



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

DISTRIKTSSKÖTERSORS HÄLSOFRÄMJANDE OCH FÖREBYGGANDE OMVÅRDNAD

i möten med patienter på vårdcentral

Malin Jacobsson och Jenny Jonsson

Examensarbete:	15 hp
Program och kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet Distriktssköterska OM5310 H16 Examensarbete i omvårdnad – primärvård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2016
Handledare:	Eva Lidén
Examinator:	Lena Björck

Titel (svensk):	Distriktssköterskors hälsofrämjande och förebyggande omvårdnad i möten med patienter på vårdcentral
Titel (engelsk):	District nurses' health promotion and preventive care in meetings with patients at health care center
Examensarbete:	Självständigt arbete 15hp
Program och kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet Distriktssköterska OM5310, 75 hp
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2016
Handledare:	Eva Lidén
Examinator:	Lena Björck
Nyckelord:	distriktssköterska, omvårdnad, primärvård, erfarenheter, stöd, hälsofrämjande, förebyggande, folkhälsa

Sammanfattning:

Bakgrund: I Sverige framhålls de idag vanligaste förekommande folkhälsoproblemen vara övervikt, fetma, rökning, brist på fysisk aktivitet, psykisk ohälsa och hög alkoholkonsumtion. Utvecklingen av folkhälsan i Sverige är överlag positiv. Dock är fördelningen av hälsa och förutsättningar för god sådan ojämn inom den svenska befolkningen. Kraven på vårdcentraler, att bedriva arbete innehållande hälsofrämjande och förebyggande insatser, ökar. Distriktssköterskan har i sin yrkesroll till uppgift att genom ett hälsofrämjande och förebyggande synsätt möta patienter och stärka dem till god hälsa. **Syfte:** Syftet med studien är att beskriva distriktssköterskors erfarenheter av att bedriva hälsofrämjande och förebyggande omvårdnad i möten med patienter på vårdcentral. **Metod:** Studien har en kvalitativ ansats med deskriptiv design. Studien genomfördes med stöd av semistrukturerade intervjuer. Åtta distriktssköterskor verksamma på vårdcentraler i en västsvensk kommun deltog. Datamaterialet analyserades genom kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Distriktssköterskorna lade stor vikt vid att identifiera patientens förutsättningar. Att möta och stödja patientens insikt om sitt hälsotillstånd, hens tilltro till sin egen förmåga samt grad av motivation, blev utgångspunkt i den hälsofrämjande och förebyggande omvårdnaden. Distriktssköterskorna uttryckte hur mötet med patienten utgick ifrån ett personcentrerat förhållningssätt där den unika individen, den förtroendefulla relationen och stödjandet till egenvård, stod i fokus. Distriktssköterskorna framhöll tiden som fanns att tillgå för att möta patienten som begränsad. De erfor att det hälsofrämjande och förebyggande arbetet kunde få stå tillbaka för sedvanliga sjuksköterskearbetsuppgifter. **Slutsats:** Distriktssköterskors hälsofrämjande och förebyggande omvårdnad är betydelsefull, både för den enskilde individen och för folkhälsan. Omvårdnaden behöver ytterligare uppmärksammas, på organisatoriska nivåer inom både landsting och vårdcentraler. Distriktssköterskors möten med patienter, i den hälsofrämjande och förebyggande omvårdnaden på vårdcentraler, behöver få

utrymme och resurser som står i proportion till dagens samhälle, där livsstilssjukdomar blir allt vanligare.

Nyckelord: distriktssköterska, omvårdnad, primärvård, erfarenheter, stöd, hälsofrämjande, förebyggande, folkhälsa

Abstract

Background: In Sweden, the most common public health problems are overweight, obesity, smoking, lack of physical activity, mental health and alcohol consumption. The development of public health in Sweden is generally positive. The requirements for health care centers to conduct work containing health promotion and preventive actions is increasing. The district nurse has in its profession the task to, through a health promotion and preventive approach, meet the patients and strengthen them to good health. **Aim:** The aim of the study is to describe district nurses' experiences of health promotion and preventive care in meetings with patients at health care center. **Method:** The study has a qualitative approach with descriptive design. The study was conducted using semi-structured interviews. eight district nurses who were working at health care centers in a west Swedish municipality participated. The data was analyzed by qualitative content analysis. **Result:** The district nurses put great importance to identify the patient's conditions. The district nurses expressed how the meeting with the patient was based on a person-centered approach. The district nurses emphasized the time that was available to meet the patient as limited and often short. The district nurses experienced that health promotion and preventive work may need to stand back for usual nurse tasks. **Conclusion:** Nurses' health promotion and preventive care is important, both for the individual and public health. The nursing care needs further attention, at organizational levels in both the county council and at the health care centers. District nurses' meetings with patients, in the health promotion and preventive care at health care centers, need to be provided time and resources proportionate to today's society situation, where lifestyle diseases are becoming increasingly more common. **Keywords:** District nurse, health promotion, experiences, support, primary health care, public health

Förord

Tack till distriktssköterskorna som medverkade och tack till vår handledare, för vägledning och stöd genom hela arbetet.

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Folkhälsa.....	1
Hälsofrämjande och förebyggande omvårdnad.....	2
Distriktssköterskans hälsofrämjande och förebyggande möte med patienten.....	3
Tilltro till den egna förmågan att förändra.....	3
Motivation och egenvård i en förtroendefull relation.....	3
Möjliggörande och försvårande faktorer för hälsofrämjande och förebyggande möten	4
Problemformulering.....	5
Syfte	5
Metod	5
Design.....	5
Urval	6
Tillvägagångssätt.....	6
Datainsamling.....	6
Dataanalys	7
Förförståelse	8
Forskningsetiska överväganden.....	8
Resultat.....	9
Tema: Att möta och stödja patienten förutsätter att distriktssköterskor får möjlighet att utföra den hälsofrämjande och förebyggande omvårdnaden.....	10
Att identifiera patientens förutsättningar	10
Patientens insikt om sitt hälsotillstånd	10
Patientens tilltro till sin egen förmåga.....	11
Patientens grad av motivation	12
Att möta patienten utifrån ett personcentrerat förhållningssätt.....	12
Den unika individen	12
Den förtroendefulla relationen	13
Stödja till egenvård.....	13
Att ha tid att möta patienten.....	14

Distriktssköterskors möjlighet att utföra de arbetsuppgifter som hör till professionen	14
Den hälsofrämjande och förebyggande omvårdnadens prioriteringsnivå inom vårdcentralen	14
Diskussion	15
Metoddiskussion.....	15
Resultatdiskussion	16
Slutsats	19
Referenslista	20
Bilaga 1: Brev till vårdenhetschefer från institutionen	
Bilaga 2: Verksamhetschefens godkännande	
Bilaga 3: Forskningspersonsinformation	
Bilaga 4: Intervjuguide	

Inledning

Att alla människor, oavsett sjukdom och ohälsotillstånd, ska uppnå hälsa och välbefinnande, är utgångspunkten för hälsofrämjande och förebyggande omvårdnad. En huvuddel i distriktssköterskeprofessionen är att ge omvårdnad utifrån ett personcentrerat synsätt, där individen genom stöd och vägledning når motivation i riktning mot en god hälsa. Nationellt folkhälsoarbete syftar till att stärka och utveckla villkor som främjar hälsa och förebygger ohälsa hos den svenska befolkningen. Genom att inneha kunskap om befolkningens hälsa och om samband mellan samhällets utformning och folkhälsa kan distriktssköterskan verka för att främja detta arbete. Den hälsofrämjande och förebyggande vården förväntas få utökat utrymme inom svensk primärvård varför författarna finner det intressant och betydelsefullt att närmare studera distriktssköterskors erfarenheter inom detta område.

Bakgrund

Folkhälsa

Globala riskfaktorer som kan leda till ohälsa och sjukdom anges av World Health Organization (WHO) vara undervikt, oskyddat sex, nyttjande av tobak och alkohol, förorenat vatten liksom sanitära missförhållanden generellt (1). I Sverige framhålls de idag vanligaste förekommande folkhälsoproblemen vara övervikt, fetma, rökning, brist på fysisk aktivitet, psykisk ohälsa och hög alkoholkonsumtion (2). Friskfaktorer är istället goda levnadsvanor, vilka kan främja bevarandet av hälsa och förhindra uppkomst av sjukdom (3, 4).

Patienter som söker vård för symtom relaterade till deras levnadsvanor är inte alltid medvetna om att det finns ett samband mellan livsstilsvanor och ohälsa (3). Två av tre svenska män och hälften av alla kvinnor uppger att de har minst en ohälsosam levnadsvana (5). Sambandet mellan högre utbildningsnivå och bättre hälsa är tydligt påvisat (3, 4). Ohälsosamma levnadsvanor och riskbruk kan övervinnas genom stöd (4). I Ottawa hölls år 1986 den första internationella konferensen som lade grund för det ständigt pågående hälsofrämjande och förebyggande arbetet, med mål att förbättra den globala folkhälsan (6). Flertalet svenskar med ohälsosamma levnadsvanor vill förändra sådana och många är öppna för att ta emot stöd vid genomförande av en förändring (3, 5). Utvecklingen av folkhälsan i Sverige är positiv som helhet. Folkhälsosjukdomar är dock ett faktum (2, 7), vilket understryker betydelsen av hälsofrämjande och förebyggande insatser (4).

Hälsofrämjande och förebyggande omvårdnad

På vårdcentraler skall bedrivas arbete innehållande hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser (8). Socialstyrelsen framhåller hälsovinster genom att hälso- och sjukvården i större utsträckning initierar frågor om patienters levnadsvanor. Ett hälsofrämjande förhållningssätt där patienten erbjuds kunskap och verktyg i syfte att stödja hens möjlighet till ökad kontroll över sin hälsa liksom förändring av levnadsvanor, framhålls av myndigheten som viktigt (4).

Landstingens krav på vårdcentraler, avseende sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete, varierar. Utformningen av den här typen av vårdinsats skiljer sig åt mellan olika landsting och vårdenheter (8). Regeringen har under 2000-talet infört en rad olika vårdvalsmodeller och i primärvården infördes vårdval 2008. Privatägd vård har sedan 1990-talet blivit allt vanligare i Sverige. Socialstyrelsen har uttryckt oro över att de olika modellerna för vårdval kan leda till sämre vård och att utvärdering av systemens effekt måste ske kontinuerligt (9). I utvärderingen av sjukdomsförebyggande metoder understryker myndigheten värdet av fortsatt satsning på arbete för förbättrade levnadsvanor och sjukdomsförebyggande åtgärder inom hälso- och sjukvård (5).

En samverkan med olika aktörer utanför vårdcentralen uttrycks i studier vara av vikt för främjandet av en fungerande vårdkedja (10, 11). Betydelsen av att minska användandet av medicinsk vård och behandling liksom en utökad samverkan mellan olika aktörer inom hälso- och sjukvård understryks (5). För att stimulera arbetet med sjukdomsförebyggande metoder använder många landsting målbaserade ersättningsystem. Socialstyrelsen framhåller hur ersättningsystemen, utöver möjligheter, även innebär risker. Ersättning kan i en modell utgå när frågor om levnadsvanor ställs, oavsett om åtgärd sedan erbjuds patienten eller ej (3).

Ogynnsamma arbetsförhållanden kan försvåra arbetet med hälsofrämjande och förebyggande omvårdnad (12). Flera studier framhåller organisationens uppbyggnad och arbetsmiljö som inverkan faktorer för att kunna bedriva hälsofrämjande och förebyggande arbete (13-15). För sjuksköterskor som bedriver hälsofrämjande och förebyggande arbete inom primärvården, framstår det vara betydelsefullt att ledarskapet i organisationen är strategiskt och respektfullt. Av vidare betydelse är att det finns en inriktning mot hälsopreventivt arbete (13). En del sjuksköterskor uttrycker att de saknar stöd från ledningen (16, 17). En svensk studie understryker att omorientering mot en mer hälsofrämjande och förebyggande inriktning inom hälso- och sjukvård välkomnas av vårdpersonal, men att det finns hinder på vägen. Otydliga mål, brist på riktlinjer och en pressad arbetssituation framhålls i studien vara faktorer som försvårar möjligheten för ett hälsofrämjande förhållningssätt i det kliniska arbetet (18).

Enkla råd, rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal är tre typer av åtgärder i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Införandet av dessa kan innebära viss initial kostnadsökning och tidsåtgång, men genom att erbjuda patienter stöd kan hälso- och sjukvårdens resurser utnyttjas effektivt och generera besparingar på sikt (4).

Socialstyrelsen hänvisar till motiverande samtal (MI) som en samtalsmetod att använda vid hälsofrämjande och förebyggande omvårdnadsarbete, där patienters motivation kan bidra till en beteendeförändring (3, 19). Det kan också vara betydelsefullt att komplettera MI, med exempelvis kognitiv beteendeterapi (19). En personcentrerad vård kan resultera i kortare vårdtider, högre tilltro till hälso- och sjukvård liksom ökad livskvalitet hos den behövande individen (20). Socialstyrelsen redogör i sin utvärdering av sjukdomsförebyggande metoder från 2015 att endast en liten andel patienter faktiskt erhåller de åtgärder som syftar till att förbättra levnadsvanor (5). På individnivå förekommer hälsoskillnader beroende av vilket kön, vilken utbildningsnivå och socioekonomisk tillhörighet en individ har (2-4, 7).

Distriktssköterskans hälsofrämjande och förebyggande möte med patienten

Tilltro till patientens egen förmåga att förändra

Att som sjuksköterska inge patienten hopp, uppmuntra och förmedla kunskap, framstår som viktiga delar i omvårdnadsarbete med patienter, utifrån Dorothea Orems omvårdnadsmodell (21). Att patienten når kunskap blir en förutsättning för förändring (21, 22). Albert Bandura understryker individens self-efficacy som betydelsefull för etablerandet av förändrade livsstilsvanor. Self-efficacy är, utifrån Banduras tolkning, ett begrepp som refererar till individens tilltro till sin egen förmåga att organisera och genomföra handlingar som krävs för att etablera nya färdigheter i en specifik situation (22, 23). Hur en individ hanterar en situation är knutet till dennes tilltro till sig själv, self-efficacy. Tilltron till sin egen förmåga kan ha direkt inverkan för en individs val och handlingar, men även sett i ett vidare perspektiv, där hela livsspekrat påverkas långsiktigt. Self-efficacy berör individens egna tankar och känslor, vilka har påverkan även i sociala sammanhang i interaktion med andra (23).

Att följa, styra och vägleda är tre sätt att använda i kommunikationssituationer. En flexibel och professionell vårdgivare anpassar och blandar dessa stilar utifrån den enskilde individen och situationen som denne befinner sig i (24). En miljö som kännetecknas av tillit, tilltro och respekt är en viktig förutsättning för att främja en förtroendefull relation och kännetecknar ett genomgående holistiskt synsätt (21, 25). Då den fysiska, psykiska och sociala miljön är stimulerande, understöds förändring av invanda mönster och attityder. Miljön kan även påverka det psykiska tillståndet till en stärkt självbild, mod att uttrycka sina behov liksom att för sin egen del våga ta mer initiativ och ansvar för sitt välbefinnande (21).

Motivation och egenvård i en förtroendefull relation

Inre motivation beskrivs, av William R Miller och Stephen Rollnick, Abraham Maslow samt Albert Bandura, finnas hos varje människa (23, 24, 26) och vara av subjektiv innebörd (24). Inre motivation påverkar utgången för individens aktiva val och beteenden (23). Motiverande samtal (MI) är en snabbt utvecklande samtalsmetodik och ett förhållningssätt vars syfte är att hjälpa människor till förändring. Att väcka individens inre motivation, lyssna till och respektera dennes autonomi och individuella önskningsar och val, utgör grundvärderingarna i MI. Dessa delar utgör tillsammans basen för ett respektfullt samarbete, med syfte att finna

engagemang och få fokus inför viljan till förändring. Metoden kan användas i samtalsprocesser och i kombination med andra metoder, mellan vårdgivare och patient i skilda situationer. En hörnsten utifrån MI, är strävan efter att individen ska vilja utforska och förstå vad individen själv kan skapa för förändringsmöjligheter (24). Egenvård är ett centralt begrepp i Orems omvårdnadsteori, som belyser den inre motivationens betydelse för egenvårdsbehov, utifrån individens personlighet och livssituation (21).

Self-efficacy innefattar delaktighet och handlar om att individen har en känsla av makt och kontroll över sitt liv (23). Den som saknar insikt i hur livsstilen påverkar hälsan har få anledningar att påbörja ett krävande förändringsarbete. Individens tidigare erfarenheter av att ha lyckats genomföra förändringar i en specifik situation, och även en slags övertalning, i vilken individen på ett trovärdigt sätt får höra att hen kommer att lyckas, utgör goda förutsättningar för stärkt self-efficacy i pågående förändringsarbete. Likaså kan en annan individs framgång med att klara av en uppgift i en liknande situation, bli betydelsefull. Fysiskt och psykiskt mående påverkar upplevd self-efficacy (22), där exempelvis positivt tänkande och inställning ger högre grad av self-efficacy (22, 23).

Möjliggörande och försvårande faktorer för hälsofrämjande och förebyggande möten

Behovet av omvårdnad är universellt (21, 27). Distriktssköterskan möter individer i skilda åldrar, med olika hälso- och sjukvårdsbehov, i uppdrag att förebygga ohälsa och främja hälsa (27). Hälsobegreppet definieras av WHO som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, och inte enbart frånvaro av sjukdom eller funktionshinder (28). I processen att stärka patienten till god hälsa bör hänsyn tas utifrån ett etiskt och holistiskt hälsofrämjande förhållningssätt. Det etiska förhållningssättet hos distriktssköterskan innebär att visa respekt för patientens unikhet, integritet och autonomi. Det holistiska perspektivet innefattar att ta hänsyn till hela individen (27). Avseende individens hälsotillstånd ska hänsynstagande tas till dess biologiska faktorer, levnadsvanor och sociala nätverk (6, 29). Likaså ska hänsyn tas till att närmiljö och samhällsaspekter kan ha inverkan (27). Hälsan påverkas av såväl inre som yttre faktorer (6, 25, 27, 30).

Patienter uttrycker att hälsofrämjande konsultationer med sjuksköterskor utgör en stödjande och motiverande funktion vid implementering av deras livsstilsförändringar (31). Patienters delaktighet, och även deras self-efficacy, har visat sig öka när de blir motiverade till förändring. Framförallt uppskattar patienter sjuksköterskors tydliga svar, realistiska råd, uppmuntran utan att kritisera, hens förmåga till förståelse och stöd till insikt (32). En god dialog mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal är en förutsättning för den hälsofrämjande och förebyggande omvårdnaden (27, 33, 34). Ett förhållningssätt hos distriktssköterskan som pressar patienter, ingjuter rädsla, verkar styrande eller framhåller patienter som ensamma ansvariga för förändringen, kan ha mindre positiv effekt och även

försvåra möjligheten att arbeta med känsloladdade ämnen. Genom att distriktssköterskan har ett öppet sinne i en stödjande och fördomsfri dialog utan pekpinnar, främjas en förtroendefull relation. Grunden i ett personcentrerat förhållningssätt är att distriktssköterskan lyssnar till individens behov och önskningar, med fokus på dennes känslor och upplevelser (20, 25). Vården blir därigenom respektfull utifrån en holistisk människosyn, där individens bakgrund, sociala och kulturella, existentiella, fysiska och psykiska behov tas tillvara (25). Som sjuksköterska är det också viktigt att acceptera att inte allt går att förändra, det är utifrån individens situation och upplevelse som förändring kan ske (35).

Problemformulering

Upprätthållande och främjande av god hälsa ger ökade chanser till ett friskt liv och minskar risken att drabbas av sjukdom och ohälsa. Många sjukdomar och ohälsotillstånd har sin orsak i livsstilsfaktorer, där den sjuke kan sakna både kunskap och motivation till förändring. Idag är livsstilssjukdomar ett utbrett folkhälsoproblem. Kraven på svensk hälso- och sjukvård att erbjuda hälsofrämjande och förebyggande åtgärder, istället för eller som komplement till medicinsk vård och behandling, ökar. I distriktssköterskans yrkesroll ingår det främjande och förebyggande hälsoarbetet och behovet av sådan omvårdnad uppfattas aldrig ha varit större. Författarna finner det därför intressant och betydelsefullt att undersöka i vilken utsträckning och på vilket sätt distriktssköterskor erfar att det utförs.

Syfte

Syftet med studien är att beskriva distriktssköterskors erfarenheter av att bedriva hälsofrämjande och förebyggande omvårdnad i möten med patienter på vårdcentral.

Metod

Design

Studien har en kvalitativ ansats med deskriptiv design. Denna forskningsdesign upptäcker och beskriver icke förutbestämda företeelser med kvalitet (36). Intervjuer är språkliga händelser som genom samtal samlar information (37). Genom semistrukturerade frågor kan distriktssköterskors erfarenheter inom verksamheter, där ämnet hälsofrämjande och förebyggande omvårdnad förekommer, beskrivas genom levande berättelser från deras livsvärld. Utsagorna utgör det insamlade materialet som blir grunden till, och genom analysarbete bygger slutresultatet. Mönster, likheter som olikheter, utifrån vad de som intervjuas svarar är de variationer som kan återspeglas i de olika resultatdelarna (38). Hur det fungerar i praktiken inom det valda området är av intresse och viktigt att belysa, varför denna metod lämpar sig väl i föreliggande studie.

Urval

Kriterier för deltagande i studien var distriktssköterskor som arbetar på vårdcentral i en västsvensk kommun. Undersökningsgruppen bestod av åtta kvinnliga distriktssköterskor. Den yngsta deltagande distriktssköterskan var 32 år och den äldsta 61 år. Medelåldern i studien var 46 år. Antal års arbetslivserfarenhet som distriktssköterska varierade mellan ett år och 27 år, med ett medeltal på tio år. I genomsnitt hade distriktssköterskorna arbetat nio år på vårdcentral, varav i genomsnitt fyra år på den nuvarande. Tre av distriktssköterskorna arbetade på offentliga vårdcentraler och fem av distriktssköterskorna arbetade på privata vårdcentraler.

Tillvägagångssätt

Totalt kontaktades via mejl 18 vårdcentraler i en västsvensk kommun, med information om studien samt med förfrågan om att få genomföra studien (bilaga 1, bilaga 2). Även forskningspersonsinformation (bilaga 3) till distriktssköterskorna, fanns med som bilaga i mejlet. Vårdcentraler besvarade i de flesta fall mejl inom ett par dagar och om så inte skedde, kontaktade författarna vårdcentraler per telefon. Vårdcentraler utsåg en eller två distriktssköterskor till att delta i studien. Distriktssköterskorna tog därefter själva kontakt med författarna, alternativt så vidarebefordrade vårdcentraler distriktssköterskornas kontaktuppgifter till författarna, varpå författarna tog kontakt med distriktssköterskorna. Intervjuerna bokades in via författarnas mejl- eller genom telefonkontakt med distriktssköterskorna. Vårdcentraler från totalt sex vårdcentraler gav sitt godkännande att genomföra intervjuer med av dem utvalda distriktssköterskor. Totalt intervjuades åtta distriktssköterskor. På fyra av vårdcentralerna intervjuades en distriktssköterska. På två av vårdcentralerna intervjuades vardera två distriktssköterskor. När de åtta informanterna intervjuats, mejlade författarna samtliga vårdcentraler information om att intervjuperioden till studien var avslutad.

Datinsamling

Data samlades in med hjälp av semistrukturerade intervjuer, utifrån intervjuguide (bilaga 4) som svarade an till studiens syfte. Intervjuerna ljudinspelades och transkriberades ordagrant. Den första intervjuens ordagrant transkriberade text genomlästes av handledaren, som bedömde att dess innehåll överensstämde med studiens syfte. Varje intervju genomfördes av en författare, i dialog med distriktssköterskan på respektive vårdcentral. Samtalsmiljön var ostörd med undantag för en intervju, där dörrknackning med påföljande kort fråga från kollega skedde. Varje intervju tog 30-60 minuter och inleddes med att distriktssköterskorna fick besvara frågor om sin ålder och arbetslivserfarenhet. Vidare ställdes fem inledande frågor utifrån intervjuguide. Frågorna berörde distriktssköterskornas erfarenheter av att arbeta hälsofrämjande och förebyggande i möten med patienter på vårdcentral. För att få djupare insikt i informanternas berättelser ställdes följdfrågor (se bilaga 4).

Dataanalys

Dataanalys av de åtta transkriberade intervjuerna genomfördes induktivt, med stöd av kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundmans framtagna modell (38). Varje intervju angavs ett nummer, detta för att avidentifiera distriktssköterskorna, i enlighet med personuppgiftslagen SFS 1998:204 (39). Intervjuerna transkriberades sedan ordagrant av intervjuaren samma dag som de spelades in. Författarna lyssnade på det inspelade materialet enskilt liksom läste de nedskrivna intervjuerna upprepade gånger, både enskilt och tillsammans. Efter denna fas var en helhetsbild över resultatet skapad. I nästa steg noterades och sorterades meningar eller fraser med samma innebörd. Att få syftet besvarat var hela tiden en del i analysarbetet. Meningsbärande enheter kondenserades och innehållet kodades, för att bevara men korta ner texternas innehåll. Det kodade materialet fördes samman i olika subkategorier, kategorier och teman. Analysarbete enligt vald metod ledde sedan fram till resultatet. Målet var att finna essens från de variationer som framkom och som svarade an till syftet. Viss redigering av talspråk genomfördes i de redovisade citaten i resultatdelen, i enlighet med Kvale (37).

Tabell 1. Exempel på analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori	Tema
<i>“... framför allt så tror jag att det gagnar patienten å liksom hitta sin kraft och egna resurser och kunna lösa saker själv och kunna förstå sig själv och sina symtom och hantera det. Det tror jag mycket på.”</i>	Hitta sin kraft och egna resurser och kunna lösa saker själv och kunna förstå sig själv och sina symtom och hantera det	Tilltro	Patientens tilltro till sin egen förmåga	Att identifiera patientens förutsättningar	Att möta och stödja patienten förutsätter att distriktssköterskor får möjlighet att utföra den hälsofrämjande och förebyggande omvårdnaden
<i>“Jag ser dig som individ, jag ser vad du har för möjligheter just nu och så försöka stödja det efter att ha lyssnat in... “</i>	Jag ser dig som individ, jag ser vad du har för möjligheter just nu	Unik	Den unika individen	Att möta patienten utifrån ett personcentrerat förhållningssätt	
<i>“Det är mycket av vår tid som går åt till såromläggningar, till det rent handfasta arbetet, samtidigt</i>	Att man än mer skulle kunna ägna sig åt något hälsofrämjande och förebyggande	Praktisera sin profession	Distriktssköterskors möjlighet att utföra de arbetsuppgifter som hör till professionen	Att ha tid att möta patienten	

<p><i>som det är vi som ska beställa förråd och fylla på (...), drömmen (skratt) är ju att man än mer skulle kunna ägna sig åt något hälsofrämjande och förebyggande och mycket har ju försvunnit i det här, efter vårdvalet”</i></p>					
<p><i>“En stor utmaning i dagens vård är väl att man inte har den tiden man skulle behöva ha..”</i></p>	<p>Att man inte har den tiden man skulle behöva ha</p>	<p>Utrymme</p>	<p>Den hälsofrämjande och förebyggande omvårdnadens prioriteringsnivå inom vårdcentralen</p>	<p>Att ha tid att möta patienten</p>	

Förförståelse

Det är inför kvalitativ forskningsmetodik lämpligt att inneha en viss förförståelse och förkunskap av ämnet att beröra (37). Båda författarna har ungefär tio års yrkeserfarenhet var som allmänsjuksköterskor, dock marginell erfarenhet av att arbeta specifikt med hälsofrämjande och förebyggande omvårdnad. Målet med deskriptiv intervjumetodik är att fånga de intervjuades erfarenheter varför frågorna bör vara semistrukturerade, öppna och fria att besvara. För att intervjun ska vara givande är ett noggrant urval av deltagare viktigt (37), i detta fall distriktssköterskeprofessioner vars uppdrag är hälsofrämjande och förebyggande omvårdnadsarbete. Som intervjuare är förmågor i kommunikation utan ledande frågor och styrande svar viktigt (38). Samtliga beskrivna delar är övervägda och beaktade av författarna.

Forskningsetiska överväganden

Tempus i stycket Författarna gjorde en avvägning av risk och nytta med studien med slutsatsen att det inte fanns risker för informanterna att medverka. Distriktssköterskornas integritet beaktades och i och med att deras erfarenheter togs tillvara synliggjordes aktuellt område, vilket visade på nyttan av undersökningen. Varje intervjutillfälle inleddes med att författaren muntligen för informanterna gick igenom forskningspersonsinformationens (bilaga 3) samtliga delar och eventuella frågor besvarades. Författarna informerade distriktssköterskorna om att deltagandet i studien var frivilligt och om möjligheten att informanterna när som helst under studiens gång hade möjlighet att avsluta sin medverkan, utan vidare förklaring, om sådant önskemål uppkom. Författarna arbetade genom studien för att upprätthålla respekten för distriktssköterskornas rättigheter och friheter, i enlighet med

lagen om etikprövning (SFS 2003:460) (40). De deltagande distriktssköterskornas personuppgifter skyddades i enlighet med personuppgiftslagen (SFS 1998:204), vilken avser att skydda människor mot att den personliga integriteten kränks (39). För att skydda informanternas identitet beslutade författarna att inte redovisa numerisk kod i anslutning till resultatets citat. Författarna samlade, för att uppfylla samtyckeskravet (41), in informanternas skriftliga samtycke i samband med intervjutillfället (bilaga 3). Vårdcentralsscheferna hade inför intervjun gett sitt skriftliga godkännande (bilaga 2) och även dessa formulär samlades in vid intervjutillfället, alternativt postades till en av författarna efter avslutad intervju. För att ge informanterna största möjliga konfidentialitet, i enlighet med den etiska principen om konfidentialitetskravet, förvarades allt material som hörde till studien utom tillgång för utomstående. Utöver författarna var det endast handledaren som hade möjlighet att ta del av materialet. Informanterna erbjöds att ta kontakt med författarna om de hade önskemål om att ta del av studiens resultat. Nyttjandekravet uppfylldes genom att allt material tillhörande studien endast användes i författarnas forskningssyfte (41).

Resultat

Ändrat tempus i resultatet till konsekvent presens I resultatet redovisas distriktssköterskornas erfarenheter av att bedriva hälsofrämjande och förebyggande omvårdnad i möten med patienter på vårdcentral. Analysen av intervjuerna resulterar i tre kategorier, åtta underkategorier och ett tema; se tabell 2. Resultatets tema presenteras inledningsvis, därefter kategorier och underkategorier. I samband med presentation av underkategorierna följer tillhörande citat, vilka är beskrivningar av distriktssköterskornas erfarenheter, tagna från intervjutillfällena. Citaten redovisas i kursiv stil för att tydligt påvisas.

Tabell 2. Översikt underkategorier, kategorier och tema

Underkategori	Kategori	Tema
<ul style="list-style-type: none"> • Patientens insikt om sitt hälsotillstånd • Patientens tilltro till sin egen förmåga • Patientens grad av motivation 	Att identifiera patientens förutsättningar	Att möta och stödja patienten förutsätter att distriktssköterskor får möjlighet att utföra den hälsofrämjande och förebyggande omvårdnaden
<ul style="list-style-type: none"> • Den unika individen • Den förtroendefulla relationen • Stödja till egenvård 	Att möta patienten utifrån ett personcentrerat förhållningssätt	

<ul style="list-style-type: none"> • Distriktssköterskors möjlighet att utföra de arbetsuppgifter som hör till professionen • Den hälsofrämjande och förebyggande omvårdnadens prioriteringsnivå inom vårdcentralen 	Att ha tid att möta patienten	
---	-------------------------------	--

Tema: Att möta och stödja patienten förutsätter att distriktssköterskor får möjlighet att utföra den hälsofrämjande och förebyggande omvårdnaden

Det formulerade temat, att möta och stödja patienten förutsätter att distriktssköterskor får möjlighet att utföra den hälsofrämjande och förebyggande omvårdnaden, sammanfattar innehållet i kategorierna och dess underrubriker. Resultatet redovisar att distriktssköterskorna lade stor vikt vid att identifiera patientens förutsättningar. Att möta och stödja patientens insikt om sitt hälsotillstånd, hens tilltro till sin egen förmåga samt grad av motivation blir utgångspunkt i den hälsofrämjande och förebyggande omvårdnaden. Distriktssköterskorna uttrycker hur mötet med patienten utgår ifrån ett personcentrerat förhållningssätt där den unika individen, den förtroendefulla relationen och stödjandet till egenvård, står i fokus. Distriktssköterskorna framhåller tiden som finns att tillgå för att möta patienten som begränsad. Distriktssköterskorna erfar att det hälsofrämjande och förebyggande arbetet kan få stå tillbaka för sedvanliga sjuksköterskearbetsuppgifter.

Att identifiera patientens förutsättningar

Distriktssköterskorna beskriver hur de når patienters förutsättningar i samtal. Genom dialog samlas information om patientens hälsa och rådande livssituation, inkluderat dennes sociala nätverk. Patientens berättelse bidrar till en mer samlad bild utifrån vilken distriktssköterskorna når information om varje patients individuella förutsättningar.

... men mycket utgår ifrån såhär basic, hur ser ditt liv ut, vad jobbar du med, mat, sömn, kost, motion, relationer, alltså så det är ju den grejen, man kan stå rätt bra på den basen...

Varje möte framstår som unikt och för att kunna identifiera den enskilde patientens förutsättningar behöver distriktssköterskorna gå in i varje möte med ett öppet sinne och vara flexibla i sina tillvägagångssätt vad gäller val av metod eller verktyg.

Patientens insikt om sitt hälsotillstånd

Variationen i hur mycket insikt patienter har om sitt ohälsotillstånd framhålls av distriktssköterskorna som stor. Patientens förmåga till insikt hänger nära samman med deras

self-efficacy och motivationsnivå. Att stödja en icke insiktsfull patient, som förnekar och eller bortförklarar sin ohälsa, blir utmanande för distriktssköterskan. Distriktssköterskor kan uppleva att patienter inte lyssnar och att distriktssköterskan då har otillräckliga strategier och verktyg att möta dessa patienter. En dialog med distriktssköterskan kan främja patientens möjlighet att nå insikt om sitt ohälsotillstånd. En insiktsfull patient kan ha lättare att lyssna till distriktssköterskans information och råd. Att ha insikt blir därmed utgångspunkt på vägen mot att återfå hälsa.

Ja insikt kring problemet, det e ju egentligen det som de ska komma till insikt med... så man får bolla, hur har det blivit såhär. Ja för det handlar om att få dem att tänka, jag kan inte sitta och säga vad som är fel, man får bolla tillbaka till dem, ställa rätt frågor å sådär...

Patientens tilltro till sin egen förmåga

Att patienten hittar sina egna resurser och sin egna kraft, stärker dennes möjlighet att på egen hand, med distriktssköterskans hälsofrämjande stöd, genomföra en livsstilsförändring. Patienternas tilltro till sin egen förmåga, deras self-efficacy, framstår i resultatet som individuell och kan variera från en patient till annan. Att stärka tilltron till sin förmåga hos patienter med många livsstilsproblem kan vara komplicerat. Extra utmanade kan det vara för distriktssköterskorna att stärka en patients tilltro att lyckas genomföra en livsstilsförändring om denne aldrig tidigare haft sunda livsstilsvanor. Patientens tilltro till sin egen förmåga är betydelsefull.

A jo men det är ju bra och det är ju sådant som är jätteviktigt att man laddar patienterna med, egen kunskap och tro på sig själva, att de faktiskt kan sköta enklare grejer själva

Nej, dom orkar inte göra förändring när dom är så långt nere på nåt sätt. Och har haft ett långt långt liv kanske, med dålig kost, uppväxt med dålig kost hemifrån.. så dom har jättesvårt att.. förändra.

Ja... jag tänker särskilt på en diabetespatient nu... som... det är ju väldigt utmanande ibland... Han... ja, han kör samma grej... Jag tror inte att det är... till slut kanske, det är ju svårt att ändra vanor...

I distriktssköterskornas berättelser framgår det tydligt att det förekommer socioekonomiska skillnader som kan ha inverkan på individen. Flera faktorer uttrycks kunna påverka patienters tilltro till sin egen förmåga att genomföra en förändring. Goda socioekonomiska förutsättningar verkar underlättande för patienten. Att ha tillräckligt med pengar att köpa hälsosam mat för samt att ha möjlighet att kunna genomföra fysisk aktivitet i en trygg utomhusmiljö, stärker patientens tilltro till sin egen förmåga. Patientens medicinska utgångsläge framstår som mindre viktigt om patientens tilltro till den egna förmågan är stark.

Distriktssköterskorna understryker självkänslans betydelse i den hälsofrämjande och förebyggande omvårdnaden.

Patientens grad av motivation

Det centrala tycker jag är att man ska försöka få med patienten... att.. till förändring. Att jag ska försöka motivera patienten.. att dom ska.. att dom vill, göra förändringen, att dem förstår vikten av att de ändrar sin livsstil.

Distriktssköterskornas berättelser handlar till stor del om att motivera patienterna. Att patienten är motiverad inför att genomföra en livsstilsförändring och att hen kan upprätthålla motivation genom hela förändringsresan, utgör betydande delar i distriktssköterskors omvårdnadsarbete. För att kunna vara mottaglig för information och för att kunna tillgodogöra sig kunskap för förändring krävs att patienten är motiverad. Motivation ses hos distriktssköterskorna som en inneboende kraft hos patienten och som för dem framåt. Graden av motivation kan variera. I många fall kan motivation delvis eller helt saknas, men motivationen kan ofta väckas till liv.

Patienter som etablerat en ny livsstilsvana kan bli tveksamma till om det nya levnadssättet är värt mödan, de riskerar då att falla tillbaka i gamla mönster. Distriktssköterskorna uttrycker att deras motiverande funktion finns med, inte bara inför och genom förändringen, utan så även efter att patienten påbörjat sin nya livsstil. Stödjande uppföljningsbesök med fokus på motivation är en viktig del i distriktssköterskors hälsofrämjande och förebyggande omvårdnad. Att motivera patienter framstår också som en naturlig del i distriktssköterskors patientmöten, oavsett om det gäller vid längre planerade besök eller i korta möten så som vid provtagning. Vid ett kort möte uttrycks de motiverande orden kunna "så ett frö", där patienten så småningom stärks i sin motivation att gå mot en hälsosammare livsstil. Distriktssköterskorna framhåller hur patienter kan uppnå motivation genom att de känner sig trygga i att de får rätt information och genom att tillgodogöra sig kunskap om sitt hälsotillstånd och kommande förändringsresa. Vid sidan av stödet från distriktssköterskan, utgör även familj och vänner en stödande funktion som blir motivatorer för patienten.

..och det räckte, det behövde inte va en halvtimme. Alltså det var inte så stor skillnad, man fick en tankeställare, man sådde fröet, man funderade.

Att möta patienten utifrån ett personcentrerat förhållningssätt

Den unika individen

Distriktssköterskornas hälsofrämjande och förebyggande omvårdnadsarbete utgår från den unika patienten. Patientens behov och förutsättningar blir utgångspunkten i omvårdnaden. Distriktssköterskorna beskriver hur de ser vad som behöver förändras hos varje patient men att de även lägger fokus på det friska. Därigenom belyses vilka resurser som den unika

patienten besitter. Var patienten befinner sig just nu blir avgörande för vilket stöd distriktssköterskan ska tillhandahålla genom förändringsprocessen.

När jag känner att det här, här behövs mycket mycket stöd. Och dom tar man ju tillbaka tättare. Dom kan man behöva ringa efter varje vecka i början..

Det gäller ju att hitta en balans för just den personen.

Ja, men det tycker jag är viktigt, att vi månar om varandras kompetens, att man ser som att vi är ett team och tillsammans så blir det att en plus en blir tre och så är det ju samma som sjukgymnasterna tar hjälp av oss så kan vi ta hjälp av dem och alla andra professioner också, det är ju en jätteviktig förutsättning.

Ett samarbete och en samverkan mellan olika vårdprofessioner är stödande i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet som utgår från individen.

Den förtroendefulla relationen

I skapandet av en förtroendefull relation mellan distriktssköterskan och patienten främjas en god dialog och ett samarbete mot patientens individuella mål. När ett förtroende finns kan en öppen dialog ske och distriktssköterskan känner sig då framgångsrik i sin roll i det hälsofrämjande och förebyggande omvårdnadsarbetet.

Men jag lägger mycket tid och energi på första besöket... och jag låter det ta den tid det tar, helt enkelt. Bara för att jag tycker att det är så viktigt att skapa en bra kontakt.

För att patienten ska kunna ta till sig distriktssköterskans stödande åtgärder och för att distriktssköterskan ska kunna vägleda patienten framåt, krävs att parterna är överens och litar på varandra. En av distriktssköterskorna talar om det personliga engagemangets betydelse. I en del fall kan distriktssköterskor tvivla på om patienten är sanningsenlig avseende sin beskrivning av sin livsstil, sin insikt och sin följsamhet till hälsomålen. I dessa fall tror distriktssköterskorna inte att ett förtroende finns och därmed kan inte förändring ske. Orsakerna kan för en del distriktssköterskor vara att personkemin dem emellan saknas, vilket är ett hinder. När förtroende finns kan det vara lättare för patienten att öppna sig och prata om känsliga frågor. En teknik att använda sig av i de fall där känsliga frågor kommer på tal kan vid tillfällen vara inslag av humor i dialogen.

Stödja till egenvård

Distriktssköterskorna framhåller patientens ansvarsdel i den hälsofrämjande och förebyggande omvårdnaden. Distriktssköterskorna vill arbeta stödande för att främja patienten till egenvård, vilket innebär att patienten aktivt behöver arbeta för en förändring. Genom individuellt anpassade egenvårdsråd kan patienten med stöd av distriktssköterskan etablera nya hälsosammare vanor. Stöd uttrycks kunna se olika ut och anpassas till den

enskilda individen. En del patienter kräver mer tid än andra. Distriktssköterskorna erfar att patienter med psykisk ohälsa kräver en större grad av stöd, med tätare kontakt och besök hos distriktssköterskan. En del patienter kan behöva mer tydlighet i samtalsdialoger. I andra fall blir lyssnandet det mest centrala. Distriktssköterskorna understryker vikten av att formulera individanpassade mål för egenvård. Hur lång tid den hälsofrämjande förändringsresan tar varierar och uttrycks kunna vara svårt att uppskatta vid start.

Att man försöker å symtomlindra å avvakta å på det sättet så kan man ju tänka att det har ju gagnat patienten ur ett hälsoperspektiv, att de slipper använda antibiotika och att de kan lära sig bättre egenvård för att kunna ta hand om sådana små lokala infektioner.

... har du en patient som aldrig rört på sig... du kan inte säga åt den personen att gå ut och gå en halvtimmes promenad eller gå till gymmet tre gånger i veckan. Nä, det kanske är att du ska börja gå en trappa och sen ta hissen resten... alltså de här små... vad kan fungera i din vardag.

Att ha tid att möta patienten

Distriktssköterskors möjlighet att utföra de arbetsuppgifter som hör till professionen

Samtliga distriktssköterskor framhåller svårigheten att, i den utsträckning de önskar, få bedriva hälsofrämjande och förebyggande arbete. Distriktssköterskors hälsofrämjande arbete prioriteras inte alltid av vårdcentralens ledning. Istället utför distriktssköterskor ofta allmänna sjuksköterskeuppgifter. Distriktssköterskorna efterfrågar gehör för sina önskemål om att få mer tid och ökade resurser till hälsofrämjande och förebyggande arbete. Det finns inte alltid möjlighet till uppföljningar i form av återbesök, när det skulle behövas. Önskvärda fysiska uppföljningsbesök ersätts ibland med telefonsamtal eller brev. Distriktssköterskor understryker vikten av kontinuitet i vårdkontakten med patienten. De framhåller patientgruppen med psykisk ohälsa som extra resurskrävande och att dessa kan ha ett behov av mer frekventa besök hos distriktssköterskan.

... både sjuksköterskor och distriktssköterskor gör ungefär samma grejer... vi roterar på samma positioner allihopa...

Väldigt många har väldigt svårt att se skillnaden mellan distriktssköterskor och sjuksköterska, man ser inte att distriktssköterskan är en specialistutbildad.

Den hälsofrämjande och förebyggande omvårdnadens prioriteringsnivå inom vårdcentralen

Det sätt som vårdcentralens ledning väljer att utforma verksamhetsarbetet på blir avgörande för i vilken utsträckning och på vilket sätt distriktssköterskans hälsofrämjande och förebyggande omvårdnad sker. Distriktssköterskor har inte alltid möjlighet till renodlade

inbokade hälsofrämjande samtal men distriktssköterskorna i studien är eniga om att dessa samtal sker i nästan varje möte.

Tiden finns inte... (tystnad). Det är tidsbristen som är problemet.

Det borde vara mer, man borde lägga mer tid på det. För man får ju inte glömma... alltså, det är ju inte som på sjukhus, att man bara fokuserar på att få patienten därifrån så fort som möjligt. Man tänker inte på varför patienten har kommit dit utan man försöker bara att göra det bästa... utan här ska man, vi ska ju förhindra sjukdomar.

... det är därför som jag vill bli distriktssköterska, för att jag vill ju, jag tycker ju om att motivera patienter, att göra så de blir mer, att få dem att må bättre. Själva tanken är jättekul, men sen i praktiken finns det inte alltid tid.

Diskussion

Metoddiskussion

Trovärdigheten i en kvalitativ studies resultat kan bedömas utifrån dess giltighet, tillförlitlighet, överförbarhet och delaktighet (42) vilket är taget i beaktande och beskrivet i metoddiskussionen.

Antal distriktssköterskor som intervjuades var åtta, verksamma på sex olika vårdcentraler. Samtliga var kvinnor i olika åldrar och med varierat antal yrkesverksamma år som distriktssköterskor. Överförbarhet kan ses som ett mått på hur väl resultatet i studien kan överföras till andra grupper (42). Studiens datamaterial, utifrån de åtta genomförda intervjuerna, är begränsat varför överförbarheten uppfattas vara begränsad. Vårdcentralerna i den västsvenska kommunen var både privata och offentliga och var situerade i socioekonomiskt olika områden. För studien ger det data om att dessa skillnader leder till olika utmaningar för distriktssköterskan i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Den geografiska spridningen kan därmed öka chanserna för ett varierat resultat. Trots skillnader i distriktssköterskornas ålder och arbetslivserfarenhet framkom mönster och likheter i deras erfarenheter av hälsofrämjande och förebyggande arbete, vilket stärker resultatet. Utifrån studiens resultat behöver antal år i yrket eller ålder inte innebära att distriktssköterskorna utför arbetet olika eller har varierande nivå på sitt intresse för detta. En svaghet kan vara studiens begränsning geografiskt, till att undersöka endast en kommun. Praktiska skäl som tid blev orsakande faktor för val av en kommun.

Att välja distriktssköterskor som arbetar hälsofrämjande och förebyggande just på vårdcentral är ett genomtänkt val som ger ytterligare styrka i resultatets överförbarhet (42). Författarna överlät till vårdcentralcheferna att välja ut distriktssköterskor till studien. För författarna underlättade detta men de ställer sig ändå frågande till om vårdcentralchefernas urval kan ha bidragit till ett annat utfall i resultatet. Det bortfall som angavs uttrycktes bero på tidsbrist. I de fall författarna fick en närmare förklaring hade tidsbristen sin orsak i att vårdcentralen för

närvarande hade ont om personal eller hög personalomsättning. Det hade varit intressant att få ta del av dessa distriktssköterskors erfarenheter för att se om deras tidsmässigt pressade arbetsförhållanden hade påverkat studiens resultat.

Hälsofrämjande och förebyggande omvårdnad är ett omfångsrikt ämne vilket ger en bred ingång, men har av författarna begränsats till en viss del, med det frågeformulär (bilaga 4) som låg till grund för intervjuerna. Hade frågorna ställts på annat sätt kan andra svar och områden ha berörts. Författarnas avsikt med att inte smalna ner syftet ytterligare var att distriktssköterskorna skulle känna sig friare i möjligheten att reflektera över sina erfarenheter. Författarna anser att syftet, som inriktades på hälsofrämjande och förebyggande omvårdnad i stort, kan ha inspirerat och uppmuntrat distriktssköterskorna till att berätta mer fritt och att resultatet därmed kan ha blivit innehållsrikare. Ett snävare mer specificerat syfte, där hälsofrämjande och förebyggande omvårdnad skulle ha kopplats till ett specifikt ohälsotillstånd eller utifrån ett specifikt verktyg eller en åtgärd, skulle kanske ha resulterat i kortare berättelser med mindre fria reflektioner. Författarna är tillfreds med metodvalet.

Giltigheten beskriver om det som avsetts undersökas har undersökts, hur pass korrekt resultatet står sig mot syftet (42). Genom att författarna redovisade citat från de ordagrant transkriberade intervjutexterna stärks analysens giltighet. Däremot är författarnas erfarenheter av att genomföra intervjustudier begränsade vilket kan ha påverkat studiens giltighet. Resultatets innehåll och författarnas avvägningar i metoden går att diskutera. Plats och tidpunkt för intervjuerna överläts till distriktssköterskorna för att underlätta för dem, vilket ses som en styrka i studien. Till viss del kan det dock ses som en svaghet, utifall att det skulle kunna vara svårt att få en ostörd samtalsmiljö eller att distriktssköterskorna eventuellt skulle kunna ha svårt att stänga ute den pågående verksamheten. Att bli intervjuad kan för en del människor upplevas som en stressad och anspänd situation i sig. Det kan påverka utgången i svar och skulle kunna innebära en svaghet för studien. Distriktssköterskorna uttryckte på olika sätt att de var tillfreds med sin medverkan i intervjuerna, vilket om sanningsenligt är styrka.

Eftersom intervjuerna transkriberades av intervjuaren i nära anslutning till genomförandet, samt lyssnades på upprepat antal gånger, stärks analysen och studiens validitet. Resultatets tillförlitlighet avspeglas i hur noggrann redogörelsen av studiens analysprocess är (42). I den här studien utfördes analysen av resultatet gemensamt vilket stärker dess tillförlitlighet. Ställningstaganden som görs under studiens gång kan innebära nackdelar för resultatets utgång, dock anses inte några sådana felaktigheter ha förekommit i valen genom metoddelen. Detta är ändå något som författarna framhåller viktigt att belysa, utifrån vetenskapsrådets forskningsetiska principer (42). Genom hela studien krävs ständiga avvägningar och aktiva val (41), vilket har underlättats av att studiens författare till antalet varit två.

Resultatdiskussion

Distriktssköterskorna uttrycker att deras uppgifter inte alltid skiljer sig åt från allmänsjuksköterskors, att specialistkompetensen distriktssköterska inte alltid tas tillvara. Detta är något som även en annan studie (17) belyser och som författarna anser är viktigt att understryka.

Hälsofrämjande och förebyggande omvårdnad, som är en central del i distriktssköterskans arbete, är en nationell angelägenhet. Om inte detta område uppmärksammas och prioriteras ytterligare riskerar det, utifrån studiens resultat, att i minskad utsträckning praktiseras samt gå miste om optimal utveckling. Distriktssköterskorna är överens om att hälsofrämjande och förebyggande omvårdnad kräver tid och att de återkommande saknar och efterfrågar sådan. Hälsofrämjande och förebyggande omvårdnad genomförs därför ofta i korta möten med patienter. Med tanke på distriktssköterskornas rådande arbetssituation och det antal patienter som dessa möter, får omvårdnaden ibland enbart praktiseras i korta möten. Författarna ser svårigheten i att kunna utföra hälsofrämjande och förebyggande omvårdnad i korta möten, tolkat utifrån hur distriktssköterskans kompetensbeskrivning (27) formulerar professionen. Att skapa en förtroendefull relation med patienter kräver tid, vittnar distriktssköterskorna i föreliggande studie om. Tid och resurser framgår i studien som en faktisk utmaning. Vad det är som skiljer distriktssköterskorna åt blir just dessa två val, avvägningar av hur de ser på tid och hur den ska utnyttjas.

Ledningens inställning till hälsofrämjande och förebyggande omvårdnadsarbete på vårdcentral framstår som betydelsefullt för distriktssköterskors praktiserande av omvårdnaden, vilket även understryks i forskning (13, 17). Att distriktssköterskorna har tillräckliga resurser, inkluderat tid blir avgörande. En av distriktssköterskorna talar om det personliga engagemanget. Utifrån resultatet uppfattar författarna att även ekonomi, organisation och arbetsmiljö på vårdcentralen påverkar distriktssköterskors utövande av hälsofrämjande och förebyggande omvårdnadsarbete. Författarna ser dessa faktorer som utmanande för distriktssköterskorna. Att samarbeta med och ta del av andra professioners kunskap erfar distriktssköterskorna underlätta omvårdnaden. En grundläggande faktor för praktiserande av hälsofrämjande och förebyggande vård, i samverkan med andra yrkeskategorier, är att ha en samstämmig syn på begreppet hälsa (43). Samverkan mellan olika instanser är en viktigt del, vilket styrks i såväl studier som lag och styrdokument (10, 11, 27, 33, 34). Distriktssköterskorna i föreliggande studie berättar att det skulle gynna den hälsofrämjande och förebyggande omvårdnaden om samverkan med andra professioner och verksamheter skulle utvecklas ytterligare. Samverkan visar sig i studien vara ett område som behöver utvecklas, både på individ- och samhällsnivå. Distriktssköterskors samverkan med andra yrkeskategorier inom området hälsofrämjande och förebyggande vård, föreslås som ett framtida forskningsområde.

Det är betydelsefullt att distriktssköterskor har förståelse för patienters grad av self-efficacy, anser författarna utifrån studieresultatet. Om patienten inte har någon tilltro eller endast en liten tilltro till sin förmåga att kunna genomföra en förändring, krävs ett större engagemang

hos distriktssköterskan för att stödja patienten till förändring. Ovanstående understöds i Banduras beskrivning av begreppet self-efficacy (23). Resultatet visar på hur detta arbete kan kräva distriktssköterskors resurser på flera sätt, både fysiskt och psykiskt. Forskning belyser (14, 15), som distriktssköterskorna i föreliggande studie erfar, att patienter som har mer komplexa hälsorelaterade problem, eller som har flertalet hälsoproblem, kan behöva det extra stödet. Författarna uppfattar dessa individer som mer utsatta och med en lägre grad av self-efficacy. Bandura framhåller att individens tilltro till sin förmåga har faktisk och praktisk betydande roll i förändringsprocessen (23). I studien framkommer, att ovan nämnda patienter med låg grad av self-efficacy, sällan har samma möjlighet till förändring, som individer med hög grad av self-efficacy. Distriktssköterskors hälsofrämjande och förebyggande omvårdnad i mötet med dessa patienter blir en utmaning som kan komma att behöva utvecklas vidare, anser författarna.

Genomgående i studieresultatet framhålls vikten av att distriktssköterskor utgår från den unika individen. Distriktssköterskorna i studien, liksom i aktuell forskning (20, 25), stödjer det personcentrerade förhållningssättet vid hälsofrämjande och förebyggande omvårdnad. Det visar sig i resultatet, att distriktssköterskornas sätt att arbeta utifrån det personcentrerade förhållningssättet, har stora likheter. Distriktssköterskorna erfar att individer med flera hälsoproblem kan behöva mer tid, i form av exempelvis återkommande distriktssköterskebesök på vårdcentralen. Distriktssköterskorna framhåller att patienters grad av motivation inverkar på viljan att genomföra livsstilsförändringar. Motivation ses som en inre kraft hos människan (23, 24, 26), vilket även studiens distriktssköterskor framhåller. Distriktssköterskors berättar om hur det personcentrerade förhållningssättet verkar underlättande i etablerandet av en förtroendefull relation. I ett sådant möte kan individens unika förmågor tas tillvara. Hos de som saknar motivation kan en god relation underlätta för patienter att återfå motivation. Återigen blir tiden här aktuell, anser författarna. En relation kan skapas i det korta mötet, vittnar distriktssköterskorna om. Dock kan tid och resurser behövas i större utsträckning, och i de fall dessa saknas kan mötens genomförande försvåras.

När förutsättningarna och det tidsmässiga utrymmet för distriktssköterskornas hälsofrämjande och förebyggande omvårdnadsarbete blir otillräckliga menar författarna att risken för bland annat möjlighet till fortbildning och kompetensutveckling minskar. Vidare framkommer i studien att en icke utvecklande miljö påverkar distriktssköterskors arbete liksom deras intresse för den hälsofrämjande och förebyggande omvårdnaden. Det här ger följder hos den individuella distriktssköterskan men även för verksamheten, vilket kan drabba patienten och påverkar samhället i negativ riktning. Patienter framhålls behöva distriktssköterskors stöd och vägledning (31). Distriktssköterskor har ett intresse och en önskan av att få mer tid och utrymme för detta arbete, vilket tydligt framgår i föreliggande såväl som tidigare studier (12, 17, 44). Tid och resurser är av stor betydelse för det hälsofrämjande och förebyggande omvårdnadsarbetet (11, 12, 35).

Det presenterade resultatet bygger på distriktssköterskornas egna utsagor och det vore intressant att se om en fördjupad förståelse för deras arbete skulle vara möjlig att nå genom att göra arbetsplatsobservationer, ett förslag till vidare forskning.

Slutsats

Distriktssköterskors hälsofrämjande och förebyggande omvårdnad är betydelsefull, både för den enskilde individen och för folkhälsan. Detta behöver ytterligare uppmärksammas, på organisatoriska nivåer inom både landsting och vårdcentraler. Distriktssköterskorna i föreliggande studie berättar om sina erfarenheter av att bedriva hälsofrämjande och förebyggande omvårdnad i möten med patienter på vårdcentral, och hur det kan handla om att just få tillräcklig möjlighet att bedriva sådan omvårdnad. Distriktssköterskors möten med patienter, i den hälsofrämjande och förebyggande omvårdnaden på vårdcentraler, behöver få utrymme och resurser som står i proportion till dagens samhälle där livsstilssjukdomar blir allt vanligare. Att distriktssköterskor inte alltid ges tillräcklig möjlighet att bedriva hälsofrämjande och förebyggande omvårdnad är ett problem som är viktigt att synliggöra.

Referenslista

1. World Health Organization. Health topics: Risk factors 2016 [hämtad 2016-10-22]. Tillgänglig från: http://www.who.int/topics/risk_factors/en/.
2. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsan i Sverige : årsrapport 2014. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2014.
3. Socialstyrelsen. Så kan sjukvården förebygga sjukdom: en inspirationsskrift för beslutsfattare i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
4. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 - Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Stöd för styrning och ledning. Stockholm Socialstyrelsen; 2011.
5. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer – Utvärdering 2014 Sjukdomsförebyggande metoder: Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Västerås 2015.
6. World Health Organization. Health promotion: The Ottawa Charter for Health Promotion 2016 [uppdaterad 2016; hämtad 2016-10-17]. Tillgänglig från: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.
7. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsan i Sverige 2016 : årlig rapportering. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2016.
8. Socialstyrelsen. Primärvårdens uppdrag: en kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016. Tillgänglig från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20066/2016-3-2.pdf>.
9. Socialstyrelsen. Vårdval [hämtad 2016-10-17]. Tillgänglig från: <http://www.socialstyrelsen.se/effektivitet/vardirimligtid/vardval>.
10. Goodman C, Davies SL, Dinan S, Tai SS, Iliffe S. Activity promotion for community-dwelling older people: a survey of the contribution of primary care nurses. *British Journal of Community Nursing*. 2011;16(1):12-7.
11. Keleher H, Parker R. Health promotion by primary care nurses in Australian general practice. *Collegian*. 2013;20(4):215-21.
12. Puig Ribera A, McKenna J, Riddoch C. Attitudes and practices of physicians and nurses regarding physical activity promotion in the Catalan primary health-care system. *European journal of public health*. 2005;15(6):569-75.
13. Maijala V, Tossavainen K, Turunen H. Health promotion practices delivered by primary health care nurses: Elements for success in Finland. *Applied Nursing Research*. 2016;30:45-51.
14. Rubio-Valera M, Pons-Vigues M, Martinez-Andres M, Moreno-Peral P, Berenguera A, Fernandez A. Barriers and facilitators for the implementation of primary prevention and health promotion activities in primary care: a synthesis through meta-ethnography. *PloS one*. 2014;9(2):e89554.
15. Moreno-Peral P, Conejo-Ceron S, Fernandez A, Berenguera A, Martinez-Andres M, Pons-Vigues M, et al. Primary care patients' perspectives of barriers and enablers of primary prevention and health promotion-a meta-ethnographic synthesis. *PloS one*. 2015;10(5):e0125004.
16. Östlund AS, Wadensten B, Kristofferzon ML, Häggström E. Motivational interviewing: experiences of primary care nurses trained in the method. *Nurse education in practice*. 2015 Mar;15(2):111-8.
17. Wilhelmsson S, Lindberg M. Health promotion: facilitators and barriers perceived by district nurses. *International Journal of Nursing Practice*. 2009;15(3):156-63.

18. Johansson H, Stenlund H, Lundstrom L, Weinehall L. Reorientation to more health promotion in health services - a study of barriers and possibilities from the perspective of health professionals. *Journal of multidisciplinary healthcare*. 2010 Nov 26;3:213-24.
19. Socialstyrelsen. MI (Motiverande samtal) [hämtad 2016-10-17]. Tillgänglig från: <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialarbete/motiverandesamtal>.
20. Alharbi TS, Ekman I, Olsson LE, Dudas K, Carlström E. Organizational culture and the implementation of person centered care: Results from a change process in Swedish hospital care. *Health Policy*. 2012;108(2/3):294-301.
21. Orem DE. *Nursing: concepts of practice*. 6 uppl. St. Louis: Mosby; 2001.
22. Bandura A. Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology & Health*. 1998 1998/07/01;13(4):623-49.
23. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*. 1977 Mar;84(2):191-215.
24. Miller WR, Rollnick S. *Motiverande samtal: att hjälpa människor till förändring*. Stockholm: Natur & kultur; 2013.
25. Lor M, Crooks N, Tluczek A. A proposed model of person-, family-, and culture-centered nursing care. *Nursing Outlook*. 2016;64(4):352-66.
26. Maslow AH, Frager R. *Motivation and personality*. New York: Harper & Row; 1987.
27. Distriktssköterskeföreningen i Sverige. *Kompetensbeskrivning: Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska*. 2008 [hämtad 2016-10-22]. Tillgänglig från: <http://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar/publikationer/distriktsskoterska.kompbeskr.webb.pdf>.
28. World Health Organization. WHO definition of Health [uppdaterad 2003; hämtad 2016-10-16]. Tillgänglig från: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>.
29. Folkhälsomyndigheten. 2. Ekonomiska och sociala förutsättningar 2016 [hämtad 2016-10-17]. Tillgänglig från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/folkhalsans-utveckling-malomraden/ekonomiska-och-sociala-forutsattningar/>.
30. Folkhälsomyndigheten. Hälsa i olika grupper [hämtad 2016-10-22]. Tillgänglig från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/halsa-i-olika-grupper/>.
31. Hornsten A, Lindahl K, Persson K, Edvardsson K. Strategies in health-promoting dialogues-primary healthcare nurses' perspectives-a qualitative study. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2014 Jun;28(2):235-44.
32. Loon MSK-v, van Dijk-de Vries A, van der Weijden T, Elwyn G, Widdershoven GAM. Ethical issues in cardiovascular risk management: Patients need nurses' support. *Nursing Ethics*. 2014;21(5):540-53.
33. International Council of Nurses. *The ICN Code of Ethics for Nurses*. Genève: International Council of Nurses; 2012 [hämtad 2016-10-21]. Tillgänglig från: http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf.
34. *Hälso- och sjukvårdslag (SFS 1982:763)*. Stockholm: Socialdepartementet.
35. Brobeck E, Bergh H, Odencrants S, Hildingh C. Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. *Journal of clinical nursing*. 2011;20(23/24):3322-30.

36. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
37. Kvale S, Brinkmann S, Torhell S-E. Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur; 2009.
38. 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.
39. Personuppgiftslag (SFS 1998:204). Stockholm: Justitiedepartementet.
40. Lag (SFS 2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
41. Vetenskapsrådet. Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. 2007. Tillgänglig från: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>.
42. Grankär M, Höglund-Nielsen B. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. Lund: Studentlitteratur; 2012.
43. Johansson H, Weinehall L, Emmelin M. "It depends on what you mean": a qualitative study of Swedish health professionals' views on health and health promotion. BMC health services research. 2009 Oct 21;9:191.
44. Nymberg P, Drevenhorn E. Patients' experience of a nurse-led lifestyle clinic at a Swedish health centre. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2016;30(2):349-55.



SAHLGRENKA AKADEMIN

Bilaga 1

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

Proprefekt Carina Sparud Lundin

Besöksadress: Arvid Wallgrens Backe 1

Postadress: Box 457, 405 30 Göteborg

Telefon: +46 31 786 6389

E-post: carina.s-lundin@fhs.gu.se

INFORMATION OM EXAMENSARBETEN

2016-09-02

1 / 2

Vårdenhetschefer inom Västra
Götalandsregionen

Studenters examensarbete på avancerad nivå

Vid institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborg universitet ingår ett examensarbete på avancerad nivå inom specialistsjuksköterske- och barnmorskeprogrammet, samt fristående kurser som leder till magister och masterexamen. Arbetet omfattar 15 högskolepoäng och är en kurs inom ramen för en akademisk yrkesexamen. Examensarbetet ligger även till grund för en generell magisterexamen i huvudområdet omvårdnad. En magister- alternativ masterexamen kan också erhållas efter genomgång av erforderliga fristående kurser.

Examensarbetet kan utgöras antingen av ett empiriskt projekt med datainsamling, en projektplan vars genomförande prövas i en pilotstudie, eller som ett delarbete i ett etablerat forsknings- eller verksamhetsutvecklingsprojekt. Datainsamling kan komma att ske i vårdverksamheten och för specialistutbildningen i anslutning till studenternas verksamhetsförlagda utbildning (VFU) inom valt program.

Lag om etikprövning av forskning (2003:460) innehåller bestämmelser om etikprövning av forskning som avser människor och biologiskt material från människor. I lagen definieras forskning som vetenskapligt experimentellt eller teoretiskt arbete för att inhämta ny kunskap och utvecklingsarbete på vetenskaplig grund, *dock inte sådant arbete som utförs inom ramen för högskoleutbildning på grund- eller på avancerad nivå*. Examensarbeten på avancerad nivå omfattas inte av etikprövning och därför krävs inte tillstånd av etikprövningsnämnd. Det innebär dock inte att de forskningsetiska frågorna lämnas därhän. Utifrån tydliga lärandemål gör studenterna forskningsetiska överväganden och skriver en forskningspersonsinformation enligt centrala etikprövningsnämndens riktlinjer. Såväl forskningsetiska överväganden som forskningspersonsinformation (FPI) diskuteras på seminarium och godkänns av handledare för examensarbetet.

Studenter som genomför ett empiriskt examensarbete skall lämna en FPI till tilltänkta deltagare, vanligen i samband med muntlig information. De forskningspersoner som väljer att delta i studien lämnar muntligt samtycke. Att delta i en studie är frivilligt och deltagandet kan när som helst avbrytas utan att forskningspersonen behöver förklara varför.

I de fall där examensarbetet är en del av ett pågående forskningsprojekt skall studenten uppvisa beslut från etikprövningsnämnden.

Med vänliga hälsningar

Carina Sparud Lundin



SAHLGRENSKA AKADEMIN

Verksamhetschefens godkännande

I egenskap av verksamhetschef samtycker jag härmed till att Malin Jacobsson och Jenny Jonsson, distriktssköterskestudenter vid Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs Universitet, ges tillåtelse att ta kontakt med distriktssköterskor på vårdcentralen inom verksamhetsområdet där jag arbetar. Detta för att genomföra sin studie vars syfte är att genom intervjuer undersöka distriktssköterskors erfarenheter av hälsofrämjande omvårdnadsarbete i mötet med patienter som söker primärvård.

Ort och datum

Verksamhetschef, namnunderskrift

Verksamhetschef, namnförtydligande



SAHLGRENSKA AKADEMIN

FORSKNINGSPERSONSINFORMATION

Bakgrund och syfte

Att alla människor, oavsett sjukdom och ohälsotillstånd, ska uppnå hälsa och välbefinnande, är utgångspunkten för hälsofrämjande omvårdnad. En huvuddel i distriktssköterskors arbete är att utföra hälsofrämjande omvårdnad utifrån ett personcentrerat synsätt, där patienten genom stöd och vägledning når motivation i riktning mot en god hälsa. Syftet med studien är att undersöka distriktssköterskors erfarenheter av hälsofrämjande omvårdnadsarbete i mötet med patienter som söker primärvård.

Deltagande i studien

Studien genomförs med distriktssköterskor som arbetar inom primärvård i Göteborgs stad. Vi är intresserade av att få ta del utav dina erfarenheter av att arbeta hälsofrämjande i mötet med patienter. Din verksamhetschef är kontaktad och har godkänt att intervjun med dig får ske på din arbetsplats.

Tillvägagångssätt

Vi utför intervjun på din arbetsplats och överenskommer tillsammans om en tid som passar dig. Vi ljudinspelar intervjun, som beräknas att ta ungefär 30-60 minuter. Resultatet av intervjun blir del i ett examensarbete på avancerad nivå vid Göteborgs Universitet.

Risk med att delta?

Vi kan inte se att studien skulle kunna innebära något risktagande från din sida.

Fördel med att delta?

Studiedeltagandet ger dig en möjlighet att reflektera över ditt dagliga arbete och därigenom föra fram din åsikt. Genom att delta i den här studien kan du bidra till att ämnet beskrivs och synliggörs på ett sätt som kan leda till kunskap, inspiration och ytterligare forskning.

Sekretess och hantering av material

Dina personuppgifter avkodas och skyddas i enlighet med personuppgiftslagen (1998:204). Förvaring av ljudinspelning och utskrift av intervjun förblir konfidentiell och materialet kasseras efter avslutad studie.

Information om studiens resultat

Du är välkommen att höra av dig till oss om du vill ha ett exemplar av den färdigställda studien.

Frivillighet

Din medverkan i studien är frivillig. Du kan när som helst välja att avbryta Din medverkan utan vidare förklaring.

Ansvariga för studien

Malin Jacobsson Distriktssköterskestudent Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa Göteborgs Universitet malin.cecilia@live.se 0739-775541	Jenny Jonsson Distriktssköterskestudent Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa Göteborgs Universitet jen.jonsson@hotmail.com 0706-385522	Eva Lidén Universitetslektor och handledare Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa Göteborgs Universitet eva.liden@gu.se
--	--	--

Ditt samtycke som deltagande i studien

Jag har efter mottagande av muntlig och skriftlig information fått möjlighet att ställa frågor som jag fått besvarade. Härmed ger jag mitt samtycke till deltagande i den här studien, med syfte att undersöka distriktssköterskors upplevelser av sitt hälsofrämjande omvårdnadsarbete i mötet med patienter som söker primärvård.

Ort och datum

Namnunderskrift

Namnförtydligande

Intervjuguide

Demografiska frågor

Vilken ålder har du?

Hur länge har du arbetat som distriktssköterska?

Hur länge har du arbetat som distriktssköterska på vårdcentral?

Hur länge har du arbetat på den här vårdcentralen?

Inledande frågor

Hur vanligt är det att du träffar patienter där du kan praktisera hälsofrämjande arbete?

Vad upplever du som distriktssköterska vara centralt i ett hälsofrämjande omvårdnadsarbete?

Vilken betydelse upplever du att ditt hälsofrämjande arbete har i mötet med patienter?

Kan du beskriva hälsofrämjande möten som du som distriktssköterska har haft med patienter?

Vilka utmaningar upplever du att det finns för dig som distriktssköterska i det hälsofrämjande arbetet vid mötet med patienter?

Följdfrågor

Kan du ge exempel?

Vill du utveckla detta?

På vilket sätt?

Hur upplevde du det?

Önskar du tillägga något?