



HÖGSKOLAN VÄST

Institutionen för hälsovetenskap

**Distriktssköterskans erfarenheter av hälsofrämjande arbete
i primärvården
-en intervjustudie**

Emma Hadley Angelina Saaranen

**Examensarbete i omvårdnad på
avancerad nivå
Specialistsjuksköterskeprogrammet
Distriktssköterska, folkhälsa
Institutionen för Hälsovetenskap
Vårterminen 2020**

Distriktssköterskans erfarenheter av hälsofrämjande arbete i primärvården – en intervjustudie.

The District nurse's Experience of Health Promotion in Primary health care – an interview study.

Författare: Emma Hadley och Angelina Saaranen.

Institution: Institutionen för Hälsovetenskap, Högskolan Väst.

Kurs: Examensarbete i Omvårdnad, avancerad nivå, 15 högskolepoäng.

Handledare: Eva Brink, Leg. Sjuksköterska, Professor Institutionen för Hälsovetenskap, Högskolan Väst.

Sidor: 28

Månad och år: Maj 2020

Sammanfattning

Bakgrund: Vikten av hälsofrämjande arbete inom hälso- och sjukvård speglas tydligt i forskning, litteratur, riktlinjer och lagar. Distriktssköterskan förväntas ha ett grundläggande hälsofrämjande fokus. På sikt kan detta leda till en bättre folkhälsa och spara lidande och resurser för samhälle och individ. Ändå verkar fokus ofta ligga på att behandla sjukdom. Enligt tidigare forskning upplever distriktssköterskor som arbetar i primärvård olika hinder trots att de har viljan att arbeta mer hälsofrämjande.

Syfte: Belysa distriktssköterskans erfarenheter av hälsofrämjande arbete i primärvården.

Metod: Studien genomfördes med en kvalitativ innehållsanalys av material insamlat genom semistrukturerade intervjuer. Sju intervjuer genomfördes i Göteborg med omnejd. Deltagarna skulle ha arbetat minst ett år som distriktssköterska.

Resultat: Analysen resulterade i temat; *Det är enklare att gå en upptrampad stig än att gå genom snår för att komma till en glänta framkom.* Temat byggde på kategorierna; *Det inre drivet, Finns det tid finns det hopp, En spindel i nätet, Sprickan mellan teori och praktik.*

Slutsats: Distriktssköterskorna hade en positiv inställning och vilja till hälsofrämjande arbete och ansåg att det innefattade personcentrerad vård. Det hälsofrämjande arbetet beskrevs i termer av små insatser invävda i det dagliga arbetet. Det framkom att de huvudsakliga arbetsuppgifterna är sjukdomsorienterade, vilket huvudsakligen beskrevs som att det saknas resurser för hälsofrämjande insatser.

Nyckelord: Hälsofrämjande arbete, Distriktssköterska, Hälsa, Personcentrerad vård, Primärvård.

Abstract

Background: The importance of health promotion within nursing and health care is clearly reflected in science, literature, guidelines and regulations. The district nurse is expected to have an underlying focus on health promotion. In the long run this can lead to a better public health and spare the society and individual suffering and resources. Despite this, it appears that the focus often remains on threatening disease. According to previous studies district nurses in the primary care are experiencing obstacles despite having the will and intention to work more towards health enhancement.

Aim: Illuminate district nurses experiences of health promotion within the primary health-care system.

Method: The study has been performed using a qualitative content analysis of material gathered by semi-structured interviews. A total of seven interviews has been performed in Gothenburg and surrounding areas. The participants of the interviews had worked as a district nurse for a period of at least one year.

Results: The analysis resulted in the theme; *“It is easier to walk upon a trail than find ones way though the thickets to get to the glade”* was noticed. The theme was constructed out of the categories; *The inner drive, If there is time there is hope, A spider in the web, The divergence between theory and practice.*

Conclusion: The district nurses in the study had a positive attitude towards health promotion and considered it involved in person-centered care. The health promoting work was described in terms of small efforts woven into the daily work. It emerged that the main duties is focused on disease treatment, which mainly related to resources lacking for health promoting efforts.

Key words: Health promotion, District nurse, Health, Person-centered care, Primary care.

Populärvetenskaplig sammanfattning

Titel: Distriktssköterskors erfarenheter av hälsofrämjande arbete i primärvården – en intervjustudie.

Det ingår i distriktssköterskans uppdrag att arbeta hälsofrämjande. Ändå ligger fokus ofta på att behandla sjukdom. I denna uppsats undersöks hur verkligheten ser ut. Hur tänker distriktssköterskorna själva kring hälsofrämjande arbete?

Bakgrund: Hälsofrämjande arbete innebär att förbättra den egna upplevelsen av hälsa. I lagar och riktlinjer för hälso- och sjukvård framgår att det är ett viktigt arbete och att distriktssköterskan skall ha ett grundläggande hälsofrämjande fokus. Det leder till en bättre hälsa för hela befolkningen och sparar lidande och resurser för både samhälle och den enskilda personen.

Syfte: Belysa distriktssköterskans erfarenheter av hälsofrämjande arbete i primärvården.

Metod: Sju intervjuer genomfördes på vårdcentraler i och runt Göteborg. Deltagarna hade jobbat minst ett år som distriktssköterska. Intervjutexterna analyserades för att få fram den underliggande betydelsen av det som berättades.

Resultat: Det finns en positiv inställning och en vilja att arbeta mer hälsofrämjande, men fokus är ofta på sjukdom. Distriktssköterskorna upplevde att de har kunskapen att hjälpa och stötta människor att själva kunna genomföra livsstilsförändringar. Även små insatser kan ha betydelse och det är viktigt att anpassa arbetet efter personen de möter. Det krävs tid, engagemang och ibland hjälp av andra yrkesgrupper. Det finns både hinder och möjligheter för hälsofrämjande arbete. Distriktssköterskans egen inställning har stor betydelse.

Slutsats: Trots att det finns en positiv inställning och en vilja att arbeta hälsofrämjande ligger fokus ofta på sjukdom, och det finns sällan tid för insatser som främjar hälsa. Många är besvikna över att inte få arbeta mer hälsofrämjande, men tar heller inte en aktiv roll till förändring. Det är enklare att bara köra på då de ändå trivs med sin arbetssituation. Det finns ett behov av att se över arbetssättet, både på en politisk och beslutsfattande nivå, samt ute på vårdcentralerna.

Förslag på klinisk tillämpning: Detta arbete kan öppna upp för distriktssköterskor att fundera över sin egen inställning till hälsofrämjande arbete och bidra till att mötet mellan patient och vårdcentral formas utifrån individen. Att stärka hälsa är en viktig uppgift för vårdcentraler, men det finns brister som resultatet av denna uppsats visar. Fokus ligger ofta på sjukdom och inte på att stärka hälsa. Det finns ett förbättringsbehov av hur vårdcentraler och distriktssköterskor tar sig an hälsofrämjande arbete.

Tillkännagivanden

Tack till vår handledare Eva Brink som med fast hand, intressanta diskussioner och en hel del humor hjälpt oss med detta arbete. Tack till alla distriktssköterskor som har tagit sig tid och låtit oss intervjua dem.

Definitioner och terminologi

Definitioner som anses av vikt att förklara har angivits i löpande text i bakgrunden till detta arbete.

Innehåll

Inledning	1
Bakgrund	1
Hälsa	1
Folkhälsa.....	2
Hälsofrämjande arbete (hälsopromotion).....	3
Personcentrerad vård som teori.....	4
Distriktssköterskans hälsofrämjande arbete i primärvården	4
Tidigare forskning.....	5
Problemformulering	7
Syfte	8
Metod	8
Design	8
Kontext.....	8
Urval.....	8
Datainsamling.....	9
Analys.....	9
Förförståelse	11
Etiska överväganden	11
Resultat	11
Det är enklare att gå en upptrampad stig än att gå genom snår för att komma till en glänta.....	12
Det inre drivet.....	13
Finns det tid finns det hopp	14
En spindel i nätet	16
Sprickan mellan teori och praktik	17
Diskussion	18
Resultatdiskussion	18
Hälsofrämjande arbete och förhållandet till personcentrerad vård.....	18
Tvetydigheter	19
Vems ansvar?	20
Koppling till tidigare forskning	21
Metoddiskussion	21
Slutsats	24
Förslag till klinisk tillämpning	24
Förslag till fortsatt kunskapsutveckling	24
Referenser	26

Bilagor

- I** Information om intervjustudie med syfte att belysa distriktssköterskans erfarenheter av hälsofrämjande arbete i primärvården (brev till verksamhetschef)
- II** Informationsbrev om forskningsprojekt (till intervjupersoner)
- III** Medgivande om deltagande i studie (till intervjupersoner)
- IV** Intervjufrågor (författarnas arbetsmaterial)

Inledning

Enligt International Council of Nurses, ICN: s etiska kod för sjuksköterskor (2017) är grundläggande ansvarsområden för sjuksköterskan att förebygga sjukdom, främja hälsa, lindra lidande och återställa hälsa. Individens rätt till egna val och att bli bemött med respekt betonas i den etiska koden, liksom sjuksköterskans moraliska och etiska ansvar i sina bedömningar och sitt handlande. Hälsofrämjande omvårdnad utgör en central del i sjuksköterskans arbete och ett övergripande mål är att stärka hälsa hos patienter, både på individ- och samhällsnivå. Svensk sjuksköterskeförening (2019) deklarerar i sin kompetensbeskrivning för distriktssköterskor att hälsofrämjande arbete inte bara är centralt, utan grundläggande för professionen. Murdaugh, Parson och Pender (2019) menar att för att uppnå folkhälsa i en population behövs resurser för lokal hälsopromotion och primär prevention, då sekundär och tertiär prevention är mer kostsamt för samhället och patienten än att investera i hälsofrämjande arbete som berör livsstilsfrågor och dess riskfaktorer. Sjukdom till följd av livsstilsrelaterade faktorer ökar oroväckande snabbt och sjukvården har svårt att ta hand om följderna av detta.

Murdaugh, Parsons och Pender (2019) framhåller vidare att en ny våg av tankesätt och visioner som förespråkar ett ökat hälsofrämjande arbete har infunnit sig. Det innebär nya utmaningar då insatser för individuellt beteende likväl som för att forma ett samhälle som gör det möjligt att leva hälsosamt blir nödvändiga och hamnar i fokus. För att möta detta behövs samarbete mellan vårdutbildningar och praktiserande vårdpersonal samt lokala och statliga organisationer. Samtidigt som dessa nya utmaningar gör sig synliga pekar Murdaugh, Parsons och Pender (2019) också på att möjligheten att nå ut och nå fram till samhälle och individ ökat i och med den teknologiska framfarten.

Den aktuella intervjustudien fokuserar på dagens hälsofrämjande arbete i primärvården och distriktssköterskans erfarenheter av detta.

Bakgrund

Nedan följer begreppsdefinitioner och teorier som är väsentliga för studien, samt styrdokument och beskrivning av primärvårdens och distriktssköterskans arbete. Tidigare forskning och problemformulering presenteras därefter.

Hälsa

Begreppet hälsa har olika innebörder utifrån olika teoretiska, religiösa och filosofiska perspektiv, och har färgats och förändrats genom tiderna. Långt tillbaka menade "de gamla grekerna" att hälsa inte kan separeras från den fysiska eller sociala miljön, och inte heller från det mänskliga beteendet. De talade om att balans och harmoni med sin omvärld och universum var nyckeln till hälsa och att sjukdom uppstod om balansen rubbades. Senare togs det naturvetenskapliga perspektivet

ledningen, och hälsa kunde definieras genom frånvaro av sjukdom och död. Att vara frisk räknas då som standard, och sjukdom eller ohälsa är något onaturligt och avvikande; ett synsätt som försatt många människor i utanförskap genom historien. I ett senare skede kan vi nu urskilja ett mer multidimensionellt perspektiv där hälsa även innefattar aspekter av till exempel social, kulturell eller ekonomisk natur (Murdaugh, Parsons & Pender, 2019). World Health Organisation, WHO definierade hälsa 1948 på följande sätt: "Ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte bara frånvaro av sjukdom och handikapp".

År 1986 ändrades definitionen med förtydligande om att en individ eller grupp behöver förstå och hitta sina önskemål för att kunna tillfredsställa sina behov och möta omgivningen (WHO, 1998). Frånvaro av sjukdom innebär således inte per automatik hälsa (Murdaugh, Parsons & Pender, 2019). Inom vårdvetenskapen ses hälsa som en process och inte ett tillstånd. Människan ses som aktivt skapande av mening och som en del av det sammanhang hon verkar i. Det finns flera modeller för detta som utgår från ett holistiskt synsätt på människan, att se människan som en helhet. En individs upplevelse av hälsa är relaterat till hela människan och formas av personens upplevelser. Smärta, lidande, sjukdom, fattigdom och avsaknad av sociala relationer är exempel på faktorer som påverkar hälsan negativt (Svensk sjuksköterskeförening, 2008). Enligt Murdaugh, Parson och Pender (2019) kan hälsa förekomma utan närvaro av sjukdom, men sjukdom förekommer alltid i en kontext av hälsa. I den nutida multidimensionella betraktelsen av hälsobegreppet, kan positiva förändringar i enstaka eller flera dimensioner medföra förbättrad hälsa. Ett perspektiv där vi inte är utlämnande till enbart våra personliga, genetiska förutsättningar, utan det finns fler alternativ och möjligheter för att förbättra och bevara hälsa.

Folkhälsa

Folkhälsa är ett begrepp som innefattar många områden och kan ses ur allt från stadsdelsperspektiv till att innefatta hela världsdelar och den globala hälsan. Denna studie fokuserar på distriktssköterskans erfarenheter av hälsofrämjande arbete, och därför delges en kort beskrivning av begreppet folkhälsa. Det är relevant då hälsofrämjande arbete och förebyggandet av sjukdom är framstående delar av folkhälsoarbetet, vilket enligt politiska beslut ska genomföras på ett systematiskt och målinriktat sätt för att nå en god hälsa för hela befolkningen. (Svensk sjuksköterskeförening, 2008). Målet för global hälsa är att förbättra hälsan för människor i alla länder genom hälsofrämjande arbete, samt att minska sjukdomar, funktionsnedsättningar och död (Murdaugh, Parsons & Pender, 2019). År 2000 definierade Nationella Folkhälsokommittén (SOU 2000:91) folkhälsa enligt följande:

"Det allmänna hälsotillståndet i befolkningen och i olika grupper, förekomsten och fördelningen av sjuklighet, skada, funktionsnedsättning och dödsfall, orsakerna till förekomsten och fördelningen liksom konsekvenserna för individ och samhälle samt den förändring som sker över tid i nämnda avseenden." (SOU 2000:91, s. 21).

Hälsofrämjande arbete (hälsopromotion)

Hälsofrämjande arbete och hälsopromotion är två begrepp som används parallellt och handlar, enkelt beskrivet, om strategier för att bibehålla eller förbättra hälsa (Murdaugh, Parsons & Pender, 2019). I detta arbete har vi valt att främst använda oss av begreppet hälsofrämjande arbete istället för hälsopromotion. Vi ämnar med detta stycke kasta ljus över vad begreppet kan innebära, då det inte är helt lätt att hitta en entydig definition.

Hälsofrämjande arbete har en förmåga att likställas med hälsoprevention, som kan utföras på tre olika nivåer; primär, sekundär och tertiär prevention. Primär prevention har som mål att undvika att sjukdom uppstår, medan sekundär prevention ämnar minska komplikationer eller förvärrade förlopp av en redan tillkommen sjukdom. Tertiär prevention innefattar att minska de begränsningar som ett sjukdomstillstånd kan medföra (Svensk sjuksköterskeförening, 2008). Att jämställa prevention med hälsofrämjande arbete är enligt Murdaugh, Parsons och Pender (2019) missledande då det finns signifikanta skillnader mellan att förebygga sjukdom och att främja hälsa. När prevention utgår från kunskap om vad som orsakar sjukdom för att kunna undvika ohälsa, så fokuserar hälsofrämjande arbete på att förbättra individens upplevelse av sin hälsa vilket kräver kunskaper om hur sådana processer ser ut. Enligt WHO (1998) definieras hälsofrämjande arbete som en process av att möjliggöra kontroll av hälsofaktorer hos människor och därigenom förbättra deras hälsa. Det framhålls även att individens deltagande är essentiellt för att bibehålla hälsofrämjande insatser. WHO (1984) deklarerar att grundläggande begrepp för hälsofrämjande arbete är jämlikhet, samarbete, empowerment, självbestämmande, delaktighet i samhället, delat ansvar och ömsesidighet.

Svensk sjuksköterskeförening (2008) beskriver att hälsofrämjande omvårdnad grundas i att förstå individens livsvärld i förhållande till hälsa, lidande och sjukdom, och inte kretsa kring besvär eller diagnos. Vidare beskrivs att även om begreppet hälsofrämjande är stort och mer omfattande, så kopplas det ofta samman med hälsoutbildning, vilket främst innebär att genom att informera och påverka livsstilsval och beteende hos en individ främja hälsa eller undvika sjukdom. Sådana hälsofrämjande omvårdnadsåtgärder ska präglas av respekt, samarbete, dialog och delaktighet i ett jämlikt möte. Ett sådant samtal ska grundas i individens önskan och vad hon upplever sig behöva för att må bra. Det kan innebära att ställa frågor som öppnar upp nya tankebanor och hjälpa personen till att hitta egna nycklar. Svensk sjuksköterskeförening (2008) menar att det utifrån den aspekten inte är tillräckligt för sjuksköterskan att endast informera och delge fakta, utan kräver en viss pedagogisk förmåga. Det handlar om att stärka individens förmåga och tilltro till sig själv, öka det kritiska tänkandet för att kunna göra goda livsval samt att finna nya strategier för att möta livet och nå sina mål. Enligt Murdaugh, Parson och Pender (2019) finns det modeller på både individ- och samhällsnivå som beskriver hur hälsofrämjande arbete kan utformas och arbetas med. Det handlar i grund och botten om att hjälpa individ, familj och samhälle att stärka sin förmåga till kunskap om sig själv och sin hälsa, och på så vis kunna ändra beteenden och val till ett hälsosammare liv.

Personcentrerad vård som teori

Omvårdnadsvetenskapen belyser att varje person är unik och ska bemötas individuellt efter sina förutsättningar. Omvårdnaden ska således ske på personnivå, utifrån att personen är fri och kapabel till egna val och ansvarstaganden. Detta ger personen mer makt och ansvar, och fokus utgår främst från upplevda behov istället för det medicinska som följer ett visst sjukdomsförlopp (Svensk sjuksköterskeförening, 2008). Partnerskapet mellan vårdare och patient är avgörande och handlar om en ömsesidig respekt. Delaktighet är viktigt, en interaktion mellan minst två personer. För patienten innebär delaktighet förståelse, kontroll och tillit. Det är viktigt att personen respekteras och blir delaktig i planeringen av sin vård för att bättre kunna använda sina resurser, detta för att nå ett ökat välbefinnande och en bättre livssituation (Svensk sjuksköterskeförening, 2008). Personcentrerad vård är ett sätt att se hela människan, det sociala, existentiella, psykiska och fysiska behov (Svensk sjuksköterskeförening, 2016).

En god vård och omsorg skall kännetecknas av att den är jämlik, säker och personcentrerad. Ett bra möte kan ske om det anpassas efter personens behov och förutsättningar (Socialstyrelsen, 2019). Att lyssna på personens berättelse ökar dennes förutsättningar att uppnå hälsa, samt ger ökad kunskap om sig själv och är första steget för att skapa ett partnerskap med patienten. Det krävs ett systematiskt arbete för att kunna jobba utifrån ett personcentrerat arbetssätt och inte bara när tid finns för det. Det är viktigt att dokumentera personens känslor och tankar, något som lätt kan missas. Det är ofta fokus på sjukdom istället för på personen, att endast se sjukdomen och att inte se personen (Ekman m.fl, 2011).

Att arbeta hälsofrämjande är att anta ett personcentrerat arbetssätt, då det bygger på att förstå och utgå från hela människan och hennes förutsättningar och inte fokusera på de besvär eller diagnoser hon bär på (Svensk sjuksköterskeförening, 2008).

Distriktssköterskans hälsofrämjande arbete i primärvården

I Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30) framgår att hälso- och sjukvården ska verka för att förebygga ohälsa. Krav- och Kvalitetsboken (2019) framhåller att vårdcentraler systematiskt ska ha ett hälsofrämjande arbete på individ- och gruppnivå genom att bland annat informera, stödja och motivera personer att ta ansvar för sin egen hälsa. Primärvården har en viktig roll i att främja hälsa och minska framtida vårdbehov. Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2019) ingår det i distriktssköterskans uppdrag att identifiera och stärka personers egna förmågor och resurser. Ur ett hälsofrämjande perspektiv ska omvårdnaden formos utifrån varje persons unika berättelse. Vidare ska distriktssköterskan främja hälsa och goda levnadsvanor, arbeta med hälsofrämjande processer och kunna organisera och driva arbetet med livsstilsförändringar.

Tidigare forskning

Det finns en del forskning angående distriktssköterskans upplevelse av att utföra hälsofrämjande arbete, både inom svensk forskning men också internationellt. Forskningen riktar sig ofta mot en specifik patientgrupp, till exempel multisjuka äldre, barn- och familjer inom barnhälsovård, patienter med psykisk ohälsa, diabetespatienter, eller hjärt- och kärlsjuka personer. Exempel på en sådan studie är Runciman, Watson, McIntosh och Tolson (2006) som belyste hur sjuksköterskors och distriktssköterskors hälsofrämjande arbete ser ut med äldre befolkningsgrupper i Skottland, och hur utvärderingen av detta arbete är var svårt då arbetet ofta var inbäddat i övrig verksamhet. En amerikans studie av McLendon, Wood och Stanley (2019) undersökte effekterna av ett pilotprojekt som syftade till att förbättra hälsa och minska komplikationer för patienter med diabetes, där hälsofrämjande omvårdnad i form av livsstilsförändringar med stöd av sjuksköterska var en av projektets beståndsdelar. Denna typ av riktade studier har gjorts i spridda delar av världen, så som Asien, Europa, USA, Centralamerika och Oceanien. Det finns även ett utbud av internationella och nationella studier som behandlar distriktssköterskors och sjuksköterskors erfarenheter och roll i det hälsofrämjande arbetet mer generellt, och nedan följer en kortare redovisning av några studier som berör ämnet. Presentationen börjar med äldre studier och avslutas med nyare forskning för att lättare kunna se forskningsresultat i detta ämne över tid.

Irvine (2005) undersökte i sin studie vilka kompetenser en distriktssköterska bör besitta för att kunna arbeta hälsofrämjande på ett effektivt sätt. Studiedeltagarna bestod av olika professioner som verkar inom hälso- och sjukvård i Wales. Tre teman, *kunskap, attityder och yrkesskicklighet*, identifierades. Under *kunskap* låg kompetenser som livsstil- och beteendeförändring, sjukdomsprocesser, hälsopromotionsteorier med mer. Viktiga *attityder* var bland annat hängivenhet, självinsikt, holism och respekt för individen. Kommunikation, ledarskap och behovsbedömning var några kompetenser som ansågs nödvändiga inom *yrkesskicklighet*. Artikelförfattaren granskade resultatet från olika vinklar i sin diskussion. Hon tog bland annat upp att den utbildning som en distriktssköterska behöver genomgå för att kunna utveckla alla dessa kompetenser riskerar att verka avskräckande. Det kan vara svårt att ha en gemensam bild av vad hälsofrämjande arbete innebär beroende av individens relation till, och definition av begreppet. I relation till detta diskuterar Irvine vidare att ett nytt hälsofrämjande paradigm behövs, och att vägen dit går genom kommunikation. Utifrån ett sådant paradigm ligger utmaningarna inte främst i att införskaffa sig helt nya kunskaper, utan att anpassa sina kunskaper till en hälsofrämjande kontext.

Jerden, Hillervik, Hansson, Flacking och Weinehall (2006) tog i sin artikel upp upplevelser av svenska distriktssköterskor som arbetar med hälsofrämjande arbete inom primärvården i Dalarna. Hälsofrämjande arbete beskrivs som en grundläggande del i distriktssköterskans jobb, och att det kontinuerligt behöver utvecklas nya metoder för arbetet. I intervjuer med distriktssköterskor framkom att det är svårt att hinna med både hälsofrämjande arbete samt det praktiska medicinska arbetet, och att vårdcentralens organisation och struktur är en avgörande faktor. Distriktssköterskorna upplevde att det inte är tillräckligt att ha kunskap om teorier och metoder för hälsofrämjande arbete, om arbetsmiljön inte möjliggör det.

En annan svensk studie av Wilhelmsson och Lindberg (2009) belyste vad distriktssköterskor upplever för underlättande faktorer respektive barriärer i att utföra hälsofrämjande arbete. Distriktssköterskor intervjuades, och resultatet blev liknande som vid föregående studier. Distriktssköterskorna upplevde att deras profession var den rätta för att utföra hälsofrämjande arbete, då de besitter en specialiserad och fördjupad kunskap i ämnet. Det uppgavs vara en viktig uppgift som inte utförs av någon annan. Att ha överblick av den lokala folkhälsan, tillgång till resurser, möjlighet till att driva projekt och få stöd i form av intresse och budget beskrevs som underlättande faktorer. Det angavs även att distriktssköterskorna gav uttryck för att de fastnade mellan sjukdomsorienterade och hälsofrämjande arbetsuppgifter. Verksamheternas prioriteringar ledde till att de inte kunde fokusera eller lägga tid på hälsofrämjande arbete som genomgående fick stå tillbaka för uppgifter av medicinsk och sjukdomsorienterad art. Det gavs även uttryck för att distriktssköterskor inte upplevde stöd eller intresse för deras hälsofrämjande arbete då resultat och uppföljning aldrig efterfrågades av deras insatser.

I den australiensiska studien av Keleher och Parker (2013) beskrev att sjuksköterskan i primärvården har en allt mer viktig roll i det hälsofrämjande arbetet, då populationens hälsa sviktar i ökande takt och omfång. I studien undersökte man primärvårdssjuksköterskors uppfattning om deras nuvarande och potentiella roll som utförare av hälsofrämjande arbete. Det framkom att de var positiva till att arbeta hälsofrämjande, och hade en tydlig bild av vad arbetet handlar om; att arbeta personcentrerat för att hjälpa individer att nå sina mål, gruppinterventioner och utbildning och information på samhällsnivå med mera. Många av studiedeltagarna ville gärna arbeta mer hälsofrämjande men menade att det krävs nya strategier för att kunna göra det på en mer generell nivå, och det förefölls enklare i de sammanhang där det hälsofrämjande arbetet var kopplat till en kronisk sjukdom. De hinder som sjuksköterskor upplevde för att kunna expandera och utveckla det hälsofrämjande arbetet var främst tidsbrist och ekonomiska aspekter, dvs att vårdcentraler saknar budget för sådant arbete. Farhågor om att inte ha tillräcklig kompetens inom olika hälsoområden togs också upp som ett hinder. Studiens författare gör konklusionen att sjuksköterskor är en kostnadseffektiv och yrkesskicklig arbetskraft som ofta förbises och underskattas i primärvården. De framhöll vidare vikten av att kunna kringgå de barriärer som hindrar arbetet, samt att låta sjuksköterskan få ta en ledande roll i utformandet av strategier för hälsofrämjande- och förebyggande arbete.

Lundberg, Jong, Kristiansen och Jong (2017) beskrev i sin artikel distriktssköterskors upplevelser av att arbeta med hälsopromotion och livsstilsförändringar för patienter med risk för kardiovaskulära sjukdomar. Genom intervjuer med distriktssköterskor identifierades följande områden som upplevelserna rörde sig kring: Hälsofrämjande arbete är kärnan i distriktssköterskans arbete, rådgivning och coachning är väsentliga delar samt att motiverande samtal är ett bra hjälpmedel. Det fanns även upplevelser av möjligheter och hinder i form av positiva respektive negativa attityder samt bristande organisation och struktur. Slutligen visades att några av intervjupersonerna var missnöjda med att arbeta hälsofrämjande och såg det som en börda, medan andra var nöjda och såg det som en utmaning.

Den slutsats som presenterades av Lundberg m.fl. (2017) deklarerar att hälsofrämjande arbete är kärnan i distriktssköterskans arbete och genererar en mer hälsosam livsstil för individ och samhälle, och av denna anledning behöver organisatoriska strukturer förändras för att underlätta arbetet.

De artiklar som presenteras ovan är publicerade mellan 2005 och 2017. Det finns stora likheter i studiernas resultat om vad som möjliggör och försvårar arbetet och hur distriktssköterskans erfarenheter kring detta ser ut. Irvine (2005) diskuterade att ett nytt hälsofrämjande paradigm behövs. Lundberg m.fl. (2017) kommer fram till en likande slutsats då de anser att organisatoriska strukturer fortfarande behöver förändras för att underlätta det hälsofrämjande arbetet.

Problemformulering

Vikten av, och kraven på, systematiskt hälsofrämjande arbete inom hälso- och sjukvård speglas tydligt i forskning, litteratur, lagar och riktlinjer. Distriktssköterskan förväntas ha ett grundläggande hälsofrämjande fokus, och vara kompetent att driva detta arbete genom att på ett noggrant och strukturerat sätt hjälpa personer och grupper att upptäcka och stärka de egna resurserna för att kunna göra bestående goda val och livsstilsförändringar. Hälsofrämjande insatser innan, eller i ett tidigt skede av riskfaktorer- och beteenden bidrar på sikt till en förbättrad folkhälsa, som i sin tur besparar både samhälle och individ resurser och lidande. Detta arbete kräver tid, engagemang och kunskap, både om vad som främjar hälsa och förebygger sjukdom, men även om teorier och modeller som kan vara till hjälp i mötet med den unika patienten. Ändå framgår det i forskningsresultat att fokus ofta ligger på sjukdom, och hälsofrämjande åtgärder sätts in först efter att ett sjukdomstillstånd uppkommit. Enligt tidigare forskning upplever distriktssköterskor bland annat organisatoriska och prioriteringsrelaterade hinder, trots att de flesta ser det som sin uppgift att utföra hälsofrämjande arbete och gärna vill arbeta mer på det sättet.

Äldre forskning som studerats inför denna studie påtalar behovet av ett hälsofrämjande paradigmskifte, och inledningsvis i detta arbete beskrivs att en ny våg infunnits där det hälsofrämjande arbetet förespråkas på ett nytt sätt. Samtidigt visar nyare studier på att det fortfarande krävs omstrukturering i vården för att underlätta det hälsofrämjande arbetet. Det väcker ett intresse om att ta reda på hur distriktssköterskor som arbetar i primärvård i dag resonerar kring hälsofrämjande arbete, och vad de har för erfarenheter av detta. Förekommer samma erfarenheter och tankar som vid tidigare studier? Vi vill veta om distriktssköterskor erfar att de har förutsättningar att möta utmaningarna och utföra arbetet så som föreskrifterna anger. Utifrån dessa frågeställningar har syftet till denna studie formulerats.

Syfte

Syftet var att belysa distriktssköterskans erfarenheter av hälsofrämjande arbete i primärvården.

Metod

Under detta avsnitt beskrivs vilken metod som använts, kontext, urval, datainsamling, analys och förförståelse.

Design

Metoden som valts till detta arbete är kvalitativ. I kvalitativa studier är människors berättelser om upplevelser och erfarenheter i fokus. Graneheim och Lundmans (2004) modell av kvalitativ innehållsanalys innebär en tolkning av texter, till exempel utskriften av intervjuer. Studien hade en induktiv ansats, då vår önskan var att förutsättningslöst söka mönster och skildra variationer i det insamlade materialet (Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017).

Kontext

Kontexten för intervjuerna var distriktssköterskemottagningar i primärvården i Göteborg med omnejd, både mottagningar med specialisering mot till exempel astma/KOL, diabetes och hypertoni, likväl som de som inte har en specifik inriktning. Det fanns inledningsvis ett önskemål från vår sida om att kontexten endast skulle innefatta distriktssköterskemottagningar utan specifik specialisering, då vi önskade utforska erfarenheter av hälsofrämjande arbete av mer generell karaktär. Det framstod dock tidigt i arbetet att sådana mottagningar inte är lika vanliga, och att distriktssköterskor ofta har en specialisering som innefattar huvuddelen av patientbesöken, även om mottagningen kan inbegripa andra typer av besök.

Urval

Vi har intervjuat distriktssköterskor som arbetar i primärvård i Göteborg med omnejd. I strävan efter variation hos deltagarna gjordes inga exkluderingar i förhållande till kön, ålder, religiös eller kulturell tillhörighet. Inkluderingskriterium var att deltagarna skulle ha arbetat som distriktssköterskor i primärvård under minst ett år. Detta anses ha relevans för intervjuerna, då det kan vara svårt att ha bildat sig en uppfattning och ha upplevelser att dela med sig av vid en kortare arbetserfarenhet. De informanter vi har intervjuat har varit kvinnor och det beror på att det finns en överrepresentation av kvinnliga distriktssköterskor i det valda området. Sju distriktssköterskor intervjuades, varav fem hade någon form av specialisering, till exempel diabetes, hypertoni eller inkontinens. Tiden de har arbetat i primärvård varierade från 3 – 28 år. Fem av distriktssköterskorna hade varit på en och samma arbetsplats efter sin utbildning, medan två hade erfarenhet av minst två olika arbetsplatser.

Datainsamling

Vi har genomfört semistrukturerade intervjuer med distriktssköterskor som arbetar i primärvård i Göteborg med omnejd. En semistrukturerad intervjudesign ansågs lämplig för datainsamlingen då det enligt Kvale och Brinkman (2014) ger möjlighet att ha en viss struktur på materialet, samtidigt som det inte begränsar eller formar informanternas svar. En väl förberedd intervju ger högre kvalitet och bättre hantering av intervjumaterial. Frågorna har varit öppna för att inte begränsa informanternas svar. Intervjuerna spelades in via röstupptagning på våra privata mobiltelefoner, som sedan transkriberades till textform. Då vårdcentraler kan ha olika arbetssätt beroende på till exempel lokalisering och antal listade, har data samlats från mottagningar i både storstadsmiljö och förort, för att få material som speglar de olika kontexterna. Intervjuerna tog ca 30 - 40 minuter. Efter de första två intervjuerna genomförts insåg vi att vissa ämnen kom upp till ytan som inte ingick i vårt ursprungliga intervjuunderlag. De nya ämnena berörde bland annat aspekter av distriktssköterskans kunskaper och kompetens kring hälsofrämjande arbete som vi ansåg vara av vikt för resultatet. Frågorna korrigerades för att få med dessa aspekter även i kommande intervjuer. Vi valde att båda delta vid samtliga intervjuer. En av verksamheterna vi har besökt är arbetsplats för en av oss författare. För att undvika att samtalskaraktär blev av kollegial och personlig art under de intervjuer som utförts på denna vårdcentral var den av oss som inte arbetar där den drivande frågeställaren.

Analys

Graneheim och Lundman (2004) menar att tolkningar av text kan göras på låg eller hög abstraktionsnivå, beroende på innehållet. Ett manifest innehåll är textnära och konkret och kan tolkas på låg nivå. Det latent innehåll är mer abstrakt och syftar till en högre tolkningsnivå för att finna budskap mellan raderna. I en kvalitativ innehållsanalys blir abstraktionsnivån högre, ju längre analysprocessen pågår. Begrepp för analysprocessen i kvalitativ innehållsanalys är domän, meningsenhet, kondensering, abstraktion, kod, kategori, tolkning och tema. Analysprocessen beskrivs nedan i följande text (Graneheim & Lundman, 2004).

Det insamlade textmaterialet från intervjuerna delades först in i *meningsenheter*, *kondenserade meningsenheter* och *koder* på följande sätt. Mindre meningsbärande delar av texten, *meningsenheter*, plockades ut. En meningsenhet är en del av texten med ett innehåll som har betydelse för och svarar an på syftet. Meningsenheterna lades i en tabell för att lättare kunna följa analysprocessen. Efter detta *kondenserades* meningsenheterna för att bli mer lätthanterliga. Det innebär att texten kortades ner, och även dessa fördes in i tabellen. I detta skede bearbetades främst det manifesta, textnära, innehållet, med låg abstraktions - och tolkningsnivå.

Efter detta abstraherades de förkortade meningsenheterna till *koder*, en procedur där meningsenhetens kontext och syfte för studien behöver respekteras. En kod kan liknas vid en etikett på en meningsenhet som kort beskriver dess innehåll. Även koderna skrevs in i tabellen. Koder med likartat innehåll sammanställdes i *underkategorier*, och *kategorier*. Koderna i en kategori ska vara likartat och skilja sig från innehållet i andra kategorier. Exempel på denna process visas i Tabell 1.

Tabell 1. Exempel på analysprocessen från meningsbärande enhet till kategori.

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Sen kan man göra det hela, alltså, det där <i>lilla</i> , ska man inte glömma. Att göra nån liten grej, att hjälp nån med nånting, föreslå nånting, tipsa om nånting. Det kan göra jättemycket också (2)	Ej glömma det lilla, en liten grej, någonting, kan göra mycket	Även det lilla räknas	Så ett frö	Finns det tid finns det hopp
Absolut jag hade en igår tex hon kommer för ett blodtryck, hade inga blodtrycksmediciner och så framkom det vid samtalet att hon sov dåligt, hon var stressad, sånt som kan påverka blodtryck, då pratade vi lite om det så kunde man lotsa henne vidare vad hon kunde ta nästa kontakt, om hon ville gå i stresskola eller sömnskola eller vad det nu kan vara (6)	Pat kom för BT, hade inga mediciner. Framkom att hon sov dåligt, var stressad, sånt som kan påverka BT. Pratade om det, kunde lotsa vidare till nästa kontakt, om hon ville stress- eller sömnskola.	Lotsa vidare	Att lotsa vidare	En spindel i nätet

Utifrån de framarbetade kategorierna skapades ett *tema*. Det manifesta innehållet, vad texten *säger*, presenteras i kategorier. Teman är uttryck för det latenta innehållet, alltså vad texten *handlar om*. Abstraktionsnivån blir högre i denna del av analysprocessen och att det latenta innehållet kan framträda (Graneheim & Lundman, 2004) och är en förenande "röd tråd" som går genom flera kategorier och ger mening till återkommande ämnen eller erfarenheter och deras olika manifestationer. Ett tema är en meningsfull essens som genomsyrar all data, ibland i förgrunden, ibland i bakgrunden (Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017).

Förförståelse

Vi som genomfört denna studie har arbetat som allmänsjuksköterskor i primärvården i 1,5 respektive 7 år. Enligt Polit och Beck (2016) är det av betydelse att forskaren är medveten om sin egen förförståelse så att informanternas berättelse inte missuppfattas eller färgas av den egna uppfattningen. Vi har en egen upplevelse av att hälsofrämjande arbete inte prioriteras på arbetsplatserna, och att det egentligen inte pratas särskilt mycket om det. Den forskning som studerats inför detta arbete visar delvis på resultat som författarna sinsemellan har diskuterat och förväntat sig att finna. Alltså finns en förförståelse om hur distriktssköterskor erfar det hälsofrämjande arbetet i primärvården. Det är viktigt att vi kontinuerligt påminner oss om denna förförståelse under arbetets gång, vilket vi bland annat försökt göra genom att utforma intervjuerna på ett sätt som gett utrymme för nya aspekter.

Etiska överväganden

Under arbetet med studien förhöll vi oss till Helsingforsdeklarationens (World Medical Association, 2018) principer för forskning som involverar människor. Vi kommer i enlighet med dessa principer att säkerställa oss om deltagarnas välbefinnande och värna om deras rättigheter, integritet, självbestämmande och värdighet. Studentarbeten på kandidat- eller magisternivå omfattas inte av Etikprövningslagen enligt Etikprövningsmyndigheten (2019). Således har etikprövning inte sökts för denna studie.

Inför denna studie skickades ett informationsbrev ut till berörda verksamhetschefer på de aktuella vårdcentralerna (se Bilaga I). Muntligt och skriftligt informerades samt samtycke till medverkan av varje forskningsperson inhämtades vid varje intervjutillfälle (se Bilaga III). Intervjuerna skedde helt på frivillig basis och informanterna kunde dra sig ur när helst de önskade utan specifika skäl. Vid skriftlig och muntlig information om studien (se Bilaga II) kunde de ställa frågor om de önskade. Inspelning av intervjuer kodades till en siffra som vi på förhand hade tilldelat varje deltagare. Kodnyckel finns inte bevarad. Endast de ansvariga för studien har haft tillgång till, och lyssnat på röstmaterialet. Efter att intervjuerna blev avslutade transkriberades röstmaterialet till text för vidare analysarbete och endast den initialt tilldelade siffran följde med i det transkriberade materialet. Inga namn, personuppgifter eller arbetsplatser fanns med i dessa dokument. När transkriberingen var färdig raderades ljudupptagningen omgående och ingen digital kopia finns kvar.

Resultat

Syftet var att undersöka distriktssköterskors erfarenheter av hälsofrämjande arbete i primärvården. Genom den kvalitativa innehållsanalysen av sju intervjuer framkom ett övergripande tema, uppbyggt av fyra kategorier och dess underkategorier. Dessa presenteras i tabell 2. Många av de erfarenheter som uttrycks är samstämmiga, men med vissa variationer. I resultatet presenteras essensen av det som framkommit under

analysen. Under rubriker namngivna efter tema och kategorier presenteras resultatet i löpande text tillsammans med kursiverade citat. Vi har valt att variera mellan begreppen *patient*, *person* och *individ*, för att spegla vad distriktssköterskorna själva uttrycker i olika sammanhang.

Tabell 2. Tema, kategorier och underkategorier.

Tema: Det är enklare att gå en upptrampad stig än att gå genom snår för att komma till en glänta	
Kategori	Underkategori
Det inre drivet	En positiv inställning Att vilja mer Det ligger i professionen Tankar utifrån ett samhällsperspektiv
Finns det tid finns det hopp	Ett personcentrerat arbete Förändring kan vara svårt Så ett frö
En spindel i nätet	Att lotsa vidare Jobba i team Söka ny kunskap
Sprickan mellan teori och praktik	Sjukdomsperspektiv Den goda tanken Den bistra verkligheten Enklare att bara köra på

Det är enklare att gå en upptrampad stig än att gå genom snår för att komma till en glänta

Distriktssköterskorna beskrev sina erfarenheter av att utföra hälsofrämjande arbete i primärvården genom att de definierade vad arbetet innebar för dem, hur arbetet kunde se ut och i vilken utsträckning de upplevde sig kunna utföra det. Här framkom att det fanns en positiv inställning till hälsofrämjande arbete och att de flesta hade en vilja att arbeta på detta sätt. De beskrev att deras utbildning har gett dem kunskap och kompetens i området och det fanns en vilja att utveckla och lägga mer tid på detta. En gemensam bild som framträdde var att de upplevde sig arbeta hälsofrämjande dagligen, främst med patienter som besöker vårdcentralen i ett annat syfte, till exempel på grund av sin diabetes eller hypertoni. De använde begreppet hälsofrämjande när de talade om att minska komplikationer och försämringar av sjukdomen. Det handlade också om att ge kunskap och hjälpa patienten till livsstilsförändringar genom muntlig och skriftlig information, eller ibland att lotsa vidare till rätt kompetens. Distriktssköterskorna uttryckte att hälsofrämjande arbete i deras mening handlar om att förebygga sjukdom och behandla riskbeteenden istället för inriktning på en redan uppkommen diagnos. Tankar om samhällsvinster och besparingar av individens lidande samt vårdens resurser kom ofta upp i resonemanget kring varför hälsofrämjande arbete är viktigt och nödvändigt.

Distriktssköterskorna beskrev hur verksamhetens, kollegornas och chefens inställning påverkar deras erfarenheter. Många upplevde att det finns en positiv inställning till

hälsofrämjande arbete på verksamheten där de arbetar och i viss mån även uppmuntran från chefen att initiera och utveckla detta. Samtidigt beskrivs tidsbrist, personalbrist och ointresse som hinder för att kunna påbörja ett nytt arbetssätt. Fokus ligger på sjukdomsbehandling och att tiden endast räcker till för att beta av dagens arbetsuppgifter, och att hälsofrämjande arbete alltid prioriteras bort. De gånger ett ”rent” hälsofrämjande projekt får ta plats och tid är när det initieras från högre instans, men inte heller ett sådant initiativ uppges bli särskilt långlivat.

Alla distriktssköterskor som deltog i denna studie uppgav att de trivs med sitt arbete. De uttryckte att de tycker om variationen som jobbet innebär och ser möjligheter att utvecklas inkluderat tankar och idéer för framtiden. Att arbeta hälsofrämjande uppgavs inte vara så komplicerat, utan även små insatser kan göra stor skillnad och ha betydelse för patienten i det långa loppet. Samtidigt beskrev de att processen med livsstilsförändringar tar tid. Att möta individen där hen är och anpassa arbetet efter dennes motivation och förutsättningar beskrivs som en självklarhet i det hälsofrämjande arbetet, och kräver personligt engagemang från distriktssköterskan, samt tid för samtal och uppföljning. Tid som vanligen inte finns. Det framträder en bild av att det oftast är enklare att bara jobba på som vanligt än att försöka förändra arbetssätt, de trivs ju ändå bra ändå.

Temat *Det är enklare att gå en upptrampad stig än att gå genom snår för att komma till gläntan* symboliserar vår tolkning av distriktssköterskornas sammanlagda erfarenheter av att utföra hälsofrämjande arbete i primärvården. Trots att kompetens, vilja och möjligheter upplevs finnas tycks vägen till att arbeta mer hälsofrämjande i primärvården kantas av svårigheter och hinder. De informanter vi har intervjuat uttryckte visionen av allt det positiva det skulle innebära att arbeta mer hälsofrämjande och de ville gärna befinna sig i en sådan *glänta*. Ändå framstår det som tillräckligt trivsamt att gå på den upptrampade stigen trots allt.

Det inre drivet

Det fanns en generell positiv inställning till hälsofrämjande arbete bland de distriktssköterskor som har intervjuats. De flesta uttryckte ett stort intresse och engagemang kring tanken på att arbeta hälsofrämjande då det upplevs som givande, roligt och viktigt. Många menade att den personliga inställningen har en stor roll i hur det hälsofrämjande perspektivet präglas i det dagliga arbetet och mötet med patienten. En distriktssköterska har en frihet att kunna forma sitt arbetssätt utifrån sin mottagning, men det handlar också om att våga. Informanterna uppgav att hälsofrämjande arbete kräver ett personligt engagemang och det upplevs självutvecklande.

...men alltså det är otroligt bra, otroligt givande, det ger ju mycket även för en annan som person om man kan få hjälpa nån att ändra sin livsstil och må bättre (2).

Jag tycker man har mycket möjligheter egentligen, om man vill. Det handlar ju om intresse också liksom (7).

Det fanns en gemensam längtan efter att det hälsofrämjande arbetet skall få mer utrymme och tid i distriktssköterskornas dagliga åtaganden. I intervjuerna lyftes tankar och idéer om att hitta nya arbetsätt, till exempel att öppna en livsstils-mottagning på vårdcentralen för att kunna arbeta med friska individer och stärka deras befintliga hälsa. I detta sammanhang kom känslor av besvikelse fram över att inte ha tillräckligt med tid och även att arbetsgivare inte satsar lika mycket på detta som de själva skulle önska.

Och man liksom tänker på dem här tankarna man har nånstans bak i huvudet att "åh, så hade ju vart roligt att jobba och så hade kunnat ge mycket" (2).

När informanterna såg tillbaka på sin distriktssköterskeutbildning framträdde en bild av att den till största del har handlat om hälsofrämjande arbete och folkhälsa. Det finns en trygghet i de basala kunskaperna och i att söka ny kunskap vid behov, antingen genom vidareutbildning, läsa litteratur eller genom delad kunskap mellan kollegor. Distriktssköterskorna beskrev att det finns en skillnad i kunskap mellan olika professioner på vårdcentralen och att deras egen kompetens är bäst lämpad att utföra hälsofrämjande arbete och bör utnyttjas på rätt sätt.

Du skall använda kompetensen på rätt sätt, det behövs sjuksköterskor till vissa funktioner och sen har du distriktssköterskan som får jobba med sitt hälsobefrämjande arbete och sin mottagning. Så vi fokuserar rätt man på rätt plats (6).

Hälsofrämjande arbete ansågs viktigt och nödvändigt för samhället i det långa loppet, då det sparar resurser som tid och pengar för sjukvården och även minskar lidande för individen. Flera av informanterna upplevde att samhället har skiftat fokus från att förebygga sjukdom till att främja hälsa, men det framkom även funderingar på om detta i nuläget är något som är lika tillgängligt för alla då hälsofrämjande insatser ofta kostar mer för individen. Ett exempel för detta är att ett sjuksköterskebesök kostar 50 kr och ett besök för hjälp med rökavvänjning kostar 160 kr. Det betraktades som ett etiskt dilemma att ge resurser från primärvården till friska personer när befintliga resurser för sjuka individer redan är begränsade.

Så att det tar tid men vinsterna blir ju mycket om man kan förhindra sjukdom. Kan man förhindra diabetes eller hjärt- och kärlsjukdomar så på sikt är det ju en, för patienterna blir det ju bra om de slipper få det och kostnadsmässigt för vården blir det ju också mindre. Så det finns mycket att tjäna på att man jobbar förebyggande (3).

Finns det tid finns det hopp

Distriktssköterskorna hade en gemensam uppfattning om att hälsofrämjande arbete måste utgå ifrån ett personcentrerat perspektiv. De beskrev patientens motivation som avgörande för att kunna hjälpa till med livsstilsförändringar, vilket är en process som tar tid. Först behövs det skapas en kontakt, vilket kan ske på olika sätt. Ibland söker personen själv och önskar hjälp, och ibland fångar distriktssköterskan upp ett behov i samband med ett annat besök på vårdcentralen. Just förmågan att "fånga upp" behov,

uttalade eller outtalade, hos personen de har framför sig eller i telefon var återkommande i distriktssköterskornas tankar om hälsofrämjande arbete.

Det kan vara att man tar sig tid att prata tycker jag. Det är många ju, som har stress i dagens samhälle. Det tycker jag är en jätteviktig bit att fånga upp (7).

Distriktssköterskorna menade att det måste finnas tid för samtal, liksom tid för uppföljning för att kunna ge ett stöd till förändring. Individens önskan att få hjälp, finna vilja och tid och känna ett eget ansvar är viktigt för att distriktssköterskan skall kunna bidra till förändringar som är anpassade efter personens förutsättningar. Det hela måste ske med hänsyn till individens självbestämmande, genom att göra denne delaktig i beslut om förändring på väg mot en bättre hälsa.

Jag kan tycka massa olika saker, men patienten måste ju ändå va den som eh... e med på beslutet och liksom... känner man bara att man blir pådyvlat massa saker så e det ju inte säkert att man vill fullfölja en behandling eller man vill överhuvudtaget göra det man blir tillsagd, så att säga. Man förstår ju att Alla e olika individer och man, ja, man måste liksom hitta den, dom sakerna som hjälper just den personen. Att man kan komma framåt (2).

Det framkom beskrivningar av olika tillvägagångssätt för att arbeta hälsofrämjande. De flesta beskrev en process som tar tid och är anpassad utefter personen som liknade den som återgivits här ovan medan några inte uppgav ett lika brinnande intresse, och var nöjda med att kunna dela ut hälsotips och skriftligt material som personerna själva kan använda sig av om de så önskar. Beroende på vilken ansats till hälsofrämjande arbete distriktssköterskan hade i sitt dagliga arbete, angavs olika sätt att jobba i det praktiska. Informanterna gav ändå en samstämmig bild av vilka arbetssätt och områden det oftast handlar om, framför allt att öka kunskapen om livsstilsfaktorer och genom information och undervisning vara en hjälp till självhjälp. De använder sig av olika av pedagogiska metoder, arbets- och informationsmaterial som ofta finns till hands i pärmar eller på hyllor i deras rum. Det är viktigt att hitta en strategi som personen kan ta till sig, men det som de flesta distriktssköterskorna värnade om var samtalet, att ha tid till längre samtal och möjlighet att följa upp vid behov. På det sättet menade distriktssköterskorna att de kan vara ett stöd till förändring om motivationen finns.

Det är inte alltid så enkelt. Under intervjuerna uttrycktes svårigheter med att förändra beteenden och att det kan vara svårt att nå fram. Många individer skäms för att de inte tagit hand om sin kropp och det finns frustrationer över deras agerande. Vissa är inte beredda att göra någon förändring och efterfrågar inte hjälp. Det fanns även farhågor hos distriktssköterskorna om att inte kunna möta de behov som framkommer och att tiden inte skall räcka till. Även här poängterades att tillräckligt med tid är av vikt. Finns det tid till längre samtal så finns möjlighet att fånga upp behov och väva in hälsofrämjande åtgärder under tiden.

Jag menar även om jag frågar ”aha, och hur är det med lunchen idag? Har du lagat mat idag eller brukar du laga själv?”. Jag menar, det blir ett allmänt socialt samtal, men samtidigt jag har ju en baktanke med det (4).

Med rätt förutsättningar menade distriktssköterskorna att det finns hopp om att kunna arbeta hälsofrämjande och hjälpa personer till livsstilsförändringar. Uttryck som att "även det lilla räknas" och att "så ett frö" var återkommande i intervjuerna. En person kan behöva få en fråga flera gånger för att kunna komma till insikt om att de vill göra en förändring. Ett litet steg kan med andra ord ta väldigt lång tid, men upplevs som ett stort framsteg. Att bara väcka frågan om förändring anses som att komma en bit på väg, och många av distriktssköterskorna upplever det som mycket givande att kunna hjälpa till med detta.

... man får tänka i det lilla också. Har man bara gjort någonting så har man ändå kommit en bit på väg (1).

Så tycker jag att jag även i det dagliga arbetet, det kanske inte blir samtal på en timme eller så men att man bara sätter ett litet frö och att man tar upp ämnet och väcker tanken hos patienten på så sätt (4).

En spindel i nätet

Även om distriktssköterskorna uppgav att de känner sig trygga i sin kunskap att hjälpa individer till bättre hälsa, framkom det att de varken har tid eller kompetens att djupdyka i allt. Det kan handla om fördjupande kostråd, anpassad träning, sömnskola och stresshantering för att nämna några exempel. Till viss del kan distriktssköterskan söka ny kunskap och uppdatera sig på egen hand, men många uttryckte istället positiva erfarenheter av att kunna ta hjälp av andra professioner, att lotsa vidare. Förutom att använda sig av befintlig kompetens i primärvården såsom dietist eller psykolog nämndes även andra instanser såsom rehabiliteringsmottagning eller andra hälsoinriktade verksamheter som finns runt om i Göteborgsområdet, till exempel Hälsodisken och Hälsoteket. Många av informanterna uttryckte att distriktssköterskans uppgift framför allt handlar om att vara spindeln i nätet för att samverka omkring individen på bästa sätt, så att rätt insatser ges av rätt person vid rätt tid.

Då får man ju slussa patienten vidare till det, så man får ju vara som en spindel i nätet. Att se vad är det dem vill ha hjälp med och så får man slussa det till den personen som bäst kan hjälpa dem (3).

Flera beskrev fördelarna med att jobba i team runt patienten, enskilt eller i gruppverksamhet. En distriktssköterska mindes tillbaka på en välfungerande grupp för personer med övervikt, där både sjuksköterska, psykoterapeut, läkare, fysioterapeut och dietist deltog och förmedlade kunskap och stöd. Liknande teamarbete är dock inget som framkommit som nu pågående vid någon av de verksamheter där intervjuerna för denna studie ägt rum. Några av informanterna uppgav att de gärna vände sig till kollegor för enklare vägledning som de själva sedan kunde förmedla vidare till patienten. På så sätt ökade de även sin egen kunskap. Det gavs uttryck för känslan av att teamarbete stärker förtroendet mellan professioner då distriktssköterskans specifika kunskap om hälsofrämjande arbete tas tillvara.

Sprickan mellan teori och praktik

Det skiljer sig jättemycket i teorin och praktiken. I teorin det är mycket hälsofrämjande, prevention, riskförebyggande och så men i praktiken då kanske man skall göra så mycket annat, som inte räcker... Ja det blir inget utrymme för hälsofrämjande arbete så (4).

Under intervjuerna kom det fram att distriktssköterskorna inte arbetar hälsofrämjande så som de har lärt sig i sin utbildning. Kring detta ämne fanns många tankar om orsaker till detta. De flesta upplevde att deras närmsta chef och övriga kollegor inte har en negativ inställning till hälsofrämjande arbete, utan till och med kan uppmuntra till det, även om intresse och engagemang kan skifta på de olika arbetsplatserna. Distriktssköterskorna uttryckte skönjbara möjligheter till att kunna jobba mer hälsofrämjande genom sina mottagningar, sin kunskap och möjlighet att kunna påverka bokningar i sitt schema. De beskrev att planer på hälsofrämjande initiativ har diskuterats till och från både tidigare och nu. De gav exempel på tidigare hälsofrämjande initiativ som har framkommit utifrån politiska beslut med riktade insatser mot äldre och personer med vissa riskbeteenden.

Chefen är ju grunden. Det är ju chefen som ska säga att nu drar vi igång med det här, nu ska vi jobba med detta (1).

Något som både planerade och tidigare genomförda förändringsinitiativ hade gemensamt var enligt distriktssköterskorna att det inte är någon annan än de som är intresserade eller bryr sig. De beskrev även att ett rörligt eller passivt ledarskap kan vara en orsak till att ingenting händer. Det uttrycktes att det finns en skillnad på distriktssköterskors och läkares perspektiv, och att det senare alltid får mer gehör och går före.

De här projekten som kommer ovanifrån är inte så intressant har jag väl upplevt, att "det kan vi göra som är distriktssköterskor och någon annan behöver vi inte blanda in". Ungefär så faktiskt (5).

När det väl kommer till kritan tar vårdcentralens övriga arbetsuppgifter upp tiden och de finns inte utrymme eller stöttning för att ta tid till hälsofrämjande arbete eller påbörja något nytt. Dessa övriga uppgifter kan vara telefonrådgivning, triagering, assistera läkare med mera. Ett par distriktssköterskor uttryckte att vårdcentralen inte är öppen för de "friska" då den ekonomiska ersättning som vårdcentralen erhåller endast ges för arbete med de som redan har eller får en diagnos, de "sjuka". Informanter uttryckte att det beror på resursbrist i form av medel, tid och personal, och om dessa förutsättningar hade funnits hade de kunnat arbeta på ett annat sätt.

Men att du får jobba hälsobefrämjande och att man satsar på det, egna mottagningar, lite förebyggande arbete och inte sätter distriktssköterskorna bara i telefon (6).

Samtidigt fanns distriktssköterskor som inte upplevde några direkta ekonomiska hinder från verksamheternas sida, utan att det mer är en prioriteringsfråga som förklaras som resursbrist. Flera av informanterna funderade över om det är en felsatsning att

hälsofrämjande arbete inte prioriteras eller får ekonomisk ersättning i samma utsträckning, då det hade kunnat spara tid och resurser i det långa loppet. Det fanns också ett erkännande från distriktssköterskorna om att fokus lätt hamnar på de dagliga uppgifterna, det som redan är inbokat i kalendern. Någon beskrev att hon lätt fastnar i gamla vanor och någon annan medgav att det kan vara lätt att glömma av att tänka hälsofrämjande.

När man är i sin liksom arbetsbubbla och man jobbar på och man gör så gott man kan så kanske man inte liksom tänker så mycket just på det (2).

Alla informanter uppgav att de trivs med sin arbetssituation och upplever att de ändå kan arbeta hälsofrämjande i viss mån. Detta gäller främst med de patienter som de träffar i sina specialistmottagningar till exempel diabetes och hypertoni. I dessa patientmöten upplever distriktssköterskorna att de arbetar hälsofrämjande genom att minska sjukdomens komplikationer och stötta patienterna i sjukdomsförloppet.

På ett vis kan det vara nåt man gör varje dag, men då är det inte förebyggande utan då är det med dem som redan är sjuka (1).

Många av informanterna ansåg dock att hälsofrämjande arbete bör bestå av att förbygga att sjukdom uppstår, men då arbetet på vårdcentralen är sjukdomsorienterat, så får det stå tillbaka.

Diskussion

I följande text presenteras diskussion av vad som framkommit i resultatet, samt val av metod och genomförande av studien.

Resultatdiskussion

Personerna som intervjuats för studien har haft olika lång erfarenhet av att arbeta som distriktssköterska på vårdcentral, och de har även erfarenheter från olika arbetsplatser. Det finns en samstämmighet inom flera områden avseende hur de erfar hälsofrämjande arbete, men också motsägelser mellan och inom deras egna berättelser. Det har framträtt en bild av att trots vilja, engagemang och möjligheter i verksamheten så räcker inte detta för att driva det hälsofrämjande arbetet framåt. Hinder så som tidsbrist och ointresse från ledning och andra professioner nämns som anledningar till att förändring inte sker. Diskussionen ämnar belysa denna motstridighet.

Hälsofrämjande arbete och förhållandet till personcentrerad vård

Studien har syftat till att beskriva distriktssköterskors erfarenheter av hälsofrämjande arbete i primärvården. I intervjuerna beskriver distriktssköterskorna att hälsofrämjande arbete först och främst handlar om att undvika att sjukdom uppstår. Det är en intressant betraktelse då sjukdomsförebyggande arbete egentligen ligger inom begreppet prevention. Murdaugh, Parsons och Pender (2019) menar att det är problematiskt att jämföra hälsoprevention med hälsofrämjande arbete då det kräver

olika typer av kunskap. Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2019) ska distriktssköterskan främja hälsa och arbeta med hälsofrämjande processer, vilket stämmer väl överens med beskrivningen av vad hälsofrämjande arbete innebär, till skillnad från hälsoprevention. Även om begreppet hälsofrämjande arbete inte verkade vara helt tydligt för informanterna, framträdde en bild av mer eller mindre hälsofrämjande aspekter i deras erfarenheter.

Intervjupersonerna beskriver olika tillvägagångssätt för att arbeta hälsofrämjande. Vissa hade ett mer hälsopreventivt synsätt och använde sig främst av informationsblad, hälsotips och att försöka påverka livsstilsfaktorer hos patienterna. Den personcentrerade vården kunde uttryckas som att identifiera ett behov av rökavvänjning, och då erbjuda detta. Andra distriktssköterskor antog ett mer hälsofrämjande perspektiv och lade stor vikt vid själva mötet och att finnas där för patienten. Det viktiga var inte att sätta in en åtgärd, utan att hjälpa patienten till bättre hälsa genom samtal och stöd och möjlighet till uppföljning. I dessa intervjuer upplevdes personcentrerad vård präglad arbetssättet mer då samtalet lägger en grund för ett partnerskap. Detta uppnås enligt Ekman m.fl. (2011) genom att lyssna till personens berättelse vilket ger förutsättningar för att kunna uppnå hälsa. De menar vidare att det ofta fokuseras på sjukdom istället för på människan, vilket vi kan relatera till då våra informanter lade stor vikt vid sjukdomsförebyggande snarare än att främja den upplevda hälsan hos patienterna. Alla distriktssköterskor upplevde sig arbeta mer eller mindre hälsofrämjande i det dagliga arbetet, men uppvisade samtidigt ett hälsopreventivt synsätt. Vi tycker oss kunna urskilja att ju närmare distriktssköterskorna låg det hälsofrämjande synsättet, desto tydligare kom det personcentrerade arbetssättet till uttryck i deras dagliga arbete.

Tvetydigheter

Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2019) ska distriktssköterskan kunna organisera och föra det hälsofrämjande arbetet framåt. I intervjuerna pekar informanterna på flera olika anledningar till att det är svårt. Tid- och personalbrist, sjukdomsfokuserad verksamhet och en redan fullspäckad kalender är några av sakerna som tas upp. Detta är aspekter som vi även funnit i tidigare forskning, och således förväntat oss att finna. Redan Jerden m.fl. (2006) fann att verksamhetens organisation är avgörande för att möjliggöra arbetet, och att distriktssköterskornas kunskap inte är tillräcklig om arbetsmiljön inte tillhandahåller tid och utrymme för hälsofrämjande arbete. Vidare har vi även funnit att distriktssköterskorna anser sig tillhöra den professionen som främst utför detta arbete, då de har kompetens och kunskap i ämnet. Liknande resultat fanns i Wilhelmsson och Lindbergs (2009) studie, liksom i Jerden m.fl. (2006) och Lundberg m.fl. (2017). Oavsett om studien är 15 år gammal, eller tre år gammal finns samstämmiga resultat angående distriktssköterskans egenupplevda självklara roll när det kommer till att utföra hälsofrämjande arbete, och pekar samtidigt på liknande hinder för att kunna utföra detta. Det som väcker vårt intresse i denna fråga är att det verkar finnas en ambivalens inom detta område. Samtidigt som distriktssköterskorna belyser hinder på vägen, menar de att möjligheterna för att arbeta mer hälsofrämjande egentligen finns. De tar upp exempel som att de har en egen mottagning, där de kan planera och styra en stor del av sin tid. De menar också att även om ledarskapet inte alltid banar väg eller visar stort intresse, så får de uppmuntran och positiv respons på sina tankar om ett hälsofrämjande arbetssätt. Distriktssköterskorna påtalar, som redan

nämnts, sin kompetens i ämnet, att detta är vad de egentligen studerat. De flesta uttrycker en längtan och vilja att utveckla hälsofrämjande insatser och lägga mer arbetstid på det. Deras lösning tycks vara att hålla tanken levande och väva in det så gott det går under patientbesöken, något som våra informanter uppger kan ha stor betydelse för individen, även om det kanske inte räcker hela vägen.

Vems ansvar?

Sjuksköterskan har ett etiskt och moraliskt ansvar i bedömning och handling, för att främja och stärka hälsa hos individ och samhälle (ICN, 2017). I resultatet framkommer distriktssköterskornas möjligheter att utföra hälsofrämjande arbete, men ändå hålls det tillbaka. Det framstår som att direktiv och lösningar ”uppifrån” efterfrågas, istället för att ta egna initiativ till att utveckla och driva arbetet. Det väcker funderingar över varför det är så. I resultatet kan vi utläsa att det upplevs tungrott att på egen hand starta upp och driva en hälsofrämjande verksamhet i önskad utsträckning. Det beror på ointresse och försvårande omständigheter i verksamheten. Det verkar som att en stor anledning till att initiativ inte tas har att göra med att distriktssköterskorna trivs ändå. De upplever inget egentligt behov av att ändra sitt arbetssätt, då de är nöjda med sin arbetssituation. Meningarna går helt enkelt isär. I studien av Lundberg m.fl. (2017) framkommer att några informanter upplevde hälsofrämjande arbete som en börda. Detta är ingenting som direkt uttalats under våra intervjuer, men ibland har vi upplevt oss känna av att det skulle kunna förhålla sig så. Det skulle i sådana fall kunna vara en förklaring till varför hälsofrämjande arbete inte initieras. Bilden som överväger är ändå att hälsofrämjande arbete efterfrågas av distriktssköterskorna och ses som roligt, givande och utmanande.

Även om det ingår i distriktssköterskans uppdrag att organisera och driva hälsofrämjande arbete (Svenska sjuksköterskeförening, 2019), har primärvården ett övergripande ansvar att systematiskt arbeta hälsofrämjande och förebygga ohälsa på individ- och gruppnivå (Krav- och Kvalitetsboken, 2019: HSL 2017:30). De organisatoriska hinder som framträtt i studien pekar på att detta ansvar inte uppfylls. Ska det endast ligga på distriktssköterskans axlar att bära och driva arbetet? Informanterna menar samstämmigt att ledare och beslutsfattare måste belöna det hälsofrämjande arbetet med någon form av ersättning för att motivera vårdcentralerna att ge utrymme till detta. Murdaugh, Parson och Pender (2019) påtalar att samhällsvinsterna av att uppnå en bättre folkhälsa vida överskrider de kostnader som ett utökat hälsofrämjande arbete skulle medföra. Att fortsätta med nuvarande arbetssätt är inte tillräckligt, utan ett nytt hälsofrämjande grepp är nödvändigt, något som distriktssköterskorna också uttrycker i intervjuerna. Murdaugh, Parson och Pender (2019) menar även att det idag finns en ny våg av tankesätt kring hälsofrämjande arbete. Detta borde medföra en öppning för att förändra nuvarande arbetssätt inom primärvården. Svårigheterna tycks ligga i att det inte finns en gemensam riktning eller samarbete kring hur vi ska ta oss framåt.

Kanske är det så att det inte är någons enskilda ansvar att driva det hälsofrämjande arbetet. Distriktssköterskan behöver förutsättningar i form av en fungerande verksamhet, resurser och efterfrågan, men i gengäld behövs hennes kompetens, engagemang och initiativ till att organisera arbetet. Precis som Murdaugh, Parson och Pender (2019) framhäver, krävs ett samarbete mellan flera olika parter och vi står

inför många utmaningar. Samtidigt har vi idag andra möjligheter att nå ut till individer och samhälle, till exempel genom nya visioner och en teknologi som är i ständig utveckling.

Vi återkommer här till resultatets tema, *Det är enklare att gå en upptrampad stig än att gå genom snår för att komma till en glänta*. Kanske måste vi inte välja det ena eller det andra. Kanske kan en ny stig beredas genom snåren, så att gläntan blir mer lättillgänglig? Frågan är om distriktssköterskan förväntas slita upp snår och tuvor med bara händerna för att göra detta möjligt. Vi upplever att det är så det beskrivs i nuläget, och att det är därför våra informanter upplever det enklare att fortsätta att gå på den redan befintliga stigen. Tänk om vi kunde erbjuda distriktssköterskorna en häcksax eller röjsåg som verktyg för att utföra den omfattande och svåra uppgift som står dem an. Då kunde de kanske med kunskap och vilja se en möjlighet att praktiskt arbeta så som de teoretiskt faktiskt är utbildade, och driva och utveckla det hälsofrämjande arbetet framåt – för individ och samhälle.

Koppling till tidigare forskning

Tidigare forskning som redovisats i bakgrunden till detta arbete har visat på liknande och samstämmiga resultat vad gäller sjuk- och distriktssköterskors erfarenheter av hälsofrämjande arbete. Både äldre och mer färskastudier pekar på hinder och svårigheter för att driva hälsofrämjande arbete, och manifestationen av dessa är i stort sett de samma som framkommit i denna studie. Gemensamt för tidigare forskning är att problemen ofta är utomstående faktorer och ligger utanför distriktssköterskans möjligheter att påverka. Vi menar att resultatet från denna studie även belyser att distriktssköterskans egen inställning och vilja har en stor betydelse i sammanhanget och kan vara en avgörande faktor för att hälsofrämjande arbete ska kunna utvecklas. Vi har diskuterat och reflekterat över varför detta inte framkommit tydligare i tidigare forskning. En idé är att de flesta studier har haft en snävare syfte, och då kan denna aspekt eventuellt inte haft möjlighet att framträda. En annan tanke är att det är ett resultat av känslig karaktär, och det kanske är lättare att blunda för den sanningen. Vi har själva upplevt motstridiga känslor till denna del av resultatet, men valt att presentera det så ärligt som möjligt i enlighet med vad som framträtt under analysen, utan att förvanska eller försköna.

Metoddiskussion

Graneheim och Lundman (2004) menar att trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet är avgörande för att bedöma kvaliteten av en studie och dess resultat. I metoddiskussionen kommer vi att på ett så transparent sätt som möjligt redovisa hur vi har gått tillväg för att uppfylla dessa kriterier på bästa sätt. Då syftet med studien var att undersöka distriktssköterskors erfarenheter valdes en kvalitativ metod i form av Graneheim och Lundmans (2004) modell av kvalitativ innehållsanalys. Den är passande eftersom människors berättelser och upplevelser är i fokus och innebär en tolkning av texter, till exempel intervjuer, vilket vi ansåg vara lämpligt och således ökar studiens trovärdighet. Genom att anta en induktiv ansats och förutsättningslöst söka mönster och variationer (Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017) i distriktssköterskornas berättelser mynnade studien ut i ett delvis oförväntat resultat.

Kvale och Brinkman (2014) framhåller att i en intervjustudie kan både logiska och emotionella svårigheter uppstå. Trots att det finns standardmallar för att planera en intervju och olika tekniker för utförandet, går det inte att förbereda sig på hur intervjun kommer att bli. Det krävs förberedelse och reflektion över vilka frågor som är väsentliga och vilka som kan ställas vid behov. I detta fall önskades människors erfarenheter undersökas, vilket gör den kvalitativa intervjun till ett passande verktyg. Under intervjuerna uppstod vissa oförutsedda utmaningar som vi inte förutsett. Distriktssköterskorna pratade ofta i generella ordalag, genom uttryck som ”man tänker ju” och ”det är så det är” istället för att utgå från sin egen inställning och egna erfarenheter. Vi fick genom olika omformuleringar, och ibland direkta instruktioner påminna om att det var distriktssköterskans *egna* erfarenheter som efterfrågades. Enligt Polit och Beck (2016) är det viktigt att reflektera över det egna beteendet under en intervju, då det kan påverka resultatet. Om vår styrning av distriktssköterskorna i detta fall haft en sådan påverkan är svårt att säga. Vi har diskuterat hur problemet hade kunnat kringgås genom till exempel omformulering av frågor eller tydligare information om studiens syfte. Den andra utmaningen vi stötte på var att vi efter de två första intervjuerna upptäckte ett behov av att fylla ut intervjumaterialet med ytterligare två frågor. Dessa rörde dels hur distriktssköterskan upplevde sin egen förmåga att bemöta behoven av hälsofrämjande arbete, samt att specificera sina tankar kring hälsofrämjande arbete i förhållande till personcentrerad vård. Graneheim och Lundman (2004) menar att pålitligheten i en studie påverkas av i vilken grad data förändras över tid och vilka förändringar forskaren har gjort i sina beslut under studiens gång. Då behovet av tilläggsfrågor uppmärksammades efter att det kommit upp naturligt i de första intervjuerna anser vi att alla intervjuer haft samma underlag, vilket stärker pålitligheten. Det var sju intervjuer som genomfördes och analyserades. Att utföra fler intervjuer ansågs inte nödvändigt då vi efter den sjunde inte kunde se några nya mönster eller skillnader under våra intervjuer.

Vi sökte informanter i Göteborg med omnejd, och är nöjda med att vi lyckades finna distriktssköterskor på vårdcentraler i Göteborgs innerstad, förort samt i en mindre ort utanför Göteborg. Det stärker resultatets överförbarhet att informanterna arbetar i olika geografiska områden och således speglar verkligheten (Polit & Beck, 2016). Vi hade ett önskemål om att de distriktssköterskor som deltog i studien skulle arbeta på en allmän distriktssköterskemottagning utan specifik inriktning, för att undvika att samtalen kretsade kring specifika patientgrupper. Det var ett kriterium vi inte kunde uppfylla, då det var svårt att hitta informanter utan specialisering så som diabetes, hypertoni mm. Frågornas utformning och samtalsstrukturen försökte dock utformas så att vi inte fastnade i dessa områden. Huruvida detta har påverkat resultatet är svårt att uttala sig om. De distriktssköterskor som tackade ja till att delta var alla kvinnor, och vi har diskuterat om resultatet hade påverkats av att en del av informanterna hade en annan könstillhörighet. Vi anser inte att det har haft någon större betydelse för syftet, eller inverkan på det slutgiltiga resultatet. Enligt Polit och Beck (2016) krävs en medvetenhet om maktaspekten i en intervjusituation. Vi valde att båda två delta vid varje intervju. Deltagarna blev informerade om detta, och tillfrågade om de hade några invändningar, vilket ingen hade. Beslutet att vi båda skulle vara med vid varje intervjutillfälle grundades i att få en så bred bild och uppfattning om vad som sades som möjligt. Vi ville försäkra oss om att vi båda såg och hörde samma sak, så att ingenting missades eller förbisågs. Det upplevdes även som en styrka att kunna

hjälpas åt med att falla in med följdfrågor och förtydliganden under samtalets gång. Vid intervjuer som hölls på den arbetsplats där en av oss arbetade valde vi att låta den andra personen vara den aktiva intervjuaren. Vi har under datainsamlingens gång haft denna medvetenhet framför ögonen och upplever inte att det har påverkat intervjuerna eller resultatet.

Analysprocessen har vi behandlat med största respekt för Lundman och Graneheims (2004) modell. Vi har båda varit lika delaktiga och involverade i processens alla faser, och har även tagit hjälp av vår handledare för vägledning, vilket stärker pålitligheten av analysen (Graneheim, Lindgren och Lundman, 2017). Större delen av textmaterialet som skulle analyseras kunde delas in i meningsbärande enheter, då distriktssköterskornas erfarenheter innefattade många aspekter. Dessa resulterade till en början av många spretiga koder, som vi med hjälp av vår handledare kunde omformulera under analysens gång så att essensen av meningsenheten kom fram. Efter detta påbörjades ett gediget arbete med att kategorisera koderna. Detta skedde under diskussioner och reflektioner oss författare emellan, något som det med tanke på trovärdighet enligt Graneheim och Lundman (2004) ligger stort värde i, då sortering och analys av texten sker i samråd och gemensamt godkännande om de beslut som tas under processens gång. Det var inte alltid lätt att hitta en passande kategori för varje kod och vi var tvungna att förflytta oss framåt och bakåt mellan meningsbärande enhet, kod och kategori för att hitta rätt i förhållande till syftet. Kategorierna fick sedermera struktureras om och göras färre och bredare med underkategorier. Vår handledare var en stor hjälp i detta skede, då vi först upplevde en svårighet att hantera den stora mängd data vi hade framför oss. Vi fick vägledning i att ta ett steg tillbaka och med en överblick se vilka mönster och skillnader som koderna faktiskt representerade. Allt eftersom analysprocessen fortskred klarnade bilden och till slut presenterade sig kategorier och tema för oss naturligt. Det mesta av det ursprungliga materialet fick en plats i resultatet, och endast enstaka meningsbärande enheter som i slutändan beslutades inte svara an på syftet plockades bort. Vi upplever att vi enligt Graneheim och Lundmans (2004) modell av kvalitativ innehållsanalys lyckats gå från ett manifest och textnära innehåll till att hitta underliggande meningar som legat latent i informanternas berättelser. Detta presenteras i ett resultat som delvis förstärks av citat från informanterna. Att kunna presentera citat som representerar helheten i en kategori stärker trovärdigheten och överförbarheten av studiens resultat enligt Graneheim och Lundman (2004).

I enlighet med Polit och Beck (2016) har vi försökt att hålla oss medvetna om vår förförståelse under hela studiens gång för att inte låta denna påverka resultatet. Det har varit en stor fördel att sitta tillsammans och genomföra studiens alla moment, då det underlättat diskussion kring processen. Vi upplever att arbetets röda tråd delvis har vuxit fram genom kontinuerliga samtal och reflektioner som underlättats av att vi har träffats fysiskt, istället för att kommunicera på annat sätt.

Slutsats

Distriktssköterskor har en positiv inställning till hälsofrämjande arbete och en vilja att arbeta mer med det. De förknippar arbetet med ett personcentrerat arbetssätt trots att det tar sig uttryck på lite olika sätt. Det framkommer idéer och tankar på hur utvecklingen skulle kunna föras framåt. I utbildningen till distriktssköterska ligger fokus på hälsofrämjande arbete, och informanterna anser sig vara kompetenta och rätt person för att utföra jobbet. Vinsterna för individ och samhälle som ett utvidgad hälsofrämjande arbete skulle innebära framkommer som viktiga aspekter under intervjuerna. Hälsofrämjande arbete tar sig oftast uttryck genom små insatser som är invända i det dagliga arbetet med patienter som besöker vårdcentralen i ett annat syfte, till exempel för att följa upp sin diabetes. Det framkommer en samstämmig bild av att primärvården är sjukdomsorienterad och att det inte finns resurser i form av tid och personal samt att det fattas intresse och initiativ från ledning och övriga professioner. Samtidigt beskriver distriktssköterskorna att de i viss mån har möjlighet till att påverka sitt eget schema och får positiv uppmuntran från sin chef att driva hälsofrämjande arbete. Många är besvikna över att inte få arbeta mer på detta sätt, men tar heller inte en aktiv roll i att föra arbetet framåt. Det är enklare att bara köra på då de ändå trivs med sin arbetssituation. Studien belyser ett behov av att se över organisationen kring hälsofrämjande arbete, både på en politisk och beslutsfattande nivå, samt i den kliniska verksamheten.

Förslag till klinisk tillämpning

Denna studie kan ge en öppning för distriktssköterskor som arbetar i primärvården att värdera och reflektera över sin egen inställning till hälsofrämjande arbete och hur de själva skulle kunna påverka utvecklingen av det. Frågor som är viktiga att ställa sig är: Hur kan vi uppfylla Hälso- och sjukvårdslagen och Krav och Kvalitetsbokens riktlinjer, och hur kan distriktssköterskan uppnå sina mål enligt kompetensbeskrivningen? Studien öppnar även upp för samtal kring personcentrerad vård och vad det innebär för patienten i mötet med distriktssköterskan. Att främja hälsa är en viktig uppgift för primärvården, vilket denna studie visar att det finns brister i. De erfarenheter som ligger till grund för resultatet pekar på en sjukdomsorienterad organisation som inte prioriterar hälsofrämjande arbete i den utsträckning som förväntas. Vi anser att denna studie kan belysa behovet av förbättring av hur primärvården tar sig an hälsofrämjande arbete.

Förslag till fortsatt kunskapsutveckling

Resultatet visar att distriktssköterskor i stor utsträckning likställer begreppet hälsofrämjande arbete med sjukdomsförebyggande arbete. Det kan vara en förklaring

till varför hälsofrämjande insatser inte utvecklas. Kunskapen om att bevara och stärka hälsa behöver lyftas och fokus flyttas från sjukdomsförebyggande insatser. Förslag om fortbildning, för både distriktssköterskor och hela vårdorganisationen, i vad dessa begrepp innebär verkar relevant. Detta gäller även hur distriktssköterskor ser på personcentrerat arbetssätt, då uppfattningen om vad det innebär i mötet med patienten skiljer sig mellan våra informanter. Vidare önskar vi fortsatt forskning om hälsofrämjande arbete ur ett bredare perspektiv, då många studier fokuserar på specifika patientgrupper och därmed lyfter det preventiva arbetet med att minska risken för komplikationer, snarare än att främja den befintliga hälsan. Då denna studie undersöker distriktssköterskors erfarenheter i Göteborg med omnejd finns även behov av att göra liknande forskning i andra geografiska områden. Det hade även varit intressant att jämföra om det finns skillnader i det hälsofrämjande arbetet beroende på kulturella aspekter.

Referenser

- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I.-L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L.-E., Rosén, H., Rydmark, M., & Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centered care — Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248–251. <https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008>
- Etikprövningsmyndigheten. (2019). *Etikprövning - så går det till*. Hämtad 2019-10-25 från <https://etikprovningmyndigheten.se/for-forskare/sa-gar-det-till/>
- Graneheim U.H., & Lundman B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. <http://search.ebscohost.com.ezproxy.server.hv.se/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106730776&site=ehost-live&scope=site>
- Graneheim, U. H., Lindgren, B.-M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29–34. <https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- International Council of Nurses, ICN. (2017). *ICN: s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 2020-02-20 från: https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf
- Irvine F. (2005). Exploring district nursing competencies in health promotion: the use of the Delphi technique. *Journal of Clinical Nursing (Wiley-Blackwell)*, 14(8), 965–975. <https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.1111/j.1365-2702.2005.01193.x>
- Jerdén L., Hillervik C., Hansson A., Flacking R. & Weinehall L. (2006). Experiences of Swedish community health nurses working with health promotion and a patient-held health record. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(4), 448- 454. <http://search.ebscohost.com.ezproxy.server.hv.se/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105872416&site=ehost-live&scope=site>
- Keleher, H., & Parker, R. (2013). Health promotion by primary care nurses in Australian general practice. *Collegian*, 20(4), 215–221. <https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.1016/j.colegn.2012.09.001>

- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- McLendon, S. F., Wood, F. G., & Stanley, N. (2019). Enhancing diabetes care through care coordination, telemedicine, and education: Evaluation of a rural pilot program. *Public Health Nursing, 36*(3), 310–320. <https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.1111/phn.12601>
- 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: The Journal of Science & Healing, 13*(2), 108–115. <https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.1016/j.explore.2016.12.001>
- Murdaugh, C.L., Parsons, M.A., & Pender, N.J. (2019). *Health Promotion in Nursing practice* (8.ed.) Boston: Pearson.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2016). *Nursing reaserch: generating and assessing evidence for nursing practice*. (10th ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer
- Runciman, P., Watson, H., Mcintosh, J., & Tolson, D. (2006). Community nurses' health promotion work with older people. *Journal of Advanced Nursing (Wiley-Blackwell), 55*(1), 46–57. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03882.x>
- Socialstyrelsen. (2019). *Jämlik hälsa vård och omsorg*. Hämtad 2020-02-26 från <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/jamlik-halsa-vard-och-omsorg/>
- SOU 2000:91. *Hälsa på lika villkor - nationella mål för folkhälsan*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2008). *Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Personcentrerad vård*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 2020-02-26 från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_var_d_oktob er_2016.pdf
- Svensk sjuksköterskeförening. (2019). *Distriktssköterskeföreningen i Sverige. Kompetensbeskrivning. Avancerad nivå. Distriktssköterska*. Hämtad 2019-10-18 från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/distriktssjukskoterskor-kompetensbeskrivning-2019-klar-for-webb.pdf>

- Västra Götalandsregionen. (2019). *Krav- och Kvalitetsbok – förfrågningsunderlag Vårdval Vårdcentral 2019*. Värnersborg: Västra Götalandsregionen.
- World Health Organisation, WHO. (1998). *Health promotion glossary*. Hämtad 2019-10-18 från <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1>
- Wilhelmsson S., & Lindberg M. (2009). Health promotion: facilitators and barriers perceived by district nurses. *International Journal of Nursing Practice (Wiley-Blackwell)*, 15(3), 156–163. <https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.1111/j.1440-172X.2009.01740.x>
- World Medical Association. (2018). WMA declaration of Helsinki – ethical principles for medical research involving human subjects. Hämtad 2020-04-24 från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>



Information om intervjustudie med syfte att belysa distriktssköterskans erfarenheter av hälsofrämjande arbete

Till berörd verksamhetschef,

Förfrågan om deltagande: Denna information är samtidigt en förfrågan om möjlighet till intervju med distriktssköterskor på Er verksamhet. Studien genomförs i samband med specialistutbildning till distriktssköterska med inriktning folkhälsa vid Högskolan Väst.

Bakgrund och syfte: Hälsofrämjande arbete är en grundsten i distriktssköterskans profession, bidrar till en bättre folkhälsa på lång sikt och stärker det personcentrerade förhållningssättet i vården. Vår förhoppning är att resultatet av denna studie kan belysa viktiga aspekter av distriktssköterskors erfarenheter, som kan ligga till grund för fortsatt arbete och strävan att arbeta hälsofrämjande.

Hur går studien till? Muntligt och skriftligt informerat samtycke med varje deltagare inhämtas vid intervjutillfället. Resultatet kommer att presenteras i ett examensarbete på magisternivå vid Högskolan Väst samt med en muntlig, populärvetenskaplig presentation på NÄL.

Vi söker: Distriktssköterskor som arbetat i primärvård i minst ett år.

Praktiskt upplägg: Planerad tidsåtgång för intervjun är cirka 30 minuter och kan genomföras på Er vårdcentral vid ett passande tillfälle. Vi har möjlighet att besöka Er vårdcentral på onsdagar och torsdagar under de kommande veckorna, och är flexibla med tider.

Vi delar gärna med oss av det färdiga resultatet till Er verksamhet om ni så önskar.

Ansvariga: Ansvarig för studien är studenter och handledare vid Högskolan Väst.

Ert deltagande är viktigt för att vi ska kunna genomföra denna studie och föra kunskapen och arbetet mot en förbättrad folkhälsa framåt. Vi ser fram emot ett gott samarbete med er!

Med vänlig hälsning

Emma Hadley

Emma Hadley
Leg. Sjuksköterska
Student vid Högskolan Väst

Angelina Saaränen

Angelina Saaränen
Leg. Sjuksköterska
Student vid Högskolan Väst

Eva Brink

Eva Brink, handledare
Leg. Sjuksköterska, Professor
Inst. För Hälsovetenskap,



Informationsbrev om forskningsprojekt

Att belysa distriktssköterskans erfarenheter av hälsofrämjande arbete – en intervjustudie.

Förfrågan om deltagande: Denna information är samtidigt en förfrågan om ditt deltagande i en studie som syftar till att belysa distriktssköterskans erfarenheter av hälsofrämjande arbete. Studien genomförs i samband med specialistutbildning till distriktssköterska med inriktning folkhälsa vid Högskolan Väst.

Bakgrund och syfte: I vår magisteruppsats tar vi bland annat upp att hälsofrämjande arbete är en grundsten i distriktssköterskans profession, bidrar till en bättre folkhälsa på lång sikt och stärker det personcentrerade förhållningssättet i vården. Tidigare forskning pekar på att distriktssköterskor arbetar mer sjukdomsorienterat än hälsofrämjande. Vår förhoppning är att resultatet av denna studie kan belysa viktiga aspekter av distriktssköterskors erfarenheter, som kan ligga till grund för fortsatt arbete och strävan att arbeta hälsofrämjande.

Hur går studien till? Muntligt och skriftligt informerat samtycke inhämtas vid intervjutillfället. Materialet till studien inhämtas genom semistrukturerade intervjuer med distriktssköterskor vid ett antal av Närhälsans Vårdcentraler. Intervjuerna kommer att bearbetas av författarna genom metoden kvalitativ innehållsanalys. Det färdiga materialet kommer att behandla gemensamma teman som uppkommer vid intervjuerna, för att belysa syftet som angivits ovan. Resultatet kommer att presenteras i ett examensarbete på magisternivå vid Högskolan Väst samt med en muntlig, populärvetenskaplig presentation på NÄL.

Vi söker: Distriktssköterskor som arbetat i primärvård i minst ett år.

Hantering av data och sekretess: Intervjuerna kommer att spelas in. Inspelningen kodas till en siffra som vi på förhand har tilldelat varje deltagare. Kodnyckel kommer inte att bevaras. Endast författarna kommer att ha tillgång till, och lyssna på röstmaterialet. Efter att intervjun är avslutad kommer röstmaterialet att transkriberas till text för vidare analysarbete, där endast den initialt tilldelade siffran följer med. Inga namn, personuppgifter eller arbetsplatser kommer att finnas i dessa dokument. När transkriberingen är avslutad raderas ljudupptagningen omgående.

Frivillighet: Deltagandet i undersökningen är helt frivillig och kan när som helst avbrytas. Du behöver inte ange något skäl till att du avbryter.

Ansvariga: Ansvarig för studien är studenter och handledare vid Högskolan Väst.

Vad händer sedan? Som deltagare i denna studie är Du välkommen att kontakta oss vid frågor eller tillägg till intervjun som kan uppkomma i efterhand. Vi delar gärna med oss av det färdiga resultatet om det finns önskemål om detta.

Väl mött!

Emma Hadley

Emma Hadley
Leg. Sjuksköterska
Student vid Högskolan Väst

Angelina Saarinen

Angelina Saarinen
Leg. Sjuksköterska
Student vid Högskolan Väst

Eva Brink

Eva Brink, handledare
Leg. Sjuksköterska, Professor
Inst. För Hälsovetenskap,
Högskolan Väst



Medgivande om deltagande i studie:

Distriktssköterskans erfarenheter av hälsofrämjande arbete i primärvården
– en intervjustudie.

Jag ger härmed mitt skriftliga medgivande till att delta i studien genom att intervjuas angående erfarenheter av hälsofrämjande arbete. Jag har fått ta del av både muntlig som skriftlig information. Jag vet om att det är ett frivilligt deltagande som kan avbrytas när som helst. Jag kan ställa frågor om jag önskar och om något är oklart.

.....
Ort Datum

.....
Deltagare

Jag har informerat om undersökningens syfte och upplägg.

.....
Ort Datum

.....
Leg sjuksköterska

Emma Hadley

Emma Hadley
Leg. Sjuksköterska
Student vid Högskolan Väst

Angelina Saarinen

Angelina Saarinen
Leg. Sjuksköterska
Student vid Högskolan Väst

Intervjufrågor (arbetsmaterial)
Belysa distriktssköterskans erfarenheter av hälsofrämjande arbete

Tankar om vilka områden vi önskar få svar på under intervjun

Distriktssköterskan

- I vilken utsträckning dsk arbetar med rent hälsofrämjande arbete?
- Hur de upplever arbetet med detta?
- Vilka verktyg/arbetsmaterial använder de sig av?

Organisation

- Vilka hinder/svårigheter upplever de?
- Vilka möjligheter kan de se?

Arbetsklimat

- Kollegialt samarbete/intresse/engagemang

Förbättringsmöjligheter

- Finns önskan/längtan att arbeta mer eller mindre med hälsofrämjande arbete?
- Tankar och idéer om hur det kan bli bättre?

Inledning

Presentation av vilka vi är och vad vi undersöker. Planerad tidsåtgång för intervjun är ca 30 minuter. Muntlig genomgång av informationsblad. Har intervjupersonen några egna frågor innan vi börjar?

Frågor:

Fetstil - huvudfrågor / Icke fetstil – eventuella uppföljande frågor vid behov

- 1. Hur länge har du arbetat som dsk i primärvården?**
- Har du något specialområde?
- 2. Vad betyder begreppet hälsofrämjande arbete för dig?**
- Kan du utveckla?
- Hur gestaltar det sig i mötet med patienten?
- 3. Har du några tankar kring hälsofrämjande arbete i förhållande till personcentrerad vård?**
- 4. I vilken utsträckning arbetar du hälsofrämjande i ditt dagliga arbete?**
- Kan du beskriva på vilket sätt?
- Vilka faktorer gör det möjligt för dig att arbeta hälsofrämjande?

- Om nej - Varför är det så? Vilka hinder upplever du?
- Använder du några verktyg/arbetsmaterial?

5. Hur tänker du kring din förmåga att bemöta de behov som finns av hälsofrämjande omvårdnad?

- Kunskap och kompetens
- Personliga förutsättningar

6. Hur bidrar din verksamhet till ditt arbete med hälsopromotion?

- Tid? Ekonomi? Ledarskap?

7. Hur pratar ni om hälsofrämjande arbete i arbetsgruppen?

- Tillåtande klimat? Intresse? Engagemang?

8. Skulle du vilja ha mer tid avsatt för hälsofrämjande arbete?

- Vad är det som gör att du känner så?
- Om ja – Har du några tankar om hur det skulle kunna bli verklighet?

9. Utifrån det vi pratat om idag avseende dina erfarenheter om hälsofrämjande arbete – trivs du med din arbetsituation?

10. Finns det något du vill tillägga eller känner att du vill klargöra om det vi pratat om idag?

Högskolan Väst

Institutionen för hälsovetenskap, 461 86 Trollhättan

Tel 0520-22 30 00

www.hv.se