

Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete efter Vårdvalet

Ur ett distriktssköterskeperspektiv

FÖRFATTARE:	Anna Janson Tanja Miloloza Melin
PROGRAM/KURS:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska /OM 5220
OMFATTNING:	15 högskolepoäng
HANDLEDARE:	Eva Lidén
EXAMINATOR:	Helene Lindfred

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel:	Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete efter Vårdvalet -Ur ett distriktssköterskeperspektiv
Titel:	Health promotion and disease protection after care choice - From a district nurse perspective
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ Kursbeteckning:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska/ OM 5220, Omvårdnad- Examensarbete II
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	31
Författare:	Anna Janson Tanja Miloloza Melin
Handledare:	Eva Lidén
Examinator:	Helene Lindfred

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Vårdvalet infördes 2009 och gav patienter rätt att välja vårdcentral. Detta medförde förändringar inom primärvården och då bl. a. för distriktssköterskor. I Vårdvalets riktlinjer står att primärvården ska arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande. Tidigare forskning visar på att distriktssköterskors hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete före Vårdvalet var en balansgång mellan att jobba med hälsa eller sjuklighet och att arbetet inte alltid prioriterades samt att riktlinjer var otydliga eller saknades.

Syfte: Att beskriva distriktssköterskors erfarenheter av att bedriva hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete efter Vårdvalet.

Metod: Studien baseras på halvstrukturerade intervjuer och materialet analyserades med manifest kvalitativ innehållsanalys. I pilotstudien intervjuades tre distriktssköterskor och i fullskalestudien kommer 10-15 distriktssköterskor i VG-regionen att intervjuas.

Resultat: Resultatet i pilotstudien består av fem kategorier: Hitta nya vägar att arbeta, Mer fokus på ekonomin, Betydelsen av stöd och samverkan, Otydlighet i arbetsrollen samt Minskad tid för arbetet. Distriktssköterskorna upplevde att Vårdvalet påverkade deras sätt att arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande i bemärkelse av att nya saker prioriterades och att deras yrke i stort var under förändring. Något som hamnat mycket i fokus efter Vårdvalet var diagnossättning då det var en stor inkomstkälla för vårdcentralerna. Detta medförde att distriktssköterskorna fick hitta nya vägar att arbeta.

Diskussion: Diskussionen tar upp den ökade fokusen på sjukdomsrelaterade faktorer och diagnossättning. Ett sådant arbetssätt motsätter sig ett hälsoperspektiv inom omvårdnad som istället fokuserar på styrka, återhämtningsförmåga och patientens resurser och förmågor snarare än de patologiska aspekterna. Vårdvalet har inte tydliggjort hur arbetet ska utföras.

Nyckelord: Distriktssköterska, Hälsofrämjande arbete, Sjukdomsförebyggande arbete, Primärvård.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
<i>ORGANISATIONEN KRING HÄLSOFRÄMJANDE OCH SJUKDOMSFÖREBYGGANDE ARBETE</i>	2
<i>Vårdvalet</i>	2
<i>FOLKHÄLSAN I SVERIGE</i>	4
<i>DISTRIKTSKÖTERSORS HÄLSOFRÄMJANDE OCH SJUKDOMSFÖREBYGGANDE ARBETE</i>	5
<i>Distriktssköterskor förr och nu</i>	5
<i>OMVÅRDNAD OCH HÄLSA</i>	6
<i>Omvårdnadsteoretiska utgångspunkter</i>	6
<i>Helhetssyn på hälsa</i>	7
<i>Hälsan på individnivå</i>	7
<i>Hälsa i ett samhällsperspektiv</i>	8
<i>Mot en positiv hälsomodell</i>	8
<i>Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete ur ett omvårdnadsperspektiv</i>	9
<i>TIDIGARE FORSKNING</i>	9
<i>Distriktssköterskans hälsofrämjande arbete</i>	10
<i>Faktorer som främjar arbetet</i>	12
<i>Hindrande faktorer för arbetet</i>	12
<i>Organisationsförändringar</i>	13
<i>Det som tidigare forskning inte gett svar på</i>	14
SYFTE	14
METOD	14
<i>URVAL</i>	15
<i>DATAINSAMLINGSMETOD</i>	16
<i>DATAANALYS</i>	17
<i>PILOTSTUDIEN</i>	18
<i>FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDE</i>	18
RESULTAT	20
<i>HITTA NYA VÄGAR ATT ARBETA</i>	20
<i>MER FOKUS PÅ EKONOMI</i>	21
<i>BETYDELSEN AV STÖD OCH SAMVERKAN</i>	21
<i>OTYDLIGHET I ARBETSROLLEN</i>	22
<i>MINSKAD TID FÖR ARBETET</i>	22
DISKUSSION	23
<i>METODDISKUSSION</i>	23
<i>RESULTATDISKUSSION</i>	25
REFERENSLISTA	30

INLEDNING

Den senaste Folkhälsorapporten (1) visar på en ogynnsam utveckling av folkhälsan med olika symptom på nedsatt psykiskt välbefinnande under de senaste decennierna.

Ohälsan gäller även övervikt och fetma speciellt bland de yngre. Risken för att på sikt utveckla hjärt- och kärlsjukdomar och typ- 2 diabetes tros öka (2).

För att möta folkhälsoproblemen har distriktssköterskor en viktig roll i Sverige liksom internationellt (3). Med sitt breda arbetsfält inom primärvård, barnhälsovård, skolhälsovård och hemsjukvård har distriktssköterskor en stor möjlighet att fånga upp hälsoproblemen genom sin nära kontakt med olika befolkningsgrupper i samhället.

Genom fördjupade kunskaper inom folkhälsovetenskap, medicinsk vetenskap, omvårdnad/vårdvetenskap samt pedagogik och ledarskap, har distriktssköterskor förutsättningar att arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande (4).

Vårdvalet infördes oktober 2009 och ger patienter möjlighet att fritt välja vårdcentral (5). Vårdvalet har medfört förändringar inom primärvården. Mot denna bakgrund undrar vi om och hur vårdvalsreformen har påverkat distriktssköterskors arbetsuppgifter speciellt när det gäller hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. Det är viktigt att distriktssköterskors kompetens används på rätt sätt, dels för att patienten ska kunna få så bra vård som möjligt, dels för att samhällsresurser bör användas på ett så kostnadseffektivt sätt som möjligt.

BAKGRUND

Den här studien handlar om distriktssköterskors hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete. I Socialstyrelsens termbank förklaras termen hälsofrämjande åtgärd som en insats för att bevara och stärka människors fysiska, psykiska och sociala välbefinnande. Förebyggande åtgärd beskrivs som en förebyggande insats för att förhindra uppkomst av eller påverka utveckling av sjukdomar, skador, fysiska, psykiska eller sociala problem (6).

För att förstå distriktssköterskors arbetsområde och vilka förutsättningar som råder inom primärvården är det viktigt att känna till vilka styrdokument som gäller. I dessa ingår en beskrivning av vårdvalsreformen och de krav och kvalitetsnormer primärvården måste

uppfylla. Beskrivningen av de ökade folkhälsoproblemen i Sverige motiverar varför det är angeläget att arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande.

ORGANISATIONEN KRING HÄLSOFRÄMJANDE OCH SJUKDOMSFÖREBYGGANDE ARBETE

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen, HSL, 5 § (7) ska primärvården svara för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusets resurser och kompetens. Vården ska ges utan avgränsning vad det gäller sjukdom, ålder eller patientgrupper. Primärvården är organiserad på ett sätt så att alla som är bosatta inom landstinget har möjlighet att fritt välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster och även få möjlighet att välja en fast läkarkontakt. Den enskildes val får inte begränsas till ett visst geografiskt område inom landstinget. Ekonomisk ersättning ifrån landstinget till utföraren av hälso- och sjukvårdstjänster ska följa med patientens val av utförare (7).

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (7) har all sjukvårdspersonal ett ansvar att förmedla kunskap samt metoder om vad som främjar hälsa. Även sjuksköterskor har i sitt uppdrag att främja hälsa (7). I SSF:s strategi för hälsofrämjande arbete beskrivs att den hälsofrämjande omvårdnaden grundas på en humanistisk syn på individen och försöker förstå personens livsvärld i relation till hälsa, sjukdom och lidande i stället för att fokusera på problem och diagnoser. Arbetet ska genomsyras av delaktighet, dialog och jämlikhet. SSF förespråkar att mål för hälsofrämjande arbete ska finnas i uppdrag och budget samt att det ska finnas riktlinjer och uppföljningsinstrument. Även kompetensutveckling anses viktigt (8).

Vårdvalet

Bakgrunden till att Vårdvalet infördes var två utredningar; Frittvalsutredningen (9) och Utredning om patientens rätt (10). De båda utredningarna var förarbeten till Lag 2008:962 (5) om valfrihetssystem, LOV, som reglerar Vårdvalet i Sverige. Enligt denna lag ska patienter ha rätt att välja sin vårdgivare som är godkänd av den upphandlande myndigheten, i detta fall Västra Götalandsregionen. Lagen ger den upphandlande myndigheten stöd i vilka krav de ska ha på leverantörerna. Den ger sedan den upphandlande myndigheten i uppdrag att göra ett eget förfrågningsunderlag där ersättning och krav på leverantören tydligt framgår (5). I Västra Götalandsregionen

finns en Krav- och Kvalitetsbok från 2009 (11) med ett förfrågningsunderlag som reglerar primärvårdsleverantörernas verksamhet. Boken beskriver vårdarbetets värdegrund och betonar vikten av en god och jämlik hälsa för befolkningen oavsett kön, ålder, funktionsnedsättning, etnicitet, sexuell läggning och ekonomiska förutsättningar. Det beskrivs vidare att tillgängligheten ska vara god och att vården ska kännetecknas av ett bra bemötande och av valfrihet (11).

Krav- och kvalitetsboken tar upp vilka uppdrag vårdcentralen har och ett av dem är att ha ett hälsofrämjande förhållningssätt och att erbjuda sjukdomsförebyggande insatser. Hälsofrämjande arbete innebär att informera, stödja och motivera individer att ta eget ansvar för den personliga hälsan och förbättra den. I de sjukdomsförebyggande insatser som genomförs på vårdcentralen ska livsstilsfrågor integreras. Vårdcentralerna ska ha ansvar för patienter med kroniska sjukdomar och bör ge råd, stöd och utbildning i egenvård. Det ska finnas en astma/KOL-mottagning och en diabetesmottagning. Vårdcentralerna ska också arbeta på både grupp- och individnivå när det gäller hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser samt arbeta fram rutiner och metoder för arbetet som sedan ska dokumenteras (11).

Patientansvaret ligger på primärvården dygnet runt och gäller enligt vårdgarantin. Med tillgängligheten menas att vårdcentralen ska vara tillgänglig för besök och telefonkontakt 45h/vecka. En specialistutbildad distriktssköterska ska finnas på varje vårdenhets som har hand om distriktssköterskeuppgifter (11).

Vårdcentralen får ersättning för sitt uppdrag av Västra Götalandsregionen. Primärvårdspengen som utgör 84 % av ersättningen utgår från ålder, kön och vårdtyngd bland de listade; 50 % för ålder och kön och 50 % för vårdtyngden som bygger på antalet diagnoser i relation till ålder och kön inom primärvården de senaste 15 månaderna. Resterande 16 % utgörs av en ersättning för kvalitetsmål där 3 % går till hälsofrämjande arbete. Socioekonomiska aspekter bland de listade ger även olika ersättning (11).

FOLKHÄLSAN I SVERIGE

Som tidigare nämnts har primärvården ett stort ansvar för folkhälsa i samhället (7). Primärvårdens- och distriktssköterskors uppdrag i samhället kan se olika ut och är beroende av aktuella omständigheter.

De vanligaste folkhälsoproblemen i Sverige är psykisk ohälsa, övervikt och fetma. Den psykiska ohälsan har ökat sedan 1990-talet med en viss minskning efter 2001. Bland de unga har den psykiska ohälsan i stället fortsatt att öka. Utvecklingen av sjukfrånvaron följer nästan i samma takt som utvecklingen av stressymptom. De vanligaste diagnoserna vid nybeviljade sjukskrivningar är psykisk ohälsa samt värkbesvär (12). En liknande utveckling som vid psykisk ohälsa kan även ses vid övervikt och fetma där ohälsan har ökat de senaste tjugo åren. Dock har ökningen inte varit lika stor för hjärt- och kärlsjukdomar och typ-2 diabetes. En anledning till detta tros vara att hälsokonsekvenserna av övervikt ännu inte har visat sig (2).

För att kunna möta de ökade behoven är det viktigt att det finns strategier för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder. Enligt Socialstyrelsens riktlinjer ska hälso- och sjukvården arbeta med att förebygga ohälsa (13). I Folkhälsorapporten 2009 framhålls det att det krävs övergripande förändringar som påverkar de flesta människors levnadsvanor och livssituation för att uppnå goda effekter på folkhälsan. Det behövs alltså en befolkningsstrategi för att förebygga hjärt- och kärlsjukdomar med syftet att minska antalet som insjuknar i befolkningen som helhet. Förändringar av levnadsvanor är grunden för strategin (2).

För att kunna påverka insjuknande och död i hjärt- och kärlsjukdomar i en betydelsefull grad måste hälso- och sjukvården arbeta för att tidigt upptäcka riskmarkörer för kranskärlsjukdomar det vill säga höga blodfetter, högt blodsocker, högt blodtryck och övervikt som orsakar bukfetma. Det är även viktigt att arbeta förebyggande för att kunna förhindra återinsjuknande. Rapporten visar på att möjligheten att minska insjuknande i hjärt- och kärlsjukdomar inte är helt utnyttjad idag (2). Personer med hög risk för hjärt- och kärlsjukdomar, stroke samt de som löper risk för hjärtinfarkt ska upplysas om effektiva förebyggande åtgärder (13). Förebyggande åtgärder och även läkemedelsbehandling kan bromsa sjukdomsutvecklingen hos patienter som inte har

blivit sjuka men har fått högt blodtryck och höga blodfetter. Tidiga åtgärder kan till och med få riskmarkörerna att gå tillbaka (2).

DISTRIKTSSKÖTERSORS HÄLSOFRÄMJANDE OCH SJUKDOMSFÖREBYGGANDE ARBETE

Med tanke på uppdraget distriktssköterskor har idag kan det vara intressant att se tillbaka i tiden och försöka förstå distriktssköterskeyrkets historiska utveckling och hennes roll under tidens gång. Distriktssköterskor har en lång tradition av att arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande.

Distriktssköterskor förr och nu

Det var bristen på sjukvård på landet samt flertalet epidemier på 1910-talet som grundade behovet av distriktssköterskors arbete. Distriktssköterskeutbildningen startades 1920 och på 30-talet blev landstinget huvudman för distriktssköterskorna. Samtidigt blev deras arbete mer inriktat mot förebyggande vård, bland annat startades mödra- och barnhälsovården där distriktssköterskan arbetade. Det från början egna arbetsområdet innebar att de var självständiga och organiserade sitt arbete själva, ibland långt ut på landsbygden. Efter andra världskriget klev Sverige mer och mer in i välfärdsstaten och distriktssköterskornas arbete förändrades. De stora epidemierna minskade på grund av bättre hygienvanor. Detta var bland annat ett resultat av distriktssköterskors förebyggande arbete. Samtidigt ökade sjukligheten bland äldre. Den ökade efterfrågan på sjukvård gjorde att den förebyggande vården hämmades i sin utveckling (14).

Inom distriktssköterskeyrket har det skett många förändringar genom åren. Bland annat har de sjukvårdande insatserna ökat i omfattning då fler äldre personer fick vård i hemmet. En annan stor förändring för distriktssköterskor var när de flyttade in på vårdcentralerna på 70-talet och en del hade svårt att samarbeta i början. Vårdcentralerna kunde ibland bli som små minisjukhus. På 80-talet gick arbetet tillbaka till att omfatta alla från vaggan till graven igen vilket gjorde många distriktssköterskor nöjda. På 90-talet kom husläkarreformen som gjorde att varje patient blev knuten till en läkare, det vill säga de fick ett liknande förhållande till sina patienter som distriktssköterskorna

alltid hade haft. Distriktssköterskorna hamnade lite i skymundan då läkarna tog över en del av distriktssköterskornas arbete (14).

Dagens distriktssköterskor har en bred kompetens och arbetar inom flera områden. Enligt Distriktssköterskeförbundet (4) innefattar distriktssköterskans kompetensbeskrivning fyra vetenskapsfält: omvårdnad/vårdvetenskap, folkhälsovetenskap, medicinsk vetenskap och pedagogik och ledarskap. Denna kompetens ligger till grund för arbete inom barn- och skolhälsovård, hemsjukvård och mottagningsverksamhet. Distriktssköterskorna har fördjupade kunskaper för att arbeta självständigt och i team samt leda omvårdnadsarbetet. De har kunskap om att vårda människor i alla åldrar och utvecklingsstadiet och även att främja patientens delaktighet i vården och egenvårdsförmåga. Distriktssköterskan arbetar i kommuner, landsting – och privata verksamheter. Genom sin specialistutbildning får distriktssköterskan fördjupad kunskap om hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser (4).

OMVÅRDNAD OCH HÄLSA

Det yttersta målet med omvårdnad beskrivs vara en förbättrad hälsa (15).

Omvårdnad är inriktad på att bota sjukdom, återställa eller bevara friskhet och hälsa. För sjuksköterskor/distriktssköterskor är det viktigt att ha kunskap om sjukdomens påverkan på patientens dagliga liv. De omvårdnadsåtgärder som sjuksköterskan utför kan innebära undervisning, rådgivning och att hjälpa till att ge en stödjande miljö. Omvårdnadsämnet i stort beskriver att patients autonomi är viktig och att åtgärderna bör anpassas till individens förmågor. Åtgärderna kan även vara av den arten att sjuksköterskor hjälper patienten med det hon/han inte klarar (16). Utifrån det kan man säga att distriktssköterskors omvårdnad bygger på idén av att människan är fri och har rätt att bestämma och den idén är egentligen förenlig med Vårdvalet.

Omvårdnadsteoretiska utgångspunkter

Tidigare har nämnts att sjukvårdspersonal har ett ansvar att förmedla kunskap samt metoder om vad som främjar hälsa samt att förebygga ohälsa (7). För att få en djupare förståelse av begreppet hälsa har vi valt att se närmare på hälsobegreppet ur tre omvårdnadsteoretiska perspektiv, nämligen Eriksson, Orem och Pender. Hälsobegreppet

belyses nedan utifrån fyra kategorier: helhetssyn på hälsa, hälsa på individnivå, hälsa i ett samhällsperspektiv och mot en positiv hälsomodell.

Helhetssyn på hälsa

Distriktssköterskor möter patienter i sitt dagliga arbete. Att ha en helhetssyn på patientens hälsa, att se både de medicinska och sociala aspekterna, har en stor betydelse för patienten och är därför en betydelsefull färdighet inom distriktssköterskeprofessionen.

Orem (17) som ofta nämns i samband med hälsofrämjande arbete inom omvårdnad beskriver hälsa som ett personligt tillstånd som präglas av friskhet och helhet i utvecklade mänskliga strukturer. Begreppet styrs av de psykiska och fysiska funktionsförmågor människan har. De fysiska, psykiska, mellanmänskliga och sociala aspekterna av hälsan är oskiljbara hos människan (17). På samma sätt menar Eriksson (18) att hälsan är en del av människans liv och är beroende av människans förhållande till världen. För henne är hälsan beroende av den sociala och kulturella miljön och även påverkan från den yttre miljön som t.ex. klimat, miljögifter och stress. Människans biologiska arv har även betydelse för hälsan. Hälsan är relaterad till hela människan och kan beskrivas som en upplevelse av sundhet, friskhet och välbefinnande (18).

Hälsan på individnivå

Det är viktigt att distriktssköterskor undersöker patientens egen syn på hälsa. Där ställs det krav på distriktssköterskors pedagogiska förmåga att kunna lyssna in det patienten berättar för att vidare kunna förstå patientens problem och därefter kunna använda sin kompetens för att hjälpa honom/henne.

Orem (17) betonar att hälsa måste innefatta det som gör individen mänsklig och medverka i en kombination av fysiologiska och psykofysiologiska funktioner i en biologisk kropp. Enligt Orem bedömer individer sitt eget tillstånd av sundhet genom att utvärdera den varje dag och ibland oftare beroende huruvida de känner sig friska eller sjuka. De gör också bedömning av hälsa på människor de har direkt eller indirekt kontakt med. Dessa utvärderande bedömningar innebär att människor får egen uppfattning om vad

hälsan är, åtminstone för dem, liksom uppfattning av tecken som avgör om en person är frisk eller sjuk. Därför bör distriktssköterskor söka information om hur patienten uppfattar sitt eget hälsotillstånd och betydelsen patienten sätter på hälsotillståndet och dess varierande komponenter (17).

Hälsa i ett samhällsperspektiv

Distriktssköterskeprofessionen har ett brett perspektiv på folkhälsa. Det ingår i professionen att se samband mellan hälsa och samhället det vill säga att förstå hur hälsa tar sig i uttryck i befolkningen.

Enligt Pender (19) är begreppet hälsa inte lätt att definiera. Det kan innebära många olika betydelser beroende på vilket samhälle man lever i. Orem (17) betonar att hälsobegreppet står i relation till samexistensen människor emellan. Innebörden i begreppet hälsa varierar precis som olika uppfattningar om vad som är människans mänskliga – och biologiska särdrag. Genom att vidga innebörden av begreppet hälsa till att också innefatta psykologiska, mellanmänskliga och sociala aspekter av livet liksom de tidigare betonade fysiska aspekterna av det här begreppet så har vårdpersonalen börjat inse att hela samhället – och inte bara en del av det - har ett ansvar för hälsan (17).

Mot en positiv hälsomodell

För att förbättra patientens hälsostatus är det av stor betydelse för distriktssköterskor att vara medvetna om hur de använder och definierar hälsa i förhållande till sjukdom. Hur distriktssköterskor använder och definierar hälsa i förhållande till sjukdom påverkar deras sätt att arbeta, allt beroende på om de lägger fokus på patients styrka, resurser och återhämtningsförmåga eller på graden av sjukdom.

En omvårdnadsteoretiker som beskriver hälsan i samband med hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete är Pender (19). Att vara fri från sjukdom betyder, enligt Pender, inte att man har hälsan. Hälsa kan finnas utan sjukdom däremot kan sjukdom aldrig existera utan hälsa. I hälsobegreppet ingår biosociala, andliga, miljömässiga och kulturella aspekter. Genom att se hälsobegreppet utifrån den mångdimensionella sidan så kan en förbättrad hälsa komma utifrån positiva förändringar inom några av dessa

områden. I detta perspektiv kan ökad hälsa innebära att öppna upp ett spektrum av olika valmöjligheten för en ökad hälsostatus. En positiv hälsomodell går ut på att fokusera på styrka, återhämtningsförmåga, resurser och förmågor snarare än de patologiska aspekterna som har varit det vanliga synsättet inom vården tidigare, menar Pender. I dagens samhälle definieras hälsa snarare med hur stora förutsättningar för livskvalité individen har snarare än dess förhållande till sjukdomen. Trots detta använder sjuksköterskor oftast hälsan utifrån graden av sjukdom eftersom detta sätt är lättare att mäta i praktiken (19).

Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete ur ett omvårdnadsperspektiv

Hälsofrämjande arbete strävar mot en högre grad av hälsa och välmående och verkar i en riktning mot ökat välbefinnande och självförverkligande för en individ eller en grupp människor (19). Enligt omvårdnadsämnet handlar hälsofrämjande arbete om att stödja och ge råd till personer om att motionera, äta sundare och vila för att främja sin hälsa (16). Sjukdomsförebyggande åtgärder går ut på att minska förekomsten av hälsoproblem genom ett aktivt skydd mot patologiska påfrestningar. Dessa åtgärder fokuserar på att undvika sjukdomsrelaterade skador (19).

Pender (19) har beskrivit sjukdomsförebyggande åtgärder som primära – och sekundära. Primära förebyggande åtgärder fokuserar på skydd mot sjukdomar och att förebygga dess uppkomst. Sekundär förebyggande åtgärder består av organiserade screeningsinsatser eller undervisning av befolkningen med syfte att främja ett tidigt upptäckande av individer med sjukdom så att snabba interventioner kan vidtas för att undvika sjukdomens utveckling (19).

TIDIGARE FORSKNING

Då ämnet för studien, Vårdvalet, ännu är nytt och utforskat ur distriktssköterskors synvinkel handlade artiklarna om distriktssköterskans hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete före Vårdvalet. Några artiklar handlade även om andra organisationsförändringar i primärvården då Vårdvalet i stort är utforskat. För att söka tidigare forskning användes databaserna CINAHL och PUBMED. Sökord relevanta för ämnet användes, flera framtagna via MeSH. Följande sökord användes: district nurse, community health nurse, primary health care, health care reform, health promotion,

competence, nursing attitudes, nursing as profession, patient satisfaction och health service accessibility. Begränsningar i CINAHL sökning: under 10 år, skrivna på engelska, länk till fri fulltext, tidskriftsartikel samt granskade forskningsartiklar. I PUBMED användes följande begränsningar: Länk med fri fulltext, människor, tidskriftsartikel, på engelska och publicerade mellan åren 2000-2010.

Artiklarna inkluderades i bedömning: rubrikens relevans, abstraktens relevans och artikeln i helhetsrelevans för ämnet. De artiklar som exkluderades handlade om barn och ungdomar, hemsjukvård, läkemedelsförskrivning, specifikt om en sjukdom, länder som är olika Sverige och även review artiklar.

En artikel (20) hittades vid referensgenomgång av en annan artikel och resterande hittades vid sökning i CINAHL och PubMed. Sex artiklar (19-24) tog upp distriktssköterskans hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete, fyra (25-28) tog upp hur organisationsförändringar påverkat primärvård och en (29) tog upp båda ämnena.

De elva artiklarna har publicerats mellan åren 2003-2009. Fyra artiklar var från Sverige, en artikel var från Norge, en artikel var från Nederländerna och fem artiklar var från Storbritannien. I de flesta studier intervjuades distriktssköterskor. Några studier bygger även på enkätmetoden, fokusgrupper och/eller telefonintervju. En studie använde enbart databaser.

Distriktssköterskans hälsofrämjande arbete

I Lindberg och Wilhelmsson studie (23) beskrevs distriktssköterskans hälsofrämjande arbete som att huvudsakligen ge livsstilsråd enskilt och att gruppverksamhet var mindre förekommande. Vanligast innefattade egenvårdsråd när det gällde livsstilsförändringar områden som fysisk aktivitet, ätvanor, viktminskning, alkohol och tobak. I arbetet med kroniskt sjuka patienter tillämpades primär - och sekundärprevention.

Sekundärprevention användes mest när det gällde de äldre patienterna (23).

Distriktssköterskor beskrev även att de passade på att prata hälsofrämjande vid telefonrådgivning och även vid vanliga besök; exempelvis pratade de om alkohol vid blodtrycksmätning. De flesta var nöjda med att nå de patienter de träffade regelbundet (20).

Irvine (22) undersökte i Storbritannien hur distriktssköterskor tolkade hälsofrämjande arbete. De gav en mångfasetterad bild av begreppet och mest framträdande var livsstils- och beteendeförändringar. De åtgärder som främst ansågs användbara för att komma fram till det var rådgivning och utbildning. Tre olika nivåer av hälsofrämjande arbete, primär, sekundär och tertiär beskrevs. Målet med insatserna var att patienten skulle uppnå optimal hälsa. Två sätt att arbeta hälsofrämjande framkom i studien, sjukdomsorienterat eller livsstilsorienterat. Sjukdomsorienterat arbete handlade om preventivt arbete för att förebygga en sjukdom, vaccinationer samt screening. Det livsstilsorienterade förhållningssättet hade fokus på livsstil och beteendeförändringar för att förändra ett riskbeteende (22).

Specialistutbildade sjuksköterskor från Storbritannien uppgav i en annan studie (24) att ämnen som prioriterades i det hälsofrämjande arbetet med patienter över 50 år var förebyggande av hjärt- och kärlsjukdomar, diet, aktivitet samt vaccinationsprogram. Traditionella metoder som utbildning, information samt livsstilsförändringar och sjukdomsförebyggande arbete för att uppnå målet användes av 70 % av sjuksköterskorna. Mer än hälften använde sig av någon teoretisk modell i arbetet (24).

Distriktssköterskor uttalade att det var en balansgång mellan sjukdomsarbetet och det hälsofrämjande arbetet. De gick ibland emot riktlinjer och bokade längre patientbesök för att ha mer tid för hälsoprat (20). I en annan studie (30) uttryckte distriktssköterskor att de kunde jobba hälsofrämjande om de ville och att de var rätt yrkeskategori att göra det.

I en artikel av Lindberg och Wilhelmsson (23) framkom det att få distriktssköterskor hade kunskap om riktlinjer till exempel de svenska folkhälsomålen, samt lokala riktlinjer och mål. I Storbritannien visade en studie (24) att mindre än 50 % arbetade med frågor som var av nationell prioritet när det gällde hälsofrämjande arbete. Det kunde röra sig om rökning, alkohol, fallprevention samt psykisk ohälsa (24).

Distriktssköterskor i Lindberg och Wilhelmssons studie (30) beskrev en önskan om mer riktlinjer i sitt arbete.

Runciman et al (24) skrev att få distriktssköterskor utvärderade sina hälsofrämjande arbeten. Om det gjordes berodde det ofta på ett speciellt intresse av någon, t.ex. en extern finansiär. Sjuksköterskorna uppgav även att det fanns få kriterier att utvärdera

arbetet utifrån. Ett annat hinder för att utvärdera var att arbetet ofta var invävt i annat arbete som utfördes (24).

Faktorer som främjar arbetet

I en engelsk studie (21) tillfrågades personal inom primärvården om vilken kompetens en distriktssköterska behövde ha för att jobba hälsofrämjande. Det framkom att det var viktigt att ha kunskap om hälsa och vad som avgjorde hälsa samt ohälsa, vilka resurser de hade, vilka riktlinjer som gällde, kunskap om livsstilsförändringar och teorier om hälsofrämjande arbete. Kunskapen skulle helst vara evidensbaserad (21). Även Wilhelmsson och Lindberg (30) skrev att distriktssköterskors hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete underlättades av att hon hade kunskap om livsstilsfaktorer och folkhälsoriskfaktorer i populationen distriktssköterskan hade ansvar för.

Distriktssköterskor som hade specialiserat sig inom områdena astma, diabetes eller hypertoni upplevde att det var lättare att arbeta med sekundär prevention och att detta arbete ofta var mer framgångsrikt och gjorde patienter mer nöjda (30). Flera uttryckte att det var lättare att arbeta förebyggande om de hade ett specialtområde (20). Hälsofrämjande arbete sågs som en huvuddel i arbetet med patienter som hade kroniska sjukdomar (24).

Riktlinjer underlättade för att ha ett bra hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete. Arbetet underlättades också om det kom in andra finansiärer till olika hälsoprojekt och i fall själva vårdcentralen slapp betala (30). Det ansågs lättare att ge hälsofrämjande råd om patienten själv tog upp det först. Flera distriktssköterskor uppgav att hälsopratt uppkom efter patientens behov och att arbetet var mer emotionellt än vanligt sjukdomsarbete (20).

Hindrande faktorer för arbetet

I resultatet av Karlsson et al (29) studie framkom det att distriktssköterskans yrkesroll har blivit otydlig de senaste åren. Hon har fått lägre autonomi och har fått svårt att hävda sina professionella krav, samt fått minskad möjlighet att använda och utveckla sin kompetens (29). I officiella dokument i Sverige avseende riktlinjer för folkhälsofrämjande arbete poängterades inte att distriktssköterskor hade speciell

kompetens i det här området (23). Distriktssköterskorna tycker dock själva att de hade ett stort ansvar i folkhälsoarbetet, trots att de ej fanns med i någon arbetsbeskrivning i de nationella och lokala folkhälsomålen (23, 30).

Kommunikationsproblem mellan politiska myndigheter, offentliga tjänstemän och sjukvårdspersonal resulterade i att det var svårt att genomföra nationella folkhälsomål (23). På samma sätt försvårades arbetet av dåligt stöd från ledningen ((30), (20, 23)). Även dåligt stöd från kollegor utgjorde ett hinder (20, 30).

Flera artiklar beskrev att det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet inte prioriterades ((29, 30), (20)). En anledning som togs upp var att när sjukdomsarbetet ökade så minskade det hälsofrämjande arbetet automatiskt och därmed prioriterades bort (20).

Organisationsförändringar

De flesta studier om organisationsförändringar som hittades utgick enbart från läkarperspektivet.

I en studie av Karlsson et al (29) beskrevs att distriktssköterskor fick en minskad självständighet samt inflytande och upplevde sig vara mer beroende av läkarna efter organisationsförändringar i Sverige de senaste årtionden. Flera distriktssköterskor upplevde att organisationsförändringarna inneburit hinder för deras professionella utveckling och försämrat deras chans att framhäva sin kompetens (29).

I Storbritannien genomfördes en reform som innebar att kvalitetsindikationer blev en viktig faktor att ta hänsyn till för att bestämma ersättningen till vårdgivarna.

Kvalitetsindikationer möjliggjorde att de kunde få ett större ansvar för att arbeta förebyggande med kroniskt sjuka. Detta i sin tur gjorde att distriktssköterskorna fick ett ökat ansvar och självständighet (25). Läkarna uppgav att vården blev bättre eftersom färre saker negligerades med kvalitetsindikatorssystemet, däremot föll vissa saker fortfarande mellan stolarna som till exempel handhavandet med patienters sociala problem (25).

En studie från Norge visade att det norska listningssystemet gjorde att läkarna kände mer ansvar för preventivt arbete på grund av en ökad kontinuitet med patienter.

Listningssystemet innebar att patienter listade sig hos en läkare som i sin tur fick

ersättning för antalet patienter. Läkarna kände även att patienternas krav ökade vilket gjorde att de ibland gick med på patientens krav hellre än att handla utifrån den egna kompetensen. Detta för att få behålla sina patienter (26).

I en studie från Nederländerna framkom det att patienter som hade en mer direkt tillgång till specialister var mer nöjda med sina allmänläkare än de patienter som var tvungna att få remiss från sin allmänläkare för att komma vidare (27).

I Storbritannien framkom det i en studie (28) att omorganisationer inom primärvården gjorde att det fanns oklarheter kring distriktssköterskors roll. Denna otydlighet resulterade i att de inte arbetade kostnadseffektivt (28). Irvine (22) beskrev att distriktssköterskor behövde en tydligare innebörd av begreppet hälsofrämjande arbete för att det arbetet skulle bli bättre och distriktssköterskan skulle få en tydligare roll.

Det som tidigare forskning inte gett svar på

Det finns studier om distriktssköterskors hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete före vårdvalet. Där framkommer att det behövs mer forskning om att få fram riktlinjer som distriktssköterskor kan stödja sitt arbete på. Detta får vi lämna vidare till andra att undersöka och förhoppningsvis kan distriktssköterskans arbete i framtiden underlättas av de Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder som kommer från socialstyrelsen under hösten 2010 (31). Dock finns det inga studier på hur distriktssköterskors hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete har påverkats av Vårdvalet. Vi anser att det behövs mer kunskap om olika organisationsförändringar påverkar distriktssköterskans hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete.

SYFTE

Syftet med studien är att beskriva distriktssköterskornas erfarenheter av att bedriva hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete efter Vårdvalet.

METOD

I studien används en kvalitativ metod. Kvalitativa metoder har fokus på kulturella och vardagliga aspekter av människors tänkande, lärande, vetande, handlande och deras sätt

att uppfatta sig som person (32). Genom kvalitativa metoder försöker forskaren förstå situationen och finna mönster och variationer (33).

Inom kvalitativa metoder finns flera olika inriktningar om hur datamaterialet ska angripas och tolkas. Studien är inte ute efter att skapa en teori, utan att beskriva distriktssköterskans arbete. Två olika förhållningssätt att kvalitativt undersöka ett datamaterial är det hermeneutiska och det fenomenologiska, som båda använder sig av olika grader av tolkning. Hermeneutik är en kvalitativ metod där tolkning av texter studeras. Tonvikt läggs på tolkarens förkunskap om textens innehåll. Tolkningen strävar efter en giltig och gemensam mening av texten. Inom fenomenologi sätts förkunskapen åt sidan i undersökandet av ett fenomen och fokus ligger i stället på det medvetna, det som beskrivs i texten (32).

Kvalitativ innehållsanalys däremot har en outtalad ontologisk och epistemologisk grund, men närmar sig antingen fenomenologin vid manifest ansats eller hermeneutiken vid latent ansats och kan hamna lite mitt emellan. Metoden fokuserar på tolkning av texter och kan användas vid olika texter och tolkningen kan ske på olika nivåer. "Sanningen" finns i betraktarens ögon och texten som analyseras ses i sitt sammanhang. Tolkningen av resultatet bedöms med medvetenhet om personernas historia, rådande kultur och livsvillkor. Kvalitativ innehållsanalys kan även anpassas till forskarens kunskap och erfarenheter och kan därför vara lämplig att använda av oerfarna forskare (34).

I studien används kvalitativ innehållsanalys med manifest ansats. Detta då studiens syfte är att beskriva distriktssköterskors arbete snarare än att tolka, samt att det finns förkunskap om hur arbetet var innan Vårdvalet vilket påverkar intervjuerna och analysen. Förförståelsen gör även att intervjuerna utförs med en halvstrukturerad intervjuguide, som ger den intervjuade chans att prata fritt samtidigt som intervjun styrs av på förhand utarbetade stödord. Dataanalysen sker sedan induktivt då studien inte utgår från någon teori eller modell vid beskrivandet av distriktssköterskans arbete (34).

URVAL

För att få ett datamaterial som ger förutsättningar att uppnå syftet kommer 10-15 distriktssköterskor att intervjuas i fullskalestudien. Trost (33) skriver att det är att föredra att ha ganska få intervjuer, för att få en bra överblick och se skillnader och

likheter i materialet. Om det är för få intervjuer utförda kan de kompletteras med fler (33).

Kriterier som används vid urval av intervjupersoner är att distriktssköterskorna ska ha arbetat på samma vårdcentral före och efter vårdvalet. Detta för att kunna se om det skett någon förändring och inte bara hur det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet ser ut efter Vårdvalet. Vårdcentralerna som representeras kan vara både offentliga och privata förutsatt att de var i verksamhet före Vårdvalet. En variation av distriktssköterskor från olika delar av Västra Götalandsregionen ger en bredare bild av deras erfarenheter av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete efter Vårdvalet.

I studien väljs några vårdcentraler ut från olika delar av Västra Götalandsregionen som ingår i samma Vårdval. Därefter skickas en intervjuförfrågan med informationsbrev om studien ut till vårdcentraler som ger förslag på distriktssköterskor som är intresserade och passar in i kriterierna. Av de som visar intresse väljs 10-15 distriktssköterskor ut som sedan kontaktas. Olika områden väljs ut med syfte för att få den variation som krävs för att ett fenomen ska kunna belysas allsidigt (35). Vårdcentralernas kontaktuppgifter hittas via VG-regionens hemsida.

DATAINSAMLINGSMETOD

Datainsamlingen kommer att genomföras med halvstrukturerade intervjuer. Det innebär att samma frågor ställs till alla informanter och frågorna utarbetas på ett sätt så att de passar in i studiens ämnesfokus. För att vara säkra på att svaren besvarar studiens frågeställning leds informanterna vidare med hjälp av stödord (36). Kunskapen från tidigare forskning utgör grunden för stödorden. På detta sätt blir det lättare att se skillnader och likheter i distriktssköterskors arbete före och efter Vårdvalet.

Intervjuguiden som används görs på följande sätt. Specifika frågor tänks ut utifrån studiens område. Efter litteraturgenomgången och kartläggningen av forskningsområdet om det som redan är känt går vi igenom frågorna för att hitta nya infallsvinklar. Frågor organiseras och går igenom för att sammanföra och ta bort likartade frågor och de sätts i en logisk ordningsföljd. Slutligen försöker vi identifiera alla viktiga och relevanta problemområden och anpassa dem till våra frågeställningar (36).

Varje informant intervjuas av en av forskarna då det kan upplevas som ett förhör om det är två som intervjuar (33). Intervjuerna spelas in och transkriberas innan de analyseras. Intervjuerna utförs på informanternas arbetsplats om ingen annan önskan om plats finns. Innan intervjuerna startas ges tillfälle för frågor om studien.

DATAANALYS

Studien kommer att använda sig av Graneheim och Lundmans (37) beskrivning av kvalitativ innehållsanalys eftersom de har utgått från ett sjuksköterskeforskningsperspektiv i sin anpassning av begreppen som används. Enligt deras syn på begreppen i innehållsanalys är det bättre att använda klassiska kvalitativa än kvantitativa begrepp som annars är välanvänt inom innehållsanalys. De menar även att texten innehåller flera olika tolkningar och redan vid ett närmande av en text sker en deltolkning (37).

Metoden går ut på följande sätt: de transkriberade intervjuerna läses igenom flera gånger för att få ett helhetsperspektiv. Sedan görs ett konsensusförfarande, det vill säga en reflektion med syftet att se om vi tolkar texter på samma sätt. Meningsenheter som svarar på studiens syfte väljs ut. Vid genomgång av meningsenheterna tas likartade meningsenheter bort och den som är tydligast behålls. Dessa meningsenheter kondenseras och får koder. Koderna jämförs baserat på likheter och olikheter och sammanförs i olika subkategorier och kategorier (37).

Tabell 1. Exempel på analysens steg.

Meningsenheter	Kondenserad meningsenhet	Kod	Kategori
...efter Vårdvalet som jag känner man satsar inte på dem(hypertonipatienterna)utan nu är det nya saker vi ska satsa på...	Efter Vårdvalet är det nya saker vi satsar på	Tänka om i arbetssätt	Hitta nya vägar att arbeta

PILOTSTUDIEN

I pilotstudien intervjuades tre distriktssköterskor i åldrarna 45-55 år som arbetat på samma vårdcentral i över fem år. Två av distriktssköterskorna arbetade i Göteborg och en i en närliggande kommun i VG-regionen. En intervjuguide med halvstrukturerade frågor arbetades fram med tre övergripande frågor med stödord, se bilaga 1. Stödorden i guiden byggde på vad som kommit fram i tidigare forskning och gav en hjälp till att strukturera upp och finna likheter och skillnader före och efter Vårdvalet. De få frågorna gav distriktssköterskorna chans att prata ganska fritt, men med hjälp av stödorden kunde de ledas in på frågor som vi ville ha svar på. Intervjuerna utfördes på informanternas arbetsplats och tog mellan tretton till trettioen minuter. Före intervjun gavs tillfälle för fler eventuella frågor om studien och dess syfte.

Intervjuerna transkriberades sedan ordagrant och analyserades enligt Granheim och Lundmans (37) beskrivning av kvalitativ innehållsanalys. Intervjumaterialet lästes igenom flera gånger och efter det togs meningsenheter ut som svarade på syftet. Dessa kondenserades och gavs koder. Koderna kategoriserades och datamaterialet gav sammanlagt fem kategorier genom analysen. Antydningar till subkategorier sågs, men kunde inte helt definieras, troligtvis på grund av det lilla materialet.

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDE

Etiska övervägande är viktiga vid forskning eftersom olika typer av undersökningar kan uppfattas som känsliga ingrepp i människors liv (35). Det finns olika forskningsetiska riktlinjer exempelvis Helsingforsdeklarationen och Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden. Helsingforsdeklarationen är en redogörelse av etiska principer vid medicinsk forskning på identifierbart mänsklig material och data och riktar sig huvudsakligen till läkare och de som utför samma typ av forskning. Den betonar vikten av att alltid ha människans bästa i åtanke och skydda hennes hälsa och rättigheter. Enligt Helsingforsdeklarationen måste forskningsprojekt ha en klar vetenskaplig frågeställning. Projektet ska bedrivas av personer som har tillräcklig kompetens inom området, forskningspersonens integritet måste beaktas, resultatet av

forskningsprojektet ska rapporteras korrekt och publicering av studien får inte ske om projektet inte har blivit godkänd av en forskningsetisk kommitté (38).

Forskningsetiska principer inom humanistisk - samhällsvetenskaplig forskning används inom omvårdnadsområdet. Den ger normer så att god avvägning kan ske vid konflikter mellan forskningskravet och individskyddskravet. Fyra allmänna krav på forskningen framförs som informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (39).

Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden bygger på de etiska principer som finns i FN:s deklaration om de mänskliga rättigheterna och Helsingforsdeklarationen. Omvårdnadsforskningen vägleds av fyra etiska principer: principen om autonomi samt att göra gott, att inte skada och principen om rättvisa. Dessa ligger till grund för de etiska riktlinjerna för omvårdnadsforskning. I dem står bland annat att forskaren ska uppfylla fyra krav. Informationskravet, där det ska framgå tydligt information om studien till de medverkande. Informanterna i denna studie får det i form av ett forskningspersonsinformationsbrev – FPI: brev, se bilaga 2. Kravet på samtycke, vilket i vår studie består av ett papper tillsammans med FPI:n som informanterna ombedes att underteckna om de vill vara med i studien. Kravet på konfidentialitet innebär konfidentialitet av materialet i studien. Denna pilotstudies material kommer att förvaras inlåst i 10 år på Göteborgs Universitet. Det sista kravet är krav på deltagarens säkerhet. Våra informanter informerades genom FPI: brevet att de när som helst kan avbryta sin medverkan i studien om de så önskar (40).

Studiens forskning utförs inom ramen av högskoleutbildning på avancerad nivå och därför behöver den inte etikprövas enligt Lag 2003:460 (41). Om studien skulle göras i en större skala utanför högskoleutbildningen krävs en etikprövning.

Vi tror inte att studien medför något obehag för informanterna. Det vi kan komma på är att informanterna kan känna obehag att informationen de lämnar under intervjun kan kopplas till dem personligen. För att distriktssköterskor inte skulle känna sig utpekade av sin chef informeras alla vårdcentraler som har fått intervjufrågor att flera vårdcentraler kontaktades men att endast tre distriktssköterskor skulle intervjuas. Nyttan med studien anses vara större än det eventuella obehaget eftersom studien förhoppningsvis kan bidra till bättre omvårdnad och/eller ge upphov till vidare forskning.

RESULTAT

Analysen av intervjuerna resulterade i fem kategorier; Hitta nya vägar att arbeta, Mer fokus på ekonomin, Betydelsen av stöd och samverkan, Otydlighet i arbetsrollen och Minskad tid för arbetet. Varje kategori belyses genom citat i den löpande texten.

HITTA NYA VÄGAR ATT ARBETA

Distriktssköterskorna upplevde att yrket är under förändring och att de måste hitta nya vägar att arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande efter Vårdvalet. Det blev viktigt att alla patienter skulle ha en diagnos. Detta har blivit viktigt för det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet, att hitta ekonomisk ersättning för att arbete ska kunna bedrivas.

”...nu så jagar vi mycket hur ska vi sätta diagnoser på alla patienter...”

Distriktssköterskor har fått tänka om i sitt sätt att arbeta. Även prioritering av vissa patientgrupper ändrades efter Vårdvalet. Exempelvis satsades det tidigare mer på patienter med högt blodtryck vilket inte prioriteras nu längre.

”...efter Vårdvalet som jag känner man satsar inte på hypertoni-patienter utan nu är det nya saker vi ska satsa på....det läggs inte lika stor vikt att följa upp de patienterna.”

Nedläggning av en insats i arbetet på grund av vårdvalet upplevdes vid något tillfälle som en hjälp att gå vidare och hitta nya metoder att jobba med.

”...vi tyckte det var bra att stavgångsgrupperna lades ner för nu har vi gjort vårt.”

Distriktssköterskor upplevde att de måste vara rädda om sina patienter för att kunna behålla dem vilket medfört att krav på ett bra bemötande av patienter har ökat.

”... för det måste alla vara rädda om sina patienter för annars kanske går de till en annan...”

MER FOKUS PÅ EKONOMI

Det som styr prioritering av arbete är ekonomin och för all verksamhet som bedrivs på vårdcentralen ska finnas ekonomisk ersättning för att vårdcentralen ska kunna existera. Detta upplevdes som något de inte behövde tänka på lika mycket före Vårdvalet. Distriktssköterskor fick en helhetsbild av den rådande situationen och kunde se ett samband mellan ekonomin och prioritering av arbetsuppgifter, något de inte behövde tänka på tidigare.

”Vi måste göra det som ger pengar så att våran vårdcentral ska gå runt”

Patientens diagnos var avgörande för hur stor ekonomisk ersättning som skulle ges. Detta bidrog att arbetet blev diagnosfokuserat och mycket av distriktssköterskors arbetstid gick till att säkerställa att alla patienter hade en inskriven diagnos i sina journaler.

”... alla måste ha diagnoser i journalerna för att det gäller då pengar...”

Det fanns ett större medvetande om vikten av politiska beslut som i sin tur påverkade riktlinjer, resurser och prioritering av arbetet inom primärvården.

”Vad tycker politikerna är viktigt för att det är ändå dom som vi måste ha med oss....vad har vi resurser till...”

BETYDELSEN AV STÖD OCH SAMVERKAN

Distriktssköterskorna upplevde att de hade ett bra stöd från arbetsledningen och ett bättre samarbete med sina kollegor efter Vårdvalet.

”Vi har ett bra stöd från ledningen...”

”Vi har ju ett närmare samarbete med kollegor efter vårdvalet”.

Det upplevdes bra att i primärvårdens uppdrag efter Vårdvalet står att det ska arbetas hälsofrämjande. Distriktssköterskorna var nöjda med sitt arbete och sin arbetssituation.

OTYDLIGHET I ARBETSROLLEN

Vårt analysresultat visade på att distriktssköterskorna upplevde att de hade en otydlig arbetsroll i det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet på Vårdcentralerna efter Vårdvalet. En otydlighet handlade om att riktlinjerna inte klargjorde vem som skulle utföra arbetet, vilket beskrevs av en distriktssköterska;

” ...det står inget om vem som utför det här arbetet, det är solklart, det är otydligt.”

Distriktssköterskor kände även att deras kompetens inte prioriterades av arbetsgivaren. De upplevde att de behövde vara mer tydliga med sin arbetsroll då de kände att sjuksköterskorna på vårdcentralen delvis kom in på deras arbetsområde.

”Vårt arbete...vi måste värna mer om det kan jag känna...sjuksköterskorna på vårdcentralen är lite inne och naggas på vårt område”

Vidare berättas det om ett stort tryck att göra saker som inte hade med deras jobb att göra och som då påverkade det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet negativt.

”Trycket är jätte stort från alla håll att man ska göra vissa saker som inte har med mitt jobb att göra”

Otydligheten ansågs ha funnits länge och att arbetet med distriktssköterskans arbetsroll kommer att fortgå framöver. Det uppgavs att det inte bara handlar om vad riktlinjer säger och hur ledningen ser på kompetensen utan om att distriktssköterskan som individ har ett ansvar att hjälpa till att tydliggöra vem som ska utföra olika arbeten.

MINSKAD TID FÖR ARBETET

Tiden för både det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet har minskat enligt analysen. Detta tros bero på ett ökat läkarfokus på vårdcentralerna och att de rent sjukvårdande arbetsuppgifterna med de sjuka patienterna tog över mer av tiden.

”Det blir så att de sjukliga har tagit över mer och mer”

Olika insatser uppgavs ha fått mindre tid och att det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet inte prioriterades på samma sätt längre. FYSS FaR

förskrivning, övervikt, motionsgrupper var några insatser som distriktssköterskor ansåg ha minskat, mycket på grund av ersättningssystemet.

” I det stora hela så hade vi mer livsstilsbefrämjande, vi satsade mer på FYSS-recepten och övervikten. De lönar sig inte heller nu och då drar man ner på dem”

Minskad arbetstid med dessa patienter sågs som att kontakten med dem blev sämre och då även arbetet. Det gav även dåligt samvete att inte hinna med det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet. Det fanns en önskan om att få arbeta mer med det igen och även att mer tid för kompetensutveckling fanns.

”...önskar det fanns mer tid för studier, även i arbetet att man kunde hinna ha lite tid för att läsa in”

DISKUSSION

METODDISKUSSION

För att kunna göra en jämförelse av arbetet före och efter Vårdvalet valdes distriktssköterskor som har arbetat på samma VC före och efter Vårdvalet. Detta gjorde att de flesta privata vårdcentraler exkluderades i urvalet med en gång, då flertalet privatavårdcentraler har tillkommit efter Vårdvalet. De kan eventuellt ha en annan syn och arbeta på ett annat sätt än de offentliga inom VG-regionen. Detta kan påverka trovärdigheten av studien då vi inte tittar på alla vårdcentralerna efter vårdvalet och hur deras hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete ser ut (37). Trovärdigheten i studien kan även ha påverkats av att alla informanter var kvinnor i 45-55 årsåldern, dock har vi få intervjuer i studien vilket gör det svårt att få en variation i ålder och kön. I en större studie skulle en större variation i ålder och kön bidra till större trovärdighet.

Det är viktigt att välja rätt datainsamlingsmetod för att uppnå trovärdighet (37). Först funderade vi på enkät, men kom fram till att intervjuer är bättre för att få en större överblick då fenomenet ej är studerat tidigare, det vill säga distriktssköterskors erfarenheter av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet efter Vårdvalet. Efter en pilotstudie eller vidare intervjuer kan man gå vidare med hjälp av materialet

som tas fram och göra en enkät för att få en större kunskap om distriktssköterskors erfarenheter av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete inom VG-regionen.

Under inspelningen vid en av intervjuerna krånglade inspelningstekniken vid ett tillfälle, speciellt i slutet. Vi har ändå valt att ta med den intervjun då huvuddelen går att höra. Trost (33) diskuterar huruvida man ska ha med intervjuer av dålig kvalitet. Det vanliga är att man kasserar dessa och inte har med dem i resultatet, men han menar att om de är någorlunda bra kan de användas (33).

Eftersom det eftersträvades kunskap om distriktssköterskors erfarenheter om just hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete ansågs halvstrukturerade intervjufrågor vara rätt datainsamlingsmetod för att få trovärdighet i studien (37). Första intervjufrågan upplevdes i efterhand som för öppen och bidrog till att vi fick mycket information som inte svarade på och tog fokus ifrån studiens syfte. Därför hade en ostrukturerad intervju inte varit lämplig i studien. Vi upplevde att vi skulle ha fått mer utav intervjuerna om vi hade ställt lite annorlunda frågor. Om studien skulle göras i en större skala skulle intervjufrågorna vara fler och mer strukturerade för att få ut mer information inom forskningsområdet.

Studiens datamaterial kan kännas lite väl begränsat med endast tre intervjuer som underlag. Detta påverkar studiens trovärdighet och fler intervjuer i studien skulle ha gett en bättre utvärdering av metoden (37).

Meningsenheter och dess kodning samt kategorisering kan påverka trovärdigheten (37). Vi upplevde att våra meningsenheter var bra och gav svar på syftet. Det var svårt att hitta passande kategorier då flera meningsenheter handlade om olika fenomen som indirekt syftade till den ekonomiska ersättningen för det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet. På samma sätt som själva intervjuandet var det svårt att i början lära sig använda metoden innehållsanalys mest på grund av brist på tidigare erfarenhet. Dock upplevdes innehållsanalys som en metod lämplig för den typen av pilotstudie.

I vilken utsträckning det är möjligt att överföra eller använda resultatet bestäms graden av överförbarhet (37). Studiens överförbarhet är inte stor och resultatet är svårt att använda i andra sammanhang eftersom datamaterialet är litet. Resultatet i en större studie hade troligtvis varit mer lämpligt att överföra och använda inom primärvården då

distriktssköterskor är en stor del av det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet. I en större studie hade det varit möjligt att överföra resultatet till liknande Vårdvalsmodeller inom andra landsting och regioner i Sverige.

RESULTATDISKUSSION

Syftet med studien var att beskriva distriktssköterskornas erfarenheter av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete efter Vårdvalet. Distriktssköterskor i vår studie upplevde att en konsekvens av Vårdvalet var att de var tvungna att hitta nya vägar att arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande. Distriktssköterskor berättade att efter Vårdvalet var det nya saker som prioriterades och de upplevde att deras yrke var under förändring.

Vår undersökning har visat att de intervjuade distriktssköterskorna upplevde att deras yrkesroll har blivit otydlig. Detta överensstämmer med Karlssons (29) studie där det framkom att distriktssköterskeyrkesrollen var otydlig. I samma studie visades att distriktssköterskor hade svårt att hävda sina professionella krav samt fått minskad möjlighet att använda och utveckla sin kompetens (29). I studiens intervjuer framkom att distriktssköterskorna upplevde att sjuksköterskor var inne och konkurrerade om deras yrkesområde. Oklarheter kring distriktssköterskans roll kan innebära att arbetet blir kostnadsineffektivt vilket en studie från Storbritannien har visat (28).

En möjlig orsak till varför distriktssköterskorna upplever en otydlighet i sin arbetssituation kan vara bristande riktlinjer för arbetet. Lindbergs och Wilhelmssons studier (23, 30) visade att distriktssköterskor efterfrågade tydligare riktlinjer i sitt arbete. I Lindberg och Wilhelmssons (23) studie beskrevs att i officiella dokument i Sverige avseende riktlinjer för folkhälsofrämjande arbete poängterades inte att distriktssköterskor hade speciell kompetens inom området hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete (23).

Vår studie visar också att distriktssköterskans självständighet har minskat och att tydligare riktlinjer för arbetet efterfrågades. I Karlssons (29) studie upplevde distriktssköterskor att de har fått en minskad självständighet och inflytande samt blivit mer beroende av läkarna. Detta berodde på organisationsförändringar vilket även har hindrat deras professionella utveckling och chans att framhäva sin kompetens (29). Distriktssköterskorna i vår studie upplevde att arbetsgivarna inte satte värde på deras

kompetens samt att det fanns skrivet i styrdokument att det ska arbetas hälsofrämjande. Det som var otydligt var vem som skulle utföra arbetet. Dock upplevdes stödet från ledningen vara bra. Samarbetet och kontakten med kollegor har förbättrats efter Vårdvalsreformen. Det kan tyckas vara motsägelsefullt att ha otydligheter i arbetet och samtidigt känna bra stöd från ledning och kollegor. Likväl kan ett sådant stöd betyda många olika saker som inte behöver handla om kompetensen och fördelningen av arbetsuppgifter. Distriktssköterskorna upplevde stöd från arbetsledningen men preciserade inte vad de menade med ett sådant stöd. Distriktssköterskeföreningen har noggrant preciserat distriktssköterskekompetensen och beskrivit att distriktssköterskor har kunskaper att arbeta självständigt och i team. Genom sin specialistutbildning har hon kunskaper om hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete (4). SSF:s strategi för hälsofrämjande arbete lyfter fram att i målen för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete ska det finnas riktlinjer och uppföljningsinstrument för arbetet samt att kompetensutveckling var av stor betydelse (8). I Runcimans studie (24) uppgav sjuksköterskor att det fanns få kriterier att utvärdera arbetet utifrån samt att arbetet var ofta invävt i annat arbete vilket hindrade utvärderingen.

Distriktssköterskorna som intervjuades i vår studie beskrev att vissa patientgrupper exempelvis uppföljning av hypertoni-patienter och stavgångsgrupper inte prioriterades på samma sätt längre. Det berodde på att ekonomisk ersättning för den typen av arbete förändrades. Senaste Folkhälsorapporten visade att möjligheten att minska insjuknande i hjärt- och kärlsjukdomar inte var helt utnyttjad idag (2). Att minska arbetet med de riskgrupperna står i strid med Socialstyrelsens riktlinjer som betonar vikten att arbeta med att förebygga ohälsa och med personer med hög risk för hjärt- och kärlsjukdomar, stroke och de som löper risk för hjärtinfarkt. De patientgrupperna ska upplysas om effektiva förebyggande åtgärder (13).

Distriktssköterskor i vår studie upplevde att krav på ett bra patientbemötande har ökat och att de måste anstränga sig mer för att behålla sina patienter. Detta stämmer väl överens med Krav och kvalitetsbokens (11) direktiv om att vården ska kännetecknas av bra bemötande och god tillgänglighet (11). Ökat krav på bemötande är en konsekvens av att patienternas valfrihet har ökat. LOV (5) säger också att patienter har rätt att välja sin vårdgivare och enligt HSL (7) ska ekonomisk ersättning ifrån landstinget följa med patientens val av utföraren av hälso – och sjukvårdstjänster. Även i Carlsens och

Norheims studie (26) beskrevs att valfriheten att välja läkare i Norge resulterade i att läkarna kände ett ökat krav på bra bemötande för att behålla sina patienter.

Enligt de distriktssköterskorna som intervjuades sattes en stor fokus på diagnoser. Förklaringen till detta var att alla patienter ska ha en eller flera diagnoser i journalen eftersom det avgör hur stor ekonomisk ersättning vårdcentralen får. Detta har i sin tur påverkat distriktssköterskornas arbete på ett sätt att de upplever att en hel del av deras arbetstid går åt att se till att alla patienter får en diagnos.

”...nu jagar vi mycket hur ska vi sätta diagnoser på alla patienter...”

För att kunna bedriva hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete är det i första hand viktigt att hitta ekonomisk ersättning för de hälsofrämjande åtgärder som ska utföras det vill säga att hitta rätt kod eller diagnos för en viss arbetsåtgärd. Enligt Krav och kvalitetsboken (11) får vårdcentralen ersättning för sitt uppdrag av Västra Götalandsregionen och 50 % av ersättningen grundas på vårdtyngden som bygger på antalet diagnoser (11). Distriktssköterskor i vår studie kunde se samband mellan politiska beslut och riktlinjer som i sin tur påverkade arbetssätt och vilka arbetsinsatser som skulle prioriteras inom primärvården. I en studie av Wilhelmsson (30) framkom att det som underlättade hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete var att andra finansierare till olika hälsoprojekt gav ekonomiskt bidrag och att själva vårdcentralen slapp betala (30).

Distriktssköterskorna i vår studie upplevde en minskad patientkontakt som en konsekvens av att de fick arbeta med en hel del uppgifter som inte hörde till deras arbetsområde. Minskad patientkontakt bidrog till att distriktssköterskans arbete med hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete blev lidande. Ett minskat hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete motsäger sig HSL 5§ som betonar att primärvården ska svara för befolkningens behov av förebyggande arbete (7). Även i Krav och kvalitetsbokens (11) direktiv står att vårdcentralen ska ha ett hälsofrämjande förhållningssätt och erbjuda sjukdomsförebyggande insatser (11).

En minskad patientkontakt kan innebära svårigheter för distriktssköterskan att ta hänsyn till den mångdimensionella sidan av hälsobegreppet. Enligt Pender (19) omfattar den såväl biosociala, andliga som miljömässiga och kulturella aspekter (19).

Hälsofrämjande arbete innebär bland annat att ge stöd och råd att motionera, äta sundare

och vila till personer för att främja sin hälsa (16). I HSL (7) framgår att sjukvårdspersonal har ett ansvar att förmedla kunskap och metoder om vad som främjar hälsa samt att förebygga ohälsa (7). Enligt Orem (17) har alla individer sin egen uppfattning om vad hälsan är och därför bör distriktssköterskor söka information om hur patienter uppfattar sitt eget hälsotillstånd (17). En minskad patientkontakt försvårar för distriktssköterskor att, genom att lyssna in det patienten berättar, förstå patientens problem vilket i sin tur gör det svårare att använda kompetensen på rätt sätt.

En annan aspekt av betydelse för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete var upplevelsen av tidsbrist. De distriktssköterskorna som intervjuades ansåg att tidsbristen var orsaken till att de inte kunde arbeta hälsofrämjande. Det har blivit ökat fokus på de rent sjukvårdande arbetsuppgifterna och på den läkarorienterade vården. Flera studier (20, 29, 30) beskrev att hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete prioriterades bort och att sjukdomsarbetet i stället har ökat.

Ett ökat fokus på det sjuka motsäger Penders (19) hälsomodell som istället fokuserar på styrka, återhämtningsförmåga och patientens resurser och förmågor snarare än de patologiska aspekterna (19). Karlssons (29) studie beskrev att distriktssköterskornas självständighet har minskat och att de blev mer beroende av läkarna efter organisationsförändringar i Sverige de senaste årtionden (29). Distriktssköterskor som intervjuades i vår studie upplevde att andra arbetsuppgifter kom i fokus som ett resultat av Vårdvalsreformen, vilket även kunde ses som något positivt.

Kunskapen i den här studien beskriver distriktssköterskans erfarenhet av att bedriva hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete. Den kunskapen har betydelse för omvårdnadsämnet eftersom den belyser distriktssköterskans arbetsroll efter Vårdvalet och även om och hur det hälsofrämjande och sjukdomsarbete utförs. Den kunskapen kan användas till att förbättra distriktssköterskans omvårdnad genom att hitta nya vägar att arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande. Kunskapen om bristfälliga riktlinjer belyser behovet av att tydliggöra dem för att förbättra hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande omvårdnadsinsatser och även att förtydliga distriktssköterskans professionella yrkesroll. Det behövs mer forskning om hur arbetet ska utföras och vem som ska göra det.

Om studien hade gjorts i en större omfattning så hade säkerligen variationen i svaren blivit större och därmed tillförlitligheten. I en sådan studie hade vi också kunnat

koncentrera oss på djupare frågeställningar inom just den hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande vården.

REFERENSLISTA

1. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2009. Socialstyrelsen; 2009 [20100925]; Available from: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71_200912671.pdf.
2. Norberg M, Danielsson M. Folkhälsorapport 2009: Övervikt, hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes. Socialstyrelsen; 2009 [20100911]; Available from: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71_200912671.pdf
3. WHO Europe. Munich Declaration: Nurses and midwives: a Force for Health 2000. WHO Regional Office for Europe; 2000 [20100917]; Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/53854/E93016.pdf.
4. Distriktssköterskeförening i Sverige. Kompetensbeskrivning. Legitimerad sjuksköterska med specialsjuksköterskeexamen distriktssköterska. Distriktssköterskeföreningen i Sverige; 2008 [20100920]; Available from: <http://www.distriktsskoterska.com/dokument.php?cat=1&id=1>.
5. Socialdepartementet. Lag (2008:962) om valfrihetssystem. Sveriges Riksdag; 2008 [updated 200920100914]; Available from: <http://www.riksdagen.se/webbnav/?nid=3911&bet=2008%3A962>.
6. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens termbank. Socialstyrelsen; [20100921]; Available from: <http://app.socialstyrelsen.se/termbank/>.
7. Socialdepartementet. Hälso- och sjukvårdslag (1982:763) Sveriges Riksdag; 1982 [updated 201020100917]; Available from: <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763>.
8. Svensk sjuksköterskeförening. Strategier för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete. Svensk sjuksköterskeförening; 2008 [20100929]; Available from: <http://www.swenurse.se/Documents/Publikationer%20pdf-filer/H%C3%A4lsofr%C3%A4mjande.pdf>.
9. Statens offentliga utredningar. LOV att välja – Lag om valfrihetssystem – Betänkelse från Frittvalsutredningen, SOU 2008:15. Stockholm: Regeringen; 2008 [20100917]; Available from: <http://www.ud.se/content/1/c6/09/94/54/cf38f67f.pdf>.
10. Statens offentliga utredningar. Vårdval Sverige – Utredning om patientens rätt: SOU 2008:37. Regeringskansliet; 2008 [20100914]; Available from: <http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/10/29/06/103be5e1.pdf>.
11. Västra Götalandsregionen. Krav - och kvalitetsbok. Förfrågningsunderlag med förutsättningar med att bedriva vårdverksamhet inom VG Primärvård. Vänersborg 2009 [20100914]; Available from: <http://www.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/VG%20Prim%C3%A4rv%C3%A5rd/kravboken%20febr%202009.pdf>.
12. Danielsson M, Heimerson I, Lundberg U, Perski A, Stefansson C-G, Åkerstedt T. Folkhälsorapport 2009: Psykosociala påfrestningar och stressrelaterade besvär. Socialstyrelsen; 2009 [20100911]; Available from: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71_200912671.pdf.
13. Socialstyrelsen. Förhöjt blodtryck och/eller blodfetsrubbnings hos hjärtkärlfrisk patient. Socialstyrelsen; 2009 [20100911]; Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/nationellriktlinjerforhartsjukvard/sokiriktlinjerna/forhojtblodtryckochellerblodfe>.
14. Emanuelsson Blanck A, Wendt R. I folkhälsans tjänst: sju decenier med den svenska distriktssköterskan. Stockholm: Vårdförbundet SHSTF; 1994.
15. Kirkevoold M. Omvårdnadsteorier: analys och utvärdering. Lund: Studentlitteratur; 2000.

16. Norberg A, Ternestedt B-M. Omvårdnad som huvudområde i sjuksköterskeutbildningen. In: Östlinder G, Söderberg S, Öhlén J, editors. Omvårdnad som akademiskt ämne Rapport från arbetande konferans: Svensk Sjuksköterskeförening; 2008.
17. Orem D. Nursing concepts of practice. St.Louis: Mosby-Year Book; 1991.
18. Eriksson K. Hälsans idé. Stockholm: Almqvist&Wiksell; 1989.
19. Pender J N. Health promotion in nursing practice. Stamford Appleton & Lange; 1996.
20. Jerdén L, Hillervik C, Hansson A, Flacking R, Weinehall L. Experiences of Swedish community health nurses working with health promotion and a patient-held health record. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2006;20(4):448-54.
21. Irvine F. Exploring district nursing competencies in health promotion: the use of the Delphi technique. *Journal of Clinical Nursing*. 2005;14(8):965-75.
22. Irvine F. Examining the correspondence of theoretical and real interpretations of health promotion. *Journal of Clinical Nursing*. 2007;16(3):593-602.
23. Lindberg M, Wilhelmsson S. National public health target awareness of staff at two organisational levels in health care. *Health Policy*. 2007;84(2-3):243-8.
24. Runciman P, Watson H, McIntosh J, Tolson D. Community nurses' health promotion work with older people. *Journal of Advanced Nursing*. 2006;55(1):46-57.
25. Campbell SM, McDonald R, Lester H. The experience of pay for performance in english family practice: a qualitative study. *Annals of Family Medicine*. 2008;6(3):228-34.
26. Carlsen B, Norheim OF. Introduction of the patient-list system in general practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2003;21(4):209-.
27. Kroneman MW, Maarse H. Direct access in primary care and patient satisfaction: a European study. *Health Policy*. 2006;76(1):72-9.
28. Thomas LM, Reynolds T, O'Brien L. Innovation and change: shaping district nursing services to meet the needs of primary health care. *Journal of Nursing Management*. 2006;14(6):447-54.
29. Karlsson B, Morberg S, Lagerström M. Strong as individuals but weak as a group: a qualitative study about district nurses perceptions of their work situation and occupation [Norwegian]. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden*. 2006;26(1):36-41.
30. Wilhelmsson S, Lindberg M. Health promotion: facilitators and barriers perceived by district nurses. *International Journal of Nursing Practice*. 2009;15(3):156-63.
31. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Socialstyrelsen; 2010 [20101005]; Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/sjukdomsforebyggandemetoder>.
32. Kvale S, Brinkmann S. Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur; 2009.
33. Trost J. Kvalitativa intervjuer. Lund: Studentlitteratur; 2010.
34. Granskär M, Höglund-Nielsen B, red. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso - och sjukvård. Lund: Studentlitteratur; 2008.
35. Hansagi H, Allebeck P. Enkät och intervju inom hälso - och sjukvård: Handbok för forskning och utvecklingsarbete. Lund: Studentlitteratur; 1994.
36. Gillham B. Forskningsintervjun: Tekniker och genomförande. Lund: Studentlitteratur; 2008.
37. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004;24(2):105-12.
38. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. World Medical Association; 2008 [20101001]; Available from: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf>.
39. Vetenskapsrådet. Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Vetenskapsrådet; Humanistiskasamhällsvetenskaplig forskningsrådet; [20101001]; Available from: <http://www.codex.uu.se/texts/HSFR.pdf>.

40. Northern Nurses' Federation. Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden. Northern Nurses' Federation; 2003 [20101001]; Available from:
<http://www.sykepleien.no/ikbViewer/Content/337889/SSNs%20etiske%20retningslinjer.pdf>.
41. Utbildningsdepartementet. Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor. Sveriges Riksdag; 2003 [20101001]; Available from:
<http://www.riksdagen.se/webbnav/?nid=3911&bet=2003%3A616>.

BILAGA 1.

Intervjuguide

Hur länge har du jobbat som sjuksköterska respektive distriktssköterska?

Hur lång utbildning har du?

Ålder?

Kön?

1. Beskriv ditt arbete på Vårdcentralen?
 - Skillnad jämfört före vårdvalet?
 - Vilka delar i ditt arbete ser du som hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete?

2. Hur har vårdvalet förändrat ditt hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete?
 - Riktlinjer
 - Stöd
 - Prioritering
 - Förändring tidsmässigt
 - Självständighet
 - (Främjande/Hinder)

3. Hur skulle du vilja att ditt hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete såg ut?

BILAGA 2.



GÖTEBORGS UNIVERSITET SAHLGRENSKA AKADEMIN

Forskningspersonsinformation

Studiens bakgrund

I distriktssköterskans arbete ingår det att arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande, vilket spelar en viktig roll i utvecklingen av god folkhälsa. Det är ett viktigt arbete enligt hälso- och sjukvårdslagen. Tidigare studier har visat att distriktssköterskans arbetsuppgifter har förändrats på ett sätt vilket har gjort att de har fått mindre tid att arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande. Enligt Vårdvalet i Västra Götalandsregionen som infördes oktober 2009 ingår det i uppdraget att bedriva hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande vård, men det finns i nuläget inget bra ersättningssystem för det. Vi undrar om det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande vården har förändrats efter vårdvalet. Syftet med vår studie är att beskriva distriktssköterskans upplevelse av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete efter vårdvalet. Vi vill fråga Dig som är distriktssköterska att delta i vår undersökning eftersom Du har erfarenhet av arbetet på samma vårdcentral före och efter vårdvalet. Vi har genom kontaktat med din verksamhetschef fått reda på att du är lämplig i vår studie.

Studiens genomförande

Om Du väljer att delta i vår studie kommer den att genomföras i form av en intervju. Under vårt samtal kommer det ställas frågor om det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet som Du har erfarenheten av på vårdcentralen före vårdvalet och om det har skett några förändringar efter oktober 2009. Intervjun kommer att spelas in. Efter intervjun kommer vi att skriva ner Din berättelse i form av en text och sedan analysera innehållet. Resultatet kommer att redovisas i vår uppsats vid Göteborgs Universitet och det kommer att vara ett underlag för eventuell vidare forskning som kan publiceras i en vetenskaplig tidskrift. Vi hoppas att din medverkan i studien inte ska bli till obehag utan vara en positiv upplevelse att dela med sig och eventuellt utveckla distriktssköterskans hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande vård.

Dina svar och dina resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Datamaterialet som insamlas under intervjun, inspelning samt utskrift kommer att sparas inlåst i ett avsett arkivskåp på Göteborgs Universitet i 10 år. Personuppgifter kommer att sparas på ett sådant sätt att datamaterialet från intervjun inte kan kopplas till dig som person i enlighet med Personuppgiftslagen (1998:204). Det är frivilligt för dig att delta i denna studie och du har även rätt att ångra ditt deltagande när som helst under studiens gång utan att ange skäl. Ingen ersättning kommer att utgå. Resultatet av den här studien kan Du ta del av genom kontakt med nedan angivna personer. Du får gärna maila eller ringa oss om du har frågor angående studien.

Ansvariga för studien:

Anna Janson
leg. Sjuksköterska
tel. 0706-782764
mail: gusbenjan@student.gu.se

Tanja Miloloza Melin
leg. Sjuksköterska
tel. 0768-936059
mail: gusmilota@student.gu.se

Huvudhandledare:
Eva Lidén
Universitetslektor
tel.031-786 64 27

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Box 457, 405 30 Göteborg

Jag har fått muntlig och skriftlig information om en studie om distriktssköterskans upplevelser av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete efter vårdvalet. Jag har fått möjlighet att ställa frågor och har fått dessa besvarade.

Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst kan avbryta mitt deltagande. Jag samtycker till att delta i studien.

Datum_____

Namnunderskrift

Namnförtydligande