



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV

Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Distriktssköterskors erfarenheter och upplevelser av att arbeta med tobaksavvänjning i grupp

Alexandra Elsrud

2014

Examensarbete, Avancerad nivå (masterexamen), 15 hp
Vårdvetenskap

Specialistsjuksköterskeprogrammet - inriktning distriktssköterska

Självständigt arbete/examensarbete inom distriktssköterskans kunskapsområde

Handledare: Anna-Greta Mamhidir
Examinator: Annica Ernesäter

Sammanfattning

Tobaksbruk är förknippat med ohälsa, stor risk finns att drabbas av följsjukdomar. Syftet var att beskriva distriktssköterskors erfarenheter och upplevelser av att arbeta med tobaksavvänjning i grupp. En studie med kvalitativ ansats och deskriptiv design har gjorts. Åtta distriktssköterskor som arbetar med tobaksavvänjning i grupp har intervjuats. Materialet har analyserats med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. I resultatets första kategori ”Viktigt med tydliga arbetsrutiner vid tobaksavvänjning i grupp” beskrevs exempelvis arbetsrutiner såsom att hemuppgifter gavs mellan grupptillfällena, tobaksstoppdatum planerades och uppföljningar gjordes. Dock beskrevs svårigheter att rekrytera deltagare till tobaksavvänjningsgrupperna, vilket innebar att personerna hänvisades till individuell tobaksavvänjning. Det rapporterades vara psykiskt påfrestande att leda grupper om deltagare hade psykisk ohälsa och komplexa sociala problem. Andra kategorin ”Möjligheter och svårigheter vid gruppbehandling” beskrev att motiverande samtal användes och deltagarnas motivation ansågs avgörande för tobaksstoppet. Tobaksavvänjningen uppgavs fungera när distriktssköterskan inte ”föreläste” utan uppmuntrade alla till att bli hörda, så att erfarenheter delades och stöd gavs åt varandra. Distriktssköterskorna upplevde arbetet stimulerande men även frustrerande, möjligheter till stöd av tobakssamordnare eller kollegor fanns, dock saknades stöd av läkare. Önskvärt enligt distriktssköterskorna vore att vara två som genomförde gruppträffarna tillsammans, ha tillräckligt med administrativ tid samt ha tid för fortbildning. Slutsatsen är att distriktssköterskorna arbetade efter tydliga arbetsrutiner. De upplevde både möjligheter och svårigheter med att genomföra gruppbehandling. Dock behövs mer fokus läggas på att rekrytera personer till grupperna så att grupper inte behöver ställas in, samt att ökad möjlighet till vidareutveckling av tobaksavvänjnings arbete i grupp bör ges till distriktssköterskorna.

Nyckelord: Tobaksavvänjning, tobaksavvänjning i grupp, distriktssköterska, Transteoretiska modellen ”Stages of Change”

Abstract

Tobacco is associated with high risk of poor health. The aim was to describe district nurses' experiences of working with tobacco cessation groups. The study had a descriptive design and eight district nurses who worked with tobacco cessation groups were interviewed. Data was analysed using qualitative content analysis. In the result, the first category "Important to have clear work procedures for tobacco cessation groups" work practices such as homework assignments given between group cessation, planned tobacco cut-off date and follow-ups were described. Difficulties recruiting participants for the tobacco cessation groups occurred, which meant referrals to individual tobacco cessations. It was stressful leading groups if participants had mental health illnesses and complex social problems. The second category "Possibilities and difficulties leading group cessation" described that motivational interviewing was used and that participants' motivation was crucial for tobacco stop. Tobacco cessation worked well when the district nurse not " lectured " but encouraged everyone to be heard, shared experiences and supported each other. The work was experienced stimulating and frustrating, tobacco coordinator or colleagues' support existed, and physician support lacked. District nurses desired conducting group cessation together, sufficient administrative time and further education. The conclusion is that the district nurses worked according to clear work procedures, experienced opportunities and difficulties in tobacco cessation groups. More focus must be placed on recruiting individuals preventing inhibition of starting groups as well as ongoing development of the district nurses' work in tobacco cessation groups.

Keywords: Tobacco cessation, tobacco cessation groups, district nurse, The transtheoretical model "Stages of Change"

Innehållsförteckning

Introduktion	1
Tobaksbruk och ohälsa	1
Tobaksavvänjning	1
Tobaksavvänjning i grupp	3
Distriktssköterskans yrkesroll	3
Motiverande samtal	4
Teoretisk referensram	5
Problemformulering	5
Syfte	6
Metod	6
Design	6
Urvalsmetod och Undersökningsgrupp	6
Datainsamlingsmetod	7
Tillvägagångssätt	8
Dataanalys	9
Forskningsetiska övervägande	10
Resultat	11
Diskussion	19
Huvudresultat	19
Resultatdiskussion	19
Metoddiskussion	23
Kliniska implikationer för omvårdnad	25
Förslag till fortsatt forskning	26
Slutsats	26
Referenser	27

Introduktion

Tobaksbruk och ohälsa

Socialstyrelsen har rangordnat vilka levnadsvanor som löper stor risk att leda till sjukdom, sänkt livskvalité och förtidig död. Tobaksbruk ligger i toppen av listan och har kraftig till mycket kraftig risk att leda till sjukdom såsom olika typer av cancer och sjukdomar i lungor, hjärta och kärl (Socialstyrelsen 2011). Inom området tobaksbruk inkluderas både rökning och snusning (Statens Folkhälsoinstitutet 2006). Rökning beräknas kosta cirka 30 miljarder per år för samhället vad gäller sjukvård, sjukskrivningar, förtidspensionering och förtidig död (Holm Ivarsson *et al.* 2012). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska sjukvården arbeta med att förebygga ohälsa. De personer som söker sig till hälso- och sjukvården ska ges information om metoder för att förebygga ohälsa (SFS 1982:763). För att kunna stödja personer att förändra sina levnadsvanor gäller det att hälso- och sjukvårdspersonal ställer frågor om levnadsvanor. Tre av fyra som rökar vill sluta röka och kan göra det med hjälp av professionell tobaksavvänjning (Holm Ivarsson *et al.* 2012, Socialstyrelsen 2011).

En rökare definieras som en person som röker varje dag, oavsett antal cigaretter. En person som snusar varje dag anses vara snusare (Socialstyrelsen 2011). Rökningen har minskat i Sverige och år 2011 rökte 10 procent av männen och 12 procent av kvinnorna dagligen cigaretter. Det finns ett tydligt samband mellan socioekonomi, utbildningsnivå och rökning i Sverige. Framförallt är det personer med låg utbildningsnivå som röker. Den tydliga skillnaden mellan socioekonomi och utbildningsnivå som visar sig bland rökare är inte lika tydlig bland snusare. Det är vanligare att män snusar än röker i Sverige och de snusar mer än kvinnorna. Arton procent av männen snusar (Holm Ivarsson *et al.* 2012). Studier visar att personer som drabbas av någon av tobakens följsjukdomar så som lungcancer, samt deras anhöriga ofta drabbas av psykisk ohälsa och sämre livskvalitet (Lehto 2014, Wu *et al.* 2013). Efter ett tobakstopp ökar möjligheten att bota eller mildra ett sjukdomsförlopp snabbt (Holm Ivarsson *et al.* 2012).

Tobaksavvänjning

Tobaksavvänjning är den mest kostnadseffektiva åtgärden inom hälso- och sjukvården och en förutsättning för att lyckas att sluta med tobak är att vara motiverad (Statens

Folkhälsoinstitut 2006). Tobaksavvänjning har en central roll för att ha framgång i att pressa ner den tobaksrelaterade dödligheten (Holm Ivarsson *et al.* 2012). Forskning visar att de personer som får extra rådgivning såsom kontinuerlig telefonrådgivningsuppföljning eller personligt möte med tobaksavvänjare slutar i högre grad att använda tobak (Berndt *et al.* 2013, Chouinard & Robichaud-Ekstrand 2005, Reid *et al.* 2007). En studie med sjuksköterskor som jobbar med diabetesvård (Jansink *et al.* 2010) visar att sjuksköterskor hindras att ge effektiv livsstilsrådgivning exempelvis tobaksavvänjning till personer på grund av brist på kunskap. Sjuksköterskorna hade inte tillräckligt med kunskap om vad en sund livsstil var, saknade insikt om sitt eget beteende samt hur motiverande samtal gavs. Samma studie visar också att sjuksköterskan hindrades att ge rådgivning om livsstilsförändringar till personer på grund av personens brist på kunskap om vad en sund livsstil är, de saknar insikt om sitt beteende samt att de inte är motiverade (Jansink *et al.* 2010). Tidigare studier om tobaksavvänjning har utgått från patientens perspektiv (Karatay *et al.* 2010, Lehto 2014, Wu *et al.* 2013) eller mätt sjuksköterskors kunskaper och egenskaper som arbetar med tobaksavvänjning (Borrelli *et al.* 2001, Efraimsson *et al.* 2012, Jansink *et al.* 2010, Rice & Stead 2008).

För personer som arbetar med tobaksavvänjning i Sverige finns det handledningsmaterial att stödja sig emot bl.a. från Statens Folkhälsoinstitut. Handledningsmaterialet delar in tobaksavvänjningen i tre faser: förberedandefasen, avvänjningsfasen och uppföljningsfasen. Förberedandefasen pågår under cirka två veckor och tobaksbrukaren förbereds att sluta, öka motivationen och stärka tilltron till sig själv. Eventuellt påbörjas behandling med nikotinersättning. Avvänjningsfasen pågår i cirka åtta veckor och där ges råd och stöd och eventuell fortsatt läkemedelsbehandling. I denna fas sker själva tobaksstoppet. Under sista fasen uppföljningsfasen som sker via personligt möte, telefonkontakt eller brevkontakt ges fortsatt stöd till fortsatt tobaksfrihet (Holm Ivarsson *et al.* 2012, Statens Folkhälsoinstitutet 2006).

Primärvården har ansvar för att förebygga sjukdom, vilket inkluderar tobaksavvänjning (Holm Ivarsson *et al.* 2012). Sjuksköterskor som ger råd att sluta använda tobak i samband med exempelvis att provtagning har liten effekt. Däremot är sjuksköterskor

som har specialistutbildning i att ge och leda kvalificerat avvänjningsarbete mer framgångsrika (Rice & Stead 2008).

Tobaksavvänjning i grupp

Tobaksavvänjning kan antingen ges individuellt eller i grupp. Deltagare i gruppen kan anpassa sig efter varandra, vara lojala i gruppen och få stöd. För många kan det kännas lättare att delta i tobaksavvänjning om det görs i grupp, där alla har samma mål (Statens Folkhälsoinstitutet 2006). Gruppbehandling är mer kostnadseffektivt en individuell behandling och rekommenderas om det är praktiskt möjligt. Individuell och gruppbehandling ger likartade resultat förutsatt att stödet ges med samma intensitet och omfattning. Att gå tobaksavvänjning i grupp ökar chansen att sluta med tobak jämfört med att försöka sluta med tobak självständigt utan stöd från tobaksavvänjare (Stead & Lancaster 2005, Holm Ivarsson *et al.* 2012). För många kan det vara lättare att sluta använda tobak om de deltar i grupp eftersom personen får stöd av gruppen och det blir svårare att dra sig ur. Lämplig storlek för gruppbehandling är 6-10 deltagare och antal gruppmöten kan variera mellan sex och tio gånger (Holm Ivarsson *et al.* 2012).

År 2012 beslöts det i ett län i Mellansverige att primärvården skulle satsa på att bedriva tobaksavvänjning i grupp. Åtta vårdcentraler fick i uppgift att starta kontinuerliga grupper. De övriga vårdcentralerna i länet skulle remittera deltagare till de vårdcentraler som bedrev tobaksavvänjning i grupp. De skulle fortsätta erbjuda individuell tobaksavvänjning för de där de inte passade med tobaksavvänjning i grupp av någon anledning. Målsättningen var att öka antalet personer som fick rådgivning och hjälp att sluta med tobak både individuellt och i grupp. Distriktssköterskor som arbetar med tobaksavvänjning i grupp har möjlighet att ta kontakt med tobakssamordnare i länet för råd och stöd. Det anordnas nätverksträffar två gånger per år för tobaksavvänjarna som arbetar med grupper så att de får träffas tillsammans.

Distriktssköterskans yrkesroll

Distriktssköterska är en skyddad yrkestitel inom hälso- och sjukvården och definieras som en legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen till distriktssköterska. Arbetet som distriktssköterska ska utgå från vetenskaplig beprövad erfarenhet och från ett etiskt förhållningssätt där patientens unikheter, integritet och autonomi respekteras. Distriktssköterskan ska främja hälsa, förebygga sjukdom och

återställa hälsa. Som arbetsuppgift ingår det att stärka patienten till en god hälsa genom ett hälsobefrämjande synsätt, att se patientens resurser i ett hälsobefrämjande perspektiv. Distriktssköterskan ska ha kunskap om ledarskap och pedagogik där bland annat kommunikation och samtalsmetodik är en del. Därmed ha ökad kunskap att i dialog med patienten vägleda och ge stöd (Distriktssköterskeförningen 2008). En distriktssköterska som arbetar med tobaksavvänjning ska stödja deltagaren att formulera en egen förståelse över sina egna problem, förstärka deras beslut och åtagande genom förändring (Socialstyrelsen 2014).

Motiverande samtal

Motiverande samtal (Miller & Rollnick 2003) är en samtalsmetod som används i behandling och rådgivning för att underlätta förändringsprocessen i livsstilsrelaterade frågor så som alkohol och tobak. Rådgivningen innebär att samarbeta med personen för att stärka personens egen motivation och åtagande till livsstilsförändring (Bundy 2004, Miller & Rollnick 2003). Metoden är personcentrerad vilket menas att personens syn på sitt tobaksbruk står i centrum under samtalet. Vårdarens roll är att locka fram motivation till förändring i en viss riktning. Det är en guidande metod där det är viktigt att visa respekt för personen och att förändringen måste ske i dennes takt (Holm Ivarsson *et al.* 2012). Motiverande samtal består av relativt enkla öppna frågor och stödjande samtalsterapi. Om ett beteende behöver ändras är det nödvändigt att förändra de underliggande föreställningar och känslor som är relaterade till detta beteende (Bundy 2004).

En studie visar att effekten av motiverande samtal med gravida kvinnor som får rådgivning att sluta använda tobak, slutar i högre grad än de som får vanlig rådgivning (Karatay *et al.* 2010). Sjuksköterskans egna attityder och föreställningar har betydelse för rådgivningen när de ger råd om tobaksstopp (Borrelli *et al.* 2001). En annan studie visar att sjuksköterskor som fått extra utbildning i motiverande samtal och som bedrev tobaksavvänjning på en mottagning för kroniskt obstruktiv sjukdom inom primärvården, använde trots detta inte sin nya kunskap om motiverande samtal i kommunikationen med patienterna (Efrainsson *et al.* 2012).

Teoretisk referensram

Motiverande samtalsmetoden är inspirerad av Prochaska och DiClementes förändringsmodell, ”Stages of Change”, som utgår från den transteoretiska modellen (TTM) (Bundy 2004). Modellen handlar om hur beteendeförändringar och motivation förändras stegvis och är ett bra verktyg inom tobaksavvänjning (Prochaska & Velicer 1997, Spencer *et al.* 2002). Den transteoretiska modellen erbjuder en grund för förståelsen av hur en människa förändrar sitt beteende (DiClemente & Prochaska 1998). En förändringsprocess startar när personen börjar ifrågasätta sitt beteende exempelvis sin tobakskonsumtion och känner motstridiga känslor för sitt konsumerande. De motstridiga känslorna som kallas ambivalens ses som oundviklig faktor för förändring. Att genom samtalet försöka att stärka personens förmåga och möjlighet till förändring (Socialstyrelsen 2014).

Det tar tid att förändra ett beteende och ”Stages of Change” består av fem steg. Det börjar med förnekelsefasen där ovilja finns till förändras. Personen är omedveten av konsekvenserna av sitt beteende. Steg två är begrundandefasen, där personen börjar fundera på förändring och börjar bli medveten om konsekvenserna av sitt handlande. Nästa steg är förberedelsefasen, där personen är motiverad och förändringen sker vanligtvis inom den närmaste framtiden. Nästa steg är handlingsfasen där själva förändringen sker, exempelvis tobaksstopp. Sista fasen är underhållsfasen där fokus ligger på att inte återgå till gamla vanor och beteenden (Prochaska & DiClemente 1983, Prochaska & Velicer 1997, Shinitzky & Kub 2001). En ytterligare fas kan läggas till vilket kallas den avslutande fasen där personen inte känner någon frestelse att falla tillbaka till sina gamla vanor. Personen känner stor självtillit, oavsett om personen är deprimerad, orolig eller känner sig ensam. För att kunna hjälpa en annan person till förändring måste förståelse finnas för hur förändringsprocessen påverkar människan (Prochaska & Velicer 1997).

Problemformulering

Att bli tobaksfri innebär en minskad risk för tobaksbrukare att drabbas av följsjukdomar. Genom att sluta använda tobak förebyggs onödigt lidande för personen (Statens Folkhälsoinstitutet 2006). Hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar med tobaksavvänjning har en viktig roll när det gäller att ge god rådgivning och stöd till de

personer som behöver hjälp med att sluta med tobak (Socialstyrelsen 2011). De personer som får extra rådgivning såsom telefonuppföljning eller personligt möte med tobaksavvänjare om tobaksstopp slutar i högre grad att använda tobak (Berndt *et al.* 2013, Chouinard & Robichaud-Ekstrand 2005, Reid *et al.* 2007). Det är primärvårdens ansvar att arbeta med tobaksavvänjning och ofta är det distriktssköterskans uppgift. Tidigare studier om tobaksavvänjning har utgått från patientens perspektiv (Karatay *et al.* 2010, Lehto 2014, Wu *et al.* 2013) eller mätt sjuksköterskors kunskaper och egenskaper som arbetar med tobaksavvänjning (Borrelli *et al.* 2001, Efraimsson *et al.* 2012, Jansink *et al.* 2010, Rice & Stead 2008). Det har varit svårt att hitta artiklar med syftet att beskriva distriktssköterskors erfarenheter och upplevelser av att arbeta med tobaksavvänjning i grupp. Att få ökad kunskap om deras erfarenheter och upplevelser av att arbeta med tobaksavvänjning i grupp är betydelsefullt. På så vis kan andra distriktssköterskor inspireras att ge rådgivning om tobaksstopp i grupp och de kan komma fler personer i samma situation tillgodo.

Syfte

Att beskriva distriktssköterskors erfarenheter och upplevelser av att arbeta med tobaksavvänjning i grupp.

Metod

Design

En studie med kvalitativ ansats med deskriptiv design har gjorts. Deskriptiv design har som främsta mål att ge en rättvisande bild av människors egenskaper eller förhållanden och hur ofta fenomenet uppträder. Syftet med deskriptiva studier är att observera, beskriva och dokumentera delar av situationer som förekommer naturligt och kan ibland fungera som en utgångspunkt för antagandet och teoriutveckling (Polit & Beck 2012).

Urvalsmetod och Undersökningsgrupp

Urvalet har gjorts via ändamålsenligt urval, vilket är en urvalsmetod där informanter som gör mest nytta för studien, väljs ut (Polit & Beck 2012).

Inklusionskriterierna var att informanterna hade som arbetsuppgift att bedriva tobaksavvänjning i grupp på den vårdcentral de arbetade på. Distriktssköterskan skulle ha arbetat med tobaksavvänjning i minst ett år. Detta för att distriktssköterskan skulle

hunnit få erfarenheter så att informationen blev så innehållsrik som möjligt. Exklusionskriterierna var att de distriktssköterskor som arbetat mindre än ett år med tobaksavvänjning samt sjuksköterskor som arbetade med tobaksavvänjning. Vid åtta vårdcentraler arbetade totalt tolv distriktssköterskor med tobaksavvänjning i grupp. I föreliggande studie medverkade åtta distriktssköterskor från sex olika vårdcentraler i studien. Totalt tillfrågades tolv distriktssköterskor, en tackade nej till att delta på grund av tidsbrist och tre svarade inte på förfrågan. Enligt Polit och Beck (2012) ska storleken på urvalsgruppen baseras på informationsbehovet. Det viktiga är att få tillräckligt med data som kan belysa mönster, kategorier och dimensioner.

Alla inkluderade informanter i studien var kvinnor och åldern varierade mellan 42-64 år, medelvärde 49 år. Vilket innebar att inget genusperspektiv i undersökningsgruppen kunde urskiljas. Informanterna hade arbetat som distriktssköterskor mellan 5-28 år, medelvärde 13,25 år. De hade varit legitimerade sjuksköterskor mellan 11-45 år, medelvärde 23,88 år. Samtliga informanter var Diplomerade tobaksavvänjare vilket var ett krav i landstinget för att få arbeta med tobaksavvänjning. Att vara Diplomerad tobaksavvänjare innebär att man har gått en utbildning om tobaksavvänjning. Utbildningen om tobaksavvänjning innefattar bl.a. teori, praktik, kunskapsprov, handledning och uppföljning. Antal år som informanterna hade arbetat med tobaksavvänjning i grupp varierade mellan 2-18 år, medelvärde 7,5 år.

Datainsamlingsmetod

Intervju har användas som datainsamlingsmetod, vilket är den primära insamlingsmetoden inom kvalitativ forskning (Polit & Beck 2012). Intervjuformen har varit semistrukturerad frågor dvs. författaren har gjort en förteckning över ämnen som togs upp i intervjun. Detta möjliggjorde att informanterna kunde ge individuella svar (Polit & Beck 2012). Intervjuguide har användas som stöd för intervjun så att samma frågor ställts till samtliga distriktssköterskor och som stämde överens med studiens syfte. Intervjuguiden var indelade i olika frågeområden: rekryteringsförfarande av deltagare, grupprådgivningens upplägg, tobaksrådgivning i grupp, om deltagarna i gruppen, stöd från ledning och kollegor, jämförande frågor mellan tobaksavvänjning grupp och individuell tobaksavvänjning och informantens upplevda kompetens. Frågorna bestod av öppna frågor så som exempelvis: *Berätta om hur får du tag på deltagare till*

grupperna? Berätta om deltagare du upplever lyckas? Hur upplever du när rådgivningen inte fungerar? Fördjupande frågor ställdes så som: *Hur menar du? Kan du ge fler exempel? Varför tror du att det är så?* Intervjuguiden bestod även av bakgrundsfrågor om bland annat informantens ålder och utbildning, detta för att få mer kännedom om informanterna. En testintervju genomfördes med den första informanten i studien vilket Polit och Beck (2012) menar är användbart för att undersöka om frågorna i intervjuguiden ger uttömmande svar och om det finns frågor som inte passar. Efter testintervjun träffade författaren sin handledare för genomgång av inspelad intervju och korrigering av eventuella frågor. Inga intervjufrågor ändrades vilket tydde på att intervjuguiden svarade på studiens syfte och därför inkluderades testintervjun i studien. Intervjuerna ägde rum mellan februari och mars år 2014.

Intervjuerna spelades in via inspelningsfunktionen på författarens mobiltelefon och transkriberas ordagrant. Innan intervjuerna var författaren förtrogen med hur ljudinspelningen fungerade och hade testat att spela in innan intervjun. Inspelat material har förvaras hemma hos författaren. Inspelat material sparades på två separata filer på författarens dator och därefter raderades från mobiltelefonen. Inga anteckningar har tagits under intervjuerna då det kunde störa informanten (Polit & Beck 2012). Intervjutiden för de samtliga åtta intervjuerna varierade mellan 14-30 minuter, medelvärde 22 minuter.

Tillvägagångssätt

Efter att PM:et godkändes sändes en förfrågan till FoU-avdelningen i länet för tillstånd att bedriva studien i primärvården i länet. Studien blev godkänd av länets primärvårdsdirektör. Därefter kontaktade författaren alla åtta vårdcentralers verksamhetschefer som erbjöd tobaksavvänjning i grupp via mejl om att medverka i studien. Verksamhetschefen fick ta del av projektplanen och fick information om att tidsåtgången beräknades till cirka en timme per intervju och att intervjun önskades vara schemalagd för deltagaren. Detta för att inte tidsbrist hos informanten skulle påverka intervjun. Alla verksamhetschefer gav tillstånd till att författaren tog kontakt med deltagare. Då inte alla tillfrågade distriktssköterskor svarade på tillfrågan skickades allteftersom fler förfrågningar tills åtta informanter tackat ja till att medverka i studien.

Författaren tog kontakt med nämnda informanter via mejl och gav information om studien syfte och att deltagande var frivilligt och med förfrågan om de ville delta i studien. Totalt tackade sex distriktssköterskor ja till att delta i studien via mejl. Två informanter kontaktades via telefon när inget svar hade erhållits efter att påminnelse hade skickats efter cirka två veckor och de tackade då ja att delta i studien.

Informanterna fick välja plats för vart intervjuerna skulle äga rum och ägde rum på informanternas kontor på arbetsplatsen i samtliga fall, vilket är en lämplig plats att intervjua på då ostördhet gick att uppnå. Ostördhet är av stor vikt så att inte den intervjuade blir störd och påverkar innehållet i svaret (Polit & Beck 2012). Författaren informerade informanten innan inspelningen startade att deltagandet var frivilligt och att resultatet från intervjun skulle behandlas konfidentiellt, så att ingen enskild individ kunde röjas. Därefter fick informanten skriva på ett informerat samtycke. Sedan berättade författaren kort om studiens syfte, gav en sammanfattning av intervjuguiden, att det var viktigt att berätta om sina känslor och att inget svar är rätt eller fel. Vidare att författaren under intervjun kunde komma att ställa följdfrågor till informanten för att få ett fylligare svar. Enligt Polit och Beck (2012) är detta en bra metod för att få en mer avslappnad stämning och minska eventuell nervositet för informanten samt författaren innan de planerade frågorna ställdes.

Varje intervju avslutades med frågan om informanten hade något mer att tillägga. Detta för att ge chans till informanten att delge information kring ämnet som inte författaren hade frågat eller berört. Polit och Beck (2012) nämner att det är en bra metod att använda sig av för att framkalla viktig information. Alla intervjuer fick ett kodnummer och datum för tidpunkt av intervjun.

Dataanalys

En kvalitativ innehållsanalys har gjorts av inhämtad transkriberad data i enlighet med Graneheim och Lundman (2004). En innehållsanalys är en analysform som identifierar framträdande teman och mönster ur berättande data (Polit & Beck 2012). Innehållet har granskats noggrant och läst flera gånger av författaren för att leta efter betydelser och förståelser. Analysprocessen har gjorts noggrant och har diskuterats med handledaren under hela processen, vilket ökar trovärdigheten för studien. Varje intervjutext har

markerats med olika färger för att göra kategoriseringen lättare. Därefter har data brutits ner till mindre hanterbara meningsbärande enheter som svarade på studiens syfte. Därefter har meningarna kondenserats och benämnas med koder. Koderna har jämförts och likheter och skillnader har sökts och därefter har koderna sorterats och formats till subkategorier och kategorier. Slutligen formades två kategorier. Inget material har uteslutits på grund av opassande kategori i enlighet med Graneheim och Lundman (2004). Exempel på analysprocessen kan ses i tabell 1.

Tabell 1. Exempel på analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
”..det är större chans att lyckas om man använder sig av någon form av nikotinhjälpmedel”	Nikotinersättning erbjuds som hjälpmedel	Nikotinersättning erbjuds som stöd.	Hemuppgifter och information om läkemedelsstöd	Viktigt med tydliga arbetsrutiner vid tobaksavvänjning i grupp
”Det är jag som bestämmer datumet. Sista gruppen blev lite arga att jag hade tagit en fredag, men så är det alltid”	Distriktssköterskan bestämmer datum för tobaksstopp. Deltagare kan bli arga över valet av datum	Distriktssköterskan beslutar om gemensamt datum för tobaksstopp	Beslut om datum för tobaksstopp	Viktigt med tydliga arbetsrutiner vid tobaksavvänjning i grupp
”Egentligen skulle jag vilja ha mer tid överlag. Kanske kunna fortbilda sig. Men det är ett evigt problem”	Mer tid för fortbildning, men det är ju ett evigt problem	Önskan om mer tid för fortbildning	Behov av stöd och kontinuerlig fortbildning	Möjligheter och svårigheter vid gruppbehandling
”..jag kan inte sitta och ge en massa råd om det inte landar”	Kan inte ge råd om personen inte är mottaglig	Rådgivningen fungerar inte om man inte når fram	Känslor av glädje och skicklighet vs. misslyckande och frustration	Möjligheter och svårigheter vid gruppbehandling

Forskningsetiska övervägande

Studiens avsikt var att intervjua distriktssköterskor som arbetar med tobaksavvänjning i grupp och fråga om deras erfarenheter och upplevelse. Informanterna bedömdes inte behöva bli utsatta för skada och obehag, dock har författaren haft det i åtanke under intervjuerna. Ingen informanter har uttryckt öppet något obehag under intervjuerna. Tillstånd har fått från verksamhetschefer på respektive vårdcentral som har medverkat i studien. Informanterna fick information om studiens syfte och att medverkandet var frivilligt och att de när som helst kunde och utan förklaring välja att avbryta deltagandet

i studien. Informerat samtycke har inhämtats från samtliga informanter och de fick skriva på ett dokument att de tagit del av informationen. Informerat samtycke betyder att informanten har fått all adekvat information om studiens syfte, att de förstått informationen och att möjlighet finns att avbryta deltagandet när det ville (Polit & Beck 2012). Informanterna har fått information om att den information som de lämnat i intervjun kommer behandlas konfidentiellt. Endast författaren och handledaren har haft tillgång till transkriberad data. Materialet har avidentifieras och kommer raderas efter att examensarbetet är godkänt. Resultatet har hanterats konfidentiellt och har presenterats så att ingen enskild person ska kunna identifieras i enlighet med god forskningssed, något som är särskilt viktigt om informanterna är få (Vetenskapsrådet 2011).

Resultat

Resultatet från intervjuerna med distriktssköterskorna ledde fram till två kategorier: ”Viktigt med tydliga arbetsrutiner vid tobaksavvänjning i grupp” och ”Möjligheter och svårigheter vid gruppbehandling”. Innehållet i kategoriernas redovisas i löpande text utifrån subkategorier. För exempel på hur analysarbetet gått till se tabell 2. Varje subkategori illustreras av citat från intervjuerna för att tydliggöra resultatet. Deltagare benämns de personer som deltagit i tobaksavvänjning i grupp. Med tobak inkluderas både rökning och snusning.

Tabell 2. Kategorier och subkategorier som beskriver distriktssköterskans erfarenheter och upplevelser av att arbeta med tobaksavvänjning i grupp

Kategori	Subkategori
Viktigt med tydliga arbetsrutiner vid tobaksavvänjning i grupp	<i>Rekrytering av deltagare</i>
	<i>Bedömningssamtal av deltagarens hälsa och motivation</i>
	<i>Genomförande av gruppträffar samt uppföljning</i>
	<i>Hemuppgifter och information om läkemedelstöd</i>
	<i>Beslut om datum för tobaksstopp</i>
Möjligheter och svårigheter vid gruppbehandling	<i>Motiverande samtal utgör ett stöd</i>
	<i>Behov av stöd och kontinuerlig fortbildning</i>
	<i>Tidsbrist påverkar arbetet negativt</i>
	<i>Fördelar och nackdelar med tobaksavvänjning i grupp</i>
	<i>Känslor av glädje och skicklighet vs. misslyckande och frustration</i>

Viktigt med tydliga arbetsrutiner vid tobaksavvänjning i grupp

Kategorin ”Viktigt med tydliga arbetsrutiner vid tobaksavvänjning i grupp” formades utifrån fem subkategorier: *Rekrytering av deltagare*, *bedömningssamtal av deltagarens hälsa och motivation*, *genomförande av gruppträffar samt uppföljning*, *hemuppgifter och information om läkemedelstöd* och *beslut om datum för tobaksstopp*.

Rekrytering av deltagare

Tydliga arbetsrutiner beskrevs när det gällde att rekrytera deltagare till grupperna. För att informera om gruppstart sattes anslag upp på vårdcentralen och information gavs till personalgruppen, information lades ut på vårdcentralens hemsida och intranät samt att folktandvårdens personal informerades. Det beskrevs svårigheter att rekrytera deltagare till grupperna trots distriktssköterskornas vetskap om flertalet tobaksbrukare. Det tog oftast tid att rekrytera tillräckligt många deltagare för att bilda en grupp. Deltagare fick då antingen vänta på gruppstart eller erbjöds individuell tobaksavvänjning.

Distriktssköterskorna ansåg att det inte bör gå för lång tid från att deltagaren sökte hjälp till gruppstart.

”Ja, det är jätte svårt [att rekrytera]. Det är det som är jätte tråkigt. Vi har ju möjlighet att ha grupper men vi har för få deltagare. Som nu här sist när vi hade bara två deltagare, då är det ju ingen idé att ha en grupp” (I 7)

Deltagare rekryterades till tobaksavvänjningsgrupperna, även genom distriktssköterskans dagliga mottagningsarbete vid exempelvis blodtryckskontroll eller genom att deltagaren själv tog kontakt. Även sjuksköterskor som arbetade på vårdcentralen med spirometrimätning remitterade deltagare liksom barnmorskor och sjukgymnaster men läkarna skrev de flesta remisserna. Det beskrevs att läkarna ständigt behövde påminnas om att skriva remisser och att de ofta skrev remisser på personer som inte var tillräckligt motiverade eller inte medvetna om att remiss hade skrivits. Distriktssköterskorna hade möjlighet och brukade informera om tobaksfrågan på personalmöten men det uppgavs att de gjorde det allt för sällan. Få remisser beskrevs komma från andra vårdgivare än vårdcentralen.

Bedömningssamtal av deltagarens hälsa och motivation

En arbetsrutin var att ha ett individuellt samtal med deltagaren där hälsa diskuterades och bedömdes och gjordes av distriktssköterskan på de flesta deltagare.

Bedömningssamtalet gjordes i samband med att personen hade anmält intresse för att delta i en tobaksavvänjningsgrupp. I samtalet diskuterades deltagarens önskemål och lämplighet att delta i grupp. Bedömningssamtalet utgick från ett frågeformulär som handlade om deltagarens levdandsvanor, tobaksvanor och hur personen reflekterar över tobaksbrukets för- och nackdelar.

”... Då går man igenom hur länge dom har rökt, varför dom vill sluta röka nu, om dom har provat att sluta röka tidigare. Vad dom har för erfarenheter av det” (I 8)

Deltagarna uppgavs ofta ha multipla sjukdomar och hade använt tobak under en längre tid. Kronisk obstruktiv lungsjukdom uppgavs vara den vanligaste medicinska diagnosen bland deltagarna. Problem så som arbetslöshet och sjukskrivning beskrevs vara vanligt förekommande liksom psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa uppgavs påverka deltagarens möjlighet negativt när det gällde att sluta använda tobak. Däremot rapporterade distriktssköterskorna att en medicinsk diagnos exempelvis kronisk obstruktiv

lungsjukdom kunde påverka motivationen positivt till att sluta använda tobak. Äldre upplevdes ha lättare att sluta använda tobak än yngre.

Deltagarna upplevdes oftast vara tillräckligt motiverade vid gruppstart och motivation ansågs vara en avgörande orsak till att lyckas. Det beskrevs att om personen vid bedömningsamtalet inte uppfattades vara redo att påbörja tobaksavvänjning i grupp, uppmuntrades personen att avstå gruppstart. Men bedömningsamtalet kunde vara ett stöd för att öka motivationen hos deltagaren, enligt distriktssköterskan. Det ansågs viktigt att bedöma motivationen då en omotiverad deltagare kunde medföra en negativ stämning i gruppen. Distriktssköterskan beskrev också att det kunde behövas flera försök för att lyckas sluta med tobak.

”Jag vet inte hur man menar med att lyckas, men om man har jobbat så många gånger och år och träffat patienter och så.. så jag står nog för det här med 5-6 rejäla försök så är man i hamn” (I 1)

Individuell tobaksavvänjning erbjöds då grupp inte ansågs vara lämplig eller möjligt. Orsaker till detta kunde vara exempelvis att deltagaren önskade att gå på individuell tobaksavvänjning, att datum och tid för gruppen inte passade, psykisk ohälsa, språksvårigheter eller att det var för få deltagare så att en grupp inte kunde bildas.

Genomförande av gruppträffar samt uppföljning

Deltagarna träffades på vårdcentralen 7-8 gånger tillsammans i tobaksavvänjningsgruppen. Uppföljning skedde efter tre-, sex månader- och tolv månader. Några distriktssköterskor uppgav att uppföljning bestod av att alla deltagare i gruppen träffades på vårdcentralen medan andra distriktssköterskor följde upp via telefonsamtal eller med hjälp av enkäter. Vid första träffen gavs information om att meddela distriktssköterskan om de fått ett återfall i sina tobaksvanor. När distriktssköterskan fick kännedom om återfallet togs kontakt per telefon för att ta reda på orsak till återfallet och om fortsatt deltagande i gruppen. Distriktssköterskan beskrev att metoden motiverande samtal användes för att försöka stödja till ökad motivation, vilket fungerade bra.

”Då brukar jag ju alltid följa upp och ringa upp och fråga varför och så där. Men jag kan ju inte tvinga på någon. Men jag försöker ju med motiverande samtal och prata med dom” (I 4)

Det beskrevs också att det ibland inte fanns så mycket att göra om deltagaren fått ett återfall. Distriktssköterskan påtalade att om deltagaren inte var motiverad så gick det inte att fortsätta med gruppmedverkan. Det ansågs viktigt att deltagaren inte upplevde ett återfall som ett misslyckande eftersom de eventuellt kan ha förändrat sina tankar om sitt tobaksbruk.

Hemuppgifter och information om läkemedelstöd

Som arbetsrutin gavs det hemuppgifter till deltagarna mellan varje grupptillfälle. Uppgifterna kunde bestå av att exempelvis fundera över sitt tobaksbruk så som för- och nackdelar med att sluta använda tobak. Det kunde vara att deltagaren skulle reflektera över vilken känsla som var förknippad med tobaksbruk, att registrera hur mycket tobak som konsumeras och räkna ut kostnaden för tobaken. Det kunde också handla om att försöka bryta en vana exempelvis att vänta med att ta en cigarett direkt efter maten och tänka över om cigarettens var nödvändig eller inte.

Läkemedelsstöd så som nikotinersättning rekommenderades som stöd och flertalet av deltagarna uppgavs använda sig av det. Distriktssköterskan kunde ibland följa med till apoteket för att hjälpa till att välja ut ett passande läkemedel. Deltagarna ansågs påverka varandra i valet om vilket läkemedelsstöd som skulle användas.

”Ja jag brukar rekommendera att man använder sig av det [nikotinersättning]. Att man ska vara snäll mot sig själv. Så det pratar vi alltid om, om nikotinersättning” (I 4)

Beslut om datum för tobaksstopp

Datum för tobaksstopp skedde oftast vid andra eller tredje grupptillfället. Valet av datum för tobaksstopp beslutades på olika sätt. Distriktssköterskorna bestämde ofta datumet i samråd med deltagarna och då kunde datumet antingen vara individuellt eller gemensamt för alla deltagare. Om inte deltagarna kunde bestämma datum själva så föreslog distriktssköterskan ett datum. Andra distriktssköterskorna uppgav att de redan

vid gruppstart hade planerat in ett gemensamt datum för tobaksstoppet och det kunde ibland göra att deltagarna blev arga om datum inte passade dem.

”Det [datumet] bestämmer vi tillsammans i gruppen. Och det är lite grann att vi kommer överens, det brukar inte vara svårt” (I 2)

Möjligheter och svårigheter vid gruppbehandling

Kategorin ”Möjligheter och svårigheter vid gruppbehandling” utformades utifrån fem subkategorier: *motiverande samtal utgör ett stöd, behov av stöd och kontinuerlig fortbildning, tidsbrist påverkar arbetet negativt, fördelar och nackdelar med tobaksavvänjning i grupp och känslor av glädje och skicklighet vs. misslyckande och frustration.*

Motiverande samtal utgör ett stöd

Rådgivningen i tobaksavvänjningsgrupperna upplevdes inte fungerade när distriktssköterskan ”föreläste” för deltagaren, att försöka lära någon något. Motiverande samtal var en bättre metod att använda sig av. Distriktssköterskan fungerade då som en gruppledare med låg profil och styrde samtalet så att alla fick möjlighet att bli hörda vilket upplevdes fungera bättre för samtalet. Som ledare bör man vara tillåtande och uppmuntrande för alla typer av förändring är bra. Ingen deltagare blev utesluten om de börjat använda tobak igen, de kunde ha ändrat sina mål uppgav distriktssköterskorna.

”Men det gäller ju att alla får prata och det är ju min uppgift att fördela tiden, det är ju min uppgift att styra. En del blommar ju verkligen upp i grupp” (I 5)

Det upplevdes svårt att avgöra hur mycket engagemang som skulle satsas på en enskild deltagare. Distriktssköterskorna påtalade att ingen ska känna att de ska sluta med tobak för ledarens skull. I tobaksavvänjningsgrupperna lades stort ansvar på deltagaren och flera deltagare hade uppgett efter gruppavslutning att de var tacksamma att ”bollen” hade lagt hos dem. Arbetet gjordes av deltagaren men med stöd och verktyg av distriktssköterskan. Svårigheter kunna vara att nå fram till deltagaren för att ta reda på om deltagaren var tillräckligt motiverad. Distriktssköterskorna upplevde ibland att deltagarnas psykiska hälsa och mående gjorde gruppen tung att leda, det kunde vara

psykiskt påfrestande. Vissa deltagarna upplevdes inte riktigt förstå innebörden i hemuppgifterna, vilket distriktssköterskan ansåg var en svårighet. Det beskrevs också vara viktigt att inte se ner på deltagare vid återfall utan de är välkomna tillbaka till en grupp när motivationen hade ökat.

Behov av stöd och kontinuerlig fortbildning

Distriktssköterskorna beskrev svårigheter med att inte ha någon ansvarig läkare ansluten till tobaksavvänjningsgrupperna, att inte ha någon att fråga. De önskade vara två distriktssköterskor som ledde gruppen tillsammans men få av dem hade möjligheten. Fördelen med att vara två ledare i tobaksavvänjningsgrupperna uppgavs vara att få stöd och möjlighet att vara ledig ibland och inte vara bunden.

”Förut har vi alltid varit två men det får vi inte vara längre...man behöver bolla med någon...Ja man behöver lite stöd i grupp. Så jag tycker att man ska vara två när man har grupper över huvud taget” (I 2)

Ibland vände sig distriktssköterskorna till tobakssamordnare i länet för att få stöd. Kunskapen fanns om möjligheten att få stöd men stöd söktes oftare hos kollega. Mer handledning önskades så att patientfall kunde diskuteras. Det beskrevs vara distriktssköterskans ansvar att planera in tid för fortbildning men det var svårt att prioritera på grund av högt patienttryck och brist på personal. Vissa chefer var mer tillåtande än andra när det gäller att få gå på fortbildning. Distriktssköterskorna beskrev att de oftast brukade gå på nätverksträffarna. Nätverksträffarna upplevdes vara givande med att träffa kollegor och utbyta erfarenheter. Om möjlighet inte fanns att gå beskrevs känslan av att missa viktig information och givande diskussioner. En önskan fanns om att träffas i mindre grupper så att alla distriktssköterskor kom till tals och att patientfall diskuterades.

”För ibland kan man ju känna att man inte får nån att sluta röka i princip, man känner sig frustrerad. Då hör man att det är lite lika på andra håll” (I 8)

Distriktssköterskorna beskrev att tillräcklig kunskap fanns för att leda grupper i tobaksavvänjning men det krävdes ständig uppdatering. För att arbeta med motiverande

samtal krävs ständig träning och man blir aldrig fullärd. Det fanns en önskan om att få mer kunskap om snusning samt ökad kunskap i att leda grupper.

Tidsbrist påverkar arbetet negativt

Distriktssköterskorna beskrev brist på tid för planering och efterarbete när det gällde tobaksavvänjningsgrupperna. Arbetet gick ofta på rutin på grund av distriktssköterskans erfarenhet men det upplevdes svårt att förnya sitt arbete.

”Jag skulle behöva ha lite mera tid men det är så mycket annat som ska göras också”

(I 5)

Fördelar och nackdelar med tobaksavvänjning i grupp

Tobaksavvänjning i grupp beskrevs vara givande för deltagaren. Det beskrevs dock att fler slutat med tobak vid individuell tobaksavvänjning men det uppgavs eventuellt bero på distriktssköterskans sätt att leda samtalet vid tobaksavvänjning i grupp.

Tobaksavvänjning i grupp gav möjligheter för deltagarna att dela erfarenheter, stötta varandra och givande diskussioner skapades. Deltagarna var ofta ärliga mot varandra och uttryckte sig i klarspråk. Positivt gruppträck skapades genom en önskan att inte vilja svika gruppen. En nackdel kunde vara exempelvis när deltagare tog över samtalet för mycket så att inte alla blev hörda. Att ha ett annat modersmål kunde ur distriktssköterskans synvinkel vara negativt då inte alla nyanser i språket hon försökte förmedla inte alltid gick fram till deltagaren.

”Andra gruppdeltagare kan säga saker till varandra som jag inte kan säga. Ja de kan vara mer rakt på. Kan säga sluta sjåpa dig. Antingen slutar du eller inte [med tobak]”

(I 5)

Känslor av glädje och skicklighet vs. misslyckande och frustration

Distriktssköterskorna beskrev arbetet med tobaksavvänjning i grupp som spännande och roligt. Arbetsmaterialet som användes av alla ansågs vara ett bra stöd, det var tydligt utformat och var indelat veckovis. När deltagaren försökte sluta med tobak och det upplevdes som en plåga av distriktssköterskan kunde distriktssköterskan säga till deltagaren att återkomma när motivationen ökat. Det kunde kännas som ett

misslyckande och frustrerande när rådgivningen inte fungerade. När deltagaren lyckades sluta med tobak upplevde distriktssköterskan glädje, dels blev de glada för deltagarens skull men de upplevde också att de lyckats som gruppleddare. Distriktssköterskan beskrev att det kunde kännas svårt att försöka hjälpa någon att sluta med tobak som hade fått en cancersjukdom eller annan obotlig sjukdom.

”De första året här har jag känt mig jätte entusiastisk och tänkt att det är bara att ta nya tag och dom [deltagaren] går en inre väg, de kommer inte och det känns okej. Jag har inte brytt mig men jag kan faktiskt erkänna att jag nu känner nej... Det känns bara som om man gör en massa och det blir ingenting av det. Det känns trööstlöst” (I 6)

Diskussion

Huvudresultat

Resultatet i studien presenteras utifrån två kategorier och tio subkategorier. Den första kategorin ”Viktigt med tydliga arbetsrutiner vid tobaksavvänjning i grupp” beskrev exempelvis arbetsrutiner såsom att hemuppgifter gavs mellan grupptillfällena, tobaksstoppdatum planerades och uppföljningar gjordes. Dock beskrevs svårigheter att rekrytera deltagare till tobaksavvänjningsgrupperna, vilket innebar att personerna hänvisades till individuell tobaksavvänjning. Det beskrevs psykiskt påfrestande att leda grupper om deltagare hade psykisk ohälsa och komplexa sociala problem. Andra kategorin ”Möjligheter och svårigheter vid gruppbehandling” beskrev att motiverande samtal användes och deltagarnas motivation ansågs avgörande för tobaksstoppet. Tobaksavvänjningen uppgavs fungera när distriktssköterskan inte ”föreläste” utan uppmuntrade alla till att bli hörda, så att erfarenheter delades och stöd gavs åt varandra. Distriktssköterskorna upplevde arbetet stimulerande och frustrerande, möjligheter till stöd av tobakssamordnare eller kollegor fanns, dock saknades stöd av läkare. Önskvärt vore att vara två distriktssköterskorna som genomförde gruppträffarna tillsammans, ha tillräckligt med administrativ tid samt ha tid för fortbildning.

Resultatdiskussion

Viktigt med tydliga arbetsrutiner vid tobaksavvänjning i grupp

En studie som gjorts beskriver vikten av tydliga arbetsrutiner vid genomförande av tobaksavvänjning i grupp. Studien belyser bl.a. att gruppstorleken inte bör vara för stor

eller för liten och att det är viktigt att klargöra regler så som tider och punktlighet för deltagarna och hur uppföljningen kommer ske (Becoña *et. al* 2008).

Distriktssköterskorna i föreliggande studie beskrev svårigheter att rekrytera deltagare till grupperna trots vetskap om flertalet tobaksbrukare. Det tog lång tid att få tag på tillräckligt med deltagare för att bilda en grupp. Detta ledde till att personer fick vänta eller gå individuell tobaksavvänjning istället. Annan forskning visar detsamma att det kan vara svårt att få tag på deltagare till grupper (Holm Ivarsson *et al.* 2012, McDonald 1999, Prochaska & Velicer 1997). För att få fler deltagare till tobaksavvänjningsgrupperna bör mer resurser satsas på rekryterings fasen. Tidigare forskning visar att rekrytering via telefon eller personlig kommunikation visade sig vara mer effektivt än passiv reklam så som anslag och massmedia (McDonald 1999). Få remisser beskrevs komma från vårdgivare utanför vårdcentralen i föreliggande studie. Vilket författaren anser tyder på att tanken med att koncentrera tobaksavvänjning i grupp till åtta vårdcentraler och att andra vårdcentraler skulle remittera inte fungerar optimalt. Eventuellt behövs tydligare information till de övriga vårdcentralerna om att resursen finns.

Läkemedelsstöd så som nikotinersättning var något som erbjöds och rekommenderades av distriktssköterskorna i föreliggande studie. Andra studier visar att personer som erbjöds och uppmuntrades att använda sig av nikotinersättning som en stödjande åtgärd använder sig i stor grad av det, upp till 68-95 procent (Hilleman *et al.* 2004, Mohiuddin *et al.* 2007, Reid *et al.* 2007). Deltagarna i föreliggande studie beskrevs ofta vara multisyjuka och hade använt tobak under en längre tid. Flertalet hade drabbats av någon av tobakens följsjukdomar så som kronisk obstruktiv lungsjukdom, vilket även andra studier har belyst (Csikesz & Gartman 2014, Gratiou *et al.* 2014).

Distriktssköterskorna i föreliggande studie beskrev att de upplevde att om deltagaren hade fått en diagnos så som kronisk obstruktiv lungsjukdom så påverkades motivationen positivt. Bundy (2004) motsätter sig detta och menar att förändra ett beteende i syfte att förbättra sin hälsa är komplext. En diagnos kan tros vara en stark motivation till att förändra sitt beteende men så är inte fallet, exempelvis så slutar bara hälften av de som röker som fått en hjärtinfarkt (Bundy 2004).

Psykisk ohälsa och sociala problem var förekommande bland deltagarna som medverkade i tobaksavvänjning i föreliggande studie, vilket även annan forskning belyser (Cerimele *et al.* 2014, Holm Ivarsson *et al.* 2012, Taylor *et al.* 2014). En studie belyser vikten av att personer med psykisk ohälsa får stöd att sluta med tobak då tobaksbruk skapar ännu mer oro. Personer med psykisk ohälsa som erbjöds tobaksavvänjning ledde till minskad depression, ångest, stress och förbättrad livskvalitet jämfört med de som fortsatte att använda tobak (Taylor *et al.* 2014). I föreliggande studie ingick det att få hemuppgifter mellan gruppträffarna där deltagarna skulle fundera över för- och nackdelar med att sluta med tobak. Flera studier visar att genom att informera tobaksbrukare om riskerna samt fördelar och nackdelar med ett tobaksstopp, hjälper dem att se fler fördelar och färre nackdelar med ett tobaksstopp (Bolman *et al.* 2002, Chouinard & Robichaud- Ekstrand 2005, Wiggers *et al.* 2005). Enligt den transteoretiska modellen, i fasen där för- och nackdelar beskrivs kallas begrändningsfasen. Personen börjar inse konsekvenserna med sitt beteende och kan klargöra för- och nackdelar med att sluta med tobak (Prochaska & Velicer 1997).

Distriktssköterskorna i föreliggande studie ansåg att det var viktigt att deltagaren inte upplevde ett återfall som ett misslyckande. Detta stämmer överens med förändringsmodellen enligt Prochaska & Velicer (1997). De beskriver att under underhållsfasen är det flertalet deltagare i tobaksavvänjning som börjar använda tobak igen. Ett återfall ses som en form av tillbakagång, vilket leder till en tillbakagång till ett tidigare stadium. Dock är det få som går tillbaka till förnekelsefasen. Ett återfall ska inte ses som ett misslyckande utan personen kan ha förändrat sina tankar, all förändring oavsett håll är positivt (Prochaska & Velicer 1997).

Möjligheter och svårigheter vid gruppbehandling

Rådgivningen vid tobaksavvänjning i grupp upplevdes inte fungera när distriktssköterskan ”föreläste” för deltagarna i föreliggande studie. Men de hade gott stöd i det motiverande samtalet som de ansåg fungera bra. Studier visar att genom att integrera motiverande samtal i tobaksavvänjning ökade graden av att hålla sig ifrån tobak längre tid jämfört med när motiverande samtal inte hade används (Heckman *et al.* 2010, Lindqvist *et al.* 2013). En distriktssköterska ska arbeta för att främja hälsa och förebygga sjukdom. De ska ha kunskap i kommunikation och samtalsmetodik för att

kunna vägleda och ge stöd till personer (Distriktssköterskeförningen 2008). Enligt Prochaska & Velicer (1997) ska vårdaren vara uppmärksam på personer som visar eget intresse att exempelvis kontakta en tobaksavvänjare. Personen är då i förberedelsefasen och om de får uppmuntran går steget lättare över till handlingsfasen där själva tobaksstoppet sker. En studie som undersökte distriktssköterskors ledarskapsroll i relation till patienten fann att genom ha en tydlig ledarskapsroll och använda sig av tydliga tekniker och verktyg ökade patienters tilltro till att göra en förändring (Alleyne & Jumaa 2007).

Det beskrevs i föreliggande studie svårigheter att nå fram till deltagarna för att ta reda på hur pass motiverade de var. Distriktssköterskan kände det som ett misslyckande när rådgivningen inte fungerade. I förändringsmodellen (Prochaska & Velicer 1997) beskrivs att personen är omotiverad till förändring i förnekelsefasen. Antingen är personen okunnig om konsekvenserna eller omedveten av konsekvenserna av sitt beteende (Prochaska & Velicer 1997). Det är avgörande att ledaren kan bedöma vilket stadium deltagaren befinner sig i för att kunna utveckla en behandlingsplan. Detta måste ske innan processen går vidare till första steget i förändringsprocessen (Shinitzky & Kub 2001).

Känslan av att uppleva att det är psykiskt tungt att leda en grupp om personerna hade komplexa sociala situationer beskrevs i föreliggande studie. Distriktssköterskorna hade en önskan om att vara två som ledde grupperna tillsammans så att de kunde stödja varandra. Om situationer uppstod som kändes svåra att lösa. Tid för fortbildning och tillräckligt med tid för planering och efterarbete var svårt att prioriteras enligt distriktssköterskorna. Detta på grund av personalbrist och högt antal patienter. I en annan studie beskrevs sjuksköterskors upplevelse av stress i sitt arbete. Sjuksköterskorna upplevde stress i förhållande till mängden arbetsuppgifter, svårigheter att prioritera och följa riktlinjer och behov av att samarbeta med andra kollegor fanns (Ericson-Lidman *et al.* 2013).

Distriktssköterskorna i föreliggande studie beskrev tobaksavvänjning i grupp som givande för deltagaren. De delade erfarenheter, stöttade varandra och givande diskussioner skapades. De uttryckte sig i klarspråk till varandra och ett positivt

gruppsympet skapades. Dessa fördelar med tobaksavvänjning i grupp beskriver även andra studier (Becona *et al.* 2008, Thompson *et al.* 2007). Thompson *et al.* (2007) beskrev att deltagare i tobaksavvänjning i grupp som leddes av sjuksköterskor upplevde att medverkan i gruppen ökat deras chanser till att sluta med tobak genom att bl.a. att motivationen ökade i gemenskap av andra. Distriktssköterskorna i föreliggande studie beskrev även att det kunde kännas tufft att diskutera med någon att sluta med tobak när den hade drabbats av en livshotande sjukdom så som cancer. En studie visar att många som drabbas av cancer fortsätter att använda tobak efter att diagnos fås. Flertalet kände skuld och det kunde leda till att de undanhöll information om sitt tobaksbruk till både familj och vårdpersonal (Shin *et al.* 2014).

Metoddiskussion

För att forskning ska anses vara tillförlitlig (*trustworthiness*) ska trovärdighet (*credibility*), pålitlighet (*dependability*) och överförbarhet (*transferability*) klargöras. Trovärdighet för studien menas hur väl urvalsprocessen samt datainsamlingsmetoden passar för studiens syfte. Med pålitlighet anses i vilken omfattning data har ändras över tid och ändringar som gjorts i forskarens beslut under analysarbetet. Studiens överförbarhet menas i vilken utsträckning resultaten kan överföras till andra sammanhang eller grupper (Graneheim & Lundman 2004).

Föreliggande studie har en kvalitativ ansats med deskriptiv design. Metod och design valdes för att få en rättvisande bild av informanternas egenskaper och förhållanden (Polit & Beck 2012). Urvalet gjordes via ändamålsenligt urval på grund av att undersökningsgruppen var redan preciserad till en grupp bestående av tolv distriktssköterskor som arbetade med tobaksavvänjning i grupp. Alla informanter uppnådde inklusionskriterierna vilket är en styrka i studien. Inga inklusionskriterier ändrades på grund av att för få informanter hittades. Alla informanter var kvinnor vilket kan ses som en svaghet för trovärdigheten i studien då inga män var representerade. Därför kan ingen variation i genus skildras i undersökningsgruppen. Alla potentiella informanter fick information om att studien skulle genomföras och kontaktades allt eftersom i och med att godkännande erhöles av verksamhetschef, vilket resulterade i tolv förfrågningar. Om fler än åtta deltagare medverkat så kunde kanske chans funnits att viktiga ytterligare variationer i informationen framkommit.

Enligt Polit och Beck (2012) är intervju den primära insamlingsmetoden för kvalitativ forskning. Intervju valdes som datainsamlingsmetod då metoden bedömdes bidra till att syftet med studien kunde uppnås. Verksamhetschefer och tillfrågade informanter fick information innan deltagande att intervjun planeras ta en timme. Det visade sig senare att intervjuerna tog mellan 14 minuter till 30 minuter. Denna felaktiga information kan ha varit en svaghet för studien. Då potentiella informanter eventuellt valde att inte delta då de tyckte att tiden var för lång. Författaren valde att använda sig av en semistrukturerad intervjuform där en intervjuguide användes som stöd vilket ökar pålitligheten. Det ledde till att alla informanter fick likadana frågor vilket ökar trovärdigheten för studien då alla informanter fick möjlighet att ge individuella svar. Intervjuguiden upprättades genom att författaren inhämtade information om tobaksavvänjning från litteratur och utifrån studiens syfte. En testintervju ägde rum med den första informanten. Enligt Polit och Beck (2012) är det en bra metod för att ta reda på om intervjufrågorna gav uttömmande svar och om det fanns frågor som inte passade. Pålitligheten ökar då alla informanter har fått möjlighet att svara på samma frågor. Alla intervjuer spelades in och transkriberades ordagrant av författaren i ordningsföljd efter intervjudatum så fort som möjligt efter inspelad intervju. Detta för att författaren skulle komma ihåg känslan som varje intervju inbringade.

Vid alla vårdcentraler i länet där tobaksavvänjning i grupp bedrevs tillfrågades och de godkände medverkan att delta i studien vilket styrker studiens trovärdighet. Mejl valdes att användas som kontaktformat pga. snabb spridning och gratis att sprida informationen. Nackdelen med mejl och som ger en svaghet i studiens trovärdighet är författaren inte vet om de tre tillfrågade som valde att inte svara på mejlet hade fått mejlet eller om de läst det. Alla informanter fick välja plats för intervjun och alla valde att vara på sitt eget kontor på vårdcentralen. Det ses som en styrka i studien då alla intervjuer bedrevs i ostördhet och ingen stress påvisades hos informanterna och alla intervjuer var schemalagda. Om datainsamlingen är omfattande och sträcker sig under en länge tid finns risk för bristande överrensstämmelse under datainsamlingen (Graneheim & Lundman 2004). Datainsamlingen pågick under två månader vilket författaren ansåg vara en lämplig tidslängd för antalet informanter vilket styrker pålitligheten.

Materialet har analyserats med hjälp av kvalitativ innehållsanalys av inhämtad transkriberade data i enlighet med Graneheim och Lundman (2004). Analysprocessen har gjort noggrant och har diskuterats med handledaren under hela processen. Under analysprocessen är det viktigt att välja de mest passande meningsbärande enheterna, inte för långa och inte för korta för att styrka trovärdigheten. Ingen data har uteslutits i brist på passande kategori (Graneheim & Lundman 2004). Citat har används för att tydliggöra resultatet och för att öka trovärdigheten.

En författare kan ge förslag på överförbarhet men det är upp till läsaren om resultatet är överförbart till ett annat sammanhang eller inte (Graneheim & Lundman 2004). Författaren i föreliggande studie anser att resultatet bör kunna överföras till andra distriktssköterskor som arbetar med tobaksavvänjning i grupp. Även andra hälsobefrämjande grupper som fokuserar på livsstilsförändringar bör kunna applicera resultatet till sin verksamhet.

Kliniska implikationer för omvårdnad

Distriktssköterskorna beskrev att de fanns tydliga arbetsrutiner i arbetet med tobaksavvänjning i grupp men att de var svårigheter att rekrytera deltagare till grupperna. Arbetet med att leda tobaksavvänjning i grupp upplevdes tungt om deltagare hade problem med psykisk ohälsa och hade komplexa sociala situationer. Dock upplevdes arbetet stimulerande när samtalen och rådgivningen fungerade bra men frustration kändes när det inte fungerade. Resultatet i föreliggande studie kan ses som ett underlag för diskussioner mellan distriktssköterskor som arbetar med tobaksavvänjning i grupp och deras verksamhetschefer. Det är viktigt att få diskutera och reflektera över möjligheter och svårigheter när det gäller arbetet med tobaksavvänjning i grupp och att se över svårigheter med rekrytering till grupperna så att flera deltagare nås men även så att distriktssköterskornas arbete kan planeras och genomföras på ett effektivt sätt. Distriktssköterskorna behöver ytterligare stöd av chefer när det gäller fortbildning om att leda grupper. Detta kan i sin tur leda till utveckling av arbetet med tobaksavvänjning i grupp.

Förslag till fortsatt forskning

En kvalitativ studie bör göras för att ta reda på deltagarnas erfarenheter och upplevelser av att gå tobaksavvänjning i grupp. Det är viktigt att få både distriktssköterskors och deltagarnas erfarenheter och upplevelser av tobaksavvänjning i grupp. Resultaten från bådas perspektiv kan bidra till ytterligare utveckling av arbetet med tobaksavvänjning i grupp.

Slutsats

Slutsatsen är att distriktssköterskorna arbetade efter tydliga arbetsrutiner med tobaksavvänjning i grupp. De upplevde både möjligheter och svårigheter med att leda och genomföra samtal och rådgivning i grupp. Dock behövs mer fokus läggas på att rekrytera personer till grupperna, samt ökad möjlighet till vidareutveckling av arbetet för distriktssköterskorna.

Referenser

- Alleyne J & Jumaa MO (2007) Building the capacity for evidence-based clinical nursing leadership: the role of executive co-coaching and group clinical supervision for quality patient services. *Journal of nursing management* 15, 230-243.
- Becoña E & Miguez MC (2008) Group Behavior Therapy for Smoking Cessation. *Journal of Groups in Addiction & Recovery* 3, 63-78.
- Berndt N, Bolman C, Froelicher E, Mudde A, Candel M, Vries H & Lechner L (2013) Effectiveness of a telephone delivered and a face-to-face delivered counseling intervention for smoking cessation in patients with coronary heart disease: a 6-month follow-up. *Journal of Behavioral Medicine*, 1-16.
- Bolman C, de Vries H & van Breukelen G (2002) A Minimal-Contact Intervention for Cardiac Inpatients: Long-Term Effects on Smoking Cessation. *Preventive medicine*, 35, 181-192.
- Borrelli B, Hecht JP, Papandonatos GD, Emmons KM, Tatewosian LR & Abrams DB (2001) Smoking-cessation counseling in the home: Attitudes, beliefs, and behaviors of home healthcare nurses. *American Journal of Preventive Medicine* 21, 272-277.
- Bundy C (2004) Changing behaviour: using motivational interviewing techniques. *Journal of the Royal society of medicine* 97, 43-47.
- Cerimele JM, Halperin AC & Saxon AJ (2014) Tobacco use treatment in primary care patients with psychiatric illness. *Journal of the American Board of Family Medicine* 27, 3399-33410.
- Chouinard MC & Robichaud-Ekstrand S (2005) The effectiveness of a nursing inpatient smoking cessation program in individuals with cardiovascular disease. *Nursing Research* 54, 243-254.
- Csikesz NG & Gartman EJ (2014) New developments in the assessment of COPD: early diagnosis is key. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease* 9, 277-286.
- Distriktssköterskeförbundet (2008). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska*. Stockholm: Distriktssköterskeförbundet i Sverige.
- Efrimsson EÖ, Fossum B, Ehrenberg A, Larsson K & Klang B (2012) Use of motivational interviewing in smoking cessation at nurse-led chronic obstructive pulmonary disease clinics. *Journal of advanced nursing* 68, 767-782.
- Ericson-Lidman E, Norberg A, Persson B & Strandberg G (2013) Healthcare personnel's experiences of situations in municipal elderly care that generate troubled conscience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 27, 215-223.

- Graneheim UH & Lundman B (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today* 24, 105-112.
- Gratziou C, Florou A, Ischaki E, Eleftheriou K, Sachlas A, Bersimis S & Zakyntinos S (2014) Smoking cessation effectiveness in smokers with COPD and asthma under real life conditions. *Respiratory medicine* 108, 577-583.
- Heckman CJ, Egleston BL & Hofmann MT (2010) Efficacy of motivational interviewing for smoking cessation: a systematic review and meta-analysis. *Tobacco control* 19, 410-416.
- Hilleman E, Mohiuddin S & Packard K (2004) Comparison of conservative and aggressive smoking cessation treatment strategies following coronary artery bypass graft surgery. *American College of Chest Physicians* 125, 435-438.
- Holm Ivarsson B, Hjalmarson A & Pantzar M (2012) *Stödja patienter att sluta röka och snusa: rådgivning om tobak och avvänjning*, 1:a uppl. Studentlitteratur, Lund.
- Jansink R, Braspenning J, van der W, Elwyn G & Grol R (2010) Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis. *BMC Family Practice* 11, 41.
- Karatay G, Kublay G & Emiroğlu ON (2010) Effect of motivational interviewing on smoking cessation in pregnant women. *Journal of advanced nursing* 66, 1328-1337.
- Lehto RH (2014) Patient views on smoking, lung cancer, and stigma: A focus group perspective. *European Journal of Oncology Nursing* 18, 316-322.
- Lindqvist H, Forsberg LG, Forsberg L, Rosendahl I, Enebrink P & Helgason AR (2013) Motivational Interviewing in an ordinary clinical setting: A controlled clinical trial at the Swedish National Tobacco Quitline. *Addictive Behaviors* 38, 2321-2324.
- McDonald PW (1999) Population-based recruitment for quit-smoking programs: an analytic review of communication variables. *Preventive medicine* 28, 545-557.
- DiClemente CC & Prochaska JO (1998) Toward a comprehensive transtheoretical model of change. In *Treating addictive behaviors* (Miller WR & Heather N ed.), Plenum, New York, pp. 1-38.
- Miller WR & Rollnick S (2003) *Motiverande samtal: att hjälpa människor till förändring*, 2:a utg. Kriminalvårdens förl., Norrköping.
- Mohiuddin SM, Mooss AN, Hunter CB, Grollmes TL, Cloutier DA & Hilleman DE (2007) Intensive smoking cessation intervention reduces mortality in high-risk smokers with cardiovascular disease. *CHEST Journal* 131, 446-452.

- Polit, DF & Beck CT (2012) *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*, 9.ed. edn. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Prochaska JO & DiClemente CC (1983) Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of consulting and clinical psychology* 51, 390-395.
- Prochaska JO & Velicer WF (1997) The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *American Journal of Health Promotion* 12, 38-48.
- Reid RD, Pipe AL, Quinlan B & Oda J (2007) Interactive voice response telephony to promote smoking cessation in patients with heart disease: A pilot study. *Patient education and counselling* 66, 319-326.
- Rice VH & Stead LF (2008) Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane database of systematic reviews (CDSR)*, CD001188.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Shin DW, Park JH, Kim SY, Park EW, Yang HK, Ahn E, Park SM, Lee YJ, Lim MC & Seo HG (2014) Guilt, censure, and concealment of active smoking status among cancer patients and family members after diagnosis: a nationwide study. *Psycho-oncology* 23, 585-591.
- Shinitzky HE & Kub J (2001) The Art of Motivating Behavior Change: The Use of Motivational Interviewing to Promote Health. *Public Health Nursing* 18, 178-185.
- Socialstyrelsen (2011). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014). *Motiverande samtal*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Spencer L, Pagell F, Hallion ME & Adams TB (2002) Applying the transtheoretical model to tobacco cessation and prevention: a review of literature. *American Journal of Health Promotion* 17, 7-71.
- Statens Folkhälsoinstitut (2006). *En handledning för tobaksavvänjning*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.
- Stead LF & Lancaster T (2005) Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Taylor G, McNeill A, Girling A, Farley A, Lindson-Hawley N & Aveyard P (2014) Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ: British Medical Journal / British Medical Association* 348, g1151.
- Thompson KA, Parahoo AK & Blair N (2007) A nurse-led smoking cessation clinic quit rate results and views of participants. *Health education journal* 66, 307-322.

Vetenskapsrådet (2011). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Wiggers LCW, Oort FJ, Dijkstra A, de Haes JCJM, Legemate DA & Smets EMA (2005) Cognitive changes in cardiovascular patients following a tailored behavioral smoking cessation intervention. *Preventive medicine* 40, 812-821.

Wu X, Su D, Li H, Wang W, Wu W, Yang Y, Yu F & Zhang J (2013) Relationship between the depression status of patients with resectable non-small cell lung cancer and their family members in China. *European Journal of Oncology Nursing* 17, 668-672.