HÖGSKOLAN I GÄVLE

AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för vårdvetenskap

Distriktssköterskors upplevelser av att arbeta hälsofrämjande inom primärvården

En intervjustudie

Amanda Nilsson
Anita Younan

2020

Examensarbete, Avancerad nivå (yrkesexamen), 15 hp
Omvårdnad
Specialistsjuksköterskeprogrammet, inriktning distriktssköterska
Examensarbete inom distriktssköterskans kunskapsområde, 15 hp
Handledare: Ann-Sofi Östlund
Examinator: Maria Engström

Sammanfattning

Bakgrund: Folksjukdomarna i Sverige består av livsstilsrelaterade åkommor, som hjärt-kärlsjukdomar och diabetes. Genom hälsofrämjande arbete kan uppkomsten av icke smittsamma sjukdomar förebyggas och detta görs främst inom primärvården, där har distriktssköterskorna en stor roll.

Syfte: Syftet med studien var att beskriva distriktssköterskors upplevelser av att arbeta hälsofrämjande.

Metod: Studien hade en beskrivande design med kvalitativ ansats. Datainsamlingen genomfördes med semistrukturerade intervjuer utifrån en intervjuguide innefattande öppna frågor. Totalt deltog tio distriktssköterskor ifrån en region i mellersta Sverige. Analysen genomfördes med kvalitativ innehållsanalys.

Huvudresultat: Distriktssköterskorna beskrev det hälsofrämjande arbetet som ett positivt arbete och en intressant utmaning, där kompetensen inom ämnet uttrycktes vara viktig. Det efterfrågades därför förutsättningar för yrkesutveckling i form av utbildning. Förutsättningar på arbetsplatsen som till exempel tid, personal eller samarbete med andra professioner styrde hur mycket preventivt arbete som kunde genomföras. Patientens motivation och önskan att vara delaktig i sin vård, var förutsättningar som också styrde det hälsofrämjande arbetet. Att avsätta tid för organisering av arbete, fokus på hälsofrämjande, skapa enighet i arbetsgruppen och gemensamma mätbara mål på arbetsplatsen, var förslag på åtgärder som kan förbättra det hälsofrämjande arbetet.

Slutsats: Distriktssköterskorna upplevde det hälsofrämjande arbetet som en spännande, intressant utmaning och hade en vilja att arbeta med det. Dock var det förutsättningar på arbetsplatsen, hos patienten samt från ledningen som styrde hur mycket distriktssköterskorna kunde arbeta hälsofrämjande.

Nyckelord: Distriktssköterska, hälsofrämjande, prevention, primärvården, upplevelse

Abstract

Background: Non-communicable diseases in Sweden consists of lifestyle-related disorders, such as cardiovascular disease and diabetes. Through health promotion non-communicable diseases can be prevented and this is done primarily in the primary health care, where the district nurses play a major role.

Purpose: The purpose of this study was to describe district nurses ´experience of health promotion in primary health care.

Method: The study had a qualitative approach with descriptive design. The data collection implemented with semi-structured interviews based on an interview guide which included open questions, with ten district nurses who agreed to participate. The analysis was done with qualitative content analysis.

Main findings: The district nurses described the health promotion as positive and an interesting challenge, where the expertise in the subject was expressed as important. Therefore they requested conditions for professional development thru education. Conditions in the workplace such as time, staff or collaboration with other professions controlled how much preventively work could be implemented. The patient´s motivation and desire to be involved in their care was conditions of the patient who also controlled health promotion. Several actions where proposed that could improve the preventively work, such as more time to organize the work, more focus on preventively work, unity in the work group and a common measurable goal in the workplace.

Conclusion: The district nurses had a desire to do health promotion work and experienced the work to be an exciting challenge, but the conditions controlled their work.

Keywords: District nurse, experience, health promotion, prevention, primary health care

Innehållsförteckning

Introduktion 1
Bakgrund 1
Folksjukdomar 1
Folkhälsan i Sverige 2
Hälsofrämjande arbete 2
Det hälsofrämjande arbetet inom primärvården 4
Distriktssköterskans roll i det hälsofrämjande arbetet 5
Motiverande samtal - MI 6
Teoretisk referensram 6
Problemformulering 7
Syfte 7
Frågeställningar 8
Metod 8
Design 8
Urvalsmetod och undersökningsgrupp 8
Datainsamlingsmetod 8
Tillvägagångssätt 10
Dataanalysmetod 10
Forskningsetiska överväganden 12
Resultat 13
Viljan att göra mer men begränsas av sina förutsättningar 13
Vad som omfattas i det hälsofrämjande arbetet 14
Definition av det hälsofrämjande arbetet 14
Verktyg och upplägg som används i arbetet 14
Vikten av det hälsofrämjande arbetet och yrkesutveckling 15
Meningsfullt att arbeta hälsofrämjande 15
Eget engagemang och driv 15
Erfarenheter och kompetensutveckling 16
Vilka förutsättningar som finns till att arbeta hälsofrämjande 16
Förutsättningar på arbetsplatsen 16
Samarbete på arbetsplatsen 17
Förutsättningar hos patienten 17
Åtgärder som skulle kunna förbättra det hälsofrämjande arbetet 18
Förändrat arbetssätt 18
Ha ett gemensamt mål 18
Diskussion 19
Huvudresultat 19
Resultatdiskussion 19
Metoddiskussion 22
Klinisk implikation för omvårdnad 25
Förslag till fortsatt forskning 25
Slutsats 26
Referenser 27

Introduktion

Enligt World Health Organization (WHO)(2019) dör 41 miljoner människor varje år i världen i icke smittsamma sjukdomar, till exempel hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes. De fyra primära riskfaktorerna som orsakar icke smittsamma sjukdomar i världen är användning av tobak, fysisk inaktivitet, hög alkoholkonsumtion samt ohälsosamma kostvanor (WHO 2019). Fysisk inaktivitet, ohälsosamma kostvanor och stress kan leda till övervikt, hypertoni, ökade blodfetter samt förhöjda blodsockervärden som i längden ökar risken för sjukdom (Anand et al. 2008). Redan år 1997 betonades att ohälsosamma levnadsvanor ökar risken för sjukdomar som diabetes, hjärt-kärlsjukdomar och cancer (Ashenden, Silagy & Weller 1997). Ett samband kan ses mellan individer som har flera riskfaktorer och risken att drabbas av en kardiovaskulär sjukdom. Det finns även ett samband mellan socioekonomisk utsatthet och levnadsvanor, där personer i socioekonomisk utsatthet har sämre förutsättningar för en god hälsa (Foster et al. 2018). Globalt sett är folkhälsan i Sverige god. Över tid ses att folkhälsan, på det stora hela, förbättras i Sverige men trots det fortsätter sjukdomar orsakade av ohälsosamma levnadsvanor att öka (Folkhälsomyndigheten 2019a). Dessa ohälsosamma levnadsvanor är ofta kopplade till mat och fysisk aktivitet. I Sverige insjuknar årligen 90 000 personer i sjukdomar kopplade till osunda kostvanor och fysisk inaktivitet (Folkhälsomyndigheten 2019c). Hälsofrämjande arbete är kärnan i distriktssköterskans arbete (Lundberg, Jong, Kristiansen & Jong 2017).

Bakgrund

Folksjukdomar

Folksjukdomar, eller icke smittsamma sjukdomar, definieras av WHO (2019) som sjukdomar orsakade av ohälsosam livsstil. Några av dessa sjukdomar är hjärt-kärlsjukdomar, cancer, kroniska lungsjukdomar och diabetes. Folksjukdomarna står för nästan 70 procent av alla dödsfall i världen (WHO 2019). I Sverige definierar Folkhälsomyndigheten (2019d) folksjukdomar som sjukdomar med hög förekomst hos befolkningen och som har en stor inverkan på folkhälsan. Folksjukdomarna i Sverige har ändrats genom tiderna. Under 1800-talet och tidiga 1900-talet bestod folksjukdomarna till största delen av svåra infektioner som tuberkulos, men idag består alla Sveriges folksjukdomar av icke smittsamma sjukdomar. Dessa är bland annat hjärt-kärlsjukdomar, cancer, diabetes och psykisk ohälsa. Gemensamt för folksjukdomarna är att det finns riskfaktorer som via hälsofrämjande arbete kan förebygga insjuknande. De

kan till exempel förebyggas genom hälsosamma matvanor, fysisk aktivitet och tobaksavvänjning som har en positiv effekt på folkhälsan i stort (Folkhälsomyndigheten 2019d).

Folkhälsan i Sverige

Den svenska regeringen har utformat övergripande mål för folkhälsan i Sverige som är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen. Dem innefattar även att de hälsoklyftor som är påverkbara ska slutas inom en generation (Regeringskansliet 2018). Sverige har globalt sett en god folkhälsa och hos en stor del av befolkningen utvecklas hälsan i en positiv riktning. Andelen personer som röker har halverats sedan år 2006 och antal förtida dödsfall sjunker samt att medellivslängden ökar (Folkhälsomyndigheten 2019a). Även om antal förtida dödsfall minskar är det fortsatt ett stort problem då majoriteten av dem är orsakade av sjukdomar och hälsotillstånd som går att förebygga (Folkhälsomyndigheten 2020a). Övervikt och fetma har däremot ökat och psykisk ohälsa är fortfarande ett stort hälsoproblem. Det ses skillnader inom folkhälsan i olika socioekonomiska grupper där personer med lägre utbildningsnivå har sämre hälsa än personer med högre utbildningsnivå. Skillnader kan även ses mellan kön där män skattar sin hälsa god i större utsträckning än kvinnor, samt att kvinnor oftare rapporterar nedsatt psykiskt välbefinnande än män (Folkhälsomyndigheten 2019a). Skillnader i hälsa kan även ses beroende på vart i Sverige man bor där Gävleborgs län har högst antal fetma i hela landet (Folkhälsomyndigheten 2020c) och antal personer som insjuknar med hjärtinfarkt per 100 000 invånare är som störst i Norrbottens län (Folkhälsomyndigheten 2020b). Trenden det senaste årtiondet tyder på att målet att sluta hälsoklyftorna inte kommer att uppnås. För att det ska bli möjligt uppger Folkhälsomyndigheten (2019a) att man måste lyfta vikten av de livsvillkor och levnadsvanor som påverkar hälsan.

Hälsofrämjande arbete

Det hälsofrämjande arbetet syftar till att främja hälsa och att förhindra att sjukdom uppstår. Även att förhindra komplikationer på sjukdomar som redan har uppstått (Orth-Gomer & Perski 2008). Enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) ska svenska sjukvården arbeta med att förebygga ohälsa. Detta återkommer även i Folkhälsomyndighetens mål för folkhälsopolitiken där ett av målen är att hälso- och

sjukvården ska erbjuda hälsofrämjande och hälsoförebyggande insatser av god kvalitet i kombination med delaktighet och kontinuitet (Folkhälsomyndigheten 2019b).

Socialstyrelsen (2018) har utformat nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Riktlinjerna vänder sig till chefer och yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården och utformade för att ge stöd i det hälsofrämjande arbetet. Riktlinjerna tar upp vikten av att identifiera ohälsosamma levnadsvanor hos patienten. Detta kan göras genom att ställa frågor om levnadsvanor vid insamlande av anamnesen. Därefter bedöma svårighetsgrad på den ohälsosamma vanan och sedan erbjuda åtgärder för att förhindra framtida sjukdom. Vilka åtgärder som sätts in beror på vilken svårighetsgrad det ohälsosamma beteendet bedöms som. Åtgärderna utgår alltid från rådgivande samtal till att börja med. Vid särskild risk rekommenderas kvalificerade rådgivande samtal. Dessa kan ske enskilt eller i grupp och innebär att sjukvårdpersonal för en personcentrerad dialog med patienten. Det rådgivande samtalet är oftast lite kortare på 5-15 minuter som vid behov kan kompletteras med återbesök. Kvalificerat rådgivande samtal är mer tidskrävande och mer omfattande än rådgivande samtal. Samtalen är teoribaserade, strukturerade, består av återkommande kontakter och förutsätter att personalen har fördjupad kunskap i metoden samt teorin som används vid samtalet. Riktlinjerna tar upp motiverande samtal (MI) som en metod som kan användas och en av de teorier som kan användas är transteoretiska modellen. Riktlinjerna lägger fokus på att stödja riskgrupper till förändring av levnadsvanor (Socialstyrelsen 2018).

Det hälsofrämjande arbetet bör även vara personcentrerad. Alla individer är unika och för att skapa en god relation med patienterna måste hälso- och sjukvårdspersonal möta patienten där hen befinner sig. Personcentrerad vård innebär att synliggöra hela patienten och tillgodose alla behov patienten har. Det handlar om att tillgodose fysiska, psykiska, andliga, existentiella och sociala behov. Utöver detta handlar det även om att respektera och bekräfta patientens upplevelse och tolkning av ohälsa eller sjukdom. Patientens unika perspektiv ges likvärdig giltighet som det professionella perspektivet (Svensk sjuksköterskeförening 2016). Personcentrerad vård inom primärvården har visats minska behovet av inneliggande vård på sjukhus (Berlakis & Azari 2011) samt ge god effekt vid sjuksköterskeledd diabetesvård (Jutterström, Hörnsten, Sandström, Stenlund & Isaksson 2016).

Det hälsofrämjande arbetet inom primärvården

Det ansvar hälso- och sjukvården har är att förbättra folkhälsan i Sverige genom hälsofrämjande arbete och detta bedrivs främst inom primärvården, som ska ha kompetensen och tiden för att planera samt genomföra insatserna. Det hälsofrämjande arbetet bedrivs inom många olika områden som till exempel hjärt- kärlsjukdomar, diabetes, alkohol, droger, miljö och hälsa (Region Gävleborg 2019). Några av de insatser som erbjuds av primärvården är hälsosamtal för 40-åringar, tobaksavvänjning av diplomerad tobaksavvänjare, rådgivande samtal vid riskbruk av alkohol, fysisk aktivitet på recept (FaR), kostrådgivning, hälsosamtal relaterat till stress och information om levnadsvanor (Odgaard, Tornhagen & Olsson 2018).

FaR bygger på ett patientcentrerat förhållningssätt där allt arbete utgår från patienten. Genom patientcentrerat samtal med patienten där hälsotillstånd, besvär, diagnoser, riskfaktorer och tidigare erfarenheter tas upp, diskuteras det i samtalet vad patienten uppskattar att göra och vad som känns genomförbart. I samråd med patienten skrivs ordinationen av fysisk aktivitet ner på recept. FaR kan förskrivas av legitimerad personal, till exempel distriktssköterskor, inom hälso- och sjukvården som innehar en fördjupad kunskap i alla delar som ingår i FaR (Statens folkhälsoinstitut 2011). FaR sågs vara ett effektivt sätt att öka fysisk aktivitet hos patienter (Kallings et al. 2009; Sørensen, Skovgaard & Puggaard 2006) och att FaR i kombination med olika förslag på fysisk aktivitet var mer effektivt än enbart FaR (Josyula & Lyle 2013). FaR i kombination med MI har även setts ha god effekt (Sjöling, Lundberg, Englund, Westman & Jong 2011).

Vid tobaksavvänjning rekommenderar Socialstyrelsen (2018) kvalificerade rådgivande samtal, där MI är en väl beprövad metod med god effekt (Heckman, Egleston & Hofmann 2010). Vid riskbruk av alkohol rekommenderas rådgivande samtal som har visats ge god effekt i minskning av alkoholkonsumtionen hos patienterna (Socialstyrelsen 2018), särskilt om det rådgivande samtalet gavs av sjuksköterskor (Platt et al. 2016). Hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården ansåg i en studie att främjande av fysisk aktivitet var viktigt men att många upplevde att det låg utanför deras område av expertis. De ansåg även att andra hälsofrämjande insatser var viktigare som till exempel rökavvänjning (Din, Moore, Murphy, Wilkinson & Williams 2015). Det hälsofrämjande arbetet inom primärvården är effektivt när det prioriteras och distriktssköterskeledda hälsofrämjande livsstilsprogram har setts ge god effekt genom

kvalificerade rådgivande samtal (De la Fuente Coria, Cruz-Cobo & Santi-Cano 2020; Lönnberg, Ekblom-Bak & Damberg 2019). Livsstilsprogram där samarbete mellan olika professioner sker har även setts ge god effekt (Hardcastle, Taylor, Bailey & Castle 2008).

Distriktssköterskans roll i det hälsofrämjande arbetet

International Council of Nurses (ICN)(2012) har utformat en etisk kod för sjuksköterskor. Den omfattar fyra grundläggande ansvarsområden som sjuksköterskor, däribland distriktssköterskor, har. Dessa är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. I kompetensbeskrivningen för distriktssköterskor (Distriktssköterskeföreningen 2019) beskrivs det att de ska utföra arbete med ett hälsofrämjande synsätt och utgöra ett stöd för människor i alla åldrar och sjukdomstillstånd. Detta kräver en djup kunskap hos distriktssköterskan angående olika levnadsvanor samt hur samhället ser ut, för att kunna identifiera riskfaktorer och vilka förutsättningar varje individ utgår ifrån (Distriktssköterskeföreningen 2019). Inom primärvården är distriktssköterskan många gånger den första vårdpersonal som patienten träffar på hälsocentralen och som gör den första bedömningen (Anell, Glenngård & Merkur 2012).

I en studie (Lundberg et al. 2017) framkom det att majoriteten av distriktssköterskorna såg det hälsofrämjande arbetet som ett givande arbete men ett fåtal av de tolv intervjuade i studien såg det som en börda. I en annan studie (Wilhelmsson & Lindberg 2009) framkom det att distriktssköterskorna upplevde att det hälsofrämjande arbetet var viktigt och att det var distriktssköterskor som skulle arbeta med det. De upplevde även att hälso- och sjukvården hade fokus på att bota sjukdomar i stället för att arbeta hälsofrämjande, vilket gjorde att de kände sig begränsade i sina möjligheter att arbeta hälsofrämjande. Vidare i en studie av Brobeck, Odencrants, Bergh och Hildingh (2013) framkom att utbildning ökade motivationen att arbeta hälsofrämjande hos distriktssköterskorna. De ansåg även att hälsofrämjande arbete borde vara mer synligt och inte något som görs när det finns tid över. I studier från Irland och Australien (Lambe & Collins 2010; Keleher & Parker 2013) ansåg distriktssköterskorna att det hälsofrämjande arbetet var en naturlig del i deras arbete men att tidsbrist hindrade dem från att utföra det främjande arbetet. Det finns experimentella studier (Murchie, Campbell, Ritchie, Simpson & Thain 2003; Voogdt-Pruis, Beusmans, Gorgels, Kester & Van Ree 2010) som visar att hälsofrämjande arbete, gällande medicinska och

livsstilsrelaterade faktorer, utfört av distriktssköterskor har likvärdiga eller bättre resultat i jämförelse med hälsofrämjande arbete utfört av allmänläkare.

Motiverande samtal - MI

En viktig komponent i det hälsofrämjande arbetet är att genom samtal kunna motivera en annan individ till förändring (Socialstyrelsen 2018). MI är en specifik samtalsmetod och förhållningssätt med målet att motivera till beteendeförändring (Holm Ivarsson 2016) som har setts ge god effekt i distriktssköterskans hälsofrämjande arbete (Lundberg et al. 2017; Magill et al. 2018; Song, Xu & Sun 2014). Effektiviteten av MI i relation till beteendeförändring hos patienten har dock setts vara svårt att utvärdera då interventionsprogram ofta består av mer än enbart MI (Frost et al. 2018; Morton et al. 2014). Det finns även ett flertal studier som kommit fram till att MI i kombination med annan förebyggande behandling är effektivt för att främja hälsa (Caponnetto et al. 2019; Kouwenhoven-Pasmooij et al. 2018; Lindqvist et al. 2013). För att använda MI uppger distriktssköterskor och sjuksköterskor att det krävs vissa förutsättningar för att göra det, där tiden och kunskapen är de mest framstående (Östlund, Wadensten, Häggström & Kristofferzon 2013). När kunskapen och tiden inte räcker till framkom det i en studie att sjuksköterskorna inte använde MI fullt ut, där de inte uppfyllde alla aspekter i samtalstekniken (Östlund, Kristofferzon, Häggström & Wadensten 2015).

Teoretisk referensram

Dorothea Orems egenvårdsteori framkom efter att Orem upptäckte sjuksköterskors oförmåga att prata om omvårdnad. I hennes undersökning kring vad omvårdnad är för något växte teorin fram och har med tiden utvecklats och består numer av tre integrerade teorier. Dessa är teorin om egenvård, teorin om egenvårdsbrist och teorin om omvårdnadssystem. Orem beskriver egenvård som aktiviteter som individer själva initierar och utför för sin egen skull för att bibehålla liv, hälsa och välbefinnande. Teorin om egenvård framhåller att egenvård är ett inlärt beteende, som lärs in genom interaktion samt kommunikation i större grupper och består av målinriktade insatser. Detta innebär att en individs kulturella och sociala kontakter styr dennes förmåga till egenvård. Orem fortsätter med att beskriva att alla individer har förmågan och motivationen som är nödvändig för att utföra egenvård, men att det inte betyder att alla kommer att söka kunskap kring hälsoproblem eller agera vid identifierat hälsoproblem. Orem framhåller att erfarenhet och mognad är nödvändig för att kunna bedöma hälsa

och välmående, vilket gör att vuxna som har tillräckligt med erfarenhet måste sörja för barnens egenvård. Teorin om egenvårdsbrist handlar om att individer ibland påverkas av begränsningar som inte tillåter dem att tillmötesgå sina egenvårdsbehov. Dessa begränsningar kan bero på sjukdom eller på faktorer hos individen som till exempel hög ålder eller psykisk ohälsa. Teorin om omvårdnadssystemet är den teori som förenar de två andra teorierna. Teorin beskriver relationen mellan sjuksköterskans agerande och roll med patientens agerande och roll. Den centrala idén är att sjuksköterskor har förmågor som de använder till att avgöra om omvårdnadshjälp är nödvändigt. Sjuksköterskan identifierar begränsningar som påverkar en individs förmåga att tillgodose sin egenvård. Om begränsningar identifieras bör sjuksköterskan göra upp en plan för omvårdnaden som tydligt beskriver vad som ska göras och vem som ska göra det, sjuksköterskan eller patienten själv (Hartweg 1991).

Problemformulering

Folkhälsan i Sverige är globalt sett god. Trots detta fortsätter folksjukdomar, som hjärt-kärlsjukdomar, diabetes, cancer och psykisk ohälsa, orsakade av ohälsosamma levnadsvanor att öka. Utvecklingen av dessa folksjukdomar kan förebyggas genom hälsofrämjande arbete, där det största arbetet sker via primärvården. Distriktssköterskan ska utföra allt sitt arbete med ett hälsofrämjande synsätt och arbeta för att främja hälsa och förhindra sjukdom. Distriktssköterskan är många gånger den person patienten träffar först inom primärvården och har därför en central roll i det hälsofrämjande arbetet. Det finns forskning gjord med fokus på distriktssköterskors hälsofrämjande arbete där majoriteten är från andra länder. Inom Sverige är antal utförda studier färre och ny aktuell forskning saknas. Det är av vikt att få en förståelse för hur distriktssköterskor upplever det hälsofrämjande arbetet inom primvården, då det är dem som oftast träffar patienten först och kan identifiera riskfaktorer för ohälsa, och även om det finns faktorer eller omständigheter som påverkar deras arbete. Föreliggande studie belyser därför ämnet då det hälsofrämjande arbetet är det som kan påverka förekomsten av folksjukdomar i Sverige och i längden påverka folkhälsan i stort.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva distriktssköterskors upplevelser av att arbeta hälsofrämjande.

Frågeställningar

Hur upplever distriktssköterskor det hälsofrämjande arbetet?

Metod

Design

Studien har en beskrivande design med kvalitativ ansats (Polit & Beck 2017).

Urvalsmetod och undersökningsgrupp

När deltagare, som svarar mot studiens syfte, medvetet väljs ut används ändamålsurval (Polit & Beck 2017). Föreliggande studie hade distriktssköterskor som undersökningsgrupp och med hjälp av ändamålsurval valdes deltagarna utifrån inklusions- och exklusionskriterier. Inklusionskriterierna i föreliggande studie var utbildade distriktssköterskor som varit yrkesverksam i minst två år inom primärvården. Deltagarna skulle arbeta på en hälsocentral som var styrd av regionen. Privatägda hälsocentraler exkluderas på grund av att de grundläggande förutsättningarna kunde skilja sig åt. Både män och kvinnor tillfrågades. Distriktssköterskor från tre olika kommuner inom en region i mellersta Sverige kontaktade och tillfrågades om deltagande. Då förutsättningarna kan skilja för olika hälsocentraler tillfrågades distriktssköterskor om deltagande på sju olika hälsocentraler från ett verksamhetsområde, som författarna ansåg omfatta ett större geografiskt område vilket styrker studiens giltighet. Detta för att få en mer varierad uppfattning av hur distriktssköterskor upplevde det hälsofrämjande arbetet. Målsättningen var att undersökningsgruppen skulle bestå av tio stycken deltagare. De tio första deltagarna som önskade delta inkluderades och intervjuades fortlöpande. En distriktssköterska önskade avsluta sitt deltagande under studien, vilket resulterade i att ytterligare en distriktssköterska tillfrågades. Totalt var det tio distriktssköterskor som deltog i studien, från fem olika hälsocentraler och samtliga identifierade sig som kvinnor. Ålder på deltagande distriktssköterskor var 39-68 år (medelvärde 51 år, median 49,5 år). Det var mellan 2-44 år sedan examen som distriktssköterska hos deltagarna (medelvärde 13,3 år, median 17 år). De hade varit yrkesverksamma som distriktssköterska inom primärvården mellan 2-25 år (medelvärde 10,2 år, median 10,5 år).

Datainsamlingsmetod

För att samla in data genomfördes semistrukturerade intervjuer. Författarna ville med hjälp av intervjuerna beröra det aktuella ämnet utan att veta vad deltagarna skulle ge för

svar under intervjun. En intervjuguide med inledningsvis specifika bakgrundsfrågor till mer generella öppna frågor som berörde det aktuella forskningsområdet användes. Detta möjliggjorde att deltagarna kunde svara på frågorna fritt, med egna ord och beskrivande svar. Samtidigt som det säkerhetsställdes att alla deltagarna fick samma frågor samt att svaren från deltagarna svarades mot syftet, vilket styrker studiens giltighet och tillförlitlighet enligt Polit och Beck (2017). Intervjuguiden innefattade bakgrundsfrågor som berörde ålder, kön och antal yrkesverksamma år inom primärvården. Därefter följde sex öppna frågor som svarade på studiens syfte. Exempel på dessa frågor var "Vad innebär hälsofrämjande arbete för dig?", "Vad är din upplevelse av att arbeta hälsofrämjande?", "Beskriv hur du arbetar hälsofrämjande?" och "Har du några förslag på förändringar som skulle kunna förbättra ditt hälsofrämjande arbete?". Intervjuguiden innehöll även följdfrågor, vilket möjliggjorde att deltagarna kunde utveckla sina svar. Exempel på följdfrågor som användes var "Kan du utveckla/berätta mer?" och "Kan du ge exempel?". Varje intervju avslutades med "Kan vi återkomma till dig om ytterligare frågor uppstår? och "Finns det något mer du skulle vilja berätta om?". Detta för att ge deltagarna möjlighet att tillägga något till tidigare svar under intervjun. Ingen deltagare tog ny kontakt för att tillägga något. Genom flera intervjufrågor, närmades ämnet ur olika synvinklar, vilket enligt Kvale och Brinkmann (2014) kan medföra till rik och varierad information. Inför varje intervju informerades deltagarna om hur intervjun skull gå till. Till exempel att frågor i intervjun kunde komma att ställas flera gånger för säkerställa att frågan besvarades, samt vikten av att tala långsamt och tydligt (Kvale & Brinkmann 2014).

En pilotintervju gjordes med den första deltagaren som önskade att delta, innan resterande intervjuer påbörjades. Detta gjordes för att undersöka om intervjuguiden som användes uppfyllde följande kriterier; att den var förståelig, att deltagarna svarade på studiens syfte och frågeställningar samt för att stärka studiens trovärdighet. Pilotintervjun användes i resultatet, då den svarade på studiens syfte (Polit & Beck 2017). Båda författarna var med på de första fyra intervjuerna, där en och samma författare ledde intervjun medan den andra författaren var observatör. Därefter gjorde respektive författare tre intervjuer var. Intervjuerna ägde rum under februari och mars år 2020 och pågick mellan 18-29 minuter (medellängd 21min). Intervjuerna genomfördes individuellt på distriktssköterskornas arbetsplats och spelades in som digital ljudinspelning.

Tillvägagångssätt

Innan studien påbörjades skickades en ansökan om rådgivande yttrande hos forskningsetiska rådet på Högskolan i Gävle, för att säkerställa att alla etiska aspekter togs hänsyn till. Vissa justeringar gjordes av materialet efter yttrandet. Därefter kontaktades verksamhetschefen för primärvården via e-post i de aktuella kommunerna, för att anhålla om tillstånd att genomföra studien inom deras verksamhet. Verksamhetschefen erhöll information om studien, gav sitt godkännande skriftligt och därefter kontaktades enhetschefer på respektive hälsocentral inom verksamhetsområdet via e-post. Enhetschefen informerades om studien samt tillfrågades om utlämnade av kontaktuppgifter till distriktssköterskor på deras enhet. Författarna fick kontaktuppgifter till distriktssköterskor som uppfyllde inklusionskriterierna och informationsbrev om studien skickades ut via e-post. Efter en vecka skickades det ut en påminnelse via e-post då det var få som svarat på det första utskicket. De tio första deltagarna som önskade att delta, inkluderades i studien och intervjuerna genomfördes fortlöpande. En distriktssköterska önskade avsluta sitt deltagande under studien efter önskat deltagarantal uppnåtts. Detta resulterade i att ytterligare en distriktssköterska tillfrågades. Totalt tillfrågades 28 distriktssköterskor om deltagande i studien. Övriga distriktssköterskor som kontaktades gav ingen respons på e-post. Distriktssköterskor som önskade att delta fick välja tid och plats för intervjun. Vid intervjutillfället, innan intervjun startade, erhöll de muntlig information om studien och muntligt samtycke att delta i studien inhämtades.

Dataanalysmetod

De semistrukturerade intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys, efter Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning. Denna dataanalysmetod är lämplig vid intervjustudier. Vid kvalitativ innehållsanalys kan data analyseras manifest och latent. Vid manifest metod analyseras data uttryckligen utifrån vad som sades och de uppenbara komponenterna. Vid latent metod analyseras textens innebörd, där den underliggande betydelsen tolkas för att sedan söka samband för att sammanfogas i ett tema. Både manifest och latent metod användes vid studiens dataanalys (Graneheim & Lundman 2004).

Författarna transkriberade fem intervjuer var. Båda författarna lyssnade på samtliga ljudinspelningarna och samtidigt läste igenom texten upprepade gånger, för att öka förståelsen av innehållet. Även läten, tystnad och icke verbal kommunikation skrevs ut

för att inte missa någon underliggande mening. Därefter delades texten in i meningsbärande enheter som svarade mot studiens syfte. Detta innebär att texten delades in i enheter av ord, meningar eller stycken som hade samma centrala innebörd. De meningsbärande enheterna kondenserades sedan, vilket innebar att onödiga ord togs bort samtidigt som innebörden av texten bevarades. De meningsbärande enheterna förseddes sedan med en kod. Denna kod var som en etikett som beskrev innehållet, vilket möjliggjorde att data kunde reflekteras på nya och annorlunda sätt än tidigare. Analysen fortsatte med koderna, där koderna som hade likheter och skillnader med varandra sorterades in i subkategorier. Utifrån subkategorierna som liknade varandra skapades kategorierna. Slutligen bildades ett tema från den underliggande meningen i intervjuerna. Temat syns som en röd tråd genom hela analysen och samtliga texter (Graneheim & Lundman 2004). Materialet lästes och bearbetades tillsammans med handledare och studenter i en handledningsgrupp, för att säkerhetsställa studiens trovärdighet (Polit & Beck 2017). Nedan i tabell 1 finns exempel från analysprocessen.

Tabell 1. Exempel från innehållsanalysen.

Meningsbärande enhet	**Kondenserad enhet**	**Kod**	**Subkategori**	**Kategori**	**Tema**
"och brist på material. Att man ska ha ett bra möte med patienten, det är inte så lätt kanske om de ligger på en brits liksom. ehm... Även om man har bra informationsmaterial eller sånt där. Det kan hindra om man inte har det."	Brist på material kan hämma att få till ett bra möte med patienten	Brist på material	Förutsättningar på arbetsplatsen	Vilka förutsättningar som finns till att arbeta hälsofrämjande	Viljan att göra mer men begränsas av sina förutsättningar
"ja, så tar jag samma igen. Folk som inte har rutin på vardagen. De som är hipp som happat det liksom inte är nån struktur i vardagen, det hämmar tycker jag. Ehhm.. *I: Så det här är faktorer hos patienterna som påverkar?* *D: Jaa, ja"*	Personer som inte har någon rutin eller struktur i vardagen försvårar det hälsofrämjande arbetet.	Ingen struktur i vardagen	Förutsättningar hos patienten		

Forskningsetiska övervägande

Enligt Vetenskapsrådet (2011) finns det fyra forskningsetiska principer, som följdes i studien. Detta gjordes av hänsyn till deltagarna. Den första och andra principen är information och samtycke. Information förmedlas till berörda verksamhetschefer gällande studien, innefattande studiens syfte samt tillvägagångssätt. Vid verksamhetschefens godkännande skrevs ett skriftligt samtycke. Därefter kontaktades deltagarna som erhöll skriftlig och muntlig information om studien, studiens syfte samt tillvägagångssätt. Deltagarna fick också veta att deltagandet var frivilligt och att de kunde dra sig ur studien utan någon närmare förklaring när som helst under studien. Därefter muntligt samtycke från respektive deltagare. Den tredje principen är konfidentialitet som beskriver hur insamlad data ska behandlas för att värna om deltagarens integritet. Detta gjordes genom att all data avidentifierades och att den inte kan härledas till respektive deltagare. All insamlad data hanterades konfidentiellt och förvarades i en lösenordsskyddad mapp på författarnas dator, för att ingen obehörig skulle få tillgång till materialet. Efter godkännande av examensarbetet kommer alla ljudfiler och allt transkriberat material att destrueras. Den fjärde principen är nyttjandeprincipen. Den innebär att all insamlad data användes endast för denna studiens syfte och användes inte till kommersiellt bruk. Resultatet kommer att publiceras på DiVA, där högskolors samlade examensarbete publiceras. Samtliga deltagare och deras verksamheter kommer få ta del av resultatet. Enligt Etikprövningslagen (SFS 2003:460) behövdes ingen etiskt godkännande då studien utfördes inom ramen för högskoleutbildning på avancerad nivå.

Genom de fyra forskningsetiska principerna (Vetenskapsrådet 2011) undveks flera etiska risker. En sådan risk var beroendeställning mellan författare och deltagare, då de hälsocentraler som tillfrågades hade författarna gjort praktik på. Deltagarna kunde också känna sig otrygga på grund av den fysiska platsen för intervjun eller tidpunkten för intervjun. Risk fanns också att deltagarna kändes igen i materialet då fåtal hälsocentraler planerades att tillfrågas, eller att obehöriga skulle få åtkomst till materialet då det spelades in. Annan risk som fanns var att deltagarna skulle känna sig otrygg med vad det insamlade materialet skulle användas till. Genom de fyra forskningsetiska principer (Vetenskapsrådet 2011) nämnda ovan övervägdes samtliga risker under arbetet av denna studie. Den sista risken var att intervjuerna kunde väcka obehagliga minnen i samband med intervjun eller efteråt. Författarna hade detta i övervägande och vid behov plan på

hur krisen skulle hanteras. Om behovet skulle uppkomma skulle deltagarna hänvisas att söka stöd hos en mottagning eller enhet, men behovet uppkom inte under studien.

Resultat

Denna intervjustudie gällande distriktssköterskors upplevelser av att arbeta hälsofrämjande inom primärvården mynnade ut i ett övergripande tema från analysen: *Viljan att göra mer men begränsas av sina förutsättningar*. Analysen mynnade även ut i fyra kategorier: *Vad som omfattas i det hälsofrämjande arbetet, Vikten av det hälsofrämjande arbetet och yrkesutveckling, Vilka förutsättningar som finns till att arbeta hälsofrämjande* och *Åtgärder som skulle kunna förbättra det hälsofrämjande arbetet.* Dessa skapades utifrån 10 subkategorier. Resultatet presenteras i löpande text med citat från deltagarna. I tabell 2 presenteras tema, kategori och subkategori.

Tabell 2. Tema, kategori och subkategori.

Tema **Viljan att göra mer men begränsas av sina förutsättningar**	
Kategori	**Subkategori**
Vad som omfattas i det hälsofrämjande arbetet	*Definition av det hälsofrämjande arbetet*
	Verktyg och upplägg som används i arbetet
Vikten av det hälsofrämjande arbetet och yrkesutveckling	*Meningsfullt att arbeta hälsofrämjande*
	Eget engagemang och driv
	Erfarenheter och kompetensutveckling
Vilka förutsättningar som finns till att arbeta hälsofrämjande	*Förutsättningar på arbetsplatsen*
	Samarbete på arbetsplatsen
	Förutsättningar hos patienten
Åtgärder som skulle kunna förbättra det hälsofrämjande arbetet	*Förändrat arbetssätt*
	Ha ett gemensamt mål

Viljan att göra mer men begränsas av sina förutsättningar

Temat beskriver det underliggande budskapet i intervjuerna. Distriktssköterskorna beskrev sina upplevelser med att arbeta hälsofrämjande inom primärvården som en stor passion i deras arbete, där även det lilla arbetet var viktigt. De beskrev ett hälsofrämjande tankesätt som skulle genomsyra deras arbete, där de använde sig av olika verktyg samt nyvunna erfarenheter. Deras berättelser belyser även vilka förutsättningar de hade för att genomföra sitt arbete, där distriktssköterskorna oftast blev begränsade i sitt arbete. Distriktssköterskorna uttryckte arbetsplatsen och patienten som de centrala områden där förutsättningarna påverkar deras arbete. Deras vilja att göra mer visades också genom förslag till förändrat arbete och en önskan om gemensamt mål för förbättra deras förutsättningar för arbeta hälsofrämjande.

Vad som omfattas i det hälsofrämjande arbetet

Kategorin beskriver vad som omfattas i det hälsofrämjande arbetet och vad distriktssköterskor definierade som hälsofrämjande arbete. Kategorins subkategorier är: *Definition av det hälsofrämjande arbetet* och *Verktyg och upplägg som används i arbete.* Kategorin handlar om de olika delarna som det hälsofrämjande arbetet omfattar, så som helhetsperspektiv med patienten, samt vilka verktyg och upplägg som används i arbetet som till exempel senior alert och MI.

Definition av det hälsofrämjande arbetet

Distriktssköterskorna definierade att hälsofrämjande arbete omfattade att bibehålla hälsa, bespara lidande, förebygga komplikationer vid redan uppkommen sjukdom samt förebygga sjukdom och ohälsa. Det omfattade även förebyggande arbete med flera olika åldersgrupper och att arbetet genomfördes med ett helhetsperspektiv på patienten. Distriktssköterskorna upplevde att det var viktigt att ställa frågor om levnadsvanor då patienten är expert på sin livssituation, men samtidigt respektera hens integritet. Distriktssköterskorna uttryckte att även det lilla hälsofrämjande arbetet var viktigt och räknades. Distriktssköterskorna definierade att hälsofrämjande arbete handlade om att informera och samtala med patienten om hälsofrämjande punkter som kost, motion, hälsa, egenvård, tobak, sömn, stress, vikt, psykisk ohälsa och alkohol. Även information om beteenden och åtgärder. Distriktssköterskorna upplevde att de ofta fick upprepa informationen.

"Man känner sig som en papegoja. (...) Det känns som att man säger samma sak till alla, men också att man ofta säger samma sak till en" (2)

Verktyg och upplägg som används i arbetet

Distriktssköterskorna beskrev att det hälsofrämjande arbetet även omfattade användande av olika verktyg och upplägg. De beskrev att tydliga rutiner samt att använda sig av formulär var bra för en god struktur. Ett sådant exempel som nämndes var senior alert som användes för att identifiera risker hos äldre gällande undernäring, trycksår och fall. Vidare beskrev distriktssköterskorna att FaR var ett bra verktyg i det hälsofrämjande arbetet.

" Sen kan man ge det rådet men det kanske inte blir det här som man vill. Ge typ ge ett recept och så följa upp receptet som, som en behandling. Det skulle jag vilja att vi fick in lite mer rutin på." (10)

Ett annat verktyg som distriktssköterskorna beskrev att de använde sig av var MI, vilket underlättade deras arbete med att ge hälsofrämjande råd. De beskrev att MI kunde användas för att identifiera vart i livet patienterna var, hur mottaglig patienten var för information, föreslå åtgärder och uppmuntrade till positivt beteende samt bekräftade patienterna med hjälp av MI.

Vikten av det hälsofrämjande arbetet och yrkesutveckling

Kategorin beskriver distriktssköterskors erfarenheter av det hälsofrämjande arbetet. Kategorin innefattar följande subkategorier: *Meningsfullt att arbeta hälsofrämjande, Eget engagemang och driv* samt *Erfarenheter och kompetensutveckling.* Kategorin handlar om den meningsfulla känslan som uppstår hos distriktssköterskorna samt deras engagemang som genomsyrar deras arbete. Kategorin handlar också om yrkeserfarenheten de har erhållit samt kompetensutvecklingen.

Meningsfullt att arbeta hälsofrämjande

Distriktssköterskorna upplevde att det var viktigt att de hela tiden försökte tänka hälsofrämjande och att det skulle genomsyra deras arbete. Att det hälsofrämjande tänket skulle finnas med de i alla besök, då det var en viktig del i hälsoarbetet på hälsocentralen. Distriktssköterskorna betonade också att det var viktigt att det hälsofrämjande ämnet togs upp, talades om och uppmärksammades. Vidare upplevde distriktssköterskorna det hälsofrämjande arbetet som ett positivt arbete. Ett arbete som var en intressant och spännande utmaning samt ett meningsfullt arbete att få en individ att ändra ett beteende.

"Det är en utmaning att liksom se att man kan få en individ att inse att det är viktigt. Så det är en utmaning. En spännande utmaning" (9)

Eget engagemang och driv

Distriktssköterskor beskrev det hälsofrämjande arbetet som en del och av vikt i deras yrkesroll. Att de aldrig gav upp eller skuldbelade patienten, utan fortsatte försöka. De uttryckte att det hälsofrämjande arbetet var något de brann för, men att det även kunde kännas tröstlöst ibland när de inte lyckades. De beskrev även att det var viktigt att visa sin tillgänglighet för att hjälpa patienterna till förändring. Distriktssköterskorna uttryckte även en stark vilja av att jobba mer hälsofrämjande och förebyggande, än vad de hade möjlighet att göra.

"Upplevelsen av att arbeta hälsofrämjande är att man skulle vilja göra mer än vad som hinns med"(6)

Erfarenheter och kompetensutveckling

Distriktssköterskorna uttryckte att utbildning, erfarenheter och kompetensutveckling var av vikt för utvecklingen av deras arbete. För att arbeta mer hälsofrämjande och utöka sin kompetens, gick de distriktssköterskeutbildningen. De upplevde att kompetensen var viktig. Distriktssköterskorna uttryckte att en del i deras kompetensutveckling var att gå många utbildningar. De uttryckte även en önskan att få mer utbildning än vad de erhållit, för att hitta fler infallsvinklar till mötet med patienten. Distriktssköterskorna beskrev att genom utbildning och arbetslivserfarenheter utvecklades deras egna sätt att arbeta, som underlättade deras arbete. Vidare beskrev de vikten att vara förberedd vid mötet med patienten och att ha kunskap inom området.

"Jag har jobbat så länge och gått speciella sårutbildningar gånger flera. (...) och gått jättemånga utbildningar och högskoleutbildning också nu" (6)

Vilka förutsättningar som finns till att arbeta hälsofrämjande

I följande kategori beskriver distriktssköterskor deras upplevelser av vilka förutsättningar som finns för att arbeta hälsofrämjande. Kategorin indelas i: *Förutsättningar på arbetsplatsen, Samarbete på arbetsplatsen* samt *Förutsättningar hos patienten.* Kategorin innefattar såväl förutsättningar mellan professioner, arbetsplatsen och hos patienten.

Förutsättningar på arbetsplatsen

Distriktssköterskor upplevde att tiden var av stor vikt för djupare samtal, men att de upplevde en tidspress eller tidsbrist som hämmade deras arbete. Det nämndes dock av några att tiden räckte till. Distriktssköterskorna upplevde att det var mer fokus på sjukdomar och att det hälsofrämjande arbetet inte prioriterades, utan istället togs det för givet att det genomfördes. Distriktssköterskorna uttryckte även en känsla av att de inte jobbade hälsofrämjande i dagsläget.

"Just nu tycker jag inte att jag jobbar kanske hälsofrämjande på lång sikt. Att vi kallar in för att förebygga i tid liksom i... Det gör vi ju inte direkt. Inte jag på distriktssköterskemottagningen..." (4)

Distriktssköterskorna upplevde att hälsofrämjande arbete bedrivs inom flera olika sjuksköterskeledda mottagningar inom primärvården. De upplevde begränsade förutsättningar på arbetsplatsen så som arbetsmiljön, tillgång till arbetsmaterial eller till personal. Personalbrist uppgavs vara en stor hämmande faktor i det hälsofrämjande arbetet. Distriktssköterskorna uppgav att de i dagsläget släckte bränder inom vården, orsakade av personalbrist och att de fick anpassa sitt arbete efter de resurser som fanns. De uttryckte en önskan om en större personalstyrka för att underlätta det hälsofrämjande arbetet. Vidare uppgav dem en hämning inom sitt hälsofrämjande arbete när de fick skifta mellan olika arbetsmoment, där en orsak till detta uppgavs vara okunskap bland kollegor som behövde stöttning från distriktssköterskorna. Kontinuitet med patienterna upplevde distriktssköterskorna underlättade arbetet. De upplevde också att tydliga rutiner och tydlig styrning från ledningen samt en chef som såg det hälsofrämjande arbetet som viktigt underlättade arbetet.

Samarbete på arbetsplatsen

Distriktssköterskorna upplevde att ett väl fungerande teamarbete andra professioner som läkare eller fysioterapeuter underlättade det hälsofrämjande arbetet. De upplevde även att det underlättade när personalgruppen tillsammans fick vara med att styra arbetet.

"Teamarbete underlättar det hälsofrämjande arbetet. Att vi jobbar i team med läkare som har samma mål som oss."(5)

Distriktssköterskorna upplevde även en tillit till sina andra kollegor på arbetsplatsen. De hälsofrämjande insatser anpassades för en patient utefter vilka planerade besök patienten hade till annan kollega, för att underlätta för alla inblandade parter.

Förutsättningar hos patienten

Distriktssköterskorna upplevde att motivationen hos patienten var viktig och patientens motivation styrde hur mycket de kunde arbeta hälsofrämjande. Det var därför viktigt att patienten var aktiv och delaktig i sin vård. En omotiverad patient försvårade istället arbete, då det var svårt att skapa motivation hos patienten eller kunde ta lång tid. Vidare beskrev distriktssköterskorna att motivationen kunde variera mellan åldrarna och de upplevde att den yngre patienten ofta hade mer motivation än den äldre patienten.

"Det försvårar det hälsofrämjande arbetet om patienten är svår att nå fram till. Om de inte kan tänka sig göra en förändring i deras levnadsvanor, till exempel sluta röka. Patienten måste vilja själv för att det ska bli något resultat."(4)

Distriktssköterskorna beskrev vidare att patientens livssituation påverkade det hälsofrämjande arbetet, till exempel om de led av psykisk ohälsa. De upplevde också att utebliven respons hos patienten kunde påverka den fortsatta rådgivning till patienten.

Åtgärder som skulle kunna förbättra det hälsofrämjande arbetet

Kategorin beskriver distriktssköterskornas förslag till åtgärder som skulle kunna förbättra deras hälsofrämjande arbete. Kategorin delades in i följande subkategorier: *Förändrat arbetssätt* och *Ha ett gemensamt mål*. Kategorin handlar om distriktssköterskors förbättringsförslag på deras arbetsplatser och deras önskan av ett gemensamt mål på arbetsplatsen.

Förändrat arbetssätt

Distriktssköterskorna beskrev att de önskande tid avsatt för det hälsofrämjande arbetet och även tid för att organisera arbetet. Mer tid kunde underlätta det hälsofrämjande arbetet genom att ge möjlighet att planera, utvärdera arbetet och planera för ökad kontinuiteten med patienterna.

"Man skulle också behöva jobba lite mer och planera på ett annat sätt" (4)

Distriktssköterskor uttryckte vidare en önskan att mer fokus skulle läggas på det hälsofrämjande arbetet riktat till olika åldersgrupper för att ha olika gruppundervisningar. De uppgav även en önskan om omstrukturering av arbetssättet på arbetsplatsen för att kunna arbeta mer med olika distriktssköterskeledda mottagningar så som sårvårdsmottagning och hypertonimottagning. Vidare uttryckte distriktssköterskorna en önskan att jobba mer i team och samarbeta med kollegor.

Ha ett gemensamt mål

Distriktssköterskorna beskrev att de önskade att alla i personalgruppen skulle bli mer eniga i hur de skulle arbeta hälsofrämjande. Att det vore bra att diskutera ämnet tillsammans för att kunna jobba mot ett gemensamt mål. Distriktssköterskorna upplevde att det var viktigt att sätta upp mål som var mätbara och möjliga att sträva mot, men uttryckte att verksamheten ofta talade om stora mål. Med gemensamma mål hoppades distriktssköterskorna att det skulle bli en ökad förståelse mellan kollegorna i hur arbetet

planerades upp. Vidare uttryckte de en önskan att chefen gick in och styrde arbetsgruppen mot de gemensamma målen.

"Om alla tänker och gör lika underlättar det då de skulle ha en förståelse för varför jag prioriterar att ha en halvtimme med en patient för att till exempel ringa in vad den personen äter eller liknande." (9)

Diskussion

Huvudresultat

Syftet med föreliggande studie var att beskriva distriktssköterskors upplevelser av att arbeta hälsofrämjande inom primärvården. I resultatet framkom temat: *Viljan att göra mer men begränsas av sina förutsättningar*, som beskriver distriktssköterskornas passion i arbetet samtidigt som de hade känslan av att bli begränsade av sina förutsättningar i arbetet. Det förebyggande arbetet beskrevs innefatta flera olika delar som att identifiera levnadsvanor, informera, samtala om hälsofrämjande punkter och att de använde sig av olika verktyg och upplägg. Distriktssköterskorna beskrev det hälsofrämjande arbetet som positivt och en spännande utmaning, och de beskrev vidare att deras upplevelser av att arbeta hälsofrämjande som något de brann för och hade en stark vilja att arbeta mer med. Kompetensen utrycktes vara viktig, innefattande utveckling i form av utbildning samt tidigare erfarenheter. Vidare beskrev distriktssköterskorna vilka förutsättningar på arbetsplatsen respektive hos patienten som var nödvändiga för att kunna genomföra arbetet. Upplevelsen hos de flesta var tidsbrist och personalbrist som hämmade deras arbete, samt att patientens motivation styrde deras arbete. Tydlig styrning från chefen var något de uttryckte underlättade arbetet. Distriktssköterskorna gav flera förslag till åtgärder som kunde genomföras för att underlätta deras hälsofrämjande arbete.

Resultatdiskussion

Något som beskrevs vid ett flertal gånger var distriktssköterskornas vilja att arbeta mer hälsofrämjande men att de begränsades av förutsättningarna som fanns. Distriktssköterskorna i föreliggande studie beskrev olika upplägg och verktyg de använde sig av där MI och FaR var två av dessa. De beskrev att MI underlättade det hälsofrämjande arbetet och hade god effekt. MI är en väl etablerad samtalsmetod för att motivera patienter till livsstilsförändringart, vilket framkommer i flera meta-analyser (Heckman, Egleston & Hofmann 2010; Magill et al. 2018; Song, Xu & Sun 2014). Det

framkommer även att MI i kombination med andra insatser har god effekt (Caponnetto et al. 2019; Kouwenhoven-Pasmooij et al. 2018; Lindqvist et al. 2013). Det finns dock även studier (Frost et al. 2018; Morton et al. 2014) som hävdar att det är svårt att utvärdera hur effektiv MI är då interventionsprogram ofta består av mer än enbart MI. Verktyget kräver även utbildning och träning i metoden för att vara effektiv, där en studie (Östlund et al. 2015) utvärderade sjuksköterskornas användande av MI-tekniken och kom fram till att tekniken inte användes fullt. FaR var ett av de andra verktygen distriktssköterskorna använde och det finns studier (Josyula & Lyle 2013; Kallings et al. 2009; Sørensen, Skovgaard & Pluggaard 2006) som bekräftar att det är ett effektivt verktyg för att främja fysisk aktivitet. I ytterligare en studie (Sjöling et al. 2011) utvärderades effekten av FaR och MI i kombination vilket även det visade ha god effekt.

Distriktssköterskorna i föreliggande studie beskrev det hälsofrämjande arbetet som en del i deras yrkesroll, att det är ett viktigt arbete och att de hela tiden hade det hälsofrämjande tänket i allt de gjorde. Detta uttrycktes även av distriktssköterskorna i en annan studie (Lundberg et al. 2017) där de beskrev att det var kärnan i deras arbete. I andra studier ansåg distriktssköterskorna att det var en naturlig del i deras arbete (Brobeck et al. 2013; Keleher & Parker 2013; Lambe & Collins 2010) och att det är ett viktigt arbete (Wilhelmsson & Lindberg 2009). Distriktssköterskorna i föreliggande studie uttryckte att det kändes bra och roligt att arbeta hälsofrämjande. De upplevde inte att det var svårt att diskutera hälsofrämjande aspekter med patienterna. Däremot i en tidigare studie (Lundberg et al. 2017) upplevde distriktssköterskorna att de ibland kände att de tyngde ner patienterna med hälsoproblemtänk när de försökte arbeta hälsofrämjande. Vidare beskrev Keleher och Parker (2013) att distriktssköterskorna uttryckte att attityden och inställningen påverkade arbetet. Vidare beskrev distriktssköterskorna i föreliggande studie vikten av kompetensen. Att den har en viktig roll i det hälsofrämjande arbetet och att viljan att arbeta hälsofrämjande var anledningen till att de vidareutbildade sig men att förutsättningarna hämmade dem. Det framkom i en studie (Lundberg et al. 2017) att brist på kunskap hämmade det hälsofrämjande arbetet och vilket även beskrevs i en annan studie (Brobeck et al. 2013) där distriktssköterskorna beskrev att med utbildning ökade motivationen för att arbeta hälsofrämjande.

Tiden var något som påtalades vara mycket viktig i föreliggande studie. Att det ofta förelåg tidsbrist och tidspress som hämmade distriktssköterskornas hälsofrämjande arbete och hämmade möjlighet till kontinuitet. Detta framgick även i flera andra studier (Brobeck et al. 2013; Keleher & Parker 2013; Lambe & Collins 2010) där tiden påtalades vara en förutsättning för att kunna arbeta hälsofrämjande. Om inte tiden räckte till prioriterades inte hälsofrämjande aspekter i mötet med patienterna. Tiden har påtalats vara viktig i flertalet studier som publicerats för flertalet år sedan vilket väckte en fundering hos författarna varför det inte har förändrats någonting inom verksamheterna sedan dess. Distriktssköterskorna i föreliggande studie upplevde att hälsocentralernas fokus mest låg på sjukdomar och att det togs för givet att det hälsofrämjande arbetet utfördes. Detta framkommer även i tidigare studier (Lambe & Collins 2010; Wilhelmsson & Lindberg 2009) där distriktssköterskorna upplevde att fokus mest låg på sjukdomar, vilket begränsade det hälsofrämjande arbetet. Vidare framkom det i en annan studie (Brobeck et al. 2013) att distriktssköterskorna önskade att det hälsofrämjande arbetet skulle få mer fokus och synliggöras. I föreliggande studie framkom även praktiska förutsättningar som hämmade arbetet så som tillgång till material och utrymme att utföra arbetet. Även att förutsättningar hos patienten påverkade, där en omotiverad patient var det som var svårast att överkomma. Distriktssköterskor i en annan studie (Keleher & Parker 2013) uttryckte också vikten av praktiska förutsättningar där tillgången till utrymme hindrade dem från att utvidga det hälsofrämjande arbetet. Vårdpersonalen upplevde i en studie av Lambe och Collins (2010) att många patienter blev förnärmade när hälsofrämjande aspekter togs upp. De upplevde att patienterna inte var villiga att göra någon förändring, att de förnekade sina hälsoproblem och risker.

Distriktssköterskorna i föreliggande studie hade flera förslag på åtgärder som skulle kunna förbättra det hälsofrämjande arbetet för dem, där en av dessa åtgärder var en önskan att omstrukturera arbetet för att få till mer sjuksköterskeledda mottagningar för att jobba hälsofrämjande. Sjuksköterskeledda åtgärder för att främja hälsa har visats ha god effekt i flertalet studier (De la Fuente Coria, Cruz-Cobo & Santi-Cano 2020; Lönnberg, Ekblom-Bak & Damberg 2019; Lönnberg, Ekblom-Bak & Damberg 2020) där livsstilsprogrammen utfördes av distriktssköterskor. Distriktssköterskorna i föreliggande studie uttryckte att ett gemensamt mål på arbetsplatsen skulle kunna förbättra det hälsofrämjande arbetet, där de även uttryckte en önskan att chefen skulle

vara delaktig och styra mot det gemensamma målet. I en studie (Zaghini, Fiorini, Piredda, Fida & Sili 2020) undersöktes hur chefens inverkan på arbetsgruppen påverkade hur nöjda patienterna var med vården given av sjuksköterskorna. Det framkom att när sjuksköterskorna var nöjda med ledarskapet kände de sig mindre stressade vilket gjorde att patienterna var mer nöjda med vården.

Dorothea Orems egenvårdsteori kan ge ökad förståelse och underlätta det hälsofrämjande arbetet. Teorin består av tre integrerade teorier där den första är teorin om egenvård som syftar till att egenvård är ett inlärt beteende och består av målinriktade insatser. Orem menar att alla individer har förmågan och motivationen som är nödvändig att utföra egenvård men att det inte betyder att alla kommer göra det (Hartweg 1991). I föreliggande studie framkom det från distriktssköterskorna att patienternas motivation styrde hur mycket de kunde arbeta hälsofrämjande. Orem menar då att motivationen finns men de saknar kunskapen kring hälsoproblemet och agerar därför inte (Hartweg 1991). Distriktssköterskorna uttryckte att de ändå gav information till patienten och att det sedan var patientens ansvar att agera utifrån det. Nästa del av Orems egenvårdsteori är teorin om egenvårdsbrist som handlar om att individer kan påverkas av begränsningar som hindrar dem från att tillmötesgå sina egenvårdsbehov. Begränsningarna kan vara kopplade till sjukdom eller psykisk ohälsa (Hartweg 1991). Distriktssköterskorna i föreliggande studie uppgav begränsningar hos patienten som påverkade det hälsofrämjande arbetet där psykisk ohälsa var en stor faktor. Den tredje delen, teorin om omvårdnadssystemet, är den teori som förenar de två andra teorierna och beskriver relationen mellan sjuksköterskornas agerande och patientens agerande. Sjuksköterskan ska identifiera begränsningar som påverkar patienten och lägga upp en plan för att hantera begränsningarna (Hartweg 1991). Distriktssköterskorna upplevde att tiden hindrade dem genom att det inte fanns tid till planering men att de hela tiden försökte. De gav aldrig upp med patienterna utan fortsatte försöka. De uppgav dock att det kunde kännas tröstlöst ibland när de kände att de inte nådde fram till patienten. Orems egenvårdsteori hade kanske kunnat ge en ökad förståelse hos distriktssköterskorna över patienternas situation och möjligen kunnat ge dem inspiration hur de skulle kunna gå vidare med patienter som de upplevde att de inte nådde fram.

Metoddiskussion

Enligt Graneheim och Lundman (2004) finns det tre viktiga begrepp som används för att bedöma trovärdigheten av en kvalitativ studie. Dessa begrepp är *giltighet,*

tillförlitlighet och *överförbarhet. Giltigheten* av en studie syftar till hur pålitligt resultatet är. *Tillförlitligheten* av en studie innebär att resultatet skulle bli detsamma om studien upprepades i likande sammanhang och med liknande deltagare. *Överförbarheten* av en studie innebär att resultatet skulle vara överförbart till andra grupper och i andra sammanhang (Graneheim & Lundman 2004).

När forskaren vill skapa en djupare förståelse för något används enligt Kvale och Brinkmann (2014) kvalitativ metod. Syftet med föreliggande studie var att beskriva och därför valdes deskriptiv design med kvalitativ ansats. Enligt Polit och Beck (2017) bör deskriptiv design användas när data ska samlas in i berättande form.

Deltagarna som rekryterades till studien hade utbildning, kompetens och erfarenheter som svarade mot studiens syfte vilket enligt Polit och Beck (2017) stärker studiens *giltighet*. För att säkerställa att deltagarna hade den utbildning och kompetens som eftersöktes användes ändamålsurval där endast distriktssköterskor tillfrågades. För att säkerställa att deltagarna hade tillräckligt med erfarenhet var ett inklusionskriterie att deltagarna skulle ha minst två års yrkesverksamhet inom primärvården. Enligt Benner (1982) finns det flera nivåer av skicklighet inom omvårdnad, där Dreyfus modellen om erhållen skicklighet beskriver kunskap om omvårdnad från novis till expert. Efter två till tre år uppnås nivån kompetent, vilket innebär att förmågan att ha långsiktiga mål och planer om sitt arbete har utvecklats. Enligt Graneheim och Lundman (2004) och Kvale och Brinkmann (2014) kan *giltigheten* för studien öka genom att rekrytera deltagare med varierade erfarenheter. Detta ökar möjligheten att belysa ämnet ur olika aspekter. I den aktuella studien var det enbart kvinnor som valde att delta vilket kan ses som en svaghet mot studiens *giltighet*. Det behöver dock inte vara en svaghet då sjuksköterskeyrket är en kvinnodominerad yrkeskategori där 88 procent av alla sjuksköterskor är kvinnor (Socialstyrelsen 2019) och ännu färre manliga distriktssköterskor. Deltagarna hade olika antal år som yrkesverksamma. De arbetade även på fem olika hälsocentraler inom en region i mellersta Sverige och hade varierade åldrar vilket ger en variation som stärker studiens *giltighet*.

Datainsamlingen bestod av semistrukturerade intervjuer med öppna frågor samt följdfrågor vilket författarna ansåg vara lämpligaste metoden för att får svar på syfte och frågeställningar. Semistrukturerade intervjuer ger deltagarna möjlighet att fritt berätta om sina erfarenheter inom det belysta forskningsområdet vilket styrker *giltigheten*

(Graneheim & Lundman 2004; Kvale & Brinkmann 2014). Samtliga intervjuer utgick från samma intervjuguide som testades vid en pilotintervju vilket stärker studiens *tillförlitlighet* genom att alla deltagare fick samma frågor vilket minskar risken för inkonsekvens vid datainsamlingen (Graneheim & Lundman 2004; Kvale & Brinkmann 2014).

Att deltagarna fick själva ange dag och tid för intervjun är en styrka då det minskar risken att deltagarna skulle känna sig tvingad att delta. Att intervjuerna genomfördes under olika förutsättningar kan ses både som en svaghet och en styrka. De fyra första intervjuerna där båda författarna deltog kunde deltagarna ha känt sig i underläge vilket kan ha påverkat kvalitén på intervjuerna och kan ses som en svaghet. Det kan också ses som en styrka att båda författarna var med då båda författarna fick liknande intervjustil vilket kan ha påverkat de individuella intervjuernas innehåll till det positiva. Varje intervju avslutades med en öppen fråga där deltagarna själva fick möjlighet att delge information som de ville lyfta. Enligt Polit och Beck (2017) är slutfrågan viktig för att inte gå miste om relevant information och för att stärka studiens *tillförlitlighet*. Vissa av deltagarna kände författarna sen tidigare vilket kan ses som en svaghet som kan ha påverkat resultatet vilket påverkar *tillförlitligheten* negativt. Det kan även ses som en styrka då deltagarna kunde känna sig mer bekväma, vilket kan ha påverkat resultatet och *tillförlitligheten* positivt. Ytterligare en svaghet gällande *tillförlitligheten* var författarnas ovana att intervjua vilket kan ha påverkat resultatet då fler följdfrågor hade kunnat generera mer värdefull information (Polit & Beck 2017). Det behöver dock inte vara en svaghet då båda författarna är sjuksköterskor och har erhållit vana att intervjua genom sin yrkesroll där de i sitt arbete intervjuar patienter dagligen.

Intervjuerna spelades in och transkriberades till cirka 65 sidor text. För att styrka studiens *giltighet* analyserades materialet med kvalitativ innehållsanalys, genomförd enligt Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning av alla stegen i processen, vilket gav struktur under hela analysprocessen. Meningsbärande enheter som svarade mot studiens syfte identifierades från den transkriberade texten. Dessa kondenserades och kodades där koder med liknande betydelse samlades under samma subkategori. Analysprocessen är tydligt beskriven och exempel på hela analysprocessen finns med i studien, vilket enligt Graneheim och Lundman (2004) nämner styrker en studiens *giltighet* ytterligare. Citat från intervjuerna finns även med i resultatet för att stärka giltigheten och påvisa att relevant information inte fallit bort under analysprocessen

(Graneheim & Lundman 2004). För att tolka innehållet och hitta passande kategorier diskuterades det insamlade materialet författarna sinsemellan och även med handledare och andra studenter i en handledningsgrupp. Detta för att säkerställa att ingen relevant fakta skulle falla bort under processen och även för att stärka studiens *giltighet* och *tillförlitlighet* (Graneheim & Lundman 2004).

Om resultatet i studien är *överförbart* till andra sammanhang är enligt Graneheim och Lundman (2004) någonting som läsaren själv avgör. För att underlätta för läsaren i sin bedömning om *överförbarhet* kan författaren till studien noggrant beskriva hela metodavsnittet av studien (Polit & Beck 2017). I föreliggande studie anser författarna att urvalsmetod, urvalsgrupp, datainsamlingsmetod och dataanalys är utförligt beskrivna i metodavsnittet vilket bör underlätta bedömningen av *överförbarhet*.

Klinisk implikation för omvårdnad

Studiens resultat kan bidra till en ökad förståelse till distriktssköterskornas upplevelse och vilka förutsättningar som påverkar deras arbete. Det kan därmed vara överförbart till hälsofrämjande arbete i andra enheter inom primärvården. Studien kan ge ledning och chefer en förståelse för vilka förutsättningar som kan behövas för att kunna arbeta hälsofrämjande. Att chef eller ledning kan ge mer styrning och ge distriktssköterskorna möjlighet att planera det hälsofrämjande arbetet samt bättre förutsättningar att utföra arbete i form av mer tid och mer personal. Vidare kan resultatet av föreliggande studie ge en ökad kunskap till andra yrkesgrupper inom primärvården om hur det är att arbeta hälsofrämjande för distriktssköterskorna. Studien kan också vara av betydelse för patienter, då ämnet uppmärksammas möjliggör det till förbättring i det hälsofrämjande arbetet. Det kan också vara av betydelse då patienter ser vilken stor del de har i det hälsofrämjande arbete och hur mycket de kan bidra. I studiens resultat framkom flera förbättringsmöjligheter som mer fokus på det hälsofrämjande arbetet, enighet i arbetsgruppen och ett gemensamt mätbart mål på arbetsplatsen. Denna information kan vara värdefull och bidra till förbättringsmöjligheter inom verksamheterna, därmed förbättrat hälsofrämjande arbete gentemot patienterna.

Förslag till fortsatt forskning

Då föreliggande studie är en förhållandevis liten studie skulle det vara intressant med en studie med en större deltagargrupp med fokus på distriktssköterskornas upplevelse av det hälsofrämjande arbetet i Sverige. Vid en större studie skulle det vara intressant med

ett större geografiskt område med ett stort antal deltagare i en kvantitativ studie, för att se om fler delar samma upplevelse av att arbeta hälsofrämjande. En annan del som framkom i resultatet var förutsättningar hos patienten som styrde distriktssköterskornas arbete. Det skulle vara intressant att undersöka patienters upplevelse av hälsofrämjande arbete i Sverige, för att kartlägga och få fram ny aktuell forskning med patientens upplevelse i fokus. Detta skulle kunna göras genom kvalitativa intervjustudier. Distriktssköterskorna i denna studie uttryckte att de valde att vidareutbilda sig till distriktssköterska då de hade viljan att arbeta hälsofrämjande och att kompetensutveckling var viktigt. I dagsläget är det oftast personalbrist inom primärvården, vilket distriktssköterskor i föreliggande studie uttryckte, vilket leder till att sjuksköterskor anställs för att göra distriktssköterskors arbete. Det skulle därmed vara intressant att undersöka sjuksköterskors upplevelse av hälsofrämjande arbete inom primärvården, genom kvalitativa intervjustudier, och sedan jämföra det med distriktssköterskors upplevelse.

Slutsats

Distriktssköterskorna i föreliggande studie upplevde det hälsofrämjande arbetet inom primärvården som en spännande, intressant utmaning och hade en vilja att arbeta med det. Dock var det förutsättningar på arbetsplatsen, hos patienten samt från ledningen som styrde hur mycket distriktssköterskorna kunde arbeta hälsofrämjande. Studien kan leda till ökad kunskap för vilka förutsättningar som distriktssköterskorna uttrycker ett behov av, för att få möjlighet att arbeta hälsofrämjande på ett optimalt sätt och samtidigt förbättra omvårdnaden för patienter.

Referenser

Anand, S. S., Islam, S., Rosengren, A., Franzosi, M. G., Steyn, K., Yusufali, A. H., Keltai, M., Diaz, R., Rangarajan, S. & Yusuf, S. (2008). Risk factors for myocardial infarction in women and men: insight from the INTERHEART study. *European Heart Journal*, 29(7), ss. 932-940. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehn018

Anell, A., Glenngård, A. H. & Merkur, S. (2012). Health Systems in Transition. *European Observatory on Health Systems and Policies*, 14(5). http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/164096/e96455.pdf

Ashenden, R., Silagy, C. & Weller, D. (1997). A systematic review of the effectiveness of promoting lifestyle change in general practice. *Family practice,* 14(2), ss. 160-176. doi:10.1093/fampra/14.2.160

Benner, P. (1982). From novice to expert. *American Journal of Nursing*, 82(3), ss. 402-407.

Berlakis, K. D. & Azari, R. (2011). Patient-Centered Care is Associated with Decreased Health Care Utilization. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 24(3), ss. 229-239. http://dx.doi.org/10.3122/jabfm.2011.03.100170

Brobeck, E., Odencrants, S., Bergh, H. & Hildingh, C. (2013). Health promotion practice and its implementation in Swedish health care. *International Nursing Review,* 40 (3), ss. 374-380. doi:10.1111/inr.12041

Caponnetto, P., DiPiazza, J., Cappello, G. C., Demma, S., Maglia, M. & Polosa, R. (2019). Multimodal Smoking Cessation in a Real-Life Setting: Combining Motivational Interviewing With Official Therapy and Reduced Risk Products. *Tobacco Use Insights,* 12. http://dx.doi.org/10.1177/1179173X19878435

De la Fuente Coria, M. C., Cruz-Cobo, C. & Santi-Cano, M. J. (2020). Effectiveness of a primary care nurse delivered educational intervention for patients with type 2 diabetes mellitus in promoting metabolic control and compliance with long-term therapeutic targets: Randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies,* 101. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103417

Din, N. U., Moore, G. F., Murphy, S., Wilkinson, C. & Williams, N. H. (2015). Health professionals' perspectives on exercise referral and physical activity promotion in primary care: Findings from a process evaluation of the National Exercise Referral Scheme in Wales. *Health Education Journal*, 74(6), ss. 743-757. http://dx.doi.org/10.1177/0017896914559785

Distriktssköterskeföreningen (2019). *Kompetensbeskrivning avancerad nivå distriktssköterska.* https://distriktsskoterska.com/wp-content/uploads/2019/05/Kompetensbeskrivning-avancerad-niv%C3%A5-distriktssk%C3%B6terska-reviderad-2019.pdf [2019-09-24]

Folkhälsomyndigheten (2019a). *Folkhälsans utveckling årsrapport 2019.* https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/d162673edec94e5f8d1da1f78e54dac4/folkhalsans-utveckling-arsrapport-2019.pdf

Folkhälsomyndigheten (2019b). *Folkhälsopolitikens åtta målområden.* https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsoarbete/folkhalsopolitikens-mal/de-atta-malomradena-inom-folkhalsopolitiken/ [2020-04-17]

Folkhälsomyndigheten (2019c). *Mat och fysisk aktivitet.* https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/fysisk-aktivitet-och-matvanor/ [2019-09-24]

Folkhälsomyndigeten (2019d). *Vad är en folksjukdom?* https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-folksjukdomar/ [2020-04-17]

Folkhälsomyndigheten (2020a). *Förtida dödlighet.* https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/halsa/dodlighet-fortida/ [2020-05-06]

Folkhälsomyndigheten (2020b). *Insjuknande i hjärtinfarkt.* https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/halsa/insjuknande-i-hjartinfarkt/ [2020-05-06]

Folkhälsomyndigheten (2020c). *Övervikt och fetma.* https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/halsa/overvikt-och-fetma/ [2020-04-20]

Foster, H. M. E., Celis-Morales, C. A., Nicholl, B., Petermann-Rocha, F., Pell, J. P., Gill, J. M. R., O'Donnell, C. A. & Mair, F. S. (2018). The effect of socioeconomic deprivation on the association between an extended measurement of unhealthy lifestyle factors and health outcomes: a prospective analysis of the UK Biobank cohort. *The Lancet Public Health*, 3(12), ss 576-585. http://dx.doi.org/10.1016/ S2468-2667(18)30200-7

Frost, H., Campbell, P., Maxwell, M., O'Carroll, R. E., Dombrowski, S. U., Williams, B., Cheyne, H., Coles, E. & Pollock, A. (2018). Effectiveness of Motivational Interviewing on adult behaviour change in health and social care settings: A systematic review of reviews. *PLoS One*, 13(10), https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204890

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, ss. 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001

Hardcastle, S., Taylor, A., Bailey, M. & Castle, R. (2008). A randomized controlled trial in the effectiveness of a primary health care based counselling intervention on physical activity, diet and CHD risk factors. *Patient Education and Counseling*, 70(1), ss. 31-39. https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.09.014

Hartweg, D. L. (1991). *Dorothea Orem: Self-Care Deficit Theory.* Newbury Park: Sage publications inc.

Heckman, C. J., Egleston, B. L. & Hofmann, M. T. (2010). Efficacy of Motivational Interviewing for Smoking Cessation: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Tobacco Control*, 19(5), ss. 410-416. doi:10.1136/tc.2009.033175.

Holm Ivarsson, B. (2016). *Motiverade samtal - praktisk handbok för hälso- och sjukvården.* Lund: Studentlitteratur.

International Council of Nurses (2012). *The ICN code of ethics for nurses.* file:///C:/Users/Aspire/Downloads/INCenglish.pdf [2020-04-16]

Josyula, L. & Lyle, R. (2013). Health Care Provider Physical Activity Prescription Intervention. *American Journal of Health Education,* 44(3), ss. 162-168. http://dx.doi.org/10.1080/19325037.2013.779903

Jutterström, L., Hörnsten, Å., Sandström, H., Stenlund, H. & Isaksson, U. (2016). Nurse-led patient-centered self-management support improves HbA1c in patients with type 2 diabetes - A randomized study. *Patient Education and Counceling,* 99(11), ss. 1821-1829. https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.06.016

Kallings, L. V., Sierra Johnson, J., Fisher, R. M., de Faire, U., Ståhle, A., Hemmingsson, E. & Hellénius, M.-L. (2009). Beneficial effects of individualized physical activity on prescription on body composition and cardiometabolic risk factors: results from a randomized controlled trial. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation,* 16(1), ss. 80-84. DOI: 10.1097/HJR.0b013e32831e953a

Keleher, H. & Parker R. (2013). Health promotion by primary care nurses in Australian general practice. *The Australian Journal of Nursing Practice*, 20(4), ss. 215-221. https://doi.org/10.1016/j.colegn.2012.09.001

Kouwenhoven-Pasmooij, T. A., Robroek, S. J. W., Nieboer, D., Helmhout, P. H., Hunink, M. & Burdorf, A. (2018). Quality of motivational interviewing matters: the effect on participation in health-promotion in a cluster randomized controlled trial. *Scand Journal of Work Environ Health*, 44(4), ss. 414-422. http://dx.doi.org/10.5271/sjweh.3716

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur

Lambe, B. & Collins, C. (2010). A qualitative study of lifestyle counselling in general practice in Ireland. *Family practice.* 27(2), ss. 219-223. https://doi.org/10.1093/fampra/cmp086

Lindqvist, H., Forsberg, L. G., Forsberg, L., Rosendahl, I., Enebrink, P. & Helgason, A. R. (2013). Motivational Interviewing in an ordinary clinical setting: A controlled clinical trial at the Swedish National Tobacco Quitline. *Addictive Behaviors,* 38(7), ss. 2321-2324. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.03.002

Lundberg, K., Jong, M. C., Kristiansen, L. & Jong, M. (2017). Health promotion in practice - District nurses experiences of working with health promotion and lifestyle interventions among patients at risk of developing cardiovascular disease. *Explore*, 13(2), ss. 108-115. doi:10.1016/j.explore.2016.12.001

Lönnberg, L., Ekblom-Bak, E. & Damberg, M. (2019). Improved unhealthy lifestyle habits in patients with high cardiovascular risk: results from a structured lifestyle programme in primary care. *Uppsala Journal of Medical Sciences*, 124(2), ss. 94-104. DOI 10.1080/03009734.2019.1602088

Lönnberg, L., Ekblom-Bak, E. & Damberg, M. (2020). Reduced 10-year risk of developing cardiovascular disease after participating in a lifestyle programme in primary care. *Upsala Journal of Medical Sciences.*
DOI: 10.1080/03009734.2020.1726533

Magill, M., Apodaca, T. R., Borsari, B., Gaume, J., Hoadley, A., Gordon, R. E. F., Tonigan, J. S. & Moyers, T. (2018). A Meta-Analysis of Motivational Interviewing Process: Technical, Relational, and Conditional Process Models of Change. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 86(2), ss. 140-157. http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000250

Morton, K., Beauchamp, M., Prothero, A., Joyce, L., Saunders, L., Spencer-Bowdage, S., Dancy, B. & Pedlar, C. (2014). The effectiveness of motivational interviewing for health beaviour change in primary care settings: a systematic review. *Health Psychology Review*, 9(2), ss. 205-223. http://dx.doi.org/10.1080/17437199.2014.882006

Murchie, P., Campbell, N. C., Ritchie, L. D., Simpson, J. A. & Thain, J. (2003). Secondary Prevention Clinics For Coronary Heart Disease: Four Year Follow Up Of A Randomised Controlled Trial In Primary Care. *BMJ: British Medical Journal*, 326(7380), ss. 84-87. https://doi.org/10.1136/bmj.326.7380.84

Odgaard, J., Tornhagen, L. & Olsson, M. (2018). *Det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet inom primärvården* (Region Gävleborgs revisionsrapport 2018). https://www.regiongavleborg.se/globalassets/politik/sa_styrs_region_gavleborg/revisorer/2017/revisionsrapport---det-halsoframjande-och-sjukdomsforebyggande-arbetet-inom-primarvarden.pdf

Orth-Gomer, K. & Perski, A. (2008). *Preventiv medicin i teori och praktik.* Lund: Studentlitteratur.

Platt, L., Melendez-Torres, G. J., O'Donnell, A., Bradley, J., Newbury-Birch, D., Kaner, E. & Ashton, C. (2016). How effective are brief interventions in reducing alcohol consumption: do the setting, practitioner group and content matter? Findings from a systematic review and metaregression analysis. *BMJ Open*, 6(8). http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011473

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice.* Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilknins

Regeringskansliet (2018). *Framtidens folkhälsa ska vara jämlik.* https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2018/04/framtidens-folkhalsa-ska-vara-jamlik/ [2020-04-21]

Region Gävleborg (2019). *Hälso- och sjukvård - organisation.* https://www.regiongavleborg.se/om/organisation/halso--och-sjukvard/ [2020-04-23]

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor.* Stockholm: Utbildningsdepartementet.

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag.* Stockholm: Socialdepartementet.

Sjöling, M., Lundberg, K., Englund, E., Westman, A. & Jong, M. C. (2011). Effectiveness of motivational interviewing and physical activity on prescription on leisure exercise time in subjects suffering from mild to moderate hypertension. *BMC Research Notes,* 4(1). https://doi.org/10.1186/1756-0500-4-352

Socialstyrelsen (2018). *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor: Stöd för styrning och ledning.* https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-24.pdf [2019-09-24]

Socialstyrelsen (2019). *Statistik om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal 2018 samt arbetsmarknadsstatus 2017.*

https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2019-9-6311.pdf [2020-05-12]

Song, D., Xu, T.-Z. & Sun, Q.-H. (2014). Effect of motivational interviewing on self-management in patients with type 2 diabetes mellitus: A meta-analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 1(3), ss. 291-297. https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2014.06.002

Statens folkhälsoinstitut (2011). *FaR - Individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet.* Elanders: Stockholm https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/c6e2c1cae187431c86c397ba1beff6f0/r-2011-30-far-individanpassad-skriftlig-ordination-av-fysisk-aktivitet.pdf

Svensk sjuksköterskeförening (2016). *Personcentrerad vård.* https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_vard_oktober_2016.pdf [2020-05-06]

Sørensen, J. B., Skovgaard, T. & Puggaard, L. (2006). Exercice on precription in general practice: A systematic review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 24, ss. 69-74. DOI: 10.1080/02813430600700027

Voogdt-Pruis, H. R., Beusmans, G. H., Gorgels, A. P., Kester, A. D. & Van Ree, J. W. (2010). Effectiveness of nurse-delivered cardiovascular risk management in primary care: a randomised trial. *British Journal of General Practice*, 60(570), ss. 40-46. doi: 10.3399/bjgp10X482095

Vetenskapsrådet. (2011). *God forskningssed*. https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningssed_VR_2017.pdf [2019-12-11]

Wilhelmsson, S. & Lindberg, M. (2009). Health promotion: facilitators and barriers perceived by district nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 15(3), ss. 156-163. doi: 10.1111/j.1440-172X.2009.01740.x.

World Health Organization (2019). *Noncommunicable diseases.* https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab_1 [2020-04-17]

Zaghini, F., Fiorini, J., Piredda, M., Fida, R. & Sili, A. (2020). The relationship between nurse managers' leadership style and patients' perception of the quality of the care provided by nurses: Cross sectional survey. *International Journal of Nursing Studies,* 101. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103446

Östlund, A.-S., Kristofferzon, M.-L., Häggström, E. & Wadensten, B. (2015). Primary care nurses' performance in motivational interviewing: a quantitative descriptive study. *BMC Family Practice,* 16(89). https://doi.org/10.1186/s12875-015-0304-z

Östlund, A.-S., Wadensten, B., Häggström, E. & Kristofferzon, M.-L. (2013). District nurses' and registered nurses' training in and use of motivational interviewing in primary care settings. *Journal of Clinical Nursing,* 23, ss. 2284-2294. doi: 10.1111/jocn.12509