påverkar hälsan	1
Hälsofrämjande arbete	2
Att hjälpa patienter med livsstilsfrågor	3
Förutsättningar för hälsofrämjande samtal	5
Hälsofrämjande samtal - ur patientens perspektiv	6
<i>PROBLEMFÖRMULERING</i>	7
<i>SYFTE</i>	7
<i>METOD</i>	8
Ansats	8
Deltagare	8
Datainsamling	9
Dataanalys	9
Förförståelse	10
Etiska överväganden	11
<i>RESULTAT</i>	12
Tema: Följsamhet och engagemang främjar patientens hälsa	13
Patientens förutsättningar påverkar mötet	13
Pålästa och medvetna patienter underlättar	13
Patientens motivation och mottaglighet varierar	13
Distriktssköterskans förutsättningar påverkar mötet	14
Tillfredsställande kompetens, kräver uppdatering	14
Fungerande samtalsmetodik som önskas utvecklas	15
Flera vägar till bibehållen motivation	15
Stimulerande och svårt arbete	16
Distriktssköterskans stödjande funktion i mötet med patienten	16
Primär- eller sekundärpreventivt arbete beroende på i vilket skede behovet uppdagas	16
Vara följsam i mötet	17
Arbeta med förändring som mål	18
Organisation och vårdcentralens kultur inverkar på kompetensutveckling och det hälsofrämjande samtalets utrymme	19
Behov av kontinuerlig utbildning tillgodoses i varierande grad	19
Det hälsofrämjande arbetets utrymme är beroende av vårdcentralens kultur, tid och budget	20
Organisatoriska strukturer som påverkar mötet med patienten	20
Samverkan - värdefullt stöd i det preventiva arbetet	20
Gemensamma rutiner och tydliga strukturer eftersträvasvärt	21
<i>DISKUSSION</i>	22
Metoddiskussion	22
Resultatdiskussion	24
Patientens och distriktssköterskans förutsättningar påverkar mötet	24
Distriktssköterskans stödjande funktion i mötet med patienten	25
Organisation och vårdcentralens kultur inverkar på kompetensutveckling och det hälsofrämjande samtalets utrymme	27
Organisatoriska strukturer som påverkar mötet med patienten	27
<i>SLUTSATSER</i>	28

Kliniska implikationer 29

REFERENSER..... 30

Bilaga 1 Verksamhetschefens godkännande av datainsamling

Bilaga 2 Till berörd distriktssköterska

Bilaga 3 Intervjuguide

INLEDNING

Globalt sett har det skett en ökning i intag av energität och fet mat och dryck, samtidigt som mängden fysisk aktivitet hos en stor del av befolkningen har minskat (World Health Organization [WHO] 2013). Socialstyrelsen konstaterar att det är ohälsosamma levnadsvanor som står för det största bidraget till sjukdom i Sverige (Socialstyrelsen 2011, s. 3) och att hälso- och sjukvården måste tillhandahålla effektiva motåtgärder mot desamma. Enligt kompetensbeskrivningen för distriktssköterskor (Distriktssköterskeföreningen i Sverige 2008, s. 7) skall distriktssköterskan arbeta hälsofrämjande och förebyggande, med stor hänsyn tagen till individens unika situation. Distriktssköterskan skall stödja inidviden till ökad kontroll över sin hälsa. Detta skall gynna både den enskilda individen och samhället (Distriktssköterskeföreningen i Sverige 2008, s. 7). En modell för detta arbete är rådgivande samtal kring kost och fysisk aktivitet som distriktssköterskor kan hålla med patienter. Samtidigt som det sänds signaler om att det sjukdomsförebyggande arbetet är viktigt och bör prioriteras (Socialstyrelsen 2013, s. 3) framkommer även andra signaler om att det sjukdomsförebyggande arbetet inte får det utrymme i verksamheten som vore önskvärt. Föreliggande arbete fokuserar på hur distriktssköterskor upplever att deras förutsättningar för hälsofrämjande samtal kring kost och fysisk aktivitet ser ut. Ämnet har valts då alla har mycket att tjäna på ett förebyggande arbetssätt och det har visat sig svårt för distriktssköterskor att genomföra hälsofrämjande samtal i den utsträckning de önskar. Det är viktigt att förstå hur verkligheten för distriktssköterskor ser ut för att kunna förändra och arbeta i rätt riktning – mot mer hälsofrämjande och förebyggande vård.

BAKGRUND

Ohälsosamma levnadsvanor är det som i högst grad bidrar till sjukdom i Sverige (Socialstyrelsen 2011, s. 60). Intresset för att diskutera sina levnadsvanor med vårdpersonal är stort och ofta känns det naturligt då det finns en sjukdom som inverkar på hälsan. Socialstyrelsens riktlinjer gäller emellertid även att samtala för att förebygga sjukdom; att de som inte har någon sjukdom skall få möjlighet att förebygga och minska risken för att drabbas av sjukdom och ohälsa (Socialstyrelsen 2011, s. 60). Enligt Socialstyrelsen (2013, ss. 4-5) anser 90 procent av de som arbetar inom primärvården att det är viktigt att arbeta hälsofrämjande genom rådgivning kring livsstilsfaktorer. Både cheferna och professionerna har en önskan om att verksamheterna ska arbeta mer med det hälsofrämjande arbetet och då gäller det framför allt fysisk aktivitet och matvanor (Socialstyrelsen 2013, ss. 4-5).

Kost och fysisk aktivitet påverkar hälsan

Vilken kosthållning människor har och hur mycket fysisk aktivitet som bedrivs påverkar hälsan på både kort och lång sikt. Faktorerna var för sig har visat på en större risk för förtidig död (Khaw, Wareham, Bingham, Welch, Luben & Day 2008; WHO 2009, ss. 9-31; Socialstyrelsen 2011, ss. 12-13). Det är dåligt studerat hur flera osunda levnadsvanor samtidigt påverkar riskstorleken. Studier indikerar dock att summan blir större än summan av delarna när flera riskfaktorer adderas till varandra (Socialstyrelsen

2011, s. 13). I medel- och höginkomstländer är övervikt den tredje största riskfaktorn för död, medan fysisk inaktivitet ligger på en fjärde plats. I topp ligger tobak och hypertoni (WHO 2009, s. 11). Globalt har en förändrad kosthållning i kombination med fysisk inaktivitet lett till förhöjt BMI (Body Mass Index) hos stora delar av befolkningen. Ett förhöjt BMI leder till större risk för hjärtsjukdom, stroke, typ 2-diabetes och vissa typer av cancer. Det har bland annat framkommit att ett alltför lågt intag av frukt och grönsaker är bidragande till detta. Hypertoni orsakas till stor del av högt BMI och fysisk inaktivitet. Hypertoni förändrar artärerna och som ett resultat av detta ökar risken för stroke samt hjärt- och njursjukdomar. Kost innehållande mycket mättat fett och fysisk inaktivitet är två av de största orsakerna till hyperlipidemi, vilket i sin tur ger ökad risk för hjärt-kärlsjukdom och stroke (WHO 2009, ss. 16-18). Individer som insjuknar i typ 2-diabetes lider i 80 procent av fallen av övervikt och fetma, vilket ofta resulterar i hyperlipidemi, hypertoni och hyperglykemi (Socialstyrelsen 2009). Förutom ovan nämnda fysiska fördelar som kan uppnås genom fysisk aktivitet har även observerats att symtom på depression minskar (WHO 2009, ss. 16-18).

Hälsofrämjande arbete

Hälsa är ett komplext begrepp som kan ha olika innebörd för olika personer i olika situationer. Hälsa är inte något bestående utan varierar med tiden (Dahlberg & Segesten 2010, ss. 48-49). Världshälsoorganisationen (WHO) definierade hälsa 1946; "Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psyksikt och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom eller svaghet" (World Health Organization [WHO] 1946, s. 2).

Målet med det hälsofrämjande arbetet är att stödja individen till att själv ta kontroll över sin hälsa för att kunna göra bättre val och prioriteringar som stärker hälsan och leder till en bättre situation. Detta kan ske individuellt eller på gruppnivå (Ewles & Simnett 2005, ss. 37-38). Ett sätt att stärka individen till att ta egna hälsofrämjande beslut är att ge hälsoinformation. Det är planerad information som ges antingen individuellt eller i grupp. Hälsoinformationen kan delas in i primär, sekundär och tertiär hälsoinformation. Den primära hälsoinformationen skall förbygga ohälsa och stärka hälsan så att individen får en bättre livskvalitet. Den sekundära hälsoinformationen ges till individer med en sjukdom där det gäller att förbättra situationen eller förebygga försämring i hälsan. Detta kan innebära att individen är i behov av att ändra sin livsstil, till exempel genom att sluta röka. Den tertiära hälsoinformationen ges till individer som har en sjukdom som exempelvis är kronisk. I dessa fall syftar hälsoinformationen till att förebygga försämring i utvecklingen av sjukdomen, undvika onödiga belastningar eller underlätta de funktionsnedsättningar som finns. Detta kan ske till exempel genom att patienten får rehabilitering (Ewles & Simnett 2005, ss. 44-45).

Distriktssköterskans hälsofrämjande arbete innebär att arbeta både med individen och familjen, då hänsyn skall tas till de resurser och tillgångar som finns hos individen såväl som hos familjen. Distriktssköterskan skall se patienten i den situation som patienten och familjen befinner sig och därifrån kunna se den komplexa bilden med psykosociala komponenter som påverkar hälsan. Hänsyn skall tas till olika grupper såsom ålder och kön, men skillnader i kulturer och i den närmiljö som individen och familjen befinner sig skall också beaktas. Distriktssköterskans arbete skall inrikta sig på flera olika nivåer; individnivå och gruppnivå såväl som samhällsnivå. Mötet med individen/gruppen skall

stärka till ökad självständighet och delaktighet, och därmed ge en starkare egenvårdförmåga (Distriktssköterskeföreningen i Sverige 2008, ss. 10-12).

I det hälsofrämjande arbetet krävs det att distriktssköterskan är medveten om sin egen inställning samt sina egna tankar och fördomar i mötet med individen/gruppen. Är hon inte det kan det utgöra hinder i ett möte avsett att stärka individen till motivation för förändring (Ewles & Simnett 2005, ss. 161-164). En öppen atmosfär mellan patient och vårdare gör det lättare att mötas och samarbeta (Ewles & Simnett 2005, ss. 161-164; Dahlberg & Segesten 2010, s. 250). En förutsättning för detta är att distriktssköterskan kan lyssna på individen (Ewles & Simnett 2005, s. 168) och därigenom förstå hur individen ser på sin situation (Arborelius 2008, s. 139). Det gäller även att distriktssköterskan kan stödja individen till att uttrycka vad han/hon vill säga. Detta kan underlättas genom att förtydliga individens känslor och uttryck, bland annat med hjälp av kroppsspråk eller genom att sammanfatta eller upprepa vad individen har uttryckt (Ewles & Simnett 2005, ss. 169-171). För att underlätta det hälsofrämjande arbetet bör distriktssköterskan vara medveten om de kommunikationshinder som kan finnas; både verbala och icke-verbala (Ewles & Simnett 2005, ss. 175-181).

Att hjälpa patienter med livsstilsfrågor

Förändring (i detta fall vad gäller livsstil) bör ses som något naturligt som de flesta människor klarar att genomföra utan hjälp från vården. I de fall professionell hjälp behövs bör distriktssköterskans fokus ligga på att hjälpa patienten att ta ställning till på vilket sätt han eller hon vill leva och att hitta sin inneboende kapacitet. Det bör även finnas en medvetenhet om att inte avsluta hjälpen så snart en förändring har inletts, då behovet av stöd ofta kan vara som störst (Faskunger 2008, ss. 113-130). Människan påverkas i sitt val av levnadssätt av många faktorer och att bara lägga fram fakta för patienten har visat sig improduktivt. I samtalet måste distriktssköterskan ta reda på och hänsyn till patientens totala livssituation, levnadsvillkor, förutsättningar, motiv, motivation, önskningsar och sociala situation (Faskunger 2008, ss. 113-130; Arborelius 2008 ss 133-150). Med kunskap om detta kan det hälsofrämjande samtalet anpassas till individen. De faktakunskaper som delges patienten bör förmedlas på ett neutralt sätt. När värderingar blandas in kan det få följderna att patienten tar till sig kunskaperna sämre eller inte kommer tillbaka (Arborelius 2008, ss. 133-150).

Det finns flera sätt att arbeta med beteendeförändringar. En metod går ut på att stärka patientens självbild för att på så sätt få patienten att själv se möjligheter till att göra förändringar. I den här metoden belyses empowerment (Adolfsson, Starrin, Smide, och Wikblad 2007, ss. 986-993; Ewles & Simnett 2005, ss. 252-254). The Health Action Model (HAM) är en annan modell. Enligt HAM är det viktigt att patienten har en positiv självbild och självkänsla för att därigenom ha större möjlighet att göra en livsstilsförändring. Det räcker inte med att ge råd och information utan patienten måste även få en god självkänsla för att klara av att göra en livsstilsförändring (Ewles & Simnett 2005, ss. 252-254). Ett annat sätt att genomföra förändringar i beteendet är genom problembaserat lärande (PBL). Patienterna träffas då i grupp med en sjuksköterska som handledare. Tanken är att rådgivning, kunskap och erfarenheter ska utbytas i gruppen och därmed ge patienten en starkare känsla av att kunna genomföra beteendeförändringar och ha en större tilltro till framtiden. Utgångspunkten för varje

träff är ett ”verkligt patientfall”. Det har visat sig att när hjärt-kärlpatienter fick rehabilitering med hjälp av PBL fick de en mer positiv syn på framtiden och hade även en något bättre kondition än jämförande grupp som fick traditionell rehabiliteringsbehandling (Tingström, Kamwendo & Bergdahl 2005, ss. 324-330). Ytterligare en modell som kan användas i förändringsarbete benämns stages of changes (SOC eller TTM) (Svensk sjuksköterskeförening SSF 2008, s. 20; Ewles & Simnett 2005, ss. 254-256). Modellen stages of changes kännetecknas av att människors förändringsarbete delas in i fem olika stadier. I ett förändringsarbete genomgår olika faser och beroende på i vilken fas en person befinner sig används olika strategier för att hjälpa honom eller henne vidare i processen. Användandet av samtalsmetodiken motiverande samtal (MI) hjälper patienten vidare till nästa steg i förändringsarbetet (Svensk sjuksköterskeförening 2008, s. 20). MI är en patientcentrerad samtalsmetodik där arbetet bygger på tron att patienten själv vet vad som är bäst för honom eller henne. Genom att få hjälp med att undersöka och eliminera ambivalens, stärka självtilliten och hitta motivation till förändring kan patienten själv komma med lösningar (Martins & McNeil 2009, ss. 283-293). Vägen dit kantas av samtal präglade av empati och reflekterat lyssnande och inkluderar öppna frågor och uppmuntran (Martins & McNeil 2009, ss. 283-293). MI har visat sig effektivt inom hälsofrämjande förändringsarbete (Martins & McNeil 2009, ss. 283-293; Drevenhorn, Bengtson, Allen, Säljö & Kjellgren 2007, s. 49). Efter träning i metoden har samtalen utvecklats till att innehålla fler livsstilsråd till patienterna än vad de gjorde före träningen. Hälsosamtalen blev även mer effektiva då de rent tidsmässigt krävde något mindre tid (Drevenhorn et al. 2007, s. 49). Metoden uppskattas hos sjuksköterskor som använder den, men det krävs engagemang samt övning för att nå och upprätthålla djupare kunskap i metoden (Brobeck, Bergh, Odenrants & Hildingh 2011, ss.3322-3330).

Patientens motivation till en livsstilsförändring är av avgörande betydelse. Motivationen är beroende dels av att livsstilsförändringen känns motiverad, dels av att förändringen känns möjlig att genomföra (Faskunger 2008, ss. 113-130). En annan viktig komponent i en framgångsrik beteendeförändring är patientens self-efficacy; vilket står för patientens tilltro till sin egen kapacitet för att verkställa en förändring trots svårigheter på vägen (Faskunger 2008, ss. 113-130). Om patienten har låg self-efficacy kan distriktssköterskan på olika sätt hjälpa till att förbättra den. För att kunna vara patienten behjälplig i beteendeförändring behövs enligt Faskunger (2008, ss. 113-130) kunskap dels på området där förändring skall äga rum, dels om hur förändring på bästa sätt genomförs men också i samtalsmetodik. Det har visat sig att ett patientcentrerat arbetssätt ger bättre följsamhet (Faskunger 2008, ss. 113-130; Arborelius 2008, ss. 133-150). Det patientcentrerade arbetssättet innefattar en vilja att förstå patientens livssituation och förutsättningar. Men det innebär även att patienten bör vara delaktig i beslut samt i valet av metoder i förändringsarbetet. Tron på att faktakunskaper skall förmå människor att ändra livsstil gör att mycket fokus har lagts på förmedlande av fakta kring faran av vissa levnadsmönster (Arborelius 2008, ss. 133-150). Det har visat sig framgångsrikt att istället tillsammans med patienten titta på för- respektive nackdelar med ett handlingsmönster. Genom att patienten väger dessa mot varandra underlättas för honom eller henne att ta ställning till sina levnadsvanor och fatta välgrundade beslut. Förändringsarbetet kan ses som en process med olika stadier. För att kunna nå patienten och nå framgång i önskad förändring är det viktigt att vara medveten om i vilken fas av

processen patienten befinner sig och utgå därifrån i förändringsarbetet (Arborelius 2008, ss. 133-150).

Förutsättningar för hälsofrämjande livsstilssamtal

Som sjuksköterska ingår det att arbeta med hälsofrämjande samtal, men det anses som en försvårande omständighet när individen har en ovilja att ändra sina levnadsvanor (Jallinoja, Absetz, Kuronen, Nissinen, Talja, Uutela & Patja 2007, ss. 244-249; Parker, Steyn, Levitt, & Lombard, 2010, ss. 1429-1438; Geense, van de Glind, Visscher & van Achterberg 2013; Lambe & Collins 2010, ss. 219-223). Det är vid hälsofrämjande samtal av största vikt att distriktssköterskan har ett följsamt förhållningssätt för att inte inverka negativt på individens integritet, utan stödja individen till ökad möjlighet att påverka sin hälsa på ett positivt sätt (Socialstyrelsen 2011, s. 60; Dahlberg & Segesten 2010, ss. 195-196).

En betydelsefull orsak till varför inte mer hälsofrämjande samtal genomförs är tidsbrist (Socialstyrelsen 2013, s 6; Parker et al. 2010, s 1429; Jansink, Braspenning, van der Weijden, Elwyn & Grol 2010; Douglas, Torrance, van Teijlingen, Meloni & Kerr 2006; Geense et al. 2013; Lambe & Collins 2010, ss. 219-223).

En annan orsak är brist på kompetens och/eller träning i hur samtalet skall ske och/eller att kunskapen kring levnadsvanor inte är tillräckligt stor (Socialstyrelsen 2013, s. 6; Parker et al. 2010, ss. 1429-1438; Jansink, Braspenning, van der Weijden, Elwyn & Grol 2010; Douglas et al. 2006; Lambe & Collins 2010, ss. 219-223 Jallinoja et al. 2007, ss. 244-249). Sjuksköterskor med kortare arbetslivserfarenhet upplever sig i högre grad ha tillräcklig kompetens i rådgivning kring livsstil (Jallinoja et al. 2007, ss. 244-249). I en studie av Parker et al. (2010, ss. 1429-1438) konstateras att betydande kunskapsluckor finns kring livsstilsförändringar men sjuksköterskorna i den studien överskattar sina kunskaper och tycker inte att det är ett problem medan läkarna, vilka har bäst kunskaper, underskattar sina.

Enligt Socialstyrelsen (2013, ss. 8-9) upplever 60 procent av professionerna inom hälso- och sjukvården att de inte har tillfälle att utveckla sin kunskap inom området hälsofrämjande levnadsvanor. Kunnigheten om hur ett hälsofrämjande samtal genomförs är bättre inom primärvården än slutenvården, dock är det 30 procent inom primärvården som inte anser sig ha den kompetens inom samtalsmetodik som behövs för att genomföra ett hälsosamtal (Socialstyrelsen 2013, ss. 8-9). Enligt Jansink et al (2010) framkommer att flera distriktssköterskor inom primärvården har problem med att ge konkreta råd till den specifika individen, vad denne rent konkret skall göra. De behöver mer kunskap i hur de skall arbeta tillsammans med patienten för att inte driva på för hårt eller ha för stora förväntningar och för högt ställda mål. En ökad kunskap i motiverande samtal gör att sjuksköterskan lättare kan möta patienten och därigenom bättre stödja till framsteg i det hälsofrämjande förändringsarbetet (Jansink et al (2010).

En annan förutsättning för att det hälsofrämjande samtalet skall kunna genomföras är att det finns rutiner för genomförandet. Inom primärvården upplever 70 procent av personalen att det finns rutiner för att genomföra rådgivande samtal när det gäller fysisk aktivitet. När det gäller matvanor är siffran 60 procent (Socialstyrelsen 2013, ss. 8-9).

Ett stöd som finns inom det hälsofrämjande arbetet är Socialstyrelsens rekommendationer för att förebygga ohälsosamma levnadsvanor (Socialstyrelsen 2011, s. 11). Kännedom om dessa varierar (Socialstyrelsen 2013, s. 10). Inom primärvården känner 75 procent av personalen till Socialstyrelsens rekommendationer för att förebygga ohälsosamma levnadsvanor (2013, s. 10). Råden/informationen kan ges på tre olika nivåer; enkla råd (5min), rådgivande samtal (15 (-30) min, för en dialog) och kvalificerat rådgivande samtal (dialog med stort ställningstagande till ålder, risknivåer och hälsa mm). Samtalen kan kompletteras med fler åtgärder såsom exempelvis tillägg av skriftlig ordination av fysisk aktivitet (FaR) eller tillägg av stegräknare (Socialstyrelsen 2011, ss. 106-107). Internationellt finns ett önskemål om nationella program att följa i sin rådgivning, alternativt en förbättring av existerande program (Piñeiro, Brotons, Bulc, Ciurana, Drenthen, Durrer, Godycki-Cwirko, Görpelioglu, Kloppe, Lionis, Mancini, Martins, Mierzecki, Pichler, Pullerits, Sammut, Sghedoni, Sheehan & Thireos 2005, ss. 77-80; Geense et al. 2013; Lambe & Collins 2010, ss. 219-223).

Jansink et al (2010) menar att en del sjuksköterskor har dålig motivation till det hälsofrämjande arbetet då de ständigt får upprepa råden utan resultat. Sjuksköterskor har ibland liten tilltro till att patienterna klarar av att genomföra förändringar i sina levnadsvanor, vilket gör att de känner sig maktlösa. De sjuksköterskor som själva inte har några svårigheter med att fullfölja livsstilsförändringar har ibland ingen empati eller förståelse för att patienter kan ha svårigheter med detsamma (Jansink et al. 2010)

En faktor som negativt påverkar tiden som läggs på samtal kring livsstil är fokuseringen som finns på behandling av sjukdom och därmed följande svårigheter med att finansiera förebyggande arbete, hälsoförebyggande program och träning i livsstilssamtal (Douglas et al. 2006; Geense et al. 2013; Lambe & Collins 2002, ss. 219-223). I de fall hälsoförebyggande program förekommer är de ofta kortsiktigt finansierade och medger ingen kontinuitet (Geense et al. 2013).

Det framkommer att kontakt med/möjlighet till samarbete med andra discipliner, till exempel dietist, ibland saknas men vore önskvärt (Parker et al. 2011, ss. 1429-1438; Geense et al. 2013) då brister i eller avsaknad av dessa kontakter ses som ett hinder för hälsoförebyggande arbete.

Hälsofrämjande samtal - ur patientens perspektiv

I Storbritannien undersöktes patienters åsikter om hälsofrämjande arbete och livsstilssamtal inom primärvården (Duaso & Cheung 2002, ss. 472-479). Av de 316 deltagarna i studien är 40 procent överviktiga och 25 procent av dem röker. Endast 4 procent uppger att de från sjukvården har fått råd kring fysisk aktivitet, medan 6 procent har fått kostråd. De som fått råd finner dem användbara men det framkommer önskemål om mer rådgivning kring stress, motion och viktnedgång. Män är mer tveksamt inställda till råden än kvinnor. Patienter ser massmedia som sin främsta informationskälla i frågorna. Detsamma gäller för merparten av sjukvårdspersonalen som deltog i en sydafrikansk studie (Parker et al. 2011, ss. 1429-1438). I Sverige upplever sig patienter få ta del i hälsofrämjande rådgivning tillräckligt ofta och oftare än förväntat på alla områden utom alkohol, vilket också är det område där minst

rådgivning sker (Johansson, Bendtsen & Åkerlind 2005). Det visar sig att manligt kön, sämre självskattad hälsa och tidsbokat möte medför större chans för att rådgivning äger rum, likaså om det finns en kontinuitet i kontakten mellan läkare och patient. Patienter som får ta del i hälsofrämjande rådgivning känner sig mer nöjda med sina läkare (Johansson, Bendtsen & Åkerlind 2005, ss. 615–620). Patienter med diabetes har studerats i samband med deras hälsosamtal med sjuksköterska. Två grupper undersöktes där en grupp fick individuella samtal med sjuksköterska och den andra gruppen fick arbeta i grupp i ett empowerment pedagogiskt program. Det framkommer att de patienter som får individuellt samtal i större utsträckning upplever att det är sjuksköterskan som har kontrollen. De får en mer begränsad kunskap om sin sjukdom och hur de kan påverka och hantera sin livssituation. I gruppen som arbetar tillsammans fördes en kontinuerlig diskussion, vilket gör att dessa patienter får en större inblick i komplexiteten att ha diabetes. De har därmed lättare att se sambandet mellan levnadsvanor och symtom. Detta resulterar i att patienterna i det empowerment pedagogiska programmet har starkare känsla av att ha kontroll och kunna påverka sin livssituation (Thors Adolfsson, Starrin, Smide, och Wikblad 2007, ss. 986-993).

Även om de flesta är positivt inställda till att få livsstilsråd av sin läkare finns också en förväntan på att eventuella råd skall ha samband med ett aktuellt hälsoproblem. Likaså finns en angelägenhet om att hävda rätten till att acceptera eller avböja givna råd (Scott & Pill 1990, ss. 125-131).

PROBLEMFORMULERING

Ohälsosamma levnadsvanor bidrar i hög grad till sjukdomsördan i Sverige. Det ställs allt högre krav och förväntningar på att distriktssköterskor i sin dagliga verksamhet skall bedriva hälsofrämjande vård. Hos distriktssköterskor finns också en önskan om att arbeta på detta sätt. En stor del av de hälsofrämjande samtalen rör kost och fysisk aktivitet, då det på många vårdcentraler finns specialistkompetens för samtal kring rökning och missbruk/riskbruk. Dietisters närvaro på vårdcentraler har minskat eller försvunnit helt och det är tänkt att distriktssköterskor skall sköta en stor del av de rådgivande samtalen kring kost. Det finns försvårande omständigheter, vilka för med sig att hälsofrämjande vård i realiteten ofta får stå tillbaka för bland annat sjukvårdande behandling. Om den förebyggande och hälsofrämjande vården får stå tillbaka nu kommer det på sikt att föra med sig ökad sjukdomsörda och större lidande för individen samt ökade kostnader för samhället. Med föreliggande arbete undersöks hur distriktssköterskor upplever förutsättningarna för att arbeta med hälsofrämjande samtal kring kost och fysisk aktivitet.

SYFTE

Syftet är att belysa distriktssköterskors erfarenheter av förutsättningarna för att genomföra hälsofrämjande samtal kring kost och fysisk aktivitet.

METOD

Ansats

Föreliggande arbete genomfördes som en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats. En induktiv ansats innebär att insamlat material granskas och bearbetas med öppna ögon, utan någon hypotes – förutsättningslöst (Lundman & Hällgren Graneheim 2012, s. 188). Detta förhållningssätt tillät oss att ta del av varje distriktssköterskas unika berättelse och se verkligheten ur hennes perspektiv.

Deltagare

I den här studien intervjuades åtta distriktssköterskor som arbetade på distriktssköterskemottagning vid vårdcentral. Åtta bedömdes som ett lämpligt antal, då för få informanter gör det svårt att dra några slutsatser och för många gör det svårt att analysera tillräckligt djupt i materialet (Kvale & Brinkmann 2009, ss. 129-130). Inklusionskriterier var att deltagarna hade en distriktssköterskeexamen samt arbetade på distriktssköterskemottagning på vårdcentral med vuxna patienter. Ett strategiskt urval av informanter gjordes med avsikt att det insamlade materialet skulle kunna ge en rik illustration av ämnet som skulle belysas (Malterud 2009, s. 56). För att få en nyanserad bild av distriktssköterskors upplevelser på området i fråga lades vikt vid att försöka få spridning såväl geografiskt som ålders- och erfarenhetsmässigt. Detta gjordes utifrån att förutsättningar för distriktssköterskor kan se något olika ut inom olika regioner, liksom olika erfarenheter, inklusive utbildningar, kan göra att förutsättningar upplevs olika. För att få ytterligare en variation i urvalet valdes att inkludera två distriktssköterskor verksamma vid en privat driven vårdcentral. Författarna försökte även få med distriktssköterskor av manligt kön i studien men lyckades inte med detta. Tanken kring fördelarna med ett välplanerat och strategiskt urval finner stöd i litteraturen (Granskär & Höglund-Nielsen 2012, s. 198; Högskolan i Borås 2013, ss. 3-6; Malterud 2009, s. 57). Distriktssköterskorna var verksamma inom två regioner, på fem olika vårdcentraler. Två av vårdcentralerna låg i en mellanstor stad, medan två låg i mindre städer och en på landsbygden. Distriktssköterskornas ålder varierade mellan 38 och 57 år. Tre av distriktssköterskorna var diabetessjuksköterskor, för övrigt fanns en vid variation av vidareutbildningar, vilka inkluderade: psykiatrisjuksköterskeutbildning, primärprevention i hjärtkärlsjukdomar, handledarutbildning, rökavvänjning, KBT (kognitiv beteendeterapi) rörande övervikt och fetma, samtalsmetodik, hypertoni, FaR och FYSS (Fysisk aktivitet i Sjukdomsprevention och Sjukvårdsbehandling) samt pedagogisk utbildning. Tre av distriktssköterskorna tillfrågades om medverkan vid fysiska möten, tre per telefon och två via mail. I ett fall kontaktades verksamhetschefen först, i övriga fall var ordningen den omvända. I samtliga fall inhämtades verksamhetschefens skriftliga godkännande (bilaga 1). Bortfallet var fyra distriktssköterskor: Vid en vårdcentral fanns bara en distriktssköterska vilken huvudsakligen var verksam på BVC, en distriktssköterska var inte intresserad och två

lyckades vi inte nå. Distriktssköterskan som inte var intresserad gav inget motiv till sin ovilja att delta.

Datainsamling

Den kvalitativa forskningsintervjun syftar till att förstå världen ur intervjupersonens perspektiv (Kvale & Brinkmann 2009 s. 17) och kan användas bland annat till att lära sig mer om människors upplevelser (Malterud 2009, ss. 29-30). Författarna valde att göra en intervjustudie där informanterna intervjuades på sina arbetsplatser. En lugn intervjusituation då distriktssköterskan skulle känna sig bekväm och inte bli störd eftersträvades. Tid och plats bestämdes av distriktssköterskan. En provintervju gjordes för att se att frågorna var relevanta och förståeliga samt att syftet blev besvarat under intervjun. Då provintervjun svarade bra på syftet användes den i det analyserade materialet. Distriktssköterskorna hade vid den initiala kontakten informerats både muntligen och skriftligen (bilaga 2) angående studiens syfte, frivilligheten i deltagandet samt möjligheten att dra sig ur. I samband med intervjustart upprepades åter den muntliga informationen. Denna inledande genomgång avslutades med möjlighet till att ställa frågor före intervjustart (Kvale & Brinkmann 2009, s. 144). Varje intervju inleddes med frågor om ålder, examensår för distriktssköterskutbildningen, antal arbetade år på vårdcentral och eventuell ytterligare kompetensutveckling, vilket skrevs ned för hand. Inspirerade av Malterud (2009, s. 127) hade en intervjuguide (bilaga 3) utarbetats med en öppen inledande fråga och förslag på frågeområden som författarna ansåg önskvärda att belysa under intervjun. Ingångsfrågan lød: ”Kan du berätta lite om hur det är att hålla ett hälsofrämjande samtal?” (bilaga 3). Vid vissa tillfällen kom distriktssköterskorna själva in på de frågeområden vi ville beröra, andra gånger fick författarna leda distriktssköterskorna dit. Då författarna genomförde intervjuerna var och en för sig var detta ett bra stöd för att beröra samma områden. Uppföljningsfrågorna varierades mellan intervjuerna, då svaren varierade och författarna såg olika infallsvinklar. Stor vikt lades vid att ingående lyssna till vad distriktssköterskorna sade, då detta var en förutsättning för att kunna formulera lämpliga följdfrågor (Polit & Beck 2012, s. 543). Författarna strävade efter att vara öppna och följsamma under intervjun, eftersom såväl kroppsspråk och ljud som följdfrågor kan påverka informanten både positivt och negativt (Kvale och Brinkmann 2009, s. 188). Intervjuerna varade mellan 25 min och 44 min och genomfördes under 2 veckor i september. Intervjuerna spelades in på diktafon respektive digitalt och skrevs ned ordagrant av respektive intervjuare i nära anslutning till intervjun.

Dataanalys

Kvalitativ innehållsanalys valdes som metod för att studera hur distriktssköterskor upplever sina förutsättningar för att bedriva hälsofrämjande samtal kring kost och fysisk aktivitet. Författarna valde att följa Lundman och Hällgren Graneheims tolkning av analysprocessen. Intervjumaterialet, vilket benämns analysenhet, lästes igenom flera gånger av båda författarna för att få en helhetsbild. Därefter togs meningsenheter ut ur texten genom att de markerades i analysenheten. Meningsenheter kan vara delar av en text, enstaka ord eller meningar som hör samman (Lundman & Hällgren Graneheim 2012, ss. 189-191). Författarna valde att ta ut meningsenheter tillsammans i de tre första intervjuerna. Detta gjordes sedan var och en för sig under resterande intervjuer. Vidare

kondenserades texten, vilket gjorde texten kortare och mer lätthanterlig utan att textens innebörd förlorades (Lundman & Hällgren Graneheim 2012, ss. 189-191). Den kondenserade texten abstraherades till en annan nivå och försattes med koder. För att det centrala innehållet i texten inte skulle gå förlorat, jämförde författarna kontinuerligt kodernas benämning med innebörden i texten (Lundman & Hällgren Graneheim 2012, ss. 189-191). Utifrån analyserandet av enskilda berättelser och jämförandet av dem sökte vi kategorisera för att på så sätt nå nya insikter på en mer generell nivå (Malterud 2009, ss. 172-173). Författarna arbetade tillsammans med att placera koderna i olika grupper genom att se på likheter och skillnader. Grupperna kom att utgöra underkategorier. Underkategorier som berörde ett gemensamt område samlades under en kategori. Under analysprocessen växte ett tema fram (tabell 1).

Tabell 1. Exempel på analysprocessen.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori	Tema
Ju mindre fakta jag behöver ge, desto snabbare går det ju och desto lättare kan det ju vara – att vi vet vad vi pratar om, det handlar bara om att komma dit	Ju mindre fakta jag behöver ge, desto lättare och snabbare går det	Påläst patient underlättar	Pålästa och medvetna patienter underlättar	Patientens förutsättningar påverkar mötet	Följsamhet och engagemang främjar patientens hälsa
... jag tror jag försöker låta dem styra, faktiskt. Jag lägger lite band på mig. Så man inte bara börjar ge en massa råd...	Låter patienten styra. Avvaktar med att ge en massa råd.	Följer patienten	Vara följsam i mötet	Distriktsköterskans stödjande funktion i mötet med patienten	

Förförståelse

Förförståelsen är betydelsefull i alla möten mellan människor och påverkar förmågan att vara öppen och följsam i mötet med patienten. Förförståelsen kan vara till stor hjälp i samtalet men kan även försvåra kommunikationen då vårdaren tror sig veta och därmed blir förståelsen svårare (Dahlberg & Segesten 2010, ss. 184-185). Förförståelsen är det

vetande som författarna har om det som ska studeras. Det är alltså den erfarenhet som författarna har med sig sedan tidigare, innefattande kunskap och vad de har varit med om, men även medvetna eller omedvetna värderingar (Lundman & Hällgren Graneheim 2012, s. 197). En av författarna till denna studie arbetar på vårdcentral medan den andra är verksam inom akutsjukvård. Hänsyn togs till författarnas förförståelse genom att den skrevs ned för att bli extra tydlig och medvetandegjord. Därefter diskuterades den tillsammans. I intervjuerna arbetade författarna med detta genom att försöka att inte dra snabba slutsatser utan be informanterna att utveckla vidare och beskriva mer. Materialet analyserades gemensamt för att inte förförståelsen skulle komma att ta överhand.

Etiska överväganden

Enligt Helsingforsdeklarationen (2008) behöver ingen etisk prövning göras då ett universitets- eller högskolearbete sker på grundnivå eller avancerad nivå (Codex, 2013a). Detta arbete har därmed inte genomgått någon etikprövning. Författarna har arbetat utifrån den lag som styr etisk prövning vid forskning på människor (SFS, 2003:460).

Samtycke till deltagande i denna studie gavs antingen vid ett personligt fysiskt möte, via telefon eller mail. Distriktssköterskorna fick information om vad syftet med studien var och hur den skulle utföras. Här upplystes även om att deltagandet var frivilligt och när som helst kunde avbrytas. Den muntliga informationen kompletterades med skriftlig information (bilaga 2). Verksamhetschefer på vårdcentralerna fick brev för godkännande av deltagande (bilaga 1). Allt material har under arbetes gång förvarats oåtkomligt för obehöriga (Codex 2013b). Författarna har inte tagit med citat som kan avslöja informanternas identitet. I samband med intervjuerna betonades återigen frivilligheten i att delta samt möjligheten till att när som helst avbryta. Efter intervjuerna tillfrågades informanterna om sin syn på intervjun, hur den upplevdes samt om de hade några frågor eller funderingar.

Författarna har tagit i beaktning att nyttan med forskningen som bedrivs kontinuerligt måste vägas mot eventuella nackdelar och skador som det kan medföra för deltagarna i en kvalitativ studie. Med ledning av vad som ovan beskrivits gällande informerat samtycke, möjlighet att avbryta och konfidentialitet har författarna gjort bedömningen att intervjupersonerna inte riskerar att komma till skada.

RESULTAT

I studiens resultat redovisas distriktssköterskors upplevelser av sina förutsättningar för att hålla hälsofrämjande samtal kring kost och fysisk aktivitet. Utifrån analys av intervjuerna framkom fem kategorier, tretton underkategorier och ett tema; se tabell 2. Inledningsvis presenteras resultatets tema, därefter kategorier och underkategorier. Underkategorierna redovisas med citat från informanterna. I citaten betyder tecknet // att texten har förkortats utan att sammanhanget påverkas, för att citatet skall bli mer lättförståeligt och tydligare illustrera underkategorin. Tre punkter ... visar på att texten är avkortad.

Tabell 2. Översikt av underkategorier, kategorier och tema.

Underkategori	Kategori	Tema
*Pålästa och medvetna patienter underlättar *Patientens motivation och mottaglighet varierar	Patientens förutsättningar påverkar mötet	Följsamhet och engagemang främjar patientens hälsa
*Tillfredställande ämneskunskap, kräver uppdatering *Fungerande samtalsmetodik som önskas utvecklas *Flera vägar till bibehållen motivation *Stimulerande och svårt arbete	Distriktssköterskans förutsättningar påverkar mötet	
*Primär- eller sekundärpreventivt arbete beroende på i vilket skede behovet uppdagas *Vara följsam i mötet *Arbeta med förändring som mål	Distriktssköterskans stödjande funktion i mötet med patienten	
* Behov av kontinuerlig utbildning tillgodoses i varierande grad * Det hälsofrämjande arbetets utrymme är beroende av vårdcentralens kultur, tid och budget	Organisation och vårdcentralens kultur inverkar på kompetensutveckling och det hälsofrämjande samtalets utrymme	
*Samverkan – värdefullt stöd i det preventiva arbetet *Gemensamma rutiner och strukturer eftersträvasvärt	Organisatoriska strukturer som påverkar mötet med patienten	

Tema: Följsamhet och engagemang främjar patientens hälsa

Arbetet med hälsofrämjande samtal kring kost och fysisk aktivitet kräver både följsamhet och engagemang. För att kunna nå fram till patienten, skapa en relation och lotsa densamme igenom livsstilsförändringar fordras ett stort mått av lyhördhet och följsamhet från distriktssköterskans sida. Distriktssköterskan måste fortlöpande känna av var i förändringsprocessen patienten befinner sig och anpassa arbetet därefter. Hon bör vara engagerad och söka kunskap, då denna kontinuerligt behöver uppdateras. För att kunna motivera patienten krävs också distriktssköterskans engagemang. Följsamhet och engagemang är även förutsättningar för att samarbete med kollegor och ledning skall fungera. Det har visat sig att engagemang från distriktssköterskans sida är nödvändigt för att hälsofrämjande samtal skall komma till stånd. För att det skall fungera bra är det emellertid en fördel om hela vårdcentralen och ledningen på en övergripande nivå är engagerade i det hälsofrämjande arbetet.

Patientens förutsättningar påverkar mötet

Vilka förutsättningar patienten har får betydelse för hur distriktssköterskan planerar och genomför det hälsofrämjande samtalet. Förutsättningarna utgörs dels av patientens kunskaper, dels av patientens motivation till förändring och förmåga att behålla denna, men speglar också hur mottaglig patienten är för diskussion och information. Kategorin stöds av underkategorierna Pålästa och medvetna patienter underlättar samt Patientens motivation och mottaglighet varierar.

Pålästa och medvetna patienter underlättar

Patienters utgångsläge inför samtalet ser olika ut. Medan somliga tar in ny kunskap direkt behöver andra få information upprepade gånger. Många besitter stora kunskaper kring vad som främjar hälsa. De är som regel medvetna om sin hälsosituation och vet ofta dessutom vilka förändringar som skulle behöva göras. Om patienten är påläst underlättar det samtalet och upplevs som positivt.

... ju mindre fakta jag behöver ge, desto snabbare går det ju och desto lättare kan det ju vara – att vi vet vad vi pratar om, det handlar bara om att komma dit...

Svårigheten ligger snarare i hur förändringen skall ske. Det är svårt att ändra ett inlärt beteende och distriktssköterskan beskrivs ha en viktig funktion i att stödja och vägleda patienten genom förändringsarbetet.

Patientens motivation och mottaglighet varierar

När distriktssköterskan leder in patienten på samtal kring hälsa och hälsofrämjande åtgärder upplevs det ofta av patienter som positivt att få hjälp med att se sambanden mellan livsstil och hälsa. Ibland kan dock ett initialt motstånd kännas av från patientens sida.

En del stänger ju öronen med en gång. Man ser på hela kroppsspråket att de... minsann kommer du här och talar du om för mig hur mycket jag skall promenera!

De patienter som aktivt sökt sig till mottagningen för att få hjälp med hälsofrämjande åtgärder är som regel motiverade till förändringsarbetet som ligger framför dem, medan motivationen hos övriga patienter kan variera. Motivationen visar sig emellertid ofta vara svår att behålla i ett längre perspektiv.

Sen är det tyvärr så i de här lägena att det inte är mycket uthållighet i det. //... folk faller ifrån. //... Man tappar dem någonstans på vägen. Tyvärr.

Distriktssköterskorna beskriver att patienter som får möjlighet till att komma på täta uppföljningar har större chans att kunna upprätthålla sin motivation under en längre period. Bland män som ställs inför utmaningen med hälsofrämjande livsstilsförändringar är det inte ovanligt att tävlingsinstinkten väcks. Detta kan resultera i att de blir alltför ivriga och i stället behöver dämpas något för att motivationen skall kunna behållas under en längre tid.

Distriktssköterskans förutsättningar påverkar mötet

De resurser distriktssköterskan har att tillgå när hon går in i mötet med patienten inverkar på mötets förlopp och utgång. Distriktssköterskans förutsättningar påverkas av hennes egna upplevda kompetens såväl i ämneskunskap som i samtalsmetodik. Mötet mellan patient och distriktssköterska präglas också av vilka verktyg distriktssköterskan har för att hålla sin egen motivation uppe liksom hur hon upplever det hälsofrämjande arbetet. Kategorin stöds av underkategorierna: Tillfredsställande ämneskompetens, kräver uppdatering, Fungerande samtalsmetodik som önskas utvecklas, Flera vägar till bibehållen motivation samt Stimulerande och svårt arbete

Tillfredsställande ämneskompetens, kräver uppdatering

Distriktssköterskorna upplever sig ha en tillfredsställande kompetens inom kost och fysisk aktivitet för de patienter som kommer till vårdcentralen. De känner sig trygga i sin kunskap och i de fall som specialkunskaper krävs är de inte främmande för att konsultera kollegor eller remittera vidare. Ämnena kost och fysisk aktivitet är under ständig utveckling och kräver att distriktssköterskan kontinuerligt uppdaterar sig.

... det händer hela tiden grejer inom kost och fysisk aktivitet så jag är inte till hundra uppdaterad...

Framförallt inom ämnet kost kommer ständigt nyheter och olika dieter avlöser varandra. För att kunna hålla sig à jour är det vanligt att distriktssköterskan uppdaterar sig på sin fritid. Om distriktssköterskan har ett eget intresse inom kost och fysisk aktivitet framkommer det att sannolikheten är större för att en kontinuerlig uppdatering sker.

Fungerande samtalsmetodik som önskas utvecklas

Samtalet är för distriktssköterskan ett betydelsefullt redskap i mötet med patienten som används dagligen och att det fungerar är essentiellt.

Man ser ju att det fungerar i många fall, tycker jag, det sättet man jobbar på, men... visst, det hade väl inte varit fel att gå nån mer så kanske specifik... utbildning i... i samtalsmetodik...

Distriktssköterskorna upplever att sättet de genomför samtalet på fungerar tillfredsställande men uttrycker samtidigt ett behov av att utvecklas och förbättras inom området. Vissa distriktssköterskor har genomgått en utbildning i samtalsmetodik men det är inte ovanligt att åtskilliga år har förflutit sedan dess. Det framkommer att samtalsmetodik är ett område som är svårt att bli färdiglärdd inom och det skulle vara önskvärt att få vidareutbilda sig inom samtalsmetodik.

Flera vägar till bibehållen motivation

För att som distriktssköterska kunna entusiasmera och motivera patienten i det hälsofrämjande samtalet är det nödvändigt att distriktssköterskan själv känner sig motiverad inför arbetet. Vägen till bibehållen motivation kan se olika ut. Om distriktssköterskan har ett eget intresse inom området underlättar det möjligheten att upprätthålla motivationen. Distriktssköterskorna känner ett behov av utbildning och inspiration för att kunna behålla entusiasmen.

... att få den där kicken, det är ju så härligt att få en sån. Det behöver man ha för att kunna delge det till patienterna. Fortlöpande utbildning och fortlöpande inspiration.

En genomgången utbildning kan ge ny energi och förmåga att se saker från en annan vinkel.

När patienten gör framsteg i förändringsarbetet, speciellt i de fall då distriktssköterskan har lyckats motivera en tidigare omotiverad patient, föder det ny motivation hos distriktssköterskan.

... har du en som är lite motiverad men ändå inte helt fullt, och man lyckas övertyga den personen eller lyckas få den personen kanske att börja röra sig lite mer och äta lite bättre //... och faktiskt blodtrycket har gått ner också eeheh då är det ju jätteroligt...

Samma känsla infinner sig de gånger som distriktssköterskan upplever att patienten inte är mottaglig för råd kring livsstilsförändringar och patienten sedan visar att han eller hon har tagit till sig vad som diskuterats och inlett ett förändringsarbete. Det upplevs vidare som betydelsefullt för motivationen att ha kollegor för ömsesidigt stöd och uppmuntran samt möjlighet att själv påverka utrymmet för de hälsofrämjande samtalen.

Stimulerande och svårt arbete

Distriktssköterskan har större möjlighet att hålla ett samtal av god kvalitet om det hälsofrämjande samtalet upplevs som stimulerande och roligt. Det känns extra roligt att arbeta med en motiverad patient, men vägen till att hjälpa patienten att hitta motivation kan vara utmanande och svår. Ofta upplevs det som ett privilegium att få arbeta preventivt, att fokusera på hälsa i stället för sjukdom.

... det är ju väldigt roligt tycker jag //... just att kunna jobba hälsofrämjande eller hälsofrämjande... För mycket av vår tid går ju faktiskt åt till att och kanske ta hand om dem som redan är sjuka... //... det känns som man gör mycket nytta.

Även om de hälsofrämjande samtalen är intressanta så är livsstilsförändringar ofta svåra att genomföra och det kan vara svårt för distriktssköterskan att motivera patienten därtill. Detta för med sig att arbetet också kan upplevas som svårt och krävande. Vissa patientgrupper kan kännas svårare än andra att arbeta med, men här är den individuella variationen stor.

Distriktssköterskans stödjande funktion i mötet med patienten

Det första steget i det hälsofrämjande arbetet är att identifiera behovet av ett hälsofrämjande samtal. Patientens behov av ett hälsofrämjande samtal kan synliggöras för distriktssköterskan på olika sätt. Beroende på i vilket skede behovet kommer till distriktssköterskans kännedom kan det bli frågan om primär- eller sekundärprevention. För att kunna ha en stödjande funktion i mötet med patienten är det av största vikt att distriktssköterskan är följsam i samtalet. Vissa ämnen upplevs som lättare att diskutera än andra. Samtalet utformas på olika sätt, anpassat efter person och situation. Kategorin stöds av underkategorierna: Primär- eller sekundärpreventivt arbete beroende på i vilket skede behovet uppdagas, Vara följsam i mötet samt Arbeta med förändring som mål.

Primär- eller sekundärpreventivt arbete beroende på i vilket skede behovet uppdagas

I det dagliga mötet med patienter med olika kontaktorsaker är distriktssköterskan mån om att skaffa sig en bild av patientens hälsotillstånd. Under konsultationen småpratar distriktssköterskan med patienten om hur vardagen ser ut och hur vårdtagaren har det runt omkring sig. På så sätt fås en överblick över patientens livssituation. Utifrån denna identifieras eventuella problemområden och vilket fokus samtalet bör få. Distriktssköterskan upplever sig ha stor möjlighet att fånga upp individer med osunda levnadsvanor i ett tidigt skede.

... det kan låta lite futtigt att man inte har så mycket av de här långa livsstilssamtalen... //... jag tycker att de ger väldigt mycket, de här mötena och samtalen, de korta samtalen. //... där får man ofta, kan man ofta få in den här riktiga primärpreventionen innan de har fallit dit.

Vid upptäckt av ett förhöjt blodtryck faller det sig naturligt att leda in samtalet på kost och fysisk aktivitet och vad patienten själv kan göra för att förbättra sin hälsa. Det är enklare att samtala om levnadsvanor med patienter som distriktssköterskan har en etablerad relation till men det är en utmaning att fånga upp tillfälliga patienter där man under mötet ser ett behov av livsstilsförändringar.

Men, men inte om man träffar en sån där tillfällig patient då just för stygntagning, då brukar jag inte ta upp det, nej faktiskt. Men det skulle man göra, det hör jag ju själv nu när man sitter här och pratar om det.

Det framkommer en önskan bland distriktssköterskorna att kunna fånga patienterna tidigare i förloppet och därmed kunna arbeta mer primärpreventivt, men det kan upplevas som svårt att prata om livsstil när patienten söker för något helt annat. Det förekommer även att patienter själva tar kontakt med distriktssköterskan för att få råd kring kost och fysisk aktivitet, även om detta är mer ovanligt.

I andra fall är behovet av hälsofrämjande samtal kring kost och fysisk aktivitet redan identifierat av annan vårdgivare och patienten kommer på remiss till distriktssköterskan. När patienten kommer på remiss finns redan fokus på vad samtalet skall handla om. Vårdtagaren har ofta redan en diagnos och distriktssköterskan får arbeta mer utifrån sekundärprevention.

... ofta är det... nästan lite på gränsen att de redan har en diagnos liksom, man skulle vilja komma in ännu tidigare kanske.

Det hälsofrämjande arbetet fokuserar då på att stoppa förloppet, kanske kan exempelvis en patient med förhöjt blodtryck eller blodsockervärde klara sig utan medicin.

Vara följsam i mötet

Grunden för att ett hälsofrämjande samtal skall kunna hållas är att patienten och distriktssköterskan har byggt upp en förtroendefull relation. Denna relation samt att distriktssköterskan själv är öppen är en förutsättning för att patienten skall vilja öppna sig och berätta. I en etablerad relation finns det större möjlighet för distriktssköterskan att stödja och vägleda patienten igenom en livsstilsförändring. Patienten behöver känna att dialogen är tillåtande och att patient och distriktssköterska i största möjliga utsträckning deltar i samtalet på jämbördiga villkor.

... man vill ju lägga det på rätt nivå //... ja, på lite mer jämlika villkor. Fastän man har den här klädseln på sig så... de ska känna att det är liksom okej att man kan säga det... att det är tillåtande kommunikation.

Om distriktssköterskan lägger samtalet på patientens nivå är det lättare att vinna dennes förtroende. Likaså är det viktigt att distriktssköterskan förmedlar en känsla av närvaro och att hon har tid. Initialt kan livsstilsförändringar upplevas som dramatiska och skrämmande. Då gäller det för distriktssköterskan att vara medveten om denna känsla

och avdramatisera situationen. Så småningom slappnar patienten av. Framför allt vid en ny kontakt eller om initiativet till livsstilsförändring kommer från distriktssköterskan kan det vara viktigt att gå stegvis framåt. Distriktssköterskan lyssnar av och känner in patienten och anpassar sedan samtalet utifrån varje individ och hans eller hennes förutsättningar. Patientens intresse, mottaglighet och motivation får vara vägledande för det fortsatta samtalet.

Men sen är man ju på olika stadium och var befinner personen sig, så är det ju. Det handlar ju hela tiden om det, var befinner personen sig. Ibland är de ju inte riktigt mottagliga...

För att kunna inta den rätta stödjande positionen behöver distriktssköterskan ta ett kliv tillbaka och undvika att ge för mycket råd och pekpinnar. Om distriktssköterskan märker att motivationen dalar beskrivs att det kan vara verkningsfullt att berömma patienten och belysa de framsteg som har gjorts då patienten inte alltid själv ser de förändringar som har skett.

Vissa ämnen är lättare att diskutera än andra, exempelvis upplevs kost oftast som oproblematiskt att diskutera. I de fall distriktssköterskan känner av en ovilja eller ett ointresse inväntar hon patientens mottaglighet, sår ett frö och återkommer till patienten vid ett senare tillfälle. Kanske har då frågan fått mogna fram hos patienten och ett intresse väckts. Andra distriktssköterskor väljer i stället att vara brutalt ärliga och förtydliga de risker som patienten utsätter sig för. Vid en total ovilja ombeds patienten i stället att kontakta distriktssköterskan på nytt när så önskas.

Arbeta med förändring som mål

I de fall patienten ges mycket tid i början av relationen underlättas och effektiviseras samarbetet framöver. En första förutsättning är att distriktssköterskan är insatt i patientens hälsosituation och historik. Vid det första mötet kan distriktssköterskan och patienten tillsammans lägga upp en plan för det hälsofrämjande arbetet som följer. För att patienten själv skall hitta lösningar och distriktssköterskan inta en stödjande funktion används öppna frågor i samtalet. Somliga använder sig uttalat av motiverande samtal som metod. Distriktssköterskans arbete ligger i att motivera patienten och hjälpa denne att hitta metoder till livsstilsförändringar.

Jag kan ge dig instrumenten och verktygen till det men jag kan aldrig liksom – JAG kan aldrig förändra utan det är du själv som måste förändra...

I det dagliga mötet med patienten vävs ofta samtal kring kost och fysisk aktivitet in. Det är viktigt att fånga tillfället när det uppenbarar sig. För att öka chanserna till ett lyckosamt hälsofrämjande arbete är det väsentligt att ha en rimlig målsättning och gärna dela upp förändringarna i flera steg. Med erfarenhet lär sig distriktssköterskan vad som brukar fungera och vilka metoder som kan passa olika individer.

Det hälsofrämjande arbetet kan utformas på varierande sätt. Distriktssköterskan kan antingen improvisera under samtalets gång eller arbeta mer strukturerat med

frågeformulär och checklistor. Utifrån dessa identifieras eventuella problemområden och samtalet skräddarsys för att passa varje individs behov. FaR är ett annat hjälpmedel som emellanåt används. Vissa distriktssköterskor upplever FaR som ett tidseffektivt och motiverande redskap medan andra är tveksamma till dess värde.

Hur samtalet utformas kan variera. För vissa personer kan gruppträffar vara bra för att öka motivationen medan individuella samtal fungerar bättre för andra patienter och distriktssköterskor. Gruppträffar kan upplevas som tidskrävande att planera och genomföra. Ibland anordnas föreläsningar inom kost och fysisk aktivitet. Nackdelen med dessa kan vara att endast de redan pålästa och intresserade individerna kommer, vilket ger ett skevt urval.

Organisation och vårdcentralens kultur inverkar på kompetensutveckling och det hälsofrämjande samtalets utrymme

Distriktssköterskans förutsättningar för att arbeta hälsofrämjande med kost och fysisk aktivitet varierar dels beroende på möjligheten till utveckling men också vilket utrymme det hälsofrämjande arbetet ges i verksamheten. Kategorin stöds av underkategorierna: Behov av kontinuerlig utbildning tillgodoses i varierande grad och Det hälsofrämjande arbetets utrymme är beroende av vårdcentralens kultur, tid och budget.

Behov av kontinuerlig utbildning tillgodoses i varierande grad

Distriktssköterskor upplever att för att kunna hålla kompetensen uppdaterad behövs input i form av fortbildning inom kost, fysisk aktivitet och samtalsmetodik. Detta bör ske fortlöpande och inte bara vid något enstaka tillfälle, då kunskap är en färskvara. Som regel känner distriktssköterskorna att möjlighet finns till att gå utbildningar, vissa uppmuntras även till detta. När tidsschemat blir för pressat leder det emellertid till att utrymmet för utbildningar minskar.

... sen så skulle man väl kunna önska att man skulle kunna hinna med att få lite fördjupning ibland.// För det har varit dåligt med det de sista åren.// Det är ont om tid så. //... kanske det här att man går en kurs på ett par dar. Någonting sånt, bara för att få lite... lite input.

I de fall som utrymme finns och möjlighet till att gå utbildningar ges kan det ändå vara problematiskt att hitta relevanta utbildningar i närområdet. Regionen erbjuder fortlöpande utbildningar men dessa upplevs ibland som mindre givande. Ibland bekostas och uppmuntras avancerade pedagogiska utbildningar. Efter genomgången utbildning förekommer det att distriktssköterskan upplever sig villrådig till hur regionen vill att hon skall använda sig av erhållen kunskap. Distriktssköterskan känner då att en värdefull utbildning inte kommer att utnyttjas tillfullo.

Det hälsofrämjande arbetets utrymme är beroende av vårdcentralens kultur, tid och budget

När vårdcentralens kultur premierar det hälsofrämjande arbetet ses en större möjlighet till att arbeta preventivt. Det underlättar om alla yrkeskategorier på vårdcentralen har ett gemensamt intresse för detta arbete och det kan behövas någon som brinner lite extra för området. Vilket utrymme det hälsofrämjande arbetet inom kost och fysisk aktivitet får varierar med tiden och budgeten. I svårare tider får det preventiva arbetet stå tillbaka för det sjukvårdande.

... det upplevs väldigt frustrerande // ... fram och tillbaka, så man bygger upp saker och helt plötsligt så, så – nää nu har ni inte tid med det längre. Nu är det något annat som det är fokus på. Så, så man kommer av sig lite grann. // ... att det blir lite hattigt ibland gör att man inte riktigt får till den där helheten...

Det är svårt att få en kontinuitet i det hälsofrämjande arbetet när pendeln slår mellan att bygga upp och dra ner på verksamheten. Distriktssköterskorna upplever att det hälsofrämjande arbetet inte har högsta prioritet utan bedrivs i mån av tid och utrymme. På senare år har man efter vårdvalet kunnat märka att konkurrensen mellan vårdcentraler gör att distriktssköterskorna måste tänka på mycket annat än vad som är bäst för patienterna. Samtidigt som det finns en önskan om att arbeta mer preventivt så känner de flesta distriktssköterskor att tid och möjlighet finns att boka in och följa upp patienter för hälsofrämjande samtal. Detta kan understundom upplevas som svårt i tider av hård belastning. Distriktssköterskan beskriver att det ges större möjlighet till kontinuitet i det hälsofrämjande arbetet om hon får arbeta självständigt och får styra över sin egen tid.

Organisatoriska strukturer som påverkar mötet med patienten

I sitt hälsofrämjande arbete påverkas distriktssköterskan bland annat av hur samarbetet med kollegor och andra professioner fungerar samt vilka rutiner och strukturer som förekommer. Kategorin stöds av underkategorierna: Samverkan - värdefullt stöd i det preventiva arbetet samt Gemensamma rutiner och tydliga strukturer eftersträvansvärt.

Samverkan - värdefullt stöd i det preventiva arbetet

I det hälsofrämjande arbetet kring kost och fysisk aktivitet är distriktssköterskan beroende av samverkan med andra professioner. Då den egna kunskapen känns otillräcklig är det av värde att kunna konsultera kollegor och personer från andra yrkeskategorier. Det sker en kontinuerlig samverkan för patientens bästa.

För det är så – man behöver varandra, alltså... Vi är bra på mycket, men tillsammans blir man ju ännu bättre. Så. Det är viktigt att kunna samarbeta...

Det upplevs värdefullt att ha kollegor att samarbeta med. Kollegor stöttar och kompletterar varandra, hjälper varandra vid tidsbrist och upprätthåller sina kunskaper

genom diskussioner. Fler vårdcentraler delar nu på samma dietist, vilket medför att dietisten fysiskt befinner sig på större avstånd från vårdcentralen samt är obekant för många av distriktssköterskorna. Både det fysiska avståndet och bristen på personkännedom gör att steget till att kontakta dietisten blir större och mer sällan tas. Då dietisten finns på nära håll och/eller är välkänd upplevs kontakten som god. Även om dietisttiden har minskat upplevs inte distriktssköterskans arbete ha påverkats i någon större utsträckning. Sjukgymnaster finns på nära håll och samarbetet med dem upplevs som gott.

Kring vissa patienter krävs ett större nätverk av professioner. Det arbetas på bred front för patientens bästa och på vissa håll är flera professioner på vårdcentralen engagerade i att fråga patienten om hälsa, kost, fysisk aktivitet och andra hälsomarkörer. Distriktssköterskan samlar sedan ihop resultatet och lägger utifrån det upp ett hälsosamtal med patienten. Hälsopedagoger, fristående från vårdcentralen, är ytterligare en profession som patienter inom vissa regioner kan kontakta.

Gemensamma rutiner och tydliga strukturer eftersträvansvärt

Vid hypertoni och diabetes samt när patienten kommer på remiss finns enligt distriktssköterskorna rutiner för att hälsofrämjande samtal skall hållas med patienten. För övrigt är det oftast när distriktssköterskan själv känner att behovet finns. En genomgående rutin som tillämpas är att patienten skall få träffa samma distriktssköterska vid återkommande besök. Det finns ingen generell rutin för hur ett hälsosamtal ska genomföras men vid exempelvis diabetes finns bestämda områden som skall beröras. I de fall som kravet från ledningen är stort på att skriva många FaR har det blivit till en rutin att göra detta. Det har lett till att många recept skrivs men inte hinner följas upp. På vissa håll finns även krav uppifrån att många mätvärden skall kontrolleras. Utifrån dessa läggs samtalet upp men distriktssköterskorna upplever då att samtalet får för litet utrymme. I många fall lägger distriktssköterskan upp en egen strategi för hur det hälsofrämjande samtalet kring kost och fysisk aktivitet skall hållas. Bristen på rutin och strukturer försvårar det hälsofrämjande arbetet. Det finns ett beskrivet behov av ett mer strukturerat arbetssätt med specifika metoder. Distriktssköterskorna upplever en bristande regional styrning och har en känsla av att varje vårdcentral och distriktssköterska lägger upp det hälsofrämjande arbetet efter eget tycke och smak.

Det känns som om det är lite... upp till varje vårdcentral lite grann, att man kanske skulle jobba mer enhetligt eller ha nåt nätverk... man träffas och försöker hitta kanske lite... utbyta idéer och lite gemensamma strukturer för det... svårigheten är att hitta bra sätt, eller här känns det som att man gör mkt som man själv – lägger upp en egen strategi som man tror är bra liksom.

Det finns en önskan om en bättre organisation kring det hälsofrämjande arbetet och ett utökat samarbete mellan vårdcentralerna för att kunna arbeta hälsofrämjande enligt en enhetlig struktur.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Då målet med studien var att få kunskap om distriktssköterskors erfarenheter på området var det lämpligt att välja en kvalitativ studie med induktiv ansats (Kvale & Brinkmann 2009 s. 17; Malterud 2009, ss. 29-30). Om författarna hade valt att göra en kvantitativ studie hade den fått en annan karaktär och inte på samma sätt möjliggjort en djupare inblick i distriktssköterskornas erfarenheter (Lundman & Hällgren Graneheim 2012 s. 187).

I studien deltog åtta kvinnor som informanter. Författarna har svårt att förutse om en annan könsfördelning hade påverkat resultatet. Spridningen i erfarenhet av att arbeta som distriktssköterska var stor, vilket troligtvis har gett fler nyanser i det insamlade materialet. Spridningen i ålder var mindre. Då livserfarenhet kan ha betydelse för distriktssköterskans upplevelse är det möjligt att författarna hade fått fram ytterligare variationer i materialet med en större åldersspridning. Informanterna hade olika vidareutbildningar vilket sannolikt påverkar deras kunskaper och förhållningssätt. Författarna ser detta som huvudsakligen fördelaktigt då det ger fler infallsvinklar. Det förde emellertid vid något tillfälle med sig att distriktssköterskan i intervjusituationen fokuserade på den patientgrupp som tillhörde hennes specialområde. Kanske kan detta ha medfört att inte hela hennes erfarenhet kring hälsofrämjande samtal belystes. Författarna valde att inkludera informanter verksamma inom två olika regioner. Detta ser författarna som fördelaktigt då det framkom variationer i de olika regionerna. Det ses som en styrka i studien att informanterna arbetade på fem olika vårdcentraler då förutsättningarna ser något varierande ut på olika vårdcentraler. Ytterligare nyanser hade möjligtvis framkommit om antalet vårdcentraler hade varit ännu fler. Även om vårdcentralernas lokalisering var utspridd har författarna en känsla av att patientklientelet var likartat. Då studiens resultat indikerar att patienternas förutsättningar påverkar distriktssköterskans förutsättningar hade en större variation inom patientklientelet eventuellt kunnat ge en mer nyanserad bild av distriktssköterskans upplevelser. I studien inkluderades både privat och offentlig verksamhet vilket gav en bredd i urvalet. Författarna ser det som möjligt att distriktssköterskans förutsättningar på en privat driven vårdcentral kan se annorlunda ut än på en offentligt driven och därmed kan ytterligare nyanser i upplevelser ha framkommit. Författarnas strategiska urval, vilket var tänkt ge stora variationer och nyanser i materialet, samt den noggranna beskrivningen av urvalsprocessen, ökar studiens giltighet (Lundman & Hällgren Graneheim 2012, ss. 197-198).

Författarna valde i de flesta fall att kontakta informanterna först, därefter verksamhetscheferna. Detta gjordes för att möjliggöra ett strategiskt urval, spara tid och minska bortfallet. En nackdel med denna modell kan vara att den tilltänkta informanten upplever det svårare att säga nej till deltagande. I något fall kunde eventuellt verksamhetschefen på vårdcentralen ha gjort ett annat urval om denne kontaktats först. Nu i efterhand har författarna reflekterat över, med tanke på etiska aspekter, att verksamhetscheferna kanske har sett sig förbisedda då de inte kontaktades först.

Författarna genomförde intervjuerna enskilt. Detta för att minimera informantens känsla av att befinna sig i ett underläge i intervjusituationen, vilket skulle kunna inverka på

resultatet negativt (Kvale & Brinkman 2009, ss. 48-49). Det skulle dock kunna ha fördelar med sig att vara två intervjuare, då författarna i intervjusituationen kan se saker ur olika perspektiv och därmed få en större variation i följdfrågorna.

Under intervjuerna användes en intervjuguide. Svaren på ingångsfrågan styrde fortsättningen av intervjun och intervjuguiden fungerade som ett stöd för att önskvärda områden skulle bli belysta. Intervjuguiden upplevdes som värdefull, men kan dock ha medfört att intervjuaren blivit allt för styrd av guiden istället för att vara närvarande och ingående lyssna till informanten, en reflektion som finner stöd hos Malterud (2012, s. 128)

Informanterna fick bestämma plats och tid för intervjun för att de skulle känna sig så bekväma i situationen som möjligt. Under några intervjuer visade sig platsen vara mindre väl vald då upprepade störningar förekom. Detta kan ha medfört att intervjuerna stannade på ett ytligare plan. Vid några tillfällen upplevdes distriktssköterskan som stressad vilket även det kan ha inverkat negativt på intervjuernas djup (Kvale & Brinkman 2009, s. 79). Det faktum att intervjuerna spelades in kändes för somliga informanter något obekvämt. Det kan ha medfört att informanterna hade svårt att slappna av (Kvale & Brinkman 2009, ss. 144-146) och någon kommenterade även att hon fick välja sina ord.

Transkriberingen genomfördes av respektive intervjuare i direkt anslutning till intervjuerna. Författarna lyssnade upprepade gånger på intervjumaterialet för att försäkra sig om en korrekt återgivning. Allt detta stärker analysmaterialets validitet (Malterud 2012, ss. 77-81).

Innehållsanalys valdes som analysmetod, då denna metod passar till att tolka exempelvis transkriberade intervjuer inom vårdvetenskap (Lundman & Hällgren Graneheim 2012, ss. 187-188). Kanske hade det varit en fördel om vi hade tagit ut alla meningsenheter tillsammans då författarna kan läsa texten på olika sätt. Indelningen i underkategorier och kategorier gjordes gemensamt vilket ses som en styrka tack vare de ständiga diskussioner som uppstod. Författarna läste samtliga intervjuer och utförde till stor del analysarbetet tillsammans, vilket ger studien en större tillförlitlighet (Lundman & Hällgren Graneheim 2012, s. 198). Genom att analysprocessen noggrant beskrevs och resultatet illustrerades med citat från informanterna underlättades för läsaren att bedöma resultatets giltighet (Lundman & Hällgren Graneheim 2012, ss. 197-198). Under analysprocessen fann författarna vissa besvär med att klart skilja underkategorierna åt. Människors upplevelser kan vara komplexa och därmed svåra att passa in under en enda underkategori (Lundman & Hällgren Graneheim 2012, s. 191).

Författarna hade vissa svårigheter att tygla sin förförståelse under intervjusituationen. Det kunde ta sig uttryck i ofullständiga meningar ifrån informantens sida som intervjuaren ej bad dem förtydliga. Ett förtydligande hade möjligtvis kunnat ge ytterligare djup i intervjun. Det finns skilda meningar om vilken betydelse förförståelsen har. Vissa anser att det bara är att plocka undan förförståelsen vid forskningen. Andra menar det är när förförståelsen är tydlig som forskningen kommer framåt och resultatet når en djupare nivå (Lundman & Hällgren Graneheim 2012, s. 197).

Genom ett strategiskt, brett urval har författarna försökt öka studiens överförbarhet. Studiens överförbarhet bör bedömas av läsaren (Lundman & Hällgren Graneheim 2012 ss. 197-199). För att möjliggöra detta har författarna valt att vara tydliga i beskrivningarna av urval, datainsamling och analysprocess.

Resultatdiskussion

Analysen av intervjuerna visar att förutsättningarna för att hålla hälsofrämjande samtal påverkas av såväl patientens som distriktssköterskans personliga förutsättningar. Grunden för allt hälsofrämjande arbete är att distriktssköterskan skapar en relation till patienten och är följsam under mötet. Distriktssköterskan är dessutom beroende av samverkan och vilken möjlighet till hälsofrämjande arbete och utveckling som organisationen medger. Temat "Följsamhet och engagemang främjar patientens hälsa" utkristalliserade sig under arbetets gång. I den fortsatta diskussionen diskuteras resultatet under rubrikerna: Patientens och distriktssköterskans förutsättningar påverkar mötet, Distriktssköterskans stödjande funktion i mötet med patienten, Organisation och vårdcentralens kultur inverkar på kompetensutveckling och det hälsofrämjande samtalets utrymme samt Organisatoriska strukturer som påverkar mötet med patienten.

Patientens och distriktssköterskans förutsättningar påverkar mötet

I denna studie framkommer att många av de patienter som behöver göra livsstilsförändringar är medvetna om detta men behöver råd kring hur förändringen skall genomföras och dessutom hjälp med att bevara motivationen. Detta stämmer väl överrens med vad Faskunger (2008, ss. 113-130) visar. Booth, Lowis, Dean, Hunter och McKinley (2013, ss. 301-302) visar i sin studie att vårdgivare tror att patienterna saknar motivation på grund av att de inte inser allvaret i sin situation. Patienterna däremot anser sig medvetna om konsekvenser och menar att det kan vara motiverande i livsstilsförändringar. Om de saknar symtom kan detta emellertid leda till brist på motivation. Detsamma gäller om de genomför förändringar utan att se något resultat (Booth et al. 2013, ss. 301-302).

Kunskap inom kost, fysisk aktivitet och samtalsmetodik är avgörande för att distriktssköterskan skall kunna hjälpa patienten (Faskunger 2008, ss. 113-130). I föreliggande studies intervjuanalys framkommer att distriktssköterskorna upplever sig kompetenta inom kost och fysisk aktivitet, för de patienter som är aktuella för rådgivning på distriktssköterskemottagningen. Enligt Socialstyrelsen (2013, s. 6), Parker et al. (2010, ss. 1429-1438), Jansink et al. (2010), Douglas et al. (2006), Lambe & Collins (2010, ss. 219-223) och Jallinoja et al. (2007, ss. 244-249) är brist på kompetens en orsak till att hälsofrämjande samtal inte genomförs i högre grad. Detta står alltså i kontrast till vad distriktssköterskorna i den här studien upplever. Parker et al. (2010, ss. 1429-1438) visade emellertid att kunskapsluckor kan föreligga utan att sjuksköterskorna upplever det som ett problem. I föreliggande studie framkommer att distriktssköterskans egenintresse i ämnet är avgörande för i hur hög grad hon håller sig uppdaterad, något författarna inte kunnat finna i andra studier. Distriktssköterskorna upplever att det är viktigt med kontinuerlig uppdatering, i likhet med vad Eriksson och Nilsson (2008, ss. 2355-2356) finner i sin studie.

Distriktssköterskornas beskrivningar indikerar att de vanligen inte arbetar efter någon specifik samtalsmetodik utan går på känn och erfarenhet och improviserar under samtalsgången. Denna erfarenhet hade varit intressant att få mer belyst och kanske är det en svaghet i intervju tekniken att vi inte helt lyckats med detta. Författarna är positivt överraskade över hur trygga distriktssköterskorna känner sig i såväl ämneskunskap som i sin samtalsmetodik.

Distriktssköterskorna beskriver genomgående under intervjuerna en positiv känsla inför det hälsofrämjande arbetet. Vid litteraturgenomgång har få studier hittats som berör distriktssköterskornas känslomässiga upplevelser av hälsofrämjande samtal. Wilhelmsson och Lindberg (2009, s. 159) visar dock i sin studie att en positiv inställning till det hälsofrämjande arbetet är viktigt för att nå ett framgångsrikt resultat. Det är intressant att inte mer finns skrivet om detta, då det i detta arbete framkommer att distriktssköterskans positiva attityd inför det hälsofrämjande arbetet är en stark drivkraft i att hålla motivationen uppe.

Distriktssköterskans stödjande funktion i mötet med patienten

Studien indikerar att distriktssköterskorna har en önskan om att fånga patienter i ett tidigt skede, för att därigenom kunna bedriva ett sant primärpreventivt arbete. Detta visar sig vara enklare vid de tillfällen som distriktssköterskorna själva fångar upp patienterna i sitt dagliga arbete. Detta visar sig också vara det vanligaste sättet att få hälsofrämjande samtal till stånd. På samma sätt beskriver Jerdén, Hillevik, Hansson, Flacking och Weinehall (2006, s. 451) att kommunsjukvårdssköterskorna i deras studie smög in hälsoprevention i sitt dagliga arbete. I föreliggande arbete framkommer att det ofta något problem relaterat till ohälsosam livsstil redan finns även bland de patienter som distriktssköterskorna själva uppmärksammar ett behov av hälsofrämjande samtal hos. Då blir det i själva verket fråga om sekundärpreventivt arbete. För att nå patienter som ännu inte fått något problem på grund av sina levnadsvanor skulle eventuellt samtal behöva inledas då ett behov upptäcks hos patienter som söker av annan orsak. I föreliggande studie framkommer att det inte är så enkelt att prata om livsstil med okända patienter som söker för något helt annat. Detta ligger i linje med hur Jerdén et al. (2006, s. 451) beskriver att hälsofrämjande samtal endast inleds när det känns bekvämt och företrädesvis med en sedan tidigare känd patient. Intressant är att det även hos patienten förefaller finnas en förväntan på att givna livsstilsråd har ett samband med ett aktuellt problem (Scott & Pill 1990, ss. 125-131). Författarna till denna studie ser en utmaning i att kunna fånga patienter innan livsstilen gett hälsoproblem. Sannolikt behövs nya sätt att tänka och arbeta på. Kanske kan företagssköterskor ha en större roll i att fånga upp patienter med osund livsstil. I nuläget hänger detta mycket på företagets vilja. Kanske måste andra riktlinjer för detta finnas.

En distriktssköterska i denna studie beskriver att ett förtroende måste ha skapats innan samtal kring livsstil kan initieras, vilket förklarar att det upplevs som svårt att inleda samtal kring livsstil med okända patienter. Aston, Meagher-Stewart, Edwards och Young, (2009, s. 28) visar att en ömsesidigt förtroendefull relation är grunden i allt hälsofrämjande arbete. Johannson, Bendtsen och Åkerlind (2005) påvisar att en kontinuitet mellan läkare och patient medför att hälsofrämjande samtal oftare kommer

till stånd. Distriktssköterskor i denna studie menar att ett sätt att skapa förtroende kan vara att småprata i början av kontakten och mötas på en mer likvärdig nivå, vilket även framkommit i en studie av Persson & Friberg (2009, ss. 520-528). Distriktssköterskorna framhåller att trovärdighet är en förutsättning för att patienten skall känna förtroende, vilket även påvisas av Eriksson & Nilsson (2008, s. 2356). Trovärdighet uppnås bland annat genom att distriktssköterskan är påläst på patienten samt ger patienten full uppmärksamhet och en känsla av att tillräcklig tid finns. Resultatet styrks av Eriksson & Nilsson (2008, s. 2356) som i sin studie visat på samma resultat. Förtroende bör egentligen alltid vara en förutsättning för en djupare kommunikation människor emellan.

Distriktssköterskorna påtalar vikten av att kontinuerligt känna av patienten och försäkra sig om att samtalet ligger på rätt nivå för patientens förutsättningar. Genomgående framkommer att ett individanpassat samtal ger goda förutsättningar för hälsofrämjande arbete. Detta förhållningssätt finner stöd hos Arborelius (2008, ss. 133-150) och Faskunger (2008, ss. 113-130) som påtalar betydelsen av att finna var i processen patienten befinner sig och utgå därifrån. Även Socialstyrelsen (2011, s. 60) samt Dahlberg och Segesten (2010, ss. 195-196) poängterar vikten av ett följsamt förhållningssätt. En aspekt av följsamt förhållningssätt är att hänsyn måste tas till patienters olika förmåga att ta till sig kunskap, vilket stämmer överrens med vad Speros (2005, ss. 633-640) och Eriksson & Nilsson (2008, s. 2355) skriver om att distriktssköterskan behöver ha förmågan att kunna avläsa patientens mentala kapacitet. Distriktssköterskan behöver också känna när det hos patienten finns en ovilja till förändring och försöka hjälpa densamme att hitta motivation. Det kan vara fruktsamt att inte komma med alltför generella råd utan stödja patienten individuellt (Persson & Friberg 2009, ss. 520-528). Patientens ovilja är oftast den främsta anledningen till mindre framgångsrikt hälsofrämjande arbete (Jallinoja et al. 2007, s. 246). Detta visar att viljan behöver finnas inte bara hos patienten utan att det också är avgörande att distriktssköterskan har en vilja till att vara följsam och närvarande samt anstränga sig för att ta reda på var patienten mentalt befinner sig. Detta är inte självklart men författarna upplever att det hos distriktssköterskorna är ett naturligt förhållningssätt.

Även om flertalet distriktssköterskor uppger att de inte arbetar efter någon speciell samtalsmetodik eller metod för förändringsarbete visar sig samtliga arbeta med öppna frågor i sina samtal med patienten. Detta för att denne själv skall komma fram till lösningar kring hur livsstilen kan förändras. Utifrån studiens resultat verkar det som att alla följer samma strategi, vare sig de har utbildning i motiverande samtal eller ej och att alla trots allt har någon form av genomtänkt strategi.

Kring gruppträffar framkommer vitt skilda uppfattningar. Medan en del finner dem lämpliga för att stärka individens motivation och självkänsla tycker andra att de är dåligt anpassade till individen och tar mycket tid i anspråk. Generellt verkar det vara en beprövad och okontroversiell metod hos diabetiker. Detta styrks av Thors et al. (2007, ss. 986-993) som i sin studie beskriver fördelarna med att arbeta i grupp för diabetiker. Skulle det vara möjligt att ha grupper där deltagarna till exempel lagade mat tillsammans med en dietist, eller motionerade i grupp? Risken, vilken även påtalas i studien, är att det endast är de redan intresserade som kommer på dylika träffar. Kanske detta skulle kunna undvikas om patienten fick komma ”på recept”.

Organisation och vårdcentralens kultur inverkar på kompetensutveckling och det hälsofrämjande samtalets utrymme

Distriktssköterskorna i denna studie ger uttryck för att kunskap är en färskvara som kräver ständig uppdatering. Speros (2005, ss. 633-640) menar att distriktssköterskan behöver kontinuerligt stöd och utveckling i sin samtals- och ämneskompetens och att en hög kunskapsnivå hos distriktssköterskan inte bara sparar tid utan också pengar. I föreliggande studie framkommer att möjligheten till fortbildning för det mesta är god. Kvaliteten på utbildningen är dock varierande. I tider av hög belastning visar det sig också att utrymmet för utbildning minskar. Socialstyrelsen, å andra sidan, uppger att en majoritet av professionerna inom hälso- och sjukvården upplever att de inte får tillfälle till relevant fortbildning. Författarna menar att hälso- och sjukvården är en kunskapsintensiv bransch där fortbildning alltid borde vara en självklarhet. Det förefaller också märkligt att dyra utbildningar ibland bekostas distriktssköterskor utan en vidare plan på hur utbildningen skall användas.

Det framkommer i studien att ett gemensamt intresse för det hälsofrämjande arbetet på vårdcentralen är av godo och att det är extra fördelaktigt om det finns en eldsjäl som driver på arbetet. Enligt Wilhelmsson och Lindberg (2009, s. 159) blir inget hälsofrämjande arbete utfört om distriktssköterskan inte är intresserad av det. Att vara beroende av en eldsjäl förefaller därför författarna sårbart. Det hälsofrämjande arbetet kan inte vara beroende av en enda persons engagemang.

Distriktssköterskorna i studien ger uttryck för att hälsofrämjande arbete inte har högsta prioritet utan utförs i mån av tid, vilket kan medföra att det får stå tillbaka i tider av hård belastning. Det tar sig också uttryck i att den hälsofrämjande verksamheten får olika stort utrymme beroende på vilka resurser vårdcentralen för närvarande har att röra sig med. Detta i sin tur leder till ineffektivitet och svårigheter med att få kontinuitet i det hälsofrämjande arbetet. Douglas et al. (2006), Geense et al. (2013), Lambe och Collins (2002, ss. 219-223) och Jerdén et al. (2006, s. 450) påpekar också att fokuseringen på sjukvårdande behandling leder till att det hälsofrämjande arbetet ges mindre tid och Geense et al. (2013) visar på bristen i kontinuitet som det leder till. Wilhelmsson och Lindberg (2009, s. 160) menar att hälsofrämjande arbete dessutom förutsätter en strukturerad organisation med för ändamålet öronmärkta pengar. En intressant och lite oroväckande iakttagelse från intervjuerna är att vårdvalet förefaller kunna flytta fokus; från patientens bästa till tankar på hur vårdcentralen skall klara konkurrensen. Till viss mån kan det vara bra att tänka över vad som görs och hur personalen gör det, men det får inte bli på bekostnad av patientens bästa. Trots uttrycken för att den sjukvårdande behandlingen dominerar upplever ändå distriktssköterskorna oftast att de har tid för att boka in hälsofrämjande samtal.

Organisatoriska strukturer som påverkar mötet med patienten

Vad som från början fick författarna till denna studie att bli intresserade för ämnet var det faktum att närvaron av dietist på sina håll minskat. Något förvånande upplever berörda distriktssköterskor hittills inte att det har påverkat deras arbete i någon större utsträckning, även om ett missnöje över förändringen är tydlig. Det är uppenbart att

närhet till andra professioner, eller åtminstone personkännedom, i hög grad underlättar samarbetet. Detta får stöd av Parker et al. (2011, ss. 1429-1438) och Geense et al. (2013) som påtalar betydelsen av möjlighet till samarbete med andra discipliner. Distriktssköterskorna betonar genomgående vikten av att ha kollegor. Kollegor hjälper varandra att bevara motivationen och kunskapen samt är ett stöd för varandra i det dagliga arbetet bland annat när den egna kunskapen inte räcker till.

Under intervjuerna framkommer att distriktssköterskorna upplever det svårt och tungrott att själv hitta strukturer för det hälsofrämjande arbetet och det framkommer önskemål om gemensamma rutiner och mer samarbete mellan vårdcentralerna. Även internationellt ses en önskan om nationella program att följa i det hälsofrämjande arbetet (Piñeiro, Brotons, Bulc, Ciurana, Drenthen, Durrer, Godycki-Cwirko, Görpelioglu, Kloppe, Lionis, Mancini, Martins, Mierzecki, Pichler, Pullerits, Sammut, Sghedoni, Sheehan & Thireos 2005, ss. 77-80; Geense et al. 2013; Lambe & Collins 2010, ss. 219-223). Wilhelmsson & Lindberg (2009, s. 159) visar på att gemensamma dokumenterade mål är en förutsättning för framgångsrikt hälsofrämjande arbete. Trots att regeringen rekommenderar att sjukdomsförebyggande vård i högre grad är närvarande i det dagliga arbetet finns ingen gemensam strategi mellan landsting eller ens vårdcentraler (Socialstyrelsen 2011, s. 14). Det framkommer att distriktssköterskor upplever sin yrkesroll oklar och fri för egna tolkningar (Wilhelmsson & Lindberg 2009, s. 159). Detta är inget som påvisas i föreliggande arbete. Socialstyrelsen har gett ut nationella riktlinjer för det sjukdomsförebyggande arbetet (Socialstyrelsen 2011, ss. 1-128) men organisation och struktur för att följa dem kanske inte alltid finns. Mycket lidande och pengar skulle kunna sparas om det hälsofrämjande arbetet får större utrymme och en mer självklar plats i verksamheten.

SLUTSATSER

Hur medveten patienten är om sin situation och hur motiverad han eller hon är till förändring påverkar det hälsofrämjande samtalets förlopp. Det är en betydelsefull uppgift för distriktssköterskan att hjälpa patienten att hitta och upprätthålla motivation. Distriktssköterskan kan även behöva hjälp med att hålla sin egen motivation uppe. Stöd till detta kan fås genom utbildning, kollegor och återkoppling på genomfört arbete. Distriktssköterskorna i studien anser sig vara kompetenta i såväl berörda ämnen som i samtalsmetodik, men upplever ett behov av kontinuerlig fortbildning. Vilken möjlighet som finns till berikande utbildningar varierar. Distriktssköterskorna arbetar såväl primär- som sekundärpreventivt, beroende på i vilket skede patientens behov blir uppmärksammade, men en önskan finns om att arbeta mer primärpreventivt. Grunden för att kunna hålla hälsofrämjande samtal är att en relation mellan patient och distriktssköterska har skapats samt att distriktssköterskan är följsam under mötena. Ofta vävs hälsofrämjande samtal in i det dagliga arbetet. I det hälsofrämjande arbetet är möjligheten till samverkan med olika professioner en betydelsefull resurs. Det finns en önskan om mer sambete vårdcentraler emellan samt ett strukturerat och enhetligt arbetssätt. Det hälsofrämjande arbetet upplevs inte ha högsta prioritet och dess utrymme i verksamheten varierar beroende på vårdcentralens kultur, vilket intresse som finns och vilket ekonomiskt utrymme verksamheten ges.

Kliniska implikationer

Med utgångspunkt i resultatet betonas följande områden som viktiga att arbeta vidare med:

- Det är betydelsefullt att i alla möten med patienten arbeta för att skapa en god relation och sedan lägga tonvikt på ett följsamt arbetssätt.
- Det är viktigt med fortlöpande utbildning. Då en stor del av arbetet handlar om att följa patienten genom förändringsprocessen och motivera densamme bör även pedagogiska utbildningar erbjudas. Utbildningarna som erbjuds skall hålla en hög kvalitet och det bör också finnas en plan för hur de skall implementeras.
- Vårdcentralerna bör genom gemensamt engagemang och struktur lägga vikt vid att söka finna patienter som är i behov av livsstilsförändringar innan problem uppstått.
- Det bör finnas en enhetlighet i hur det hälsofrämjande arbetet bedrivs på olika vårdcentraler, men också nationellt.
- För att patienten skall kunna erbjudas bästa tänkbara vård är möjligheten till ett gott samarbete med kollegor och andra professioner betydelsefullt.
- Tid måste ges för reflektion, både efter möten med patienten och efter genomgångna utbildningar.

REFERENSER

Adolfsson E. T., Starrin, B., Smide B. & Wikblad K. (2007). Type 2 diabetic patients' experiences of two different educational approaches—A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*. Vol 45. Ss. 986–994.

Arborelius, E. (2008). Att tala med patienter om levnadsvanor. I Klang Söderkvist, B. (red.) *Patientundervisning*. Lund: Studentlitteratur.

Aston, M., Meagher- Stewart, D., Edwards, N. & Young, L.M. (2009). Public Health Nurses' Primary Health Care Practice: Strategies for Fostering Citizen Participation. *Journal of Community Health Nursing*. Vol 26. Ss. 24-34.

Booth, A. O., Lowis, C., Dean, M., Hunter, S.J. och McKinley, M.C. (2013). Diet and physical activity in the self-management of type 2 diabetes: barriers and facilitators identified by patients and health professionals. *Primary Health Care Research & Development*. Vol 14. Ss. 293–306.

Brobeck, E., Bergh, H., Odenkrants, S. & Hildingh, C. (2011). Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. *Journal of Clinical Nursing*. Vol 20. Ss. 3322–3330.

Codex – regler och riktlinjer för forskning. (2013a). Forskning som involverar människan. Uppsala; Codex. Tillgänglig; <http://codex.vr.se/forskningmanniska.shtml> [2013-08-28]

Codex – regler och riktlinjer för forskning. (2013b). Informerat samtycke. Uppsala; Codex. Tillgänglig; <http://codex.vr.se/manniska2.shtml> [2013-08-28]

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). Hälsa & vårdande i teori och praxis. Stockholm: Natur & Kultur.

Distriktsköterskeföreningen i Sverige (2008). Kompetensbeskrivning, Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktsköterska. Stockholm: AB Danagårds Grafiska.

Douglas, F., Torrance N., van Teijlingen E., Meloni S. & Kerr A. (2006). Primary care staff's views and experiences related to routinely advising patients about physical activity. A questionnaire survey. *BMC Public Health*. Vol 6:138. DOI: 10.1186/1471-2458-6-138.

Drevenhorn, E., Bengtson, A., Allen, J.K., Säljö, R., & Kjellgren, K.I. (2007). Counselling on lifestyle factors in hypertension care after training on the stages of change model. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. Vol 6(46). Ss. 46-53.

Duaso, MJ. & Cheung, P. (2002). Health promotion and lifestyle advice in a general practice: what do patients think? *Journal of advanced nursing*. Vol 39(5). Ss. 472-479.

Eriksson, I. & Nilsson, K. (2008). Preconditions needed for establishing a trusting relationship during health counselling – an interview study. *Journal of Clinical Nursing*. Vol 17. Ss. 2352-2359.

Faskunger, J. (2008). Beteendeförändring – att hjälpa patienter med livsstilsfrågor. I Klang Söderkvist, B. (red.). *Patientundervisning*. Lund: Studentlitteratur.

Geense, WW., van de Glind IM., Visscher TL. & van Achterberg T. (2013). Barriers, facilitators and attitudes influencing health promotion activities in general practice: an explorative pilot study. *BMC Family practice*. Vol 14 (20). DOI: 10.1186/1471-2296-14-20.

Högskolan i Borås (2013). Riktlinjer för examensarbete på magisternivå, i huvudområdet vårdvetenskap. Borås: Institutionen för vårdvetenskap [Elektronisk] Tillgänglig:
http://www.hb.se/Global/VHB/Student/Examensarbete/Riktlinjer%20och%20mallar/Examensarbete%20magister/H13_Riktlinjer%20-%20Magister_exarbete.pdf. [2013-10-11]

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*. Vol 25(4). Ss. 244-249.

Jasink, R., Braspenning, J., van der Weijden, T., Elwyn, G. & Grol, R. (2010). Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis. *BMC Family practice*. Vol 11(41). DOI: 10.1186/1471-2296-11-41.

Jerdén, L., Hillevik, 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 Science*. Vol 20. Ss. 448 – 454.

Johansson, K., Bendtsen, P. & Åkerlind, I. (2005). Advice to patients in Swedish primary care regarding alcohol and other lifestyle habits: how patients report the actions of GPs in relation to their own expectations and satisfaction with the consultation. *European Journal of Public Health*, Vol. 15 (6). Ss. 615–620

Khaw, KT., Wareham, N., Bingham, S., Welch, A., Luben, R., Day, N. (2008). Combined impact of health behaviours and mortality in men and women: the EPIC-Norfolk prospective population study. *PLoS Med.*; 5(1):12. DOI: 10.1371/journal.pmed.0050012

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

Lambe, B. & Collins, C. (2010). A qualitative study of lifestyle counselling in general practice in Ireland. *Family practice*. Vol 27(2). Ss. 219-223.

- Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Malterud, K. (2012). Kvalitativa metoder i medicinsk forskning. Lund: Studentlitteratur.
- Martins, R.K., McNeil, D.W. (2009). Review of Motivational Interviewing in promoting health behaviors. *Clinical Psychology Review*. Vol 29. Ss. 283–293
- Parker, W., Steyn, N.P., Levitt, N.S. & Lombard, C.J. (2010). They think they know but do they? Misalignment of perceptions of lifestyle modification knowledge among health professionals. *Public Health Nutrition*. Vol 14 (8). Ss 1429-1438.
- Persson, M. & Friberg, F. (2009). The dramatic encounter: experiences of taking part in a health conversation. *Journal of Clinical Nursing*. Vol 18. Ss. 520-528.
- Piñeiro, R., Brotons, C., Bulc, M., Ciurana, R., Drenthen, T., Durrer, D., Godycki-Cwirko, M., Görpelioglu, S., Kloppe, P., Lionis, C., Mancini, M., Martins, C., Mierzecki, A., Pichler, I., Pullerits, L., Sammut, M.R., Sghedoni, D., Sheehan, M. & Thireos, E.A., on behalf of EUROPREV network. (2005). Healthy diet in primary care: views of general practitioners and nurses from Europe. *European Journal of Clinical Nutrition*. Vol 59(1). Ss. 77–80.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Scott N CH & Pill R M. (1990). "Advise yes, dictate no". Patients' views on health promotion in the consultation. *Family Practice*. Vol 7. Ss. 125-131.
- SFS (2003:460). *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Tillgänglig: 2013-09-21 från: <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/20030460.HTM>
- Socialstyrelsen (2013). Sjukdomsförebyggande arbete inom hälso- och sjukvården – en enkätstudie hösten 2012. Stockholm: Socialstyrelsen. 11s [Elektronisk]. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerforsjukdomsforebyggandemetoder/stodtillinforandeavriktlinjerna/Documents/Sjukdomsforebyggande-rapport.pdf> [2013-05-05]
- Socialstyrelsen (2011). Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder – Tobak, alkohol, fysisk aktivitet och matvanor – stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen. 128s. [Elektronisk] Tillgänglig: <http://socialstyrelsen.se/publicationer2011/2011-11-11> [2013-05-04]
- Socialstyrelsen (2009). Förändrade kostvanor med överkonsumtion av mat och fysisk inaktivitet har bidragit till en ökning av övervikt och fetma samt typ 2-diabetes. Stockholm: Socialstyrelsen. Tillgänglig:

<http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerfordiabetesvarden/centralarekommendationer/screeningpreventionlevnadsvanor> [2013-11-08]

Speros, C. (2005). Health literacy: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. Vol 50(6). Ss. 633-640.

Svensk sjuksköterskeförening, SSF. (2008). *Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Tingström, P.R., Kamwendo, K. & Bergdahl, B. (2005). Effects of a problem-based learning rehabilitation programme on quality of life in patients with coronary artery disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. Vol 4. Ss. 324-330.

Wilhelmsson, S. & Lindberg, M. (2009). Health promotion: Facilitators and barriers perceived by district nurses. *International Journal of Nursing Practice*. Vol 15. Ss. 156-163.

World Health Organization [WHO]. (2013). *Obesity and overweight*. Geneva: World Health Organization. Tillgänglig:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html> [2013-05-08]

World Health Organization (2009). *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva: World Health Organization. Tillgänglig: [2013-11-08]

World Health Organization [WHO]. (1946). *Constitution of the World Health Organization 1946*. Geneva; World Health Organization. Tillgänglig:
http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf [2013-08-27]



HÖGSKOLAN I BORÅS
VETENSKAP FÖR PROFESSION

Verksamhetschefens godkännande av datainsamling

Vi är två sjuksköterskor som studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska, Högskolan i Borås. Som en del i denna utbildning gör vi ett examensarbete på avancerad nivå.

Syfte med examensarbetet är att belysa distriktssköterskors upplevelser av sina förutsättningar för att genomföra hälsofrämjande samtal kring kost och fysisk aktivitet.

Ohälsosamma levnadsvanor bidrar i hög grad till sjukdomsördan i Sverige. Det ställs allt högre krav och förväntningar på att distriktssköterskor i sin dagliga verksamhet skall bedriva hälsofrämjande vård. Dietisters närvaro på vårdcentralerna har minskat och det är tänkt att distriktssköterskor skall sköta en stor del av de rådgivande samtalen kring kost. En majoritet av distriktssköterskans hälsofrämjande samtal handlar om kost och fysisk aktivitet. Vi vill med föreliggande arbete undersöka hur distriktssköterskor upplever sina förutsättningar för att arbeta med hälsofrämjande samtal kring kost och fysisk aktivitet.

Metoden i examensarbetet är kvalitativ.

Datainsamling kommer att ske i form av intervjuer på informanternas arbetsplatser och intervjuerna kommer i efterhand att analyseras med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Vi har valt att intervjua åtta distriktssköterskor som arbetar på vårdcentral. Vårt mål är att få en bredd i urvalet vad gäller ålder, arbetslivserfarenhet och kön hos informanterna, samt lokalisering av vårdcentralerna. Intervjuerna beräknas ta ca en timme och vårt önskemål är att de genomförs under september månad.

Vi kommer att inhämta deltagarnas informerade samtycke genom att personligen ta kontakt med dem.

Uppgifter som kan identifiera deltagare tas bort och ingen obehörig har tillgång till datamaterialet. Vid publicering kommer det analyserade resultatet att vara avidentifierat.

Deltagandet är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan förklaring.

Vi handleds i examensarbetet av nedanstående handledare.

Hälsningar

Anna Hultgren Gunnarsson

Marika Kodeda

E-postadress

E-postadress

Telefonnummer

Telefonnummer

Handledare:

Björn-Ove Suserud, professor

Institutionen för vårdvetenskap

Högskolan i Borås

E-postadress

Telefonnummer

Godkännande

Undertecknad verksamhetschef godkänner härmed att Anna Hultgren Gunnarsson och Marika Kodeda genomför datainsamling inom ramen för vad som ovan beskrivits.

Ort

Datum

Namn

Titel/Verksamhet/Ort



HÖGSKOLAN I BORÅS
VETENSKAP FÖR PROFESSION

Till berörd distriktssköterska

Vi är två sjuksköterskor som studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska, Högskolan i Borås. Som en del i denna utbildning gör vi ett examensarbete på avancerad nivå.

Syfte med examensarbetet är att belysa distriktssköterskors upplevelser av sina förutsättningar för att genomföra hälsofrämjande samtal kring kost och fysisk aktivitet.

Ohälsosamma levnadsvanor bidrar i hög grad till sjukdomsburden i Sverige. Det ställs allt högre krav och förväntningar på att distriktssköterskor i sin dagliga verksamhet skall bedriva hälsofrämjande vård. Dietisters närvaro på vårdcentralerna har minskat och det är tänkt att distriktssköterskor skall sköta en stor del av de rådgivande samtalen kring kost. En majoritet av distriktssköterskans hälsofrämjande samtal handlar om kost och fysisk aktivitet. Vi vill med föreliggande arbete undersöka hur distriktssköterskor upplever sina förutsättningar för att arbeta med hälsofrämjande samtal kring kost och fysisk aktivitet.

Metoden i examensarbetet är kvalitativ.

Datainsamling kommer att ske i form av intervjuer på informanternas arbetsplatser och intervjuerna kommer i efterhand att analyseras med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Vi har valt att intervjua åtta distriktssköterskor som arbetar på vårdcentral. Vårt mål är att få en bredd i urvalet vad gäller ålder, arbetslivserfarenhet och kön hos informanterna, samt lokalisation av vårdcentralerna. Intervjuerna beräknas ta ca en timme och vårt önskemål är att de genomförs under september månad.

Uppgifter som kan identifiera deltagare tas bort och ingen obehörig har tillgång till datamaterialet. Vid publicering kommer det analyserade resultatet att vara aidentifierat.

Deltagandet är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan förklaring. Vi handleds i examensarbetet av nedanstående handledare.

Hälsningar

Anna Hultgren Gunnarsson

Marika Kodeda

E-postadress

E-postadress

Telefonnummer

Telefonnummer

Handledare:

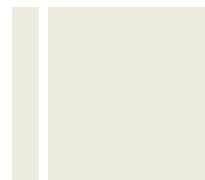
Björn-Ove Suserud, professor

Institutionen för vårdvetenskap

Högskolan i Borås

E-postadress

Telefonnummer



Intervjuguide

Bakgrund:

- Hur gammal är du?
- Vilket år tog du din distriktssköterskeexamen?
- Hur länge har du arbetat på vårdcentral?
- Har du gått några ytterligare utbildningar eller kurser?

Ingångsfråga:

Kan du berätta lite om hur det är att hålla ett hälsofrämjande samtal?

Teman:

- Planering och genomförande av hälsofrämjande samtal
- Samtalsmetodik
- Ämneskunskap i kost och fysisk aktivitet
- Motivation
- Förtroende
- Samverkan

Exempel på följdfrågor:

- upprepa ord
- hur menar du då?
- kan du berätta mer?
- kan du ge ett exempel på...
- kan du utveckla lite mer?