



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV  
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

---

# Distriktssköterskors erfarenheter av samt förutsättningar till preventivt arbete

- En intervjustudie

Linda Andersson och Frida Hellgren

2018

Examensarbete, Avancerad nivå (yrkesexamen), 15 hp  
Omvårdnad  
Specialistsjuksköterskeprogrammet, inriktning distriktssköterska  
Examensarbete inom distriktssköterskans kunskapsområde, 15 hp

Handledare: Ann-Sofi Östlund  
Examinator: Ingela Enmarker

---

## Sammanfattning

*Bakgrunden* till studien var att i takt med en ökad kunskap om att en stor andel sjukdomar går att påverka med förändrad livsstil ökar kraven på hälso- och sjukvårdspersonalen att kunna motivera patienter att förändra levnadsvanor. *Syftet* med studien var att beskriva distriktssköterskors erfarenheter av samt vilka förutsättningar de har till att arbeta preventivt inom det dagliga arbetet i primärvården. *Metoden* för studien var kvalitativ studie med deskriptiv design. Semistrukturerade intervjuer genomfördes med öppna frågor och tio distriktssköterskor inom primärvården deltog. Intervjuerna analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. *Huvudresultatet* som framkom i studien var att deltagarna försökte arbeta preventivt i allt de gjorde, att det var något som fanns inom dem och att det var primärvårdens huvudsyfte. Det preventiva arbetet försvårades med att deltagarna inte hade tid eller resurser för utförandet. Något mer deltagarna beskrev försvårade det preventiva arbetet var när patienten inte var motiverad till livsstilsförändringar eller att deltagarna blev begränsade i att de upplevde att ämnet var känsligt att ta upp. För att underlätta det preventiva arbetet önskade deltagarna i studien mer utbildning för att öka kompetensen och höll dem uppdaterade. En osäkerhet framkom gällande arbetsrutiner för preventivt arbete då deltagarna inte alltid visste vilka arbetsrutiner som gällde, vart de kunde hitta dessa samt att de inte följdes. *Slutsatsen* är att deltagarna i studien beskrev hur de arbetade preventivt i allt de gjorde men det hanns inte med p.g.a. tids- och resursbrist. Till följd av otydliga arbetsrutiner arbetade inte deltagarna på samma sätt.

**Nyckelord:** Distriktssköterska, erfarenhet, förutsättning, prevention, primärvård

## **Abstract**

*The background* to the study was that, as an increased knowledge of the fact that a large proportion of illnesses can change with a changing lifestyle, the requirements of healthcare professionals increase the ability to motivate patients to change living habits. *The aim* of the study was to describe district nurses experiences of and the preconditions they have to work preventively in the daily work of primary care. *The method* of the study was qualitative study with descriptive design. Semi-structured interviews were conducted with open questions and ten district nurses participated. The interviews were analyzed using qualitative content analysis. *The results* found in the study was that the participants attempted to work preventively in everything they did, that there was something within them and that it was the primary purpose of primary health care. Preventive work was complicated by the lack of time or resources for the participants. Something more that the participants described as hard was when the patient was not motivated for lifestyle changes or that the participants were restricted in experiencing that the subject was sensitive. In order to facilitate preventive work, the participants in the study wanted more education to increase their skills and keep them updated. An uncertainty arose regarding work routines for preventive work, as participants did not always know which work routines were relevant, where they could find them and that they were not followed. *The conclusion* is that the participants in the study described how they worked preventively in everything they did but they couldn't do it because of time and resource shortage. Due to unclear work routines, the participants did not work the same way.

**Keywords:** District nurse, experience, prerequisite, prevention, primary health care

## Innehållsförteckning

Introduktion .....	1
Prevention .....	1
Primärvårdens uppdrag .....	2
Arbetsrutiner, lagar och riktlinjer .....	2
Distriktssköterskan .....	3
Verktyg och redskap för preventivt arbete .....	4
Tidigare forskning .....	5
Teoretisk koppling .....	6
Problemformulering .....	7
Syfte .....	8
Frågeställning .....	8
Metod .....	8
Design .....	8
Urvalsmetod och undersökningsgrupp .....	8
Datainsamlingsmetod .....	9
Tillvägagångssätt .....	9
Dataanalys .....	10
Forskningsetiskt övervägande .....	11
Resultat .....	12
Preventivt arbete i det dagliga arbetet på hälsocentralen .....	13
Hur preventivt arbete utförs .....	13
Varför preventivt arbete utförs .....	14
Svårigheter med preventivt arbete .....	14
Patientens motivation- och kognitionsnivå .....	14
Brister hos distriktssköterskan .....	15
Organisatoriska orsaker .....	16
Faktorer som underlättar preventivt arbete .....	16
Samarbete med andra professioner .....	17
Att ha rätt förutsättningar .....	17
Distriktssköterskans arbetssätt .....	18
Verktyg .....	19
Arbetsrutiner för det preventiva arbetet .....	19
Finns brister i arbetsrutinerna .....	19
Avsaknad av arbetsrutiner .....	20
Följsamhet av arbetsrutiner .....	21
Diskussion .....	21
Huvudresultat .....	21
Resultatdiskussion .....	21
Metoddiskussion .....	25
Giltighet .....	25
Tillförlitlighet .....	26
Överförbarhet .....	27
Kliniska implikationer för omvårdnad .....	27
Förslag till fortsatt forskning .....	27
Slutsats .....	28
Referenser: .....	29

## **Introduktion**

I och med att det finns en ökad kunskap om att en stor andel sjukdomar går att påverka med en förändrad livsstil ökar det förväntningarna och kraven på hälso- och sjukvårdens personal att kunna motivera patienter till förändrade levnadsvanor.

## **Prevention**

Det som bidrar mest till den samlade sjukdomsördan i Sverige är tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Två tredjedelar av alla män och hälften av alla kvinnor har idag minst en ohälsosam levnadsvana. De flesta av dem som har en ohälsosam levnadsvana vill göra en förändring och många av dessa vill ha hjälp för att kunna göra en förändring. De flesta av befolkningen är därför positiv till att vårdpersonalen diskuterar levnadsvanor med dem när de tar kontakt med vården och att de får stöd till en livsstilsförändring istället för att starta en läkemedelsbehandling (1).

Prevention omfattar både förebyggande av sjukdom samt främjande av hälsa. Dessa är två grundpelare i folkhälsoarbetet och är därför betydelsefulla. Preventivt arbete delas in i tre olika stadier, som är primär, sekundär och tertiär prevention. Primär prevention innebär att förebygga sjukdomsorsaker innan sjukdom hos individen har uppstått, sekundär prevention innebär att förebygga återinsjuknande hos den redan sjuke samt tertiär prevention innebär att förbättra livskvalitén och förhindra funktionshinder och försämring av sjukdom hos den redan sjuke (2).

Sunda levnadsvanor kan enligt World Health Organization (WHO) förebygga 80% av alla kranskärslsjukdomar och stroke samt 30% av all cancer. Att ha hälsosamma levnadsvanor kan även förebygga eller fördröja utvecklingen av typ 2-diabetes. En individ kan leva i genomsnitt 14 år längre om de inte röker, äter hälsosamt, är fysiskt aktiv och har en måttlig alkoholkonsumtion jämfört med de som har ohälsosamma levnadsvanor. De flesta länderna upplever en förändring i samhället som ett resultat av befolkningstillväxt och urbanisering tillsammans med miljöförändringar. På grund av dessa förändringar krävs det nya metoder för att ta itu med de bredare hälsfaktorerna. Där har primärvården en avgörande roll för att förbättra prevention. Det finns ett brådskande behov av att rikta hälso-och sjukvården till att arbeta mer hälsofrämjande och bygga upp sin kapacitet till att främja hälsa. Exempel som WHO anger för att kunna

uppnå detta är att utveckla nya och innovativa sätt att säkerställa en hållbar finansiering, att ha korrekta och uppdaterade arbetsrutiner för prevention samt utbildning (1, 3).

### **Primärvårdens uppdrag**

Primärvården ska enligt 5 § i Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) som en del i den öppna vården utan avgränsning när det gäller ålder, sjukdomar eller patientgrupper svara för behovet av grundläggande medicinsk behandling, förebyggande arbete, omvårdnad och rehabilitering. Det ska inte kräva sjukhusets resurser, medicinska och tekniska eller annan särskild kompetens. Förutom 5§ i Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) finns det inte någon lagstadgad definition av primärvårdens uppdrag. Innehållet i primärvårdensuppdraget kan påverkas av regionens egna bedömningar av vilka insatser som kräver sjukhusens resurser, tekniska- och medicinska resurser, eller annan särskild kompetens. Kommunalt självstyre gör det även möjligt och ger en frihet för regionen att bestämma hur hälso- och sjukvården ska organiseras (4). I Region Gävleborgs basuppdrag beskrivs att det ligger ett stort ansvar för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete och insatser där hälsocentraler har en betydande roll. Det beskrivs även att arbetet tar tid och kräver förståelse och acceptans i verksamheten. All hälso- och sjukvårdspersonal på hälsocentralerna ska erbjuda patienterna förebyggande åtgärder och vara en del i patientmötet. Enligt Region Gävleborg ska hälso- och sjukvården arbeta förebyggande enligt nationella riktlinjer för förebyggande metoder (5).

### **Arbetsrutiner, lagar och riktlinjer**

Den som vänder sig till hälso- och sjukvården ska ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdomar eller skador enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (6). I lagen beskrivs att hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa. Lagen beskriver även att den personal, lokal och utrustning som behövs ska finnas för att kunna ge en god vård. Socialstyrelsen (2015) införde 2011 nya riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder (1) som många regioner idag arbetar med att införa, men regionerna har kommit olika långt i att införa dessa riktlinjer. Vissa regioner har precis påbörjat medan andra regioner har kommit längre. För att fler patienter ska kunna få hjälp till en förändring krävs det att hälso- och sjukvården utvecklar sitt interna arbetssätt, ökar medarbetarnas kompetens och ger dem bättre förutsättningar att arbeta med rådgivning kring levnadsvanor (1).

Utvärderingar som Socialstyrelsen (2015) har utfört visar att regionerna har övergripande styrdokument samt mål för en hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Där syns även att i nästan alla regioner ingår arbete med levnadsvanor i både primärvårdens och specialistvårdens uppdragsbeskrivningar. Mer än hälften av hälso- och sjukvårdspersonalen upplever att det saknas tydliga rutiner för det preventiva arbetet. Många regioner har prestationsbaserade ersättningar, särskilt inom primärvården, för att åtgärderna ska genomföras. Trots dessa satsningar visar utvärderingar att de flesta av vårdpersonalen anser att de arbetar med preventivt arbete i liten eller mycket liten utsträckning. Det största hindret som anges är tidsbrist enligt läkare och sjuksköterskor. De flesta som arbetar inom vården anser att preventivt arbete är ett viktigt ämne att arbeta med och att de skulle vilja arbeta mer med det än vad de gör idag (1).

Hälso- och sjukvården kan enligt Socialstyrelsen (2015) förbättra det sjukdomsförebyggande arbetet genom att fortsätta införa riktlinjer (1). Vårdprogram och arbetssätt behöver utvecklas och säkerställas att de är kända och följs i verksamheterna. Vårdpersonalen behöver även få tillräckliga förutsättningar i form av kunskaper och resurser. Dokumentationen av de med ohälsosam levnadsvana behöver förbättras och det är sällan dokumenterat vilka åtgärder som satts in. I en kvantitativ studie från Sverige (7) som utfördes över två år för att bedöma framstegen av införandet av Socialstyrelsens nationella riktlinjer 2011 framkom det att endast 58 procent av sjuksköterskorna använde sig av riktlinjerna. Sjuksköterskorna betraktade riktlinjerna som ett stöd i deras arbete och med tiden sågs att användning av metoder för att ändra livsstilsvanor ökade (7).

### **Distriktssköterskan**

I dag är distriktssköterskan verksam inom region, kommun och privata sektorn. I regionen arbetar distriktssköterskan på hälsocentral med egen mottagningsverksamhet och arbetar med att bedöma behov av hälso- och sjukvård, insatser av omsorg och medicinsk behandling. Det som ligger i grunden för distriktssköterskans arbete är möten med människor i alla åldrar samt olika hälso- och sjukvårdstillstånd. I distriktssköterskans kompetens och förmåga ingår det att stärka patienten till en god hälsa genom ett hälsofrämjande synsätt. I kontakten med patient och anhöriga ska förebyggande och hälsofrämjande aspekter integreras. I Distriktssköterskans förmåga och färdigheter ingår att tillsammans med patienten analysera och bedöma behov av

hälsofrämjande och förebyggande arbete inklusive hälsoundersökningar och vaccinationer. Distriktssköterskan ska bedöma och analysera patientens behov av kunskap, utbildning och information för att främja hälsa (8).

Kompetensen hos distriktssköterskan ska innefatta förmågan att tillsammans med patienten självständigt utföra och utvärdera information, råd och undervisning till individ eller till grupp på mottagning, i hemmet eller via telefon. Ha fördjupade kunskaper för att uppmärksamma behovet av samt initiera träning och aktivitet. Arbetet ska utföras självständigt och analysera stödjande insatser och/eller använda motiverande samtal. Distriktssköterskan ska ha förmågan och kunskapen att vid rådgivningens etiska dilemma uppnå en balans mellan hälsofrämjande omsorg och att aktivt uppmuntra patientens självbestämmande. Inom pedagogik och ledarskap ska distriktssköterskan kunna förstå vad som påverkar lärandet och vilken nivå utbildningsbehovet ligger på hos individ- eller gruppnivå. Distriktssköterskan ska även kunna använda sig av tekniker som gör att patientens beslutfattande och makt stärks samt ha en kunskap om kommunikation och samtalsmetodik för att i dialog med individen kunna handleda och ge stöd (8).

### **Verktyg och redskap för preventivt arbete**

Socialstyrelsens nationella riktlinjer (1) fokuserar på nyckelområden för hälso- och sjukvårdens arbete med att förebygga ohälsa och dessa är: tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Det finns tre rådgivningsnivåer för samtal om ohälsosamma levnadsvanor: Enkla råd, rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal. Motiverande samtal (MI) är en metod som kan användas vid rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal och innebär motiverande strategier för att starta en förändringsprocess hos patienten. Rådgivaren ska ha ett särskilt förhållningsätt, ett reflektivt lyssnande och kommunikationsfärdigheter. Ett MI-samtal är personcentrerat och målinriktat med en styrande och guidande metod där patientens syn på sin situation och sina levnadsvanor är i fokus. Rådgivarens mål i rådgivningen är att locka fram patientens motivation till livsstilsförändring utifrån patientens egna takt och villkor. Detta görs genom frågor som fokuserar på att få patienten att utforska en förändring och genom att uppmärksamma och förstärka det patienten säger i rätt riktning. Ett MI-samtal handlar om att stärka patientens egna inre motivation till förändring och rådgivaren hjälper patienten bli medveten om ambivalens



och osäkerhet som oftast finns kopplad till levnadsvanor. Detta kan vara ett hinder för förändring och att tydliggöra detta möjliggör att patienten gör livsstilsval i rätt riktning. När ett beslut väl är fattat stödjer rådgivaren patienten i målsättning och skapande av handlingsplan (1, 9). I två kvalitativa studier från Sverige (10, 11) beskrev distriktssköterskorna att MI var en användbar metod för att underlätta arbetet med patienter som behöver livsstilsförändringar. Resultatet visade i den ena studien (10) att MI var ett värdefullt verktyg för distriktssköterskorna i hälsofrämjande praxis. Den andra studien (11) beskrev brist på utbildning i MI, stöd och intresse för att använda metoden och lämpliga arbetsuppgifter var faktorer som bidrog till att sköterskorna i primärvården inte använde sig av MI.

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister och kan användas som ett verktyg för att stödja vårdprevention och prevention av äldre. Arbetssättet och omsorgsprocessens steg i senior alert är att identifiera, analysera och förebygga risker samt orsaker för fall, trycksår, undernäring, ohälsa i munnen och problem med blåsdysfunktionen. Om en risk identifierats planeras och genomförs förebyggande åtgärder som sedan följs upp och utvärderas (12).

RiksSår är ett kliniskt värdefullt verktyg som används vid svårläkta sår. RikSår är ett nationellt kvalitetsregister som riktar in sig på patienter med svårläkta sår, vilket innebär sår som inte är läkt inom sex veckor. Det kan handla om bensår, trycksår och diabetespatienter med fotsår. Syftet med registret är att underlätta korrekt diagnosättning av såret, ge en förutsättning för kontinuitet, rätt sårvårds behandling och snabbare sårhäkning samt förbättrad livskvalité för patienterna. Registret gör det möjligt för personalen att få en heltäckande bild av sårproblematiken, minskad antibiotikaförbrukning och ger en kvalitetsförbättring på nationell nivå för denna patientgrupp och medför även kostnadsbesparingar vid minskade sårhäkningstider (13).

### **Tidigare forskning**

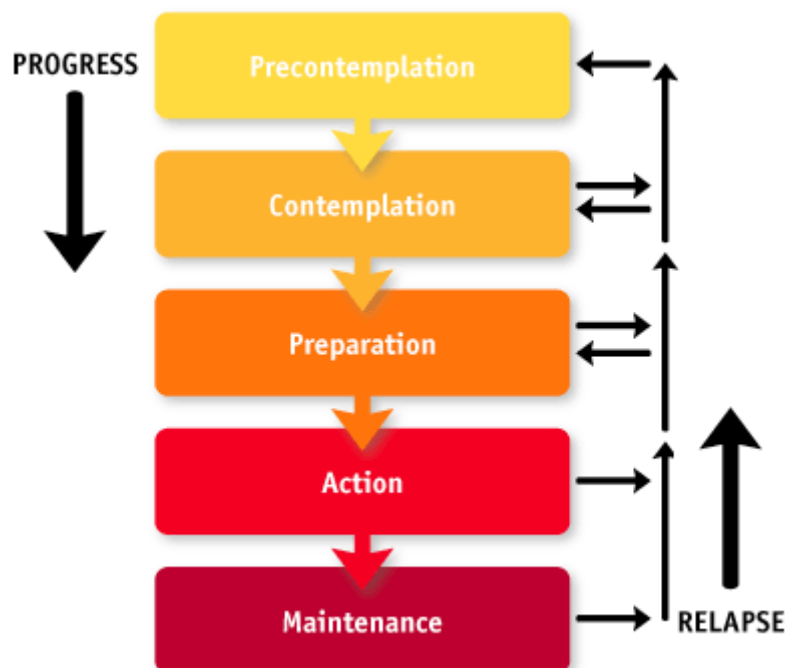
I kvalitativa studier från Australien (14) och Irland (15) beskrev att distriktssköterskor inom primärvården ansåg att preventivt arbete är en naturlig del av deras arbete men att de ej har resurserna eller den tid de behöver för att kunna utföra det preventiva arbetet i den utsträckning som de vill. Sjuksköterskor i en kvantitativ studie från Sverige rapporterade att de inte följde riktlinjer bland annat p.g.a. tids- och resursbrist (7). I en

kvantitativ studie från Skottland (16) rapporterades att personalen inom primärvården hade en positiv inställning till preventivt arbete men att kunskapen om fysisk aktivitet var låg. Överlag försökte sjuksköterskorna att ge råd om fysisk aktivitet men det rapporterades att de hade brist på tid och resurser. I en annan kvalitativ studie från Australien (17) visade att de flesta av omvårdnadspersonalen upplevde hälsofrämjande arbete som en viktig roll och en del av vården, men omvårdnadspersonalens insats berodde till stor del på deras egna inställning till problemet samt att det inte finns tillräckligt med tid för att kunna påverka patienten till förändring. En kvalitativ studie från Spanien (18) beskrev att resurser och arbetsplatsens inställning till preventivt arbete har stor betydelse för att personalen i primärvården ska kunna bedriva hälsofrämjande arbete i mottagningsarbetet. Personalen upplevde att preventivt arbete bör prioriteras. Även vilka verktyg personalen har att jobba med samt tid har stor betydelse för att bedriva preventivt arbete när det handlar om fysisk aktivitet, kost och andra levnadsvanor som rökning.

### **Teoretisk koppling**

The transtheoretical model (TTM) kan användas som ett hjälpmedel för att underlätta det preventiva arbetet i mötet med patienter. TTM beskriver hur människor befinner sig i olika faser av motivation till en beteendeförändring som delas upp i olika stadier. Dessa förändringsstadier går från att inte ha någon motivation till förändring alls till att helt ha ändrat sitt beteende. I det första stadiet (precontemplation) har patienten ingen avsikt alls till att förändra sitt beteende inom sex månader. I det andra stadiet (contemplation) avser patienten att vidta åtgärder inom sex månader. I det tredje stadiet (preparation) avser patienten att vidta åtgärder inom trettio dagar och har påbörjat några beteendeförändringar. I det fjärde stadiet (action) har patienten utfört beteendeförändringar i mindre än sex månader. I det femte stadiet (maintenance) har patienten utfört beteendeförändringar i mer än sex månader. I det sjätte och sista stadiet (termination) av beteendeförändringar har det nya beteendet blivit till en vana så pass att de inte längre tänker på förändringen. Under de olika stadierna får patienten hela tiden arbeta på sin förmåga till en förändring under en slags lärandeprocess. Ibland händer det att patienten får återfall så att ett stadie kan behöva upprepas och i varje stadie krävs ansträngning, energi och motivation (19) se figur 1. Enligt en kvantitativ studie gjord i Spanien (20) vars syfte var att undersöka effekten av att använda TTM i samband med rökstopp visade att på sikt gav TTM en positiv inverkan för patienternas rökstopp. I en

litteraturstudie gjord i Spanien (21) framkom effektiviteten av livsstilsförändring vid användandet av TTM när det gällde diet på kort sikt och för rökstoppåtgärder på lång sikt.



Figur 1. The transtheoretical model stages of change

(<https://www.addictioninfo.org/articles/11/1/Stages-of-Change-Model/Page1.html>)

### Problemformulering

I takt med en ökad kunskap om att en stor andel sjukdomar går att påverka med en förändrad livsstil ökar förväntningar och kraven på hälso- och sjukvårdens personal att kunna motivera patienter till förändrade levnadsvanor. I studier som undersökt preventivt arbete i primärvården i andra länder har det framkommit att distriktssköterskor inte hinner med det preventiva arbetet. Dessa studiers syfte var att studera det preventiva arbetet och inte vilka förutsättningar de hade. Något som framkom i resultatet på samtliga studier var att de inte har de resurser eller den tid som behövs. Det finns flera studier som undersöker det preventiva arbetet men få som belyser vilka förutsättningar distriktssköterskorna har. Det finns även få studier i Sverige som belyser detta område. Därför syftar denna studie till att ta reda på hur distriktssköterskor inom primärvården beskriver vilka förutsättningar och erfarenheter de har till att arbeta preventivt.

## **Syfte**

Syftet med studien var att beskriva distriktssköterskors erfarenheter av samt vilka förutsättningar de har till att arbeta preventivt inom det dagliga arbetet i primärvården.

## **Frågeställning**

Vilka erfarenheter har distriktssköterskor av att arbeta preventivt i det dagliga arbetet?  
Vilka förutsättningar beskriver distriktssköterskor sig ha för att utföra det dagliga preventiva arbetet?

## **Metod**

### **Design**

Författarna valde att genomföra en kvalitativ studie med deskriptiv design, detta för att på bästa sätt få fram vilka erfarenheter samt vilka förutsättningar deltagarna upplevde sig ha (22).

### **Urvalsmetod och undersökningsgrupp**

Deltagarna i föreliggande studie har valts ut genom ändamålsurval, vilket innebär att deltagarna som inkluderats i studien hade erfarenhet och kunskap som överensstämde med studiens syfte (22). Deltagarna i studien var distriktssköterskor som rekryterades från fem hälsocentraler inom primärvården från två verksamhetsområden i ett län i mellersta Sverige. Inklusionskriterier för de som skulle delta var specialistutbildning till distriktssköterska med erfarenhet av att arbeta preventivt inom det dagliga arbetet vid mottagning, hembesök eller telefonrådgivning inom primärvården. Exklusionskriterier var sjuksköterskor som arbetade preventivt med mottagningsarbete men som inte hade specialistutbildning till distriktssköterska. Distriktssköterskor som arbetat mindre än ett år exkluderades med anledningen att de troligtvis inte hunnit erhålla så stor erfarenhet av att arbeta preventivt. De som arbetar med specialistmottagning som t.ex. astma-kol, diabetes och hjärtsvikt exkluderades eftersom urvalskriterierna valdes för att få den allmänna distriktssköterskans upplevelser av att arbeta med preventivt arbete. Totalt deltog tio distriktssköterskor i studien. Samtliga som intervjuades var kvinnor och ålder på de som deltog var 27–68 år med en medelålder på 48 år. De hade varierande arbetslivserfarenhet som distriktssköterska mellan 1,5–20 år med ett medelvärde på 11

år och hade arbetat på aktuell arbetsplats från 2 månader upp till 28 år med ett medelvärde på 7 år.

### **Datainsamlingsmetod**

För att på bästa sätt få svar på vilka erfarenheter och förutsättningar deltagarna hade utfördes semistrukturerade intervjuer med öppna frågor (22). En intervjuguide användes vid intervjuerna som innehöll tio frågor som gav utrymme för enkla följdfrågor.

Intervjuguide användes för att se till att svara på studiens syfte samt att liknande frågor ställdes till alla deltagarna för att styrka studiens trovärdighet enligt Polit och Beck (22). Frågorna var formulerade så det inte gick att svara ja eller nej, och detta för att få ut så mycket som möjligt av deltagarnas svar så att de inte blev begränsade (22). Innehållet i intervjuerna riktade in sig på två huvudområden om distriktssköterskornas erfarenheter och förutsättningar till att arbeta preventivt. Exempel på frågor för att belysa studiens syfte var; I vilka patientsituationer arbetar du preventivt? Vad skulle kunna underlätta ditt arbete med att arbeta preventivt? Vilka förutsättningar har du för att kunna utföra preventivt arbete? Exempel på följdfrågor som tillkom var; Kan du utveckla det där? Hur menar du? Bakgrundsdata samlades in gällande kön, ålder, hur länge de arbetat som distriktssköterska samt hur länge de arbetat på nuvarande arbetsplats. Intervjuerna avslutades med frågan om deltagarna hade något att tillägga. En pilotintervju genomfördes för att se om intervjuguiden svarade till studiens syfte och frågeställningar samt för att öka trovärdigheten i studien. Pilotintervjun ansågs uppfylla studiens syfte och inkluderades därför i resultatet (22).

### **Tillvägagångssätt**

Anhållan om tillstånd mailades ut till tre verksamhetschefer för regionen och privata hälsocentraler. Två verksamhetschefer gav tillstånd och en tackade nej. Därefter kontaktades enhetscheferna för sju hälsocentraler där de informerades om studien. Enhetscheferna ombads därefter att maila till författarna vilka distriktssköterskor de hade på respektive hälsocentral samt deras mailadresser. Efter detta mailade författarna samtliga 15 distriktssköterskor de fått namn på och bifogade informationsbrev där de fick läsa om de uppfyllde kriterierna. Distriktssköterskorna ombads att maila tillbaka om de var intresserade av att delta i studien samt komma med förslag om när intervjun kunde genomföras. Tid och plats fick bestämmas av deltagaren. Tre deltagare svarade direkt och tackade ja via mail. Påminnelse skickades efter en vecka och författarna fick

då svar från ytterligare fyra deltagare. Tre ytterligare deltagare tillfrågades och påminnes muntligt via telefon och samtliga tackade ja till att medverka i studien. En tillfrågad tackade nej då denne redan tackat ja till att delta i en annan liknande studie. Från två hälsocentraler uteblev svar från distriktssköterskorna trots att flera påminnelser mailades ut. Deltagarna fick läsa igenom intervjuguiden precis innan intervjun påbörjades för att kunna ställa frågor om det var någon fråga de inte förstod. Intervjuerna genomfördes på respektive deltagares arbetsrum på arbetsplatsen och tog mellan 12 minuter och 30 minuter (medelvärde på 20 minuter). Intervjuerna spelades in med hjälp av en diktafon och smartphone. Båda författarna var med vid åtta av intervjuerna och turades om att intervjua och föra anteckningar. Två intervjuer blev bestämda med kort varsel och p.g.a. långa avstånd för författarna utfördes därför dessa två intervjuer av en författare.

### **Dataanalys**

I enlighet med Graneheim och Lundman (23) utfördes kvalitativ innehållsanalys för att analysera intervjuerna. De inspelade intervjuerna transkriberades ordagrant samt lästes igenom flera gånger av båda författarna för att få en helhet av det transkriberade innehållet. Intervjuerna delades in i meningsbärande enheter, vilka är en sammanställning av ord eller uttryck som har samma betydelse och hör ihop med varandra genom sitt innehåll eller sammanhang. Meningsbärande enheter plockades ut och förkortades till kondenserade meningsbärande enheter vilket innebar att onödiga ord togs bort ur den meningsbärande enheten för att få ett mer lättöverskådligt material. Den kondenserande texten bearbetades ytterligare och en kärna trädde fram i innehållet och bildade en kod. Därefter sorterades koderna utifrån vilka som liknade varandra och på så vis bildades kategorier. Kategorierna bearbetades och sorterades och delades in i subkategorier. Ett tema trädde sedan fram som speglade studiens resultat. Exempel på innehållsanalysen presenteras i tabell 1. För att öka trovärdighet för studien diskuterades och lästes analysmaterialet igenom flera gånger av båda författarna var för sig samt av handledaren och andra studenter i handledningsgruppen (22, 23).

Tabell 1. Exempel på innehållsanalysen.

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Kod	Kategori	Sub-kategori	Tema
ja har vi inga så är det ju svårt att följa dem...	Vi har inga så är det svårt att följa dem...	Har inga vådrutiner	Arbetsrutiner för det preventiva arbetet	Avsaknad av arbetsrutiner	Viljan finns att arbeta mer preventivt men hindras av individuella och organisatoriska faktorer.
Ja, det är väl att ge råd hur man ska tänka när man har högt blodtryck, alltså vilken livsstil, rör jag på mig, vad äter jag, äter jag mycket salt, äter jag mycket godis, äter jag mycket mat, går jag inte ut och rör på mig liksom...	är att ge råd hur ska tänka när högt blodtryck, vilken livsstil, rör mig, vad äter jag, salt, godis, mat, inte ut och rör på mig	Råd till livsstilsförändring ar vid högt blodtryck. Tänka på vad man äter och hur man rör på sig	Preventivt arbete i det dagliga arbetet på hälsocentral	Hur preventivt arbete utförs	
Så jag tror att så fort det är pengar inblandade blir det mer viktigt att man ska göra det här och det prioriteras mera. Jag får den känslan. Då blir det lite mer krav på ledningen eller cheferna att nu måste vi göra det här.	tror så fort pengar inblandade mer viktigt att man ska göra det, det prioriteras. Jag får den känslan. Då mer krav på ledningen, cheferna att måste göras.	Tror att när pengar är inblandade blir det prioriterat då chefer får krav på sig.	Faktorer som underlättar preventivt arbete	Att ha rätt förutsättningar	

### Forskningsetiskt övervägande

De forskningsetiska övervägandena är gjorda efter de tre grundläggande principerna enligt Polit och Beck (22): godhet, respekt för mänskliga värdigheten och rättvisa samt de fyra kraven för forskningsetik, regler och riktlinjer för forskning: informations-, samtyckes- konfidentialitets- och nyttjandekravet (24). Det var frivilligt för deltagarna att delta i studien och namn samt material behandlades konfidentiellt. Varje enhetschef på berörd vårdcentral tillfrågades och gav sitt samtycke till att studien genomfördes innan deltagarna tillfrågades och intervjuerna kunde påbörjas. Deltagarna gav sitt samtycke till att delta i studien och kunde när som helst avbryta sitt deltagande utan vidare förklaring. Intervjuerna avidentifierades så att ingen deltagare kunde identifieras i resultatet eller att det skulle framgå vilken hälsocentral de arbetade på. Det inspelade materialet samt transkriberingarna förvarades oåtkomligt för andra än författarna och

kommer att förstöras när uppsatsen är godkänd. Då studien inte behandlade några känsliga personuppgifter eller utsatte någon deltagare för skada psykiskt eller fysiskt behövdes det ej ansökas till etiska rådet (22, 24).

## Resultat

I analysprocessen framkom fyra kategorier *Preventivt arbete i det dagliga arbetet på hälsocentralen*, *Svårigheter med preventivt arbete*, *Faktorer som underlättar preventivt arbete samt Arbetsrutiner för det preventiva arbetet* som sedan formade två till fyra subkategorier vardera. I föreliggande studie framkom även ett tema *Viljan finns att arbeta mer preventivt men hindras av individuella och organisatoriska faktorer*. Det framkom ur att det finns en vilja och ett intresse hos deltagarna att arbeta preventivt men tid-, resurs- och individuella faktorer påverkade arbetet. Kategorierna, subkategorierna och temat presenteras i tabell 2. Resultatet presenteras i löpande text med citat från det transkriberade materialet för att stärka samt tydliggöra resultatet. Citaten är numrerade för att kunna urskilja vem som berättar vad.

Tabell 2. Kategorier, subkategorier och tema.

Kategori	Subkategori	Tema
Preventivt arbete i det dagliga arbetet på hälsocentralen	<i>Hur preventivt arbete utförs</i>	Viljan finns att arbeta mer preventivt men hindras av individuella och organisatoriska faktorer.
	<i>Varför preventivt arbete utförs</i>	
Svårigheter med preventivt arbete	<i>Patientens motivation- och kognitionsnivå</i>	
	<i>Brister hos distriktssköterskan</i>	
	<i>Organisatoriska orsaker</i>	
Faktorer som underlättar preventivt arbete	<i>Samarbete med andra professioner</i>	
	<i>Att ha rätt förutsättningar</i>	
	<i>Distriktssköterskans arbetsätt</i>	
	<i>Verktyg</i>	
Arbetsrutiner för det preventiva arbetet	<i>Finns brister i arbetsrutinerna</i>	
	<i>Avsaknad av arbetsrutiner</i>	
	<i>Följsamhet av arbetsrutiner</i>	



## **Preventivt arbete i det dagliga arbetet på hälsocentralen**

Kategorin *Preventivt arbete i det dagliga arbetet på hälsocentralen* bildade subkategorierna *Hur preventivt arbete utförs* och *Varför preventivt arbete utförs*. Denna kategori beskriver deltagarnas erfarenheter av preventivt arbete. De vanligaste situationerna deltagarna beskrev att de arbetade preventivt i, hur de utförde det preventiva arbetet samt deltagarnas erfarenheter av anledningen till att de arbetade preventivt.

### *Hur preventivt arbete utförs*

Information, rådgivning och att belysa var något som utfördes av deltagarna för att få patienten till insikt och utföra livsstilsförändringar. Patienten beskrevs ha ett eget ansvar för sina livsstilsförändringar men att deltagarna hade ett ansvar i uppföljning av hur det går för patienten. Informationsbroschyrer och hänvisningar till vart de kunde hitta mer information om det de pratat om lämnades ut så att patienten kunde läsa igenom det själv senare i hemmet. Något som beskrevs av deltagarna var hur de försökte få patienterna själva att komma med förslag på vad de kunde utföra för livsstilsförändringar istället för att deltagarna skulle komma med förslaget. Deltagarna försökte få patienterna motiverade samt fånga upp dem när de var motiverade till livsstilsförändringar. Det deltagarna oftast diskuterade vid livsstilsförändringar var om kost, motion, alkohol och tobak.

*”jag tycker, även om man inte alltid hinner alla gånger själv så tror jag, jag brukar många gånger hänvisa patienten som är lite motiverad och så här... Då kan jag gärna hänvisa till vårdguiden på 1177. För där kan man få väldigt mycket tips om man som till exempel rökavvänjning, stress... (Deltagare 9)*

Deltagarna beskrev att de arbetade preventivt i allt de gjorde vilket kunde vara allt från att ge ett egenvårdsråd vid en suturtagning till att prata om livsstilsförändringar vid blodtryckskontroller. Det preventiva arbetet beskrev deltagarna utfördes bland patienter i alla åldrar både på mottagningen och i hemmet. Situationer där deltagarna upplevde att de främst arbetade preventivt i var med blodtryck, sårvård, fallprevention och vaccinerings. Deltagarna beskrev att i hemmiljön sågs olika aspekter över för att få en helhetsbild av patienten och hemsituationen. Enligt deltagarna kontrollerade de läkemedel, tog blodtrycket och såg över om andra insatser behövde sättas in t.ex.

hemtjänst. Deltagarna beskrev att de förebyggde risker samt satta in åtgärder för att förebygga bl.a. trycksår, fall och undernäring. Vid fallrisk kunde deltagarna informera patienterna om att använda halksockor eller tofflor. Bäckebottenträning var också något som deltagarna informerade patienterna om för att förbättra eller förebygga inkontinens. Kompressionsbehandling med stödstrumpor samt ha benen i högläge rekommenderades vid bensvullnad för att förebygga sår samt främja sårhäkning.

*”Alltså det jag tänker på nu är ju framförallt sårvårds patienterna... eeeh... att man pratar prevention om hur ska du göra för att undvika att få sår, hur ska du göra för att ditt sår ska läka... hur ska du göra för att motverka svullnad” (Deltagare 8)*

#### *Varför preventivt arbete utförs*

Det preventiva arbetet beskrevs av deltagarna som deras huvuduppgift och meningen med deras arbete. Deltagarna beskrev att de arbetar preventivt främst för patientens skull för att de skulle få ett bättre liv samt för att förebygga ohälsa och minska lidande. Det preventiva arbetet utfördes både primärt, sekundärt och tertiärt för att förebygga ohälsa vilket innebar att minska fortsatt försämring samt förebygga risker och försämring hos den som redan var sjuk. Att arbeta preventivt på sikt var resurssparande och minskade på kostnaderna ur ett samhällsekonomiskt perspektiv var också något som deltagarna beskrev.

#### **Svårigheter med preventivt arbete**

Kategorin *Svårigheter med preventivt arbete* bildade subkategorierna *Patientens motivation- och kognitionsnivå*, *Brister hos Distriktssköterskan* och *Organisatoriska orsaker*. Deltagarnas upplevelser var att svårigheter med det preventiva arbetet orsakades av sånt som av olika anledningar berodde på patienten, distriktssköterskan eller organisatoriskt.

#### *Patientens motivation- och kognitionsnivå*

Deltagarna upplevde svårigheter med att få patienterna motiverade till livsstilsförändringar och att de stannade kvar i sina gamla levnadsvanor samt att de inte tog till sig de råd som de fick. Patienterna var inte alltid intresserade och det var då svårt att få patienten till insikt i deras egna livssituation. Enligt deltagarna kunde det handla om att ämnena var känsliga att prata om och patienten blev provocerad eller kränkt av

informationen och råden de fick. Deltagarnas erfarenheter var att de ibland heller inte visste om patienten förstått informationen de fått p.g.a. deras kognitiva förmåga. Ibland beskrev deltagarna att de blev begränsade av att de upplevde att de inte kunde ge för mycket information och råd samtidigt. Språket kunde också ibland vara en begränsning i förståelsen av de råd de gav. Deltagarna beskrev att de undvek att hamna i situationer där språket kunde vara en begränsning genom att ordna en tolk. Fler erfarenheter som försvårade det preventiva arbetet som deltagarna beskrev var att ibland kunde patienterna sluta att ta sina mediciner som de skulle ta livet ut. Deltagarnas erfarenheter i dessa situationer var att de behövde försöka förstå varför patienten slutade med medicinerna och motivera patienten till att börja ta dessa igen.

*”Men en annan situation kan väl vara om man känner att patienten inte vill prata om det liksom och man känner att det blir... ja man kanske börjar säga någonting och så märker man att patienten direkt bara liksom vänder sig inåt och inte vill prata eller blir irriterad eller man ser att det inte...ja att de inte vill helt enkelt...” (Deltagare 6)*

#### *Brister hos distriktssköterskan*

Uppföljningar av det preventiva arbetet var något som deltagarna upplevde inte utfördes som de skulle och ibland glömdes det bort. Det preventiva arbetet utfördes oftast men det brast i dokumentationen vilket resulterade i att deltagarna hade svårt att veta vad som hade utförts och vad det var som skulle utföras vid nästa besök. Deltagarna beskrev att det fanns mycket olika rön vilket gjorde det svårt att veta vad som skulle rekommenderas. De hade även så många olika broschyrer att lämna ut så det resulterade i att det glömdes bort att lämna ut dessa. Något som också beskrevs var att kompetensen och erfarenheten i vissa fall var låg vilket medförde svårigheter i att veta hur och när det preventiva arbetet skulle utföras vilket även kunde medföra att deltagaren undvek att ta upp ämnet.

*”Alltså dels kan det vara saker om jag framförallt i telefon... det är väl dom situationerna jag i så fall själv känner mig osäker på... vad det är för råd jag ska ge... liksom jag vill ju inte sitta och säga någonting som inte blir bra eller som inte riktigt stämmer och så...” (Deltagare 6)*

Prioriteringar var något som framkom var en svårighet för deltagarna. Deltagarna kände att de fick prioritera patienterna som var sjuka framför de som var friska och fick då åsidosätta det preventiva arbetet. Svårigheter för deltagarna kunde vara att de själva upplevde det svårt att ta upp ett känsligt ämne t.ex. alkohol, rökning eller övervikt. Deltagarna var dels rädda att de skulle kränka patienten men även för att de själva upplevde det svårt att ta upp och prata om ämnet.

### *Organisatoriska orsaker*

Att arbeta med flera olika funktioner under en arbetsdag upplevde deltagarna gjorde att de blev distraherad och fick svårt att fokusera på det preventiva arbetet. Distractionen kunde även handla om att deltagaren vid stress kände att de inte fokuserade på patienten de hade framför sig utan de var i tanken hos nästa patient. Att för många instanser hade hand om en patient eller att de varit in på sjukhus kunde upplevas som en svårighet då hälsocentralen och läkaren inte fick reda på vilka läkemedelsjusteringar som utförts. Enligt deltagarna var kontinuitet vid sårvård något som saknades då deltagarna beskrev att flertalet distriktssköterskor hade hand om mottagningsarbetet och hade hand om samma patienter. Upplevelserna var då från deltagarna att förband byttes efter eget tycke och smak vilket försvårade förutsättningarna till sårhäkning. Deltagarna beskrev att de kände av en tids- och personalbrist som gjorde att de inte alltid hann med det preventiva arbetet. Stora belastningar på mottagningarna gjorde att de hade fått dragit ner på blodtrycksmottagning, hälsosamtal och inkontinensmottagning. Deltagarna upplevde att denna tids- och resursbrist gav dåliga förutsättningar att bedriva preventivt arbete. På grund av resursbristen fanns det inte heller tider till att boka patienterna för uppföljning av det preventiva arbetet.

*”Så vi vet inte vart vi hamnar, vi har ju tankar och vi har ju ambitioner och vilja men det måste ju vara uppifrån i såna fall att vi får den möjligheten att kunna bedriva det som man tänker.” (Deltagare 9)*

### **Faktorer som underlättar preventivt arbete**

Kategorin *Faktorer som underlättar preventivt arbete* bildade subkategorierna *Samarbete med andra professioner, Att ha rätt förutsättningar, Distriktssköterskans arbetssätt* och *Verktyg*. Denna kategori bildades då deltagarna beskrev hur vissa saker är sånt som redan fanns men även att det var vissa saker som skulle behöva förändras eller

kompletteras för att underlätta det preventiva arbetet. Deltagarnas erfarenheter var att det behövs ett samarbete med andra instanser och professioner för att underlätta det preventiva arbetet. Att ha rätt förutsättningar och distriktssköterskans arbetsätt beskrevs också underlätta det preventiva arbetet. Erfarenheterna var även att arbeta efter olika typer av verktyg kunde underlätta arbetet.

#### *Samarbete med andra professioner*

Samarbete med olika professioner var något deltagarna beskrev underlättade deras arbete. Om en patient hade problem som kunde härledas till mediciner togs kontakt med läkaren för att rådgöra. Vid övervikt kunde patienten få hjälp att komma till en dietist för att få hjälp och råd om kosten samt till ett team på rehab som hade en viktminskningsgrupp. Fysioterapeuten kontaktades vid atros för träning enligt deltagarna. Om en patient mådde psykiskt dåligt beskrev deltagarna att de kunde hjälpa till med att ta kontakt med en kurator så att de fick hjälp på vägen. Astma- och KOL sköterskorna hade hand om rökavvänjning så när en patient rökte kunde deltagarna först ge tips och råd men även erbjuda patienten kontakt med astma- och KOL sköterskan för ytterligare hjälp. Deltagarna beskrev att när det gällde hemsituationen och de märkte att det inte fungerade optimalt i hemmet kunde de ta kontakt med biståndshandläggare för ställningstagande till hemtjänst. Enligt deltagarna kunde de ibland även ta kontakt med arbetsterapeut eller fysioterapeut för att se över hemmiljön och eventuella hjälpmedel.

#### *Att ha rätt förutsättningar*

Arbetslivserfarenhet var något deltagarna beskrev som rätt förutsättningar för att kunna arbeta preventivt men även personliga erfarenheter bidrog till att underlätta arbetet. Deltagarnas erfarenheter var att om de var trygga i sin roll som distriktssköterska och visste vad de pratade om gav det bättre förutsättningar till att arbeta preventivt. Målrelaterad ersättning där arbetsplatsen fick betalt för att vissa arbeten skulle genomföras upplevde deltagarna gjorde att det blev prioriterat och de fick då bättre förutsättningar till genomförandet.

*”Ja men... då återgår vi till svaret jag sa om utbildning och erfarenhet... det är väl förutsättningar tycker jag. Att... veta vad jag pratar om liksom... så att patienten är trygg och... ja. Så att dom inte tycker vad sitter du och hittar på. Näe men då blir det ju ett naturligt samspel också så att man känner sig trygg och säker i sin roll. Eller hur?”*

(Deltagare 4)

Deltagarna uttryckte att det var flera saker som de önskade få mer av för att ge bättre förutsättningar till att arbeta preventivt där utbildning var något de önskade mer av för att kunna hålla sig uppdaterade och för att få repetition. Riktade mottagningar för t.ex. blodtryck och inkontinens beskrevs vara något som även det skulle underlätta att arbeta preventivt på ett bättre sätt, samtidigt var det på gång att bli så på flera arbetsplatser. Att få mer tid till preventivt arbete var även det något som beskrevs skulle underlätta arbetet.

*”Nu hoppas vi att vi kanske skulle kunna jobba på ett annat sätt med dom här blodtrycks patienterna och ha lite av en blodtrycksmottagning framöver och då tror jag att det kanske skulle kunna, eeh, bli att man kanske... få mer tid och liksom prata kring det här och att man följer upp och så vidare.”* (Deltagare 9)

#### *Distriktssköterskans arbetssätt*

Preventivt arbete menade deltagarna var en naturlig del i deras arbete och att det var något som fanns inom dem. Deltagarnas erfarenheter var sättet de diskuterade på och anpassade informationen de gav till patienterna var ett förhållningssätt för att patienterna skulle förstå informationen de fick och för att de skulle få en insikt i deras problem. Att ha ett bra bemötande och en känsla för vilken patient de hade framför sig beskrevs som en förutsättning för att skapa ett förtroende och hjälp till att få patienterna motiverade. Dokumentation var något som deltagarna beskrev underlättade deras arbete då de där kunde se vad som tidigare hade utförts och inte, samt så kunde de se hur kollegorna tänkt, vad de bestämt och för att kunna fortsätta där de avslutade vid förra tillfället.

*”För det ska synas i journalen att det här och det här är gjort. Och det här och det här tänker vi göra och att nästa person bara kan ta över och fullfölja det som redan är påbörjat...”* (Deltagare 2)

## *Verktyg*

Olika typer av register som senior alert och RiksSår samt läkemedelsgenomgång, proaktiv hälsostyrning och checklistor var olika verktyg deltagarna använde sig av för att få bättre förutsättningar till att arbeta preventivt. Registret senior alert använde deltagarna sig av för att få en överblick och se om patienterna hade risk för trycksår, fall, undernäring och blåsdysfunktion där de även satte in åtgärder och gjorde uppföljningar. I RiksSår skrevs alla patienter in som hade sår där de kunde följa hur många patienter som hade sår, hur många sår som hade läkt och vad som orsakade såren. Att använda sig av checklistor upplevde deltagarna gjorde arbetet mer strukturerat, det gjorde att de inte missade något samt gjorde så att alla fick samma vård. Att arbeta efter olika register gjorde att det preventiva arbetet föll sig mer naturligt att diskutera kring ämnet vilket underlättade både för deltagaren och patienten. Deltagarna beskrev även att de använde sig av MI för att få patienterna motiverade. Att använda sig av MI enligt deltagarna fick patienterna själva till att beskriva vilka förändringar som skulle genomföras och inte enbart komma från deltagarna.

*”Jamen RiksSår... Där står det vad man ska göra med patienten vecka för vecka. Vecka 1...vecka 6... vecka 8 etc. Läkbesök för diagnos av bensår, ankeltrycksmätning, man fotograferar... en sårvårdsplan helt enkelt. Det ska vara lika för alla patienter oavsett vart man söker.”* (Deltagare 2)

## **Arbetsrutiner för det preventiva arbetet**

Kategorin *Arbetsrutiner för det preventiva arbetet* bildade subkategorierna *Finns brister i arbetsrutinerna*, *Avsaknad av arbetsrutiner* och *Följsamhet av arbetsrutiner*. Denna kategori beskriver hur deltagarna beskrev att det både finns en avsaknad av arbetsrutiner och att det finns arbetsrutiner men det brister i följsamheten. En osäkerhet framkom från deltagarna om vilka arbetsrutiner som fanns och vart de kunde hitta dessa. Kategorin beskriver även att deltagarna har arbetsrutiner som följs.

### *Finns brister i arbetsrutinerna*

Deltagarnas erfarenheter av arbetsrutiner för preventivt arbete var att det fanns rutiner men de följdes inte av olika anledningar. Anledningen till att arbetsrutiner inte följdes var tids- och personalbrist samt mycket i deras arbete var att de löste saker för stunden istället. Det har även hänt att deltagarna upptäckt arbetsrutiner av en slump som de

tidigare inte visste fanns. Något som också framkom från deltagarnas erfarenheter var att de inte får reda på vilka arbetsrutiner som gäller så av denna anledning följdes inte arbetsrutinerna. Deltagarna beskrev att arbetsrutiner diskuterades sinsemellan i arbetsgruppen men att det sedan ”rann ut i sanden” så det inte blev implementerat. Andra erfarenheter som deltagarna beskrev var att arbetsrutinerna inte diskuterades i arbetsgruppen och de visste därför inte vilka arbetsrutiner som gällde. Erfarenheterna var även att det brister i uppföljning av att arbetsrutiner följs då det inte är någon som kontrollerade att de utfördes. Deltagarna upplevde att ansvaret inte ska ligga hos dom för uppföljning att rutiner sker. Det framkom också i deltagarnas beskrivningar att de egentligen inte hade någon uppfattning om hur en uppföljning går till och att det kanske gjordes men att de inte hade någon kännedom om att det utfördes. Deltagarna upplevde att arbetsrutinerna gällande preventivt arbete skulle bli tydligare om de fick diskutera dem på sköterskemöten så att alla gjorde lika och inte glömdes bort.

*”Som det är nu om man har blodtryckskontroller nu då är det ju lite... alla gör... alltså man kollar ju blodtrycket på samma sätt men man gör ju lite olika med uppföljningar och så där.”* (Deltagare 10)

#### *Avsaknad av arbetsrutiner*

Deltagarnas erfarenheter var att det saknades arbetsrutiner som skulle kunna underlätta deras arbete. Det beskrevs av deltagarna att de efterfrågade arbetsrutiner utan respons från cheferna. Deltagarna upplevde att det preventiva arbetet skulle underlätta om de hade tydligare arbetsrutiner att arbeta efter vilket även skulle innebära att de arbetade mer lika. Avsaknaden av arbetsrutiner gjorde så att deltagarna upplevde att de inte visste vad som skulle tas upp med patienterna, så det blev upp till varje distriktssköterska själv vad det var som var viktigt att ta upp med patienten. Många arbetsrutiner beskrevs dock vara på gång och det pratades om dessa men ingen som blivit verkställd ännu.

*”Jag tror inte att det gör det, för vi har pratat om det flera gånger om att vad är det för värden som gäller och var går gränsen för att ett blodtryck ska bokas till läkare samma vecka, och vi behöver lite vägledning och hur vi ska tänka... eeeee... och när ska de inte alls till doktorn, utan när ska vi bara ge livsstilsråd... och så har vi inte jobbat vad jag vet...”* (Deltagare 8)



### *Följsamhet av arbetsrutiner*

Endast ett fåtal av deltagarna beskrev att de visste vilka arbetsrutiner som fanns på arbetsplatsen, hur de skulle följas och vart de kunde hitta arbetsrutinerna. Dessa deltagare beskrev hur de pratade igenom arbetsrutinerna på arbetsplatsträffar för att få förutsättningarna till att ge lika vård. Deltagarnas erfarenheter var att arbetsrutiner gjorde att de inte missade att utföra det de skulle samt att alla gav samma råd till patienterna. Arbetsrutinerna diskuterades igenom när det kommit en ny eller att det hade kommit en uppdatering. Deltagarna beskrev även att de själva letade upp arbetsrutiner för att få veta vad som skulle utföras samt på vilket sätt det skulle utföras.

*”Jag tror det är mer kanske om det kommer nya liksom... eller förändringar i rutiner att då tas det upp liksom på arbetsplatsträffar och så att nu har det kommit nya... ett nytt dokument här liksom och nu är det lite förändringar i det som vi behöver titta på.”*

(Deltagare 5)

## **Diskussion**

### **Huvudresultat**

Syftet med studien var att beskriva distriktssköterskors erfarenheter av samt vilka förutsättningar de har till att arbeta preventivt inom det dagliga arbetet i primärvården. I studien framkom det att deltagarna försökte arbeta preventivt i allt de gjorde, att det var något som fanns inom dem och att det var primärvårdens huvudsyfte. Dock försvårades det preventiva arbetet med att deltagarna inte hade tid eller resurser för att utföra det preventiva arbetet. Något mer som även kunde försvåra arbetet var när patienterna inte var motiverade till livsstilsförändringar eller att deltagaren blev begränsad i att de upplevde att ämnet var känsligt att ta upp. Utbildning och kompetens var något som beskrevs underlätta det preventiva arbetet och att de önskade mer utbildning för att hålla sig uppdaterad. En osäkerhet framkom gällande arbetsrutiner där deltagarna inte visste vilka arbetsrutiner som gällde, vart de kunde hitta arbetsrutinerna eller att de ibland visste att de fanns men de följdes inte.

### **Resultatdiskussion**

I en tidigare studie (25) beskrev distriktssköterskor att hälsofrämjande åtgärder och prevention var kärnan i deras arbete. Detta är något som även framkom i föreliggande

studie där det preventiva arbetet beskrevs av deltagarna som deras huvuduppgift och meningen med deras arbete. I föreliggande studie beskrev deltagarna att de arbetade preventivt i allt de gör, de gav information och rådgivning för att försöka få patienten till insikt och genomföra livsstilsförändringar. Att arbeta preventivt i allt de gör är effektivt då det styrks av en meta-analys (26) där det framkom att en kort information om alkohol minskar konsumtionen. En annan metaanalys (27) visade på liknande resultat. Något som även beskrevs av deltagarna var att på sikt är preventivt arbete både resurssparande och minskar på kostnaderna ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. En studie som bekräftar detta är (28) där det rapporterades att preventiva insatser för livsstilsförändringar var kostnadsbesparande både på kort och lång sikt, både ur samhällsperspektiv och hälsovårdsperspektiv.

I föreliggande studie framkom att det fanns svårigheter att få patienterna motiverade till livsstilsförändringar och att de oftast stannade kvar i sina gamla levnadsvanor.

Patienterna var inte heller alltid intresserade och det var då svårt att få patienten till insikt i deras egna livssituation och de tog inte till sig de råd som deltagarna gav dem. Det bekräftas av studien (29) där det visade sig att sjuksköterskor i primärvården beskrev att den största svårigheten med preventivt arbete var att få patienter motiverade och beslutsamma till livsstilsförändringar och kunde kopplas ihop med patientens omgivningsfaktorer så som psykiskt mående, arbete, familj och social aspekt. I andra tidigare studier (30, 31) beskrev distriktssköterskor att en svårighet med preventivt arbete och livsstilsförändringar var att få patienten att samarbeta, och att patientens ovilja och okunskap kunde utgöra ett hinder för livsstilsförändring. En förutsättning för ett effektivt hälsofrämjande och förebyggande arbete beskrevs i en tidigare studie (32) vara en väl motiverad patient. Fler svårigheter med att utföra det preventiva arbetet som beskrevs i föreliggande studie kunde bero på att distriktssköterskan själv undviker att ta upp ett ämne p.g.a. osäkerhet. Detta resultat kan bekräftas av en tidigare studie (11) där primärvårdssköterskor som var utbildade i MI men som inte använde sig av metoden kunde ses att de inte använde sig av denna metod p.g.a. en känsla av osäkerhet som hindrade dem att använda sig av MI. En kvalitativ studie (33) beskrev att distriktssköterskor som själv var överviktiga upplevde övervikt som ett känsligt ämne och det var svårt att ta upp och prata om livsstilsförändringar gällande övervikt, detta var även något som beskrevs i föreliggande studie.

I en tidigare studie (7) beskrev deltagarna hur det preventiva arbetet inte prioriteras när det finns sjuka patienter som behöver vård. Detta beskrevs även i föreliggande studie bl.a. bero på att de sjuka patienterna prioriteras framför de som är friska och prioriterar då bort det preventiva arbetet. Bristande dokumentation beskrevs även det av deltagarna i föreliggande studie som en svårighet. Det preventiva arbetet utfördes oftast men att det brast i dokumentationen. Detta resulterade i att deltagarna hade svårt att veta vad som hade utförts och vad det var som skulle utföras vid nästa besök. I en annan tidigare studie (34) rapporterade både distriktsköterskor och sjuksköterskor i primärvården att det fanns ett missnöje i allmänhet med sin egna och sina kollegors dokumentation och att bristen i dokumentation ansågs bl.a. bero på tidsbrist. Bristen i dokumentationen kan vara en följd av både tids- och resursbrist.

I föreliggande studie beskrev deltagarna att de upplevde att tid- och resursbrist var en svårighet och gav dem dåliga förutsättningar att bedriva preventivt arbete och få patienter till livsstilsförändringar. På grund av resursbristen fanns det inte heller tider till att boka patienterna för uppföljning av det preventiva arbetet. I en tidigare studie (35) framkom det att organisatoriskt stöd, brist på tid och hög arbetsbelastning identifierades som hinder och var viktiga aspekter för att förbättra arbetet med preventivt arbete av livsstilsförändringar.

I två tidigare studier beskriver sjuksköterskorna i primärvården att organisatoriskt stöd var en förutsättning för att arbeta preventivt och hälsofrämjande (25, 36). Däremot beskrevs av deltagarna i föreliggande studie att det fanns organisatoriska faktorer som försvårade det preventiva arbetet negativt, som att de arbetade med flera olika funktioner under en arbetsdag och som resulterade i distraktion, svårt att fokusera på det preventiva arbetet, samt stressad och inte fokuserade på patienten de hade framför sig utan de var i tanken hos nästa patient. Detta beskrevs även i en annan studie (37) där distriktsköterskor som inte arbetade med specialistmottagningar beskrev att deras förutsättningar för förebyggande arbete var begränsade i hur organisationens uppbyggnad såg ut och detta i sin tur ledde till en känsla av frustration. Deltagarna i föreliggande studie beskrev hur de är på flera funktioner samma dag vilket resulterar i att de inte hinner fullfölja sina uppgifter. Att deltagarna får byta funktioner under ett arbetspass kan tänkas bero på personalbrist.

Utbildning är något som deltagarna beskrev att de saknade eller önskade mer av för att hålla sig uppdaterade och för att veta vad de pratade om. I en tidigare studie (38) beskrevs av sjuksköterskor som fått alkoholrelaterad utbildning i större utsträckning tog upp och pratade om alkoholvanor med patienterna och hade en positiv inställning till det än vad de utan utbildning hade.

Att använda sig av olika typer av verktyg var något som deltagarna i föreliggande studie beskrev underlättade deras förutsättningar till att arbeta preventivt. Liknande resultat kan ses i en tidigare kvalitativ studie (39) där primärvårdssköterskorna använde sig av ett frågeformulär angående vanor i det vardagliga livet. Frågeformuläret beskrevs vara användbart då det styrde diskussionen mot olika frågor vilket gjorde att primärvårdssköterskorna måste ta upp alla ämnen och avskräckte de svåra ämnena att prata om. I studien framkom även hur primärvårdssköterskorna beskrev att eftersom de var mer erfaren och utbildade kunde de lättare diskutera känslomässigt laddade ämnen nu än tidigare. Detta är något som även framkom i föreliggande studie då deltagarna beskrev svårigheter med det preventiva arbetet kunde vara att deltagaren upplevde det svårt att prata om känsliga ämnen samt att erfarenhet gjorde dem mer trygg i sin roll som distriktssköterska.

Deltagarna i föreliggande studie beskrev hur det fanns arbetsrutiner men de följdes inte på grund av tids- och personalbrist eller att de inte visste vilka arbetsrutiner som fanns. Detta resultat kan styrkas med en annan studie (7) där framstegen av införandet av Socialstyrelsens nationella riktlinjer (2011) genomfördes. I den studien framkom att läkarna och sjuksköterskorna upplevde att de inte hade tid eller resurser för att hinna reflektera över rutiner, studera riktlinjer och att implementera det i arbetet. Det framkom att det saknades någon som tog ansvar för genomförandet av de nya riktlinjerna. Detta framkom även i föreliggande studie då deltagarna beskrev hur det inte fanns någon som följde upp riktlinjer och arbetsrutiner eller att de ibland diskuterade arbetsrutiner men det ”rann ut i sanden”. I samma studie framkom det att arbetsbelastningen var mycket hög med många arbetsuppgifter i primärvården vilket även framkom i föreliggande studie. I tidigare studier (40, 41) beskrevs att för ett lyckat införande av nya arbetsrutiner för hälsoprevention på en arbetsplats behövdes vårdgivaren i ett tidigt skede samt regelbundet involveras under implementeringsprocess. En av dessa studier (41) beskrev även att det behövdes stöttning från ledningen samt utbildning under

införandeprocessen vilket bekräftar föreliggande studies resultat. Deltagarna i föreliggande studie beskrev att det saknades skriftliga rutiner för preventivt arbete, vilket även beskrivs och styrks av studien (42) där det saknades tid, kompetens och skriftliga rutiner för fysisk aktivitet på recept.

Något som kunde ha underlättat deltagarnas arbete i mötet med de patienter som var svåra att motivera och få till insikt var att ta hjälp av TTM. TTM bidrar till att ge distriktssköterskorna en förståelse för förändringsprocessen om varför och hur förändring uppstår. Att använda TTM hade gjort det möjligt för deltagarna att identifiera vilken fas och stadie av motivation till en livsstilsförändring patienten befann sig i. Modellen kan ge en bättre förståelse och en ökad medvetenhet om att patienten kan få återfall och att distriktssköterskorna inte ska ge upp det preventiva arbetet utan det är en del i förändringsprocessen hos patienten. Modellen hade även kunnat ge en förståelse för de omotiverade patienternas ovilja till beteendeförändring då första stadiet i TTM är brist på motivation för att därefter övergå till att patienten helt ändrat beteende (19). Detta kan bekräftas av flera studier (20, 43) där den första studien (20) rapporterade att användningen av TTM i samband med rökavvänjning rapporterades ge en positiv effekt på lång sikt. I den andra studien (43) rapporterades även att patienterna som fick hjälp med de olika stegen i TTM lyckades sluta röka lättare än de som inte fick hjälp av TTM.

### **Metoddiskussion**

Det finns tre begrepp som enligt Graneheim och Lundman (23) behövs för att bedöma en kvalitativ studie, dessa begrepp är *giltighet*, *tillförlitlighet* och *överförbarhet*. Diskussion kring dessa begrepp styrker studiens trovärdighet (22).

#### *Giltighet*

För resultatets giltighet är valet av studiens metod och variationen av deltagare betydelsefull enligt Graneheim och Lundman (23). Ändamålsurval användes för att få deltagare till föreliggande studie och som hade erfarenheter som svarade till studiens syfte och frågeställningar (22). För att på bästa sätt få svar på vilka erfarenheter och förutsättningar deltagarna hade valde författarna att utföra semistrukturerade intervjuer med öppna frågor. För att kunna bedöma föreliggande studies giltighet har författarna så tydligt som möjligt beskrivit analysmetod, datainsamlingsmetod, hur urvalet gått till

med urvalsgrupp och dess kriterier. I kvalitativ forskning är författarens delaktighet av stor betydelse och det är viktigt att författaren inte inverkar och påverkar datainsamlingen då denne är delaktig under både intervjuer och i skapande av texter (22, 23). Därför användes en intervjuguide och båda författarna har varit delaktig i de flesta av intervjuerna. Något som stärker giltigheten för föreliggande studie var variationen och bredden i urvalsgruppen. Deltagarna var från två olika verksamhetsområden i ett län, från fem olika stora hälsocentraler, de hade varierad längd på arbetslivserfarenhet som distriktssköterska samt så fanns en variation i deltagarnas ålder från 27–68 år vilket styrker giltigheten för studien. Något som kan ha påverkat studiens giltighet negativt var att en av deltagarna hade kort arbetslivserfarenhet som både sjuksköterska och distriktssköterska och beskrev en upplevelse av större osäkerhet av det preventiva arbetet än de övriga deltagarna. Studiens analysprocess har genomförts på så sätt som beskrivs av Graneheim och Lundman och är något som styrker giltigheten för studien (23).

### *Tillförlitlighet*

För att öka tillförlitligheten i föreliggande studie har analysmaterialet lästs igenom och bearbetats i flera omgångar både gemensamt och var för sig av båda författarna. Analysprocessen har diskuterats kontinuerligt med handledare och andra studenter i handledningsgruppen som enligt Graneheim och Lundman styrker studiens tillförlitlighet (23). En svaghet för föreliggande studies tillförlitlighet kan ha varit att en av författarna inte gjort intervjuer tidigare och därför haft svårigheter med att hitta rätt intervjuteknik. Författarna valde att genomföra intervjuerna genom att en var intervjuare och den andra observatör för att kunna stötta varandra och få intervjuerna så lika som möjligt. För att hantera svagheten med intervjutekniken och öka studiens tillförlitlighet genomfördes en pilotintervju gemensamt av båda författarna innan intervjuerna påbörjades. Pilotintervjun transkriberades och lästes igenom av både författarna och av handledaren och på så sätt kunde eventuella brister i intervjutekniken identifieras och åtgärdas. Då samtliga intervjuer var genomförda bedömdes pilotintervjun vara av god kvalitet samt svarade till föreliggande studies syfte och frågeställningar och inkluderades därför i studiens resultat. En pilotintervju beskrivs av Polit och Beck (22) som en möjlighet att testa frågorna till studien och se om de svarar till frågeställning och syfte samt ge en möjlighet till författarna att träna på att ställa frågor och följdfrågor. För att öka tillförlitligheten fick deltagarna läsa igenom intervjufrågorna strax innan

intervjuerna. På så sätt gavs en möjlighet för deltagarna att ställa eventuella frågor angående intervjuguiden innan intervjun påbörjades.

### *Överförbarhet*

Överförbarheten innebär i vilken utsträckning som studiens resultat kan överföras till andra grupper eller situationer. Något som gjorde överförbarheten möjlig i föreliggande studie var att författarna tydligt beskrivit tillvägagångssättet från urvalsmetod, urvalsgrupp och analysprocess i metoden. Enligt Graneheim och Lundman (23) är det läsaren som bedömer studiens överförbarhet men att det är författarnas ansvar att skapa förutsättningarna till bedömningen. Detta möjliggör även överförbarheten av resultatet till andra sammanhang och grupper. För att öka överförbarheten ytterligare är resultatet i föreliggande studie styrkt med citat (23).

### **Kliniska implikationer för omvårdnad**

Erfarenheterna och förutsättningarna till det preventiva arbetet som beskrevs av deltagarna i föreliggande studie är något som behöver uppmärksammas hos verksamhetschefer och vårdenhetschefer. Olika arbetsrutiner och riktlinjer för preventivt arbete var något som de flesta av deltagarna inte visste att de fanns och detta behöver uppmärksammas för att det ska kunna ske en förbättring och utveckling av arbetsrutiner och riktlinjer. Studiens resultat kan bidra till fortsatt utveckling och implementering av riktlinjer och arbetsrutiner för preventivt arbete med livsstilsförändringar. Resultatet kan även utgöra grunden för beredskap till förändring och organisationens inställning, samt distriktssköterskornas attityd, kunskap och i vilken utsträckning de arbetar med livsstilsinterventioner och riktlinjer. Deltagarna i föreliggande studie beskrev hur preventivt arbete är en naturlig del i deras yrkesroll men att de blir begränsade p.g.a. tids- och resursbrist är även det något som behöver uppmärksammas för att förändringar ska kunna ske. Studien kan bidra till att distriktssköterskor får en ökad medvetenhet om hur de ska förhålla sig till patienter som är svåra att motivera och som får återfall att de kan använda sig av TTM.

### **Förslag till fortsatt forskning**

Ytterligare studier inom samma ämne och med samma metod kan behövas med tanke på att föreliggande studie enbart är utförd i ett län. Med tanke på att det framkom en osäkerhet på vilka arbetsrutiner och riktlinjer som finns och vart de kan hittas behövs

ytterligare forskning för att se om detta överensstämmer med övriga landet. I införandet av bl.a. Socialstyrelsens riktlinjer (2015) beskrivs att regionerna kommit olika långt i införandet av dessa riktlinjer vilket därför kan behövas mer forskning på fler ställen i landet.

### **Slutsats**

En slutsats som kan dras av föreliggande studie är att deltagarna i studien strävade efter att arbeta preventivt i allt arbete de utförde men till följd av tid-, resurs- och individuella faktorer hanns det inte med. En annan slutsats som kan dras är att distriktssköterskor inte arbetade lika då de inte visste vilka arbetsrutiner och riktlinjer som fanns vilket resulterade i att de inte alltid visste vad som skulle utföras och hur det skulle utföras.



## Referenser:

1. Socialstyrelsen. Sjukdomsförebyggande metoder. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Västerås: Edita Brobergs AB; 2015.  
[Uppdaterad 2017-12-09] Hämtad från:  
[www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19598/2015-1-1.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19598/2015-1-1.pdf)
2. Orth-Gomér K, Perski A. Preventiv medicin: teori och praktik. 2:a upplagan. Malmö: Studentlitteratur AB; 2013.
3. World Health Organization. Geneva: World Health Organization; 2014.  
[Uppdaterad 2018-05-08] Hämtad från:  
<http://www.who.int/healthpromotion/about/challenges/en/>
4. Primärvårdens uppdrag. En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade. Socialstyrelsen; 2016 [Uppdaterad 2018-05-07]  
Hämtad från:  
<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20066/2016-3-2.pdf>
5. Handbok för Hälsoval GÄVLEBORG 2018 Krav och förutsättningar. Regiongavleborg.se RS2015/919. [Uppdaterad 2018-05-07] Hämtad från:  
[http://www.regiongavleborg.se/globalassets/samverkanswebben/halsa-var-dandvard/halsoval/verksamma\\_vardgivare/ansokan/handbok-halsoval-2018.pdf](http://www.regiongavleborg.se/globalassets/samverkanswebben/halsa-var-dandvard/halsoval/verksamma_vardgivare/ansokan/handbok-halsoval-2018.pdf)
6. Regeringskansliet. Hälso- och sjukvårdslagen 2017:30. Stockholm: Regeringskansliets rättsdatabaser; 2017. [Uppdaterad 2018-05-07] Hämtad från:  
<http://rkrattsbaser.gov.se/sfst?bet=2017:30>
7. Kardakis T, Jerdén L, Nyström M, Weinehall L, Johansson H. Implementation of clinical practice guidelines on lifestyle interventions in Swedish primary healthcare – a two-year follow up. BMC Health services research. 2018;18(1):1-13
8. Distriktssköterskeföreningen i Sverige. Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska. Stockholm: Danagårds; 2008. [Uppdaterad 2017-12-08] Hämtad från:  
<http://distriktsskoterska.com/wp-content/uploads/2017/06/kompetensbeskrivning-1.pdf>
9. Holm Ivarson B. MI Motiverande samtal praktisk handbok för hälso- och sjukvården. 3:e upplagan. Polen: Gothia Fortbildning; 2016.

10. Brobeck E, Bergh H, Odencrants S, Hilding C. Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. *Journal of Clinical Nursing*. 2011;20(23-24):3322-30.
11. Östlund A-S, Wadensten B, Kristofferzon M-L, Häggström E. Motivational interviewing: Experiences of primary care nurses trained in the method. Elsevier Ltd. 2015;15(2):111-118.
12. Senior alert ett nationellt kvalitetsregister för vård och omsorg. Qulturum, RLK o Verksamhetsnära funktion; 2017 [Uppdaterad 2018-05-01] Hämtad från: <https://plus.rjl.se/index.jsf?nodeId=43903&nodeType=13>
13. RiksSår. 2017 [Uppdaterad 2018-05-01] Hämtad från: <https://www.rikssar.se/startside>
14. Keleher H, Parker R. Health promotion by primary care nurses in Australian general practice. Elsevier Ltd. 2013;20(4):215-221.
15. Lambe B, Collins C. A qualitative study of lifestyle counselling in general practice in Ireland. *Family practice*. 2010;27(2):219-223.
16. Douglas F, Torrance N, van Teijlingen E, Meloni S, Kerr A. Primary care staff's views and experiences related to routinely advising patients about physical activity. A questionnaire survey. *BioMed Central Ltd*. 2006;6(138):1-10.
17. Volker N, Williams T L, Davey R C, Cocharane T, Clancy T. Implementation of cardiovascular disease prevention in primary health care: enhancing understanding using normalisation process theory. *BMC Family Practice*. 2017;18:1-9.
18. Berenguera A, Pons-Vigués M, Moreno-Peral P, March S, Ripoll J, Rubio-Valera M et al. Beyond the consultation room: Proposals to approach health promotion in primary care according to health-care users, key community informants and primary care center workers. *Health expectations*. 2017;20(5):896-910.
19. Glanz K, Rimer B K, Viswanath K. *Health behavior: Theory, Research And Practice*. 5th ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2015.
20. Cabezas C, Advani M, Puente D, Rodriguez-Blanco T, Martin C. Effectiveness of a stepped primary care smoking cessation intervention: cluster randomized clinical trial (ISTAPS study). *Addiction*. 2011;106(9):1696-1706.
21. Bully P, Sánchez À, Zabaleta E, Pombo H, Grandes G. Evidence from interventions based on theoretical models for lifestyle modification (physical

- activity, diet, alcohol and tobacco use) in primary care settings: A systematic review. Elsevier Ltd. 2015;76:76-93.
22. Polit D F, Beck C T. Nursing research Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. 8th ed. Kina: Wolter Kluwer; 2008.
  23. Graneheim U H, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Elsevier Ltd. 2004;24(2):105-112.
  24. CODEX Centrum för forsknings- & bioetik. Uppsala; 2017 [Uppdaterad 2017-12-20] Hämtad från: <http://www.codex.vr.se/forskarensetik.shtml>
  25. Lundberg K, Jong M C, Kristiansen L, Jong M. Health promotion in practice – District nurses’ experiences of working with health promotion and lifestyle interventions among patients at risk of developing cardiovascular disease. Elsevier Ltd. 2017;13(2):108-115.
  26. Bertholet N, Daeppen J-B, Wietlisbach V, Fleming M, Burnand B. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care systematic review and meta-analysis. Archives of Internal medicine. 2005;165(9):986-995.
  27. McElwaine, KM, Freund M, Campbell M, Bartlem K, Wey P, Wiggers J, Systematic review of interventions to increase the delivery of preventive care by primary care nurses and allied health clinicians. BioMed Central. 2016;11(50):13012-16.
  28. Saha S, Steen Carlsson K, Gerdtham U G, Eriksson M K, Hagberg L, Eliasson M, et al. Implementing healthy lifestyle promotion in primary care: a quasi-experimental cross-sectional study evaluating a team initiative. PLOS ONE. 2013;11(8):1-10.
  29. Pons-Vigüés M, Berenguera A, Coma-Auli N, Pombo-Ramos H, March S, Moreno-Peral P, et al. Health-care users, key community informants and primary health care workers' views on health, health promotion, health assets and deficits: qualitative study in seven Spanish regions. BioMed Central. 2017;16(1):1696-1706.
  30. Parker W, Steyn P N, Levitt S N, Lombard J C. They think they know but do they? Misalignment of perceptions of lifestyle modification knowledge among health professionals. Public Health Nutrition. 2010;14(8):1429–1438.
  31. Jullinoja P, Absetz P, Kuronen R, Nissinen A, Talja M, Uutela A. Et al. The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among

- primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2007;25(4):244-249.
32. Carljford S, Lindberg M, Andersson A. Staff perceptions of addressing lifestyle in primary health care: a qualitative evaluation 2 years after the introduction of a lifestyle intervention tool. *BMC Family Practis*.2012;13(99):1-8
  33. Aranda K, McGreevy D. Embodied empathy-in-action: overweight nurses' experiences of their interactions with overweight patients. *Nursing Inquiry*. 2014;21(1):30-39
  34. Törnkvist L, Gardulf A, Strender LE. The opinions of nursing documentation held by district nurses and by nurses at primary health care centres. *PubMed*. 1997;17(4):18-25.
  35. Kardakis T. Strengthening lifestyle interventions in primary health care: the challenge of change and implementation of guidelines in clinical practice. Department of Public Health and Clinical Medicine, Epidemiology and Global Healt. 2017.
  36. Maijla V, Tossavainen K, Turunen H. Health promotion practices delivered by primary health care nurses: Elements for success in Finland. Elsevier Ltd. 2016;30:45-51.
  37. Eriksson A, Engström M. District nurses' perceptions of their preventive work and structural conditions for this work. *Nordic Journal of Nursing Research* 2015;35(2):77–84.
  38. Geirsson M, Bendtsen P, Spak F. Attitudes of Swedish general practitioners and nurses working with lifestyle change, with special reference to alcohol consumption. *Alcohol and alcoholism*. 2005;40(5):388-393.
  39. Hörnsten Å, Lindahl K, Persson K, Edvardsson K. Strategies in health-promoting dialogues – primary healthcare nurses' perspectives – a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2014;28(2):235-244.
  40. Richter-Sundberg L, Karadakis T, Weinehall L, Gravare R, Nyström E M. Addressing implementation challenges when developing evidence based guidelines for health promotion – A case study of the Swedish national guidelines for disease prevention. *BMC Health Services Research*. 2015;15(19):12913-26.
  41. Waterman H, Boaden R, Burey L, Howells B, Harvey G, Humphreys H et al. Facilitating large-scale implementation of evidence based health care: insider

- accounts from a co-operative inquiry. *BMC Health Services Research*. 2015;15(1):1-13.
42. Gustavsson C, Nordqvist M, Bröms K, Jerdén L, Kallings L V, Wallin L. What is required to facilitate implementation of Swedish physical activity on prescription? – interview study with primary healthcare staff and management. *BMC Health Services Research*. 2018;18(1):1-10.
43. DiClemente C C, Prochaska J O, Fairhurst S K, Velicer W F, Velasquez M M, Rossi J S. The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1991;59(2):295-304.