

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ
I VÅRDVETENSKAP
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2012:67

*”Om man ser någon som är på väg ut för ett stup så vill
man hindra den”*

- Distriktssköterskans syn på arbetet med att främja hälsa.

KARIN EKELUND
ANNA STÅHL



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel: ”Om man ser någon som är på väg utför ett stup så vill man hindra den” – Distriktssköterskans syn på arbetet med att främja hälsa

Författare: Karin Ekelund, Anna Ståhl

Ämne: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng

Kurs: Examensarbete med inriktning mot distriktssköterskans arbete

Handledare: Annikki Jonsson

Examinator: Ann-Britt Thorén

Sammanfattning

Upplevelsen av hälsa är unik hos varje individ och innefattar mer än ”att vara frisk”. Hälsan är komplex och inbegriper närvaro av välbefinnande, balans i tillvaron samt en frånvaro av lidande och illabefinnande hos människan. En fysiskt frisk människa kan uppleva ohälsa på samma sätt som att en fysiskt sjuk människa kan uppleva hälsa. Distriktssköterskan har en central roll i det hälsofrämjande arbetet och bör anpassa arbetet efter patienten. Vårdande möten och patientens delaktighet är väsentliga delar i arbetet. Syftet med studien var att belysa distriktssköterskans erfarenhet av hälsofrämjande arbete för den vuxne patienten. I studien har en kvalitativ metod med induktiv ansats använts. Nio distriktssköterskor som arbetar på vårdcentral i Västsverige och Småland intervjuades. Resultatet av intervjuerna analyserades i en innehållsanalys. Analysen resulterade i temat *Vägledning som berör och främjar insikt* med kategorierna *Etablera en förbindelse*, *Vägvisare för patienten*, *Hälsofrämjande arbete berör* och *Insikt ökar viljan*. I resultatet framkommer att distriktssköterskan identifierar behov och arbetar sedan för att motivera och inspirera patienten genom att bland annat lyssna och ge information. Kunskap och medvetenhet är av stor betydelse i arbetet. Hälsofrämjande arbete berör distriktssköterskan där såväl positiva som negativa känslor upplevs. Det finns en medvetenhet om att det är en yrkesroll i förändring. En fortsatt utökad studie, patienters upplevelser av distriktssköterskans hälsofrämjande arbete samt distriktssköterskans faktiska handlingar vid hälsofrämjande arbete är förslag på fortsatt forskning. Kliniska implikationer belyser kontinuitet i patientmötet och vårdrelationen, möjlighet till fortbildning, reflektion över den egna hälsan samt den beröring som sker hos distriktssköterskan.

Nyckelord: distriktssköterska, hälsofrämjande arbete, erfarenhet, kompetens, möten

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Hälsa	1
Hälsofrämjande arbete	2
Distriktssköterskans folkhälsoarbete	3
Distriktssköterskans hälsofrämjande möten	4
Vårdrelationen	5
Distriktssköterskans kunskaper	5
Tillvägagångssätt i det hälsofrämjande arbetet	6
Hälsosamtal	6
Motiverande samtal	7
Hälsofrämjande grupper	7
Den vuxne patienten	7
PROBLEMFÖRMULERING	8
SYFTE	8
METOD	8
Ansats	8
Deltagare	8
Datainsamling	9
Dataanalys	10
Förförståelse	11
Forskningsetiska principer	12
RESULTAT	13
Vägledning som berör och främjar insikt	14
Etablera en förbindelse	14
Ömsesidigt förtroende	14
Vägvisare för patienten	15
Identifiera behovet av hälsofrämjande arbete	15
Arbeta för förändring	17
Hälsofrämjande arbete berör	20
En källa till glädje och engagemang	20
Frustration och resignation	20
Insikt ökar viljan	21
Distriktssköterskans kompetens och kunskaper	21
Medvetenhet om den egna hälsan	22
Leva som jag lär	23
En roll i förändring	23
DISKUSSION	25

Metoddiskussion	25
Resultatdiskussion	26
Slutsatser	30
Kliniska implikationer	31
Förslag till fortsatt forskning	31
REFERENSER	33

Bilaga 1

Bilaga 2

Bilaga 3

INLEDNING

Hälsofrämjande arbete är en viktig del av sjuksköterskans men framförallt distriktssköterskans arbete i mötet med patienten. Under det senaste året har vikten av det hälsofrämjande arbetet tydliggjorts för författarna. Olika metoder och arbetsredskap för att bedriva hälsofrämjande arbete för patienten har framträtt och lärts in. Distriktssköterskans synsätt präglas av att se patienten som en helhet som ges utrymme och ses i sitt sammanhang. Det innefattar att distriktssköterskan hjälper patienten till hälsa och hälsosamma val för att förhindra och minska ohälsa samt lidande hos patienten. Frågan som ställs är om och hur distriktssköterskan och vården främjar hälsa.

När distriktssköterskan gör patienten medveten om de riskfaktorer som finns ges patienten möjlighet att påverka dem för att därigenom kunna bevara hälsan. Ökad hälsa och välbefinnande för den enskilde patienten kan minska risken för sjukdom, ohälsa och lidande. Reduceras antalet sjuka patienter blir belastningen på hälso- och sjukvården samt samhället mindre. Enligt författarnas erfarenheter finns fokus på att behandla befintliga sjukdomar hos patienten, varvid det hälsofrämjande arbetet ges mindre med utrymme i vården.

BAKGRUND

För att finna förståelse för vad hälsofrämjande arbete är förklaras nedan hälsa, olika aspekter av det hälsofrämjande arbetet, samt dess arbetsredskap. Tidigare forskning och olika tillvägagångssätt distriktssköterskan kan använda i sitt arbete lyfts fram.

Hälsa

Hälsa påverkar människan och hennes liv på olika sätt utifrån livssituationen och kan ses som ett mått på välbefinnande och upplevelse av friskhet samt frånvaro av lidande.

Världshälsoorganisationens konstitution definierar hälsa som: *"Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity"* (World Health Organization, 1948, s.1). Begreppet hälsa kan inneha olika betydelser. Det kan innebära att inte vara sjuk eller bestå av varje individs upplevelse av hälsa, eller frånvaro av hälsa (Svensk sjuksköterskeförening, 2008a). Människans upplevelse av hälsa kan ses som en förståelse av den egna individen i förhållande till sig själv, till livet och till människor runt omkring samt förmågan att känna välbefinnande i tillvaron. Frånvaro av välbefinnande och hälsa kan generera lidande och illabefinnande. När en människa drabbas av exempelvis en kronisk sjukdom kan det leda till begränsningar i livet. Hur människan väljer att förhålla sig till det är ett personligt val. En människa som har en sjukdom eller ohälsa kan uppleva hälsa, likväl som ohälsa, därav är inte hälsa och ohälsa varandras motsatser (Dahlberg & Segesten, 2010). Simmons (1989) visar i sin begreppsanalys ett nära samband mellan hälsa och välbefinnande, där välbefinnandet kan ses som det optimala stadiet av hälsa. Det kan jämföras med hur Eriksson (1994) ser på hälsa, där individen kan känna hälsa om lidandet är hanterbart för individen. Hälsa kan även ses som tre olika stadier. Det första stadiet ses utifrån yttre omständigheter och det som individen gör. Det andra stadiet är varandet där lidandet är en del av vardagen. Där finner individen harmoni och balans

mellan hälsa och lidande. I det sista stadiet vardandet kan individen se och finna en mening med lidandet och därigenom känna hälsa (Eriksson, 1994).

Enligt Eriksson (1994) är hälsa och lidande sammanflätade och båda finns ständigt närvarande i olika grad, där det som dominerar beror på omständigheterna i livet. Gadamer (2003) beskriver att en individ som inte har hälsa uttrycker det som att det fattas något i tillvaron. Hälsa består av en balans i det fysiska, psykiska och andliga måendet. Balansen mellan lidande och hälsa är det som utgör upplevelsen av hälsa och välbefinnande hos individen. Enligt Nordenfelt (2004) kan det i den holistiska synen på hälsa urskiljas olika förhållanden; välbefinnandets känsla vid hälsa, lidandets känsla vid ohälsa samt oförmåga eller förmåga till handling. Lidande, välbefinnande och handlingsförmåga påverkar varandra och det kan ses orsakssamband. Välbefinnande påverkar människans handlingsförmåga positivt, smärta och depression har den motsatta effekten. En människas mål för handling och hennes handlingsförmåga bör vara i balans, då hälsa innebär att människan kan nå sina handlingsmål. Går dessa inte att uppnå finns viss ohälsa och närmar sig människan inte alls sina mål är ohälsan stor. Sjukdom och skada ses ofta som en anledning till ohälsa men *är* inte ohälsa (Nordenfelt, 2004). En individ som har balans i sin tillvaro av aktivitet, rörelse, vila och stillhet kan uppleva hälsa. Även andra upplevelser som sammanhang och mening påverkar upplevelsen av hälsa. Frånvaro av sammanhang samt mening kan erfaras som avsaknad av hälsa samt närvaro av lidande. Hälsans innebörder är sammanflätade med varandra och med den övergripande hälsouppfattningen. Biologiska hänseenden påverkar, men biologisk friskhet är inte tillräckligt för upplevelse av hälsa (Dahlberg & Segesten, 2010).

Hälsofrämjande arbete

Hälsofrämjande arbete är det arbete som sker för att främja hälsa eller minska ohälsa. Distriktssköterskan har en viktig del i arbetet med att göra patienten delaktig samt öka hälsan hos befolkningen.

Vårdare som hjälper patienten till bättre hälsa gör det inte genom att enbart motverka ohälsa. Det sker också genom att stärka patientens egna förmågor och kraft att själv arbeta med att stärka hälsan (Dahlberg & Segesten, 2010). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska den som vänder sig till vården få hjälp att förebygga ohälsa samt stöttas till ett hälsosammare liv (SFS, 1982:763). Enligt Dahlberg och Segesten (2010) är meningen med vårdandet att främja en persons hälsoprocesser. Hälsa är målet och vårdvetenskapen ligger till grund för uppgiften att skapa det kunnande som krävs för att vårda adekvat.

Distriktssköterskan bör enligt Svensk sjuksköterskeförening (2008b) arbeta med fokus på patienten, genom att stötta patienten i arbetet med att främja hälsa. I distriktssköterskans hälsofrämjande arbete är det angeläget att ha förståelse för patientens olika resurser och utgå ifrån dem. Varje patient har en egen livsvärld och olika intellektuell nivå, vilket det är av vikt att anpassa informationen efter. Distriktssköterskans verksamhet ska kännetecknas av ett etiskt och holistiskt arbetssätt som bör vara evidensbaserat (Svensk sjuksköterskeförening, 2008b). En litteraturoversikt av Wilhelmsson och Lindberg (2007) angående det hälsofrämjande

arbetet inom primärvården visar på svårigheter med att arbeta evidensbaserat inom arbetsområdet. Orsaken ses vara att det finns få studier av god kvalitet som belyser arbetsfältet samt att i de studier som finns framgår ett behov av vidare forskning (Wilhelmsson & Lindberg, 2007).

Under de senare åren har det hälsofrämjande arbetet uppmärksamrats mer än tidigare. Till det hälsofrämjande arbetet räknas ofta prevention som kan delas in i tre delar; primär, sekundär och tertiär. *Primär prevention* innebär att arbeta för att hindra friska från att utveckla sjukdom och ohälsa. *Sekundär prevention* innebär att försöka hämma progressionen av pågående sjukdom. *Tertiär prevention* innefattar rehabilitering samt att minska inskränkningarna av eventuella funktionsnedsättningar (Svensk sjuksköterskeförening, 2008b; Irvine, 2007).

En studie av Jerdén, Hillervik, Hansson, Flacking och Weinehall (2006) belyser distriktssköterskans erfarenhet av att använda hälsojournaler i det hälsofrämjande arbetet. Patientens förmåga att verbalisera sina behov underlättar arbetet med att främja hälsa. De framsteg patienten gör skapar en positiv respons till distriktssköterskan i hennes arbete. Det hälsofrämjande arbetet till barn och ungdomar har en större självklarhet än i vården av vuxna och äldre patienter. Irvines (2007) studie handlar om integrering av teori i det praktiska hälsofrämjande arbetet. Det visar sig att distriktssköterskan kan se på sitt hälsofrämjande arbete som en väg att hjälpa patienten förändra livsstil genom att undervisa och ge råd. Ansvarvaret ligger hos varje patient att leva hälsosamt och distriktssköterskan kan hjälpa till genom att visa på olika alternativ för att uppnå optimal hälsa.

Enligt Johanssons (2010) avhandling, som belyser hälsofrämjande arbete, kan hälsofrämjande arbete upplevas ske på olika sätt, av olika individer, utifrån olika professioners perspektiv. Åtskillnad görs mellan olika personligheter som arbetar hälsofrämjande. *Avgränsaren* gör skillnad på att arbeta med att främja hälsa och förebygga sjukdom. *Integreraren* utnyttjar alla aspekter av mötet med patienten och försöker genom det gagna hälsan i allt arbete som utförs. *Promotören* ser arbetet med att främja hälsan som en del av primärpreventionen.

Whiteheads, et al. (2008) studie skildrar kinesiska sjuksköterskor med vidareutbildning inom hälsofrämjande arbete samt deras erfarenhet av det. Sjuksköterskornas förhoppningar är att det hälsofrämjande arbetet ska hjälpa patienterna att förändra sin syn på den egna hälsan. Ett tillvägagångssätt kan vara att sjuksköterskan själv aktivt deltar i olika aktiviteter som verkar positivt på hälsan. Stöd för det finns i Carlsons och Warnes (2007) litteraturöversikt över vilken effekt förebyggande arbete har på sjuksköterskor. Det framkommer att det är lättare att arbeta hälsofrämjande om personen själv lever hälsosamt.

Distriktssköterskans folkhälsoarbete

Distriktssköterskan ska veta vad folkhälsa innebär samt vilka faktorer som har verkan på upplevelsen av hälsa hos människor med olika bakgrund. Distriktssköterskan bör även vara väl insatt i hur det hälsofrämjande arbetet ska genomföras på bästa sätt, oavsett om det berör en enskild patient eller flera (Svensk sjuksköterskeförening,

2008b). Om behov föreligger för att främja hälsa ska sjuksköterskan i sitt arbete förhindra ohälsa. Det sker genom att urskilja risker hos varje patient och verka för att hjälpa patienten till en förändring i vardagen (Socialstyrelsen, 2005).

Enligt Whitehead, et al. (2008) kan undervisning i hälsofrämjande åtgärder och att arbeta hälsofrämjande ha olika variationer. Hälsofrämjande arbete är riktat till en befolkning eller en del av den och arbetar med att förändra tankemönster hos befolkningen. Undervisning i hälsofrämjande åtgärder är ofta riktat till en grupp eller en individ. Socioekonomiska hinder påverkar arbetet för främjandet av hälsa.

Enligt Socialstyrelsen (2012a) påverkar utvecklingen av hälsan hos befolkningen samhället och kravet på hälso- och sjukvården. En generell bild av hälsoutvecklingen indikeras av objektiva och subjektiva mätvärden som medellivslängd samt självskattad hälsa. Det framkommer att människor som skattar sin hälsa högre lever längre. Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2008a) beskriver folkhälsan hälsotillståndet hos en befolkning, både nivån på hälsan samt fördelningen. En hög hälsa som är jämt fördelad i befolkningen eftersträvas. Folkhälsoarbete kan delas upp i två delar. En inriktning är arbete för att förebygga sjukdom och den andra är hälsofrämjande arbete. För att skapa en jämlik och god hälsa för befolkningen krävs det både sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande åtgärder.

Distriktssköterskans hälsofrämjande möten

Enligt Jerdén, et al. (2006) visar det sig att distriktssköterskans hälsofrämjande arbete medför en balansgång mellan att ställa krav på patienten och samtidigt inte kränka integriteten och personen. Distriktssköterskan ser även att det finns en hälsofrämjande aspekt i varje möte med patienten och att det är en av grunderna i patientarbetet. Detsamma ses även i Irvines (2007) studie. Enligt Dahlberg och Segesten (2010) ska ett vårdande möte mellan vårdare och patient eftersträvas där patientens hälsoprocesser stöds, oavsett om det är en kort eller lång vårdrelation. Vårdaren har genom sin kompetens, kunskap och ställning skyldighet att se till att mötet blir vårdande med öppenhet och följsamhet för patienten samt dennes livsvärld. Både vårdare och patient måste vara aktiva och känna tillit till varandra för att möjliggöra ett vårdande möte.

Casey (2007) efterfrågar hur sjuksköterskor uppfattar sitt hälsofrämjande arbete på en akutavdelning. Det dagliga vårdandet och arbetet med livsstilsförändringar är två processer som sker samtidigt. En samhällsekonomisk vinst ses med att arbeta hälsofrämjande då det minskar ohälsan hos befolkningen. För att det hälsofrämjande arbetet ska kunna utföras måste sjuksköterskan vara erfaren och utbildad och organisationen tillåta det hälsofrämjande arbetet. Vissa av sjuksköterskorna tvivlar på effektiviteten av sitt hälsofrämjande arbete. I Keleher, Parker, Abdulwadud och Francis (2009) litteraturoversikt efterfrågas effekterna av distriktssköterskans arbete. Det visar sig att arbetet som bedrivs av distriktssköterskor ofta upplevs främja patienten. Distriktssköterskan ser helheten hos patienten och kan därigenom hjälpa till med att öka livskvaliteten och tillfredsställelsen med livet. Distriktssköterskan kan därigenom få till stånd en effektiv primärvård, där arbetet med att främja hälsa är det som kostar minst. I en studie av DiCenso, et al. (2007) från Canada, där distriktssköterskans utveckling i primärvården belyses, visar det sig att distriktssköterskans arbetsfält successivt vidgas.

Det sker i takt med att distriktssköterskan får ökat ansvar samt att hon gör den inledande bedömningen av patienterna då avstånden ofta är stora och det finns en brist på tillgängliga läkare (DiCenso, et al., 2007).

Vårdrelationen

En litteraturöversikt angående distriktssköterskans metoder att implementera hälsofrämjande arbete visar att vårdrelationen leder till att distriktssköterskan över tid kan arbeta hälsofrämjande i möten med patienten. Det görs genom att patienten successivt lärs att tänka hälsosamt samt genom att distriktssköterskan visar på olika val som kan göras samt dess konsekvenser. Vårdrelationen kan vara av extra vikt i arbetet med de patienter som själva inte har något intresse av att arbeta med sin egen hälsa (Aston, Meagher-Stewart, Edwards & Young, 2009). Vårdrelationen kan även ses i en studie av Runciman, Watson, McIntosh och Tolson (2006) som undersöker hur distriktssköterskan arbetar hälsofrämjande med äldre patienter i Skottland. Här lyfts ett nära partnerskap mellan distriktssköterska och patient fram. Det framkommer att det hälsofrämjande arbetet inte behöver vara riktat mot ett specifikt livsstilsproblem utan kan ske när människan ses i sitt sammanhang och hennes resurser lyfts fram.

Eriksson (2000) beskriver vårdandet som en delaktighet där det krävs två individer som båda är delaktiga i samma helhet. Den som är delaktig måste acceptera att ta emot den hjälp som erbjuds, vilket enbart kan göras om människan känner sig fri i sina val. Vårdaren själv kan enbart hjälpa andra till hälsa om den själv upplever hälsa. Enligt Dahlberg och Segesten (2010) stämmer dagens allmänna inställning till patienter inom hälso- och sjukvården väl överens med att lägga tonvikten på patientens delaktighet. Patientens delaktighet lyfts fram i Hälso- och sjukvårdslagen där vården, i den mån det är möjligt, skall utformas och ske i samråd med patienten. Patienten har rätt att möta vårdare som verkar för att kontakten dem emellan skall främjas (SFS, 1982:763). Enligt Dahlberg och Segesten (2010) måste vårdaren möta patienten för att få förståelse för hur sjukdomen upplevs. Delaktighet kan förstås som att sjuksköterskan är öppen och lyhörd för det patienten förmedlar samtidigt som patienten skall kunna kräva att vården som ges är god.

En god vård betyder att vården som ges är patientcentrerad, evidensbaserad och bygger på ett långsiktigt tänkande där det hälsofrämjande arbetet ingår (Socialstyrelsen, 2006). Patienten kan hjälpas till att se det friska samt de tillgångar patienten har som kan främja upplevelsen av hälsa. Salutogenitet ska genomsyra arbetet för att finna vad som ger patienten en känsla av hälsa, trots att patienten eventuellt inte är sjukdomsfri (Svensk sjuksköterskeförening, 2008a).

Distriktssköterskans kunskaper

Enligt Socialstyrelsen (2012b) bör all personal inom hälso- och sjukvården vara tillräckligt trygga för att ställa frågor, erbjuda kunskap och hjälp till förändring för att därigenom främja patientens hälsa. Primärvården är första steget i arbetet med att fånga upp de individer som behöver stöd för att gynna hälsan. Enligt ICN:s etiska kod har sjuksköterskan i uppdrag att tillgodose människans behov av stöd och information för

att främja hälsa hos både den enskilde individen och hos befolkningen (International council of Nurses, 2006).

Enligt Irvine (2007) är distriktssköterskan själv inte alltid medveten om det hälsofrämjande arbete som genomförs utan det kan behövas påtalas av exempelvis anhöriga. Holt och Warne (2007) efterfrågar i sin studie sjuksköterskestudenters erfarenheter av förberedelser inför den verksamhetsförlagda utbildningen. Det framkommer att studenterna upplever svårigheter i det hälsofrämjande arbetet då de upplever att de inte erhåller handledning i arbetets tillvägagångssätt. Det hälsofrämjande arbetet kan leda till reflektion över den egna livsstilen. De ser trots de upplevda hindren att det hälsofrämjande arbetet genomsyrar vården som helhet. Irvines (2005) studie ifrån England, där distriktssköterskans kompetens att arbeta hälsofrämjande efterfrågas, visar att inte alla distriktssköterskor fullt ut har accepterat det hälsofrämjande arbetet som en del av sitt yrke. Det framkommer att det finns behov av mer utbildning hos distriktssköterskor i hälsofrämjande arbete om det ska bli till nytta för patienten.

Carlson och Warne (2007) lyfter fram två faktorer vilka är avgörande för hur sjuksköterskan arbetar hälsofrämjande: Den ena faktorn är hur den organisatoriska miljön ser ut. Det innefattar ledning och kollegor som tillåter hälsofrämjande arbete samt att det finns utrymme och tid i verksamheten för att bedriva hälsofrämjande arbete. Den andra faktorn är hur väl sjuksköterskans utbildning och träning har förberett arbetet med att främja hälsa hos patienten.

Tillvägagångssätt i det hälsofrämjande arbetet

Det hälsofrämjande arbetet främjar patientsäkerheten om sjukvården använder sig av olika arbetssätt (Socialstyrelsen, 2012b).

Hälsosamtal

Perssons och Fribergs (2009) studie, vars syfte är att lyfta fram patientperspektivet av hälsosamtal, visar att arbetet med hälsosamtal sker i olika steg genom att medvetandegöra patienten om situationen. Det sker via reflektion över livsstilen samt genom en lärande dialog mellan distriktssköterska och patient i vilken dåtid, nutid och framtid belyses ur olika aspekter. Enligt Socialstyrelsen (2011) delas samtalen in i enkla råd, rådgivande samtal samt kvalificerade rådgivande samtal vilka har olika struktur och är riktade på olika nivåer till patienten. I en studie av Eriksson och Nilsson (2008), där behovet av en tillitsfull vårdrelation efterfrågas, lyfter distriktssköterskorna fram att de eftersträvar att möta patienten på en mellanmännisklig nivå. Därigenom skapar de en vårdrelation som bygger på tillit mellan vårdare och patient. Kommunikationen är rak och ärlig samtidigt som distriktssköterskan med sitt professionella kunnande bedömer hur informationen ska ges utifrån patientens förförståelse. Stöd för det går att finna i Persson och Fribergs (2009) studie där patienternas erfarenheter av hälsosamtal efterfrågas. Distriktssköterskans förmåga som pedagog i hälsosamtalet lyfts fram av patienter och yttrar sig som att distriktssköterskans kunskaper i samtalet berör. Erfarenheter av hälsosamtal samt förmåga att etablera en vårdrelation är andra saker som lyfts fram i studien. Om distriktssköterskan har förmåga till det har patienten lättare

att känna förtroende och ta till sig det distriktssköterskan förmedlar (Persson & Fribergs, 2009).

Motiverande samtal

Motiverande samtal är en bra metod i det hälsofrämjande arbetet som används på olika håll i Sverige idag med gott resultat. Enbart motiverande samtal är dock inte tillräckligt i arbetet med att främja hälsa, det behövs fler strategier. Det krävs tid, träning och äkta engagemang för att lära sig använda motiverande samtal i det hälsofrämjande arbetet med patienter (Socialstyrelsen, 2012a). Två studier lyfter båda fram distriktssköterskans skolning i motiverande samtal samt erfarenheten av att arbeta med motiverande samtal mot patienter (Brobeck, Bergh, Odencrants & Hildingh, 2011; Lindhe Söderlund, Nilsen & Kristensson, 2008). Motiverande samtal beskrivs kunna användas av distriktssköterskor, i sin helhet eller i valda delar. Metoden skapar ett nytt sätt att tänka i arbetet. Arbeta med att genom motiverande samtal få en patient att inse att behov av livsstilsförändringar finns tar tid, vilket det måste finnas en förståelse för på ledningsnivå. Motiverande samtal hjälper patienten skapa förståelse för sitt beteende, ändra tankemönster och handlingsätt (Brobeck, Bergh, Odencrants & Hildingh, 2011).

Hälsofrämjande grupper

I det hälsofrämjande arbetet i grupp består en grupp av olika individer med likartade behov eller intresse. Den som arbetar med gruppen har till uppgift att lära ut och informera samtidigt som gruppen som sådan blir ett lärande forum mellan personerna som ingår. Den som leder gruppen bör ha kunskaper i gruppdynamik och dess effekter på gruppen för att säkerställa att alla får möjlighet att höras och synas (Ewles & Simnett, 2005). I en studie av Baggott och Jones (2011) från Storbritannien, där olika intressegrupper för patienter tillfrågades om sin syn på hälsofrämjande arbete till grupper, framkommer det att hälsofrämjande arbete har olika tyngd och betydelse för olika intressegrupper. Enligt Socialstyrelsen (2011) kan rådgivande samtal ifrån hälso- och sjukvården ges i grupp, under förutsättning att den som utför åtgärden besitter ämneskunskap och har utbildning i den metod som valts.

Den vuxne patienten

Betydelsen av att vara vuxen är enligt Nationalencyklopedin (2012a) en person som växt och utvecklats till fullo. Det går att ställa mot barnkonventionen som beskriver att varje människa är barn till den har fyllt arton år (UNICEF, 2009).

När ordet *patient* först uppkom var betydelsen den lidande eller den som tålmodigt fördrar och uthärdar lidandet. Ordet patient kan användas oavsett vilken vård som avses. Patient, som ett begrepp, ses framförallt som teoretiskt och används främst när vårdpersonalen kommunicerar (Dahlberg & Segesten, 2010). Patient definieras i Svenska Akademiens Ordbok (2010) som en person som lider av sjukdom, samt en person som är föremål för vård där läkare eller vårdare behandlar personen. I Nationalencyklopedin (2012b) går att läsa att en patient är en människa som söker hälso- eller sjukvård på grund av sjukdom samt för att få behandling, vård eller råd.

PROBLEMFORMULERING

Distriktssköterskan arbetar med att främja hälsa och verkar för patientens välbefinnande samt minskat lidande. Medvetenheten finns hos distriktssköterskan att hälsofrämjande arbete gynnar hälsa och en hög folkhälsa eftersträvas. Bristande hälsa kan leda till minskat välbefinnande, känsla av att förlora sitt sammanhang samt ökat lidande för patienten. Patientens delaktighet och möjlighet till sunda val är en viktig del i arbetet och kan påverkas negativt om arbetet med att främja hälsa brister. De förändringar patienten gör ses skapa positivt gensvar för distriktssköterskan.

Få undersökningar berör distriktssköterskans upplevelser av hälsofrämjande arbete. De undersökningar som finns ger olika bild av hur distriktssköterskan upplever sitt hälsofrämjande arbete samt vad som är kärnan i det. För att få klarhet i vad det betyder för distriktssköterskan att arbeta hälsofrämjande tycks det intressant att efterfråga deras egen syn på detta angelägna arbete.

SYFTE

Syftet var att belysa distriktssköterskans erfarenhet av hälsofrämjande arbete för den vuxne patienten.

METOD

En kvalitativ metod användes i denna studie. Informanterna var distriktssköterskor. Data som samlades in analyserades med innehållsanalys för att finna ett tema som beskriver distriktssköterskans hälsofrämjande arbete.

Ansats

En induktiv ansats valdes för denna kvalitativa studie. Den induktiva ansatsen tillåter forskaren att ta del av informantens unika berättelse och utifrån den finna svar på sin forskningsfråga. Forskaren gör det genom att objektiva och med utgångspunkt i sin kontext studera forskningsmaterialet och med hänsyn till det söka efter skillnader och likheter för att fånga fenomenets komplexitet (Hsieh & Shannon, 2005; Lundman & Hällgren Graneheim, 2008).

Deltagare

Urvalet i denna studie är nio distriktssköterskor som arbetar på vårdcentral. Den kvalitativa forskningen bygger på att finna det urval som har rik och varierad erfarenhet av det fenomen som efterfrågas. Oftast använder forskaren sig av ett litet urval som har tillfrågats på grund av sina erfarenheter och som frivilligt deltar i studien (Polit & Beck, 2012). Urvalet bör sökas i det kontext där forskningen bedrivs för att erhålla en levd erfarenhet av det som efterfrågas (Kvale & Brinkman, 2010). När en grindvakt används för att identifiera informanter bör medvetenhet finnas om informantens valmöjlighet till deltagande samt eventuell påverkan för resultatet (Sharkey, Savulescu, Aranda & Schofield, 2010). Urvalet i studien grundar sig i att distriktssköterskan på vårdcentral träffar många patienter under en begränsad tid och har möjlighet att arbeta

hälsofrämjande med patienten. Informanterna bör vara distriktssköterskor eftersom distriktssköterskans erfarenhet av hälsofrämjande arbetet efterfrågas. Författarna sökte informanter genom att de initialt skickade brev per post till verksamhetscheferna för fem vårdcentraler (Bilaga 1 och Bilaga 2), därefter genom kontakt via e-post och telefon. När första förfrågan avlogs av tre av de tillfrågade vårdcentralerna skickades nya förfrågningar till ytterligare tre verksamhetschefer och proceduren gjordes om. Nu avlog två vårdcentraler förfrågan varpå ytterligare två verksamhetschefer kontaktades varvid en svarade nej och en valde att inte svara inom utsatt tid. En distriktssköterska från en vårdcentral som tidigare tackade nej tog kontakt med författarna för att anmäla sitt intresse. Deltagandet godkändes av verksamhetschefen och det ledde till ytterligare två informanter. Med hjälp av verksamhetschefer/vårdcentraler skickades informanter ut och författarna kunde kontakta dem eller informanterna kontakta författarna. Fyra vårdcentraler deltog i studien.

Inklusionskriterier var distriktssköterskor som arbetat minst ett år på vårdcentral och som regelbundet har kontakt med patienter. Exklusionskriterier var de sjuksköterskor som arbetar på vårdcentral och inte hade en specialistutbildning till distriktssköterska. De distriktssköterskor som inte arbetat ett år exkluderades med tanke på att arbetet fortfarande var nytt för dem och de inte hunnit erhålla erfarenhet inom området.

Informanter söktes i Västsverige och Småland. Nio informanter deltog i studien varav fyra från Småland och övriga från olika delar av Västsverige. Några av informanterna arbetar i tätort och några på landsbygden. Två av informanterna arbetar på privata vårdcentraler, sju på offentliga vårdcentraler. De har arbetat mellan tre år och 32 år som distriktssköterska. Alla informanter är kvinnor och mellan 38 år och 61 år. Av informanterna arbetar fem helt eller delvis riktat mot hälsofrämjande arbete, två arbetar som diabetessköterskor, en med inriktning hjärt- kärlsjukdomar samt en mot psykisk ohälsa. Bortfallet var fem vårdcentraler som avböjde deltagande.

Datainsamling

Den kvalitativa forskningsintervjun fokuserar på en frågeställning och utifrån vad informanten berättar arbetar forskaren vidare för att få fram fler nyanser av fenomenet. För att informanten själv ska reflektera över sitt svar bör frågeställningen vara öppen samt bjuda in till berättande. Under intervjuens gång kan forskaren beröra vissa teman (områden) som är förutbestämda sedan innan intervjun (Polit & Beck, 2012). Datainsamlingen skedde under oktober 2012. Författarna öppnade med samma öppna ingångsfråga till alla informanter och följde upp med följdfrågor. Författarna bestämde gemensamt innan intervjuerna olika områden som de ville skulle beröras (Bilaga 3). Områdena framträdde i vissa intervjuer spontant och i vissa fick författarna fråga efter dem. Författarna strävade efter att vara följsamma inför det informanterna förmedlade, för att få så riklig data som möjligt.

Forskaren bör före intervjun leda in informanten i området och informera om praktiska aspekter. Efter avslutad intervju bör forskaren stanna kvar hos informanten för att kunna fånga upp frågor och funderingar. Då intervjun även fångar in känslor och intentioner förutom språket, bör om möjligt, forskaren skriva ner dessa efter avslutad intervju som ett komplement till intervjun (Kvale & Brinkmann, 2009). Inför varje intervju

säkerställde författarna att informanten förstod att deltagandet var frivilligt och när som helst fick avbrytas. Informanterna fick skriftlig (Bilaga 2) och muntlig information om studiens syfte. Författarna strävade efter en ostörd intervjusituation samt att informanten skulle känna sig bekväm för att kunna vara fokuserad under intervjun. Som stöd under intervjuerna hade författarna intervjuguiden och förde skriftliga anteckningar som komplement till inspelningsutrustningen med vilken intervjun spelades in. Intervjuerna varade mellan 24 och 52 minuter. Efter intervjun stannade författarna kvar hos informanterna för att svara på eventuella frågor och funderingar för att inte lämna något obearbetat hos informanterna. Varje intervju transkriberades därefter ordagrant av respektive författare i så nära anslutning till intervjun som möjligt, för att få med intentioner och andra uttalade uttryck. Undantaget var en intervju, där den ena författaren intervjuade och den andra transkriberade. Den intervjuande författaren fick därefter läsa och konkritisera för att säkerställa att intentioner och det uttalade fanns med i transkriberingen.

Dataanalys

Den forskare som genomför en innehållsanalys bör ha en kunskap om kontexten för att förstå innehållet i det materiel som ska analyseras till fullo. I innehållsanalysen benämns det materiel som ska studeras som *analysenhet*. I analysenheten kan det finnas olika *domäner* (områden) inom samma ämne. Varje ord, mening eller stycke i texten som är meningsbärande genom att de svarar på syftet kallas *meningsenhet* och kan *kondenseras* för att göras mer överskådlig. *Koden* är en titel för meningsenheten och redogör för meningsenhetens innehåll. En kategorisering görs av koderna vilka förs in under *underkategorier*, som senare kan abstraheras till *kategorier*. *Temat* är den högsta abstraktionsnivån och binder samman de olika kategorierna. För att forskaren inte skall dra förhastade slutsatser bör analysenheten läsas igenom gång på gång innan meningsenheter och koder plockas ut. Forskaren bör ställa frågan *vad?* till analysmaterialet under analysprocessen och få beskrivande svar (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Första steget i dataanalysen var när respektive författare transkriberade sina intervjuer. Därefter läste båda författarna samtliga intervjuer (analysenheten) under flera tillfällen och fann meningsenheter och kodade dem. Meningsenheter och koder markerades i analysenheterna och kodningen skrevs i marginalen vid varje meningsenhet av respektive författare. De intervjuer som respektive författare inte gjorde bearbetades särskilt då författarna inte hade möjlighet att höra varandras inspelningar, förutom den som transkriberades av den andre författaren. Därefter bearbetade författarna först i enskildhet meningsenheterna och koderna samt förde in dem i underkategorier. Sedan granskades meningsenheterna, koder och den första individuella kategoriseringen gemensamt, för att tillsammans identifiera underkategorier och kategorier (tabell 1). Initialt fanns tio underkategorier, vilka vid första granskningen slutade i sju. Efter ytterligare analys identifierades ytterligare två underkategorier. Tre kategorier framträdde under analysens gång och vid en andra genomgång av resultatet synliggjordes ytterligare en kategori för författarna. Meningsenheter flyttades i vissa fall från en underkategori till en annan vid en andra granskning. Under sammanställningen av kategorier och underkategorier fortsatte granskningen och ytterligare analysering genomfördes i de olika kategorierna, varefter ett tema började framträda.

Tabell 1. Exempel på analysprocessen.

Meningse nhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Under kategori	Kategori	Tema
... för oftast är det lättast att man inte får alla delar på en gång... // ... det jag belyser lite så då det är just det jag menar med att väcka en tanke...	Att inte ta alla delar på en gång/väcka en tanke	Inte alla delar/ väcka en tanke	Arbeta för förändring	Vägvisare för patienten	Vägledning som berör och främjar insikt
... jag läser mycket vetenskapliga artiklar... jag ... går gärna på utbildningar... och föredrag ... allt vetenskapligt bevisat ... tittar och ser vad som händer ... helt enkelt ... för att vara uppdaterad ... och för att jag är intresserad	Jag läser, vetenskapliga artiklar, utbildning, uppdaterad, intresse	Ta del av forskning för att vara uppdaterad och intresse	Distrikts-sköterskans kompetens och kunskaper	Insikt ökar viljan	

Förförståelse

Förförståelsen är ständigt närvarande och kan både förstärka och försvåra kommunikationen mellan människor. Förförståelsen innebär att personen i fråga redan ”vet” vilket ibland kan vara bra, men också vara ett hinder för förståelsen (Dahlberg & Segesten, 2010). En forskare har med sig en livserfarenhet och en förståelse för kontexten innan forskningen påbörjas. För att förförståelsen inte skall påverka resultatet av forskningen måste forskaren vara medveten om det under hela forskningsprocessen och ständigt reflektera mot sin egen förförståelse. Det innebär att forskaren inte får söka efter något specifikt i sitt material utan vara öppen för alla de former av fenomenet som visar sig (Dahlberg, Dahlberg & Nyström, 2008). Forskaren är delaktig i tillkomsten av det analyserade materialet samtidigt som förförståelsen och kunskapen om kontexten påverkar hur materialet tolkas (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). För att tygla sin förförståelse punktade författarna ner och samtalade om den förförståelse som fanns hos dem innan intervjuerna. Författarna arbetade även med förförståelsen under intervjuerna genom att inte ta något för givet utan att fråga vidare och försäkra sig om att det som sades uppfattades korrekt. Under analysen tyglades förförståelsen genom att inte påbörja analysen för snabbt genom avvaktande till datainsamlingen var avklarad samt att analysen genomfördes i gemenskap. Författarna arbetade även med sin förförståelse under hela analysprocessen genom att ställa frågan till varandra: Är det här det som visar sig eller är det vår förförståelse som får oss att se det vi vill se?

Forskningsetiska principer

I studien beaktade författarna den lag som reglerar forskning på människor (SFS, 2003:460). Det innebär att informanten inte får skadas psykiskt eller fysiskt på något sätt och forskningen som bedrivs måste leda till ny kunskap. All delaktighet i forskningen är frivillig, deltagarna ska erhålla den information som är relevant samt att forskaren får ett samtycke från informanten. Informanten måste även vara medveten om att det är möjligt att avbryta sitt deltagande utan att uppge orsak. Allt utgår från den deklaration som antogs i Helsingfors 1964 (World medical association declaration of Helsinki, 1964). Denna studie beaktar deltagarnas integritet och frivillighet genom att brevet skickades till informanterna via verksamhetscheferna och själva beslutade om de ville delta. I brevet fanns information om frivillighet, konfidentialitet, rätten att avbryta samt förfrågan om samtycke. Informanterna erhöll även denna information muntligt vid intervjuerna.

I deklarationen belyses även att forskaren har en skyldighet att publicera den forskning som görs samt att den ska vara rimlig att bedriva (World medical association declaration of Helsinki, 1964). Hänsyn till det tas då denna studie publiceras i form av magisteruppsats och författarna kan se ett behov av forskning inom området. Behovet ses utifrån de luckor som finns i tidigare forskning angående distriktssköterskors erfarenhet av det hälsofrämjande arbetet de bedriver. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008) påverkas bedömningen av undersökningens kvalité till stor del resultatets kommande betydelse. Resultatets överförbarhet bedöms utifrån trovärdighet, rimlighet samt relevans för de förhållanden forskaren avser att belysa. Enligt Centrala etikprövningsnämnden (2012) är det universitetet/lärosätet som är huvudansvarig vid den forskning som bedrivs där. Därför skickades ingen ansökan till den etiska prövningsnämnden in av författarna.

RESULTAT

Det hälsofrämjande arbetet visar sig vara sammansatt och innefatta allt ifrån enkla råd till längre engagemang för distriktssköterskan. Resultatet visar sig som nio underkategorier och fyra kategorier vilka sammanlänkas i temat *Vägledning som berör och främjar insikt* (tabell 2).

Tabell 2. Presentation av distriktssköterskan erfarenhet av hälsofrämjande arbete för den vuxne patienten, vilket åskådliggörs som tema, kategorier och underkategorier.

Tema	Kategorier	Underkategorier
Vägledning som berör och främjar insikt	<ul style="list-style-type: none">• Etablera en förbindelse	<ul style="list-style-type: none">• Ömsesidigt förtroende
	<ul style="list-style-type: none">• Vägvisare för patienten	<ul style="list-style-type: none">• Identifiera behovet av hälsofrämjande arbete• Arbeta för förändring
	<ul style="list-style-type: none">• Hälsofrämjande arbete berör	<ul style="list-style-type: none">• En källa till glädje och engagemang• Frustration och resignation
	<ul style="list-style-type: none">• Insikt ökar viljan	<ul style="list-style-type: none">• Distriktssköterskans kompetens och kunskaper• Medvetenhet om den egna hälsan• Leva som jag lär• En roll i förändring

Vägledning som berör och främjar insikt

Distriktssköterskans hälsofrämjande arbete för den vuxne patienten ses som en vägledning som berör och främjar insikt. Det kan erfaras som en helhet och som en process vilken sker parallellt under hela det hälsofrämjande arbetet. Initialt i mötet sker en identifiering av den enskilde patientens behov och motivation till förändring, vilket kan resultera i ett förlängt samarbete mellan distriktssköterskan och patienten eller hänvisning till andra aktörer. Etablerandet av en förbindelse genom att mötas ses som en avgörande aspekt, där ömsesidigt förtroende grundas mellan distriktssköterska och patient. Ett möte som bygger på förtroende ökar möjligheterna till goda resultat i det hälsofrämjande arbetet som bedrivs. I sitt arbete ger distriktssköterskan information, råd och visar till olika valmöjligheter. Parallellt sker en process där hon inspirerar och hjälper patienten till att finna motivation för en förändring som främjar hälsa. Förändringen sker lättare om patienten vägleds små steg i taget och positiva resultat kan påvisas, vilket leder till ökad motivation samt inspiration att försöka ytterligare. Förändringar som görs av patienten berör och engagerar distriktssköterskan. Det visar sig ibland som en positiv respons och ibland genom resignation och frustration. Beröringen genererar en önskan om vetskap hur patienten har lyckats i sina försök till förändring. Då alla patienter inte lyckas genomföra de förändringar kan en resignation infinna sig hos distriktssköterskan. Insikten används som ett verktyg i varje etablering av förbindelse, identifiering, bedömning och mål som sätts upp för patienten. Insikten visar att ökade kunskaper främjar möjligheten att våga lyfta och besvara de frågor som väcks av patienten när distriktssköterskan arbetar hälsofrämjande. Det finns en närvarande insikt om de egna resurserna och bristerna, som ibland används som redskap i mötet med patienten. Insikt och kunskap finns om en roll i förändring, där det hälsofrämjande arbetet blir mer specialiserat och ges mindre utrymme i det dagliga arbetet, även om viljan finns hos distriktssköterskan. I nuläget går inte att avgöra om en roll i förändring är positivt eller negativt för distriktssköterskans yrke på sikt.

Vägledning som berör och främjar insikt presenteras som fyra kategorier; *Etablera en förbindelse*, *Vägvisare för patienten*, *Hälsofrämjande arbete berör* och *Insikt ökar viljan*. Även underkategorier till de olika kategorierna går att identifiera. Citat används för att belysa och visa på variationer i resultatet.

Etablera en förbindelse

Innan identifiering av behov och arbetet med förändring kan påbörjas måste distriktssköterskan etablera en förbindelse tillsammans med patienten. Mötet beskrivs som ett erbjudande om kontakt, ett påvisande om att hjälp finns tillgänglig om patienten är villig att ta emot den. Etablerandet av en förbindelse utmärks av ett ömsesidigt förtroende mellan distriktssköterska och patient samt lyhördhet och tillgänglighet i mötet.

Ömsesidigt förtroende

Ömsesidigt förtroende karaktäriseras av en lyssnande distriktssköterska som visar lyhördhet inför patienten och patientens berättelse. Ett sätt att förbereda sig inför mötet är att vara påläst och förberedd.

” / ... ja alltså ... som det här med att ha läst på ... att man vet vem det är man ska träffa... och att man har någon ... tanke liksom i det man gör liksom... det tror jag liksom att all samvaro bygger på ... faktiskt ... ”(Informant 9)

Det upplevs viktigt att vara lyhörd genom att vara uppmärksam och svara an på det som förmedlas. Distriktssköterskan visar empati, ibland genom kroppskontakt med patienten, samt tröstar om behov finns. Förbindelsen ses som ett ömsesidigt förtroende mellan distriktssköterskan och patienten. I det ömsesidiga förtroendet tillåts patienten öppna sig och distriktssköterskan svarar an på det, även om hon ibland får skjuta på ett annat möte en liten stund och tiden egentligen inte finns.

*”/...De säger inte alltid det de vill med en gång utan de känner först om de får förtroende för mig eller ... // Då behöver jag ha tid. Då får man kanske nästan låta nästa vänta då. Nästa patient. Därför att har jag fått det förtroendet... // ... då ska jag vara där också och möta dem.”
(Informant 4)*

Ömsesidigt förtroende beskrivs bygga på respekt för patienten och det den förmedlar. Mötet utmärks av *kemi* (Informant 4,5) mellan distriktssköterskan och patienten och förtroendet är en förutsättning för ett positivt resultat av det hälsofrämjande arbetet. Patientcentrering framkommer som en viktig del för distriktssköterskan i alla möten. I etablerandet av förbindelse förmedlar distriktssköterskan till patienten att hon finns tillgänglig som stöd redan från första början i det hälsofrämjande arbetet. Mötet kan vara kort eller långt, det uttrycks vara oväsentligt, det är innehållet i mötet som är det viktiga.

”/ ... men det är ju den här kommunikationen man har... utan det är ju ett möte... och det behöver inte vara två timmar utan det kan vara liksom två minuter... man får ändå med sig.” (Informant 6)

Vägvisare för patienten

Distriktssköterskans arbete med att främja hälsa går att beskriva som att vara en vägvisare för patienten. Som vägvisare möter distriktssköterskan patienten och identifierar behov av hälsofrämjande arbete. För att sedan gå före och visa på olika vägar och strategier för att få till stånd förändringar i gemenskap med patienten.

Identifiera behovet av hälsofrämjande arbete

Varje möte ses som en möjlighet att arbeta hälsofrämjande för den vuxne patienten. Genom att skapa sig en snabb överblick över hur patientens livssituation ser ut, kan distriktssköterskan finna något att belysa, medvetandegöra och lyfta fram som ett behov att arbeta vidare med. Det kan exempelvis ske genom användning av luktsinnet för identifiering av röklukt och därigenom föra in samtalet på rökning. Hälsofrämjande arbete har som mål att identifiera hälsa och förhindra ohälsa innan den uppkommit. Det

sker en identifiering av den enskilde patientens behov utifrån livssituation och förutsättningar. För att göra det krävs en lyhördhet inför det patienten förmedlar. Hälsofrämjande arbete uttrycks vara närvarande i allt arbete som distriktssköterskan utför även om det inte alltid benämns som hälsofrämjande arbete. En variation är att ibland tvingas distriktssköterskan ifrån chefer eller politiskt håll arbeta hälsofrämjande då det ses som något gynnsamt. Det framkommer att det hälsofrämjande arbetet skiljer sig utifrån var i livet patienten befinner sig. Även andra omständigheter som leder till olika behov framkommer.

*”/... Det får man ju se lite vad det är för person. En del ... alltså det är generationsskillnader, och vad det är för kultur och så. En del kanske vill ha det lite mer bestämt .../”
(Informant 4)*

En tanke eller en liten fråga som upprepas kan räcka för att få patienten att tänka till en gång extra, både på det patienten gör som är positivt för hälsan och det som behöver förändras. En variation som visar sig är att ibland är det bättre att inte arbeta hälsofrämjande, då det erfars ha motsatt effekt på patienten och får patienten att agera mot sitt välbefinnande och sunda förnuft, i stället för att lyssna och inspireras. Distriktssköterskan ser sig som en *väckarklocka (Informant 1)* för patienten genom att påtala det uppenbara. Tankar kan väckas genom en fråga om patienten har funderat över sin egen hälsa samt genom att visa på alternativa handlingsätt som främjar hälsan. Ibland träffar distriktssköterskan patienten vid upprepade tillfällen vilket möjliggör uppföljning av de råd och tankar som patienten mottagit. Identifiering av behov kan ibland leda till ett nekande av patientens önskemål vilket ändå ses vara hälsofrämjande arbete. Distriktssköterskan har med sin kunskap möjlighet att se vad som gynnar hälsan i längden vilket patienten inte alltid kan.

”/... att förklarar varför vi inte sätter in antibiotika eller ... alltså ... ju mer vi undervisar kan jag känna ... ju lättare har patienten att förstå...//... att det utvecklar resistens ... och så ... och att våran normala tarmflora är rubbad ... i ett par år pratar dom om nu... // ... så där tycker jag att det finns mycket att göra ... även där i telefon som är hälsofrämjande ... fast det inte är alltid som det blir som patienten har tänkt då .../” (informant 9)

Ibland sker det hälsofrämjande arbetet mer naturligt. Det kan vara när patienten söker för hypertoni och det framkommer att patienten rör sig lite, äter fel eller röker. I en sådan situation ter det sig naturligt att lyfta fram råd som främjar hälsan. Samtidigt påvisas det hälsofrämjande arbetet ibland vara känsligt och lite svårare att bedriva. Ett sådant område som belyses är frågan om alkoholkonsumtionen.

”/ ... men det som kommer mer sällan ... eller som jag pratar mer sällan, det är ju alkoholen ...”(Informant 6)

Identifiering av behov kan leda till hjälp genom förmedling av kontakt eller genom att föra patienterna vidare till andra som är specialiserade inom olika delar av det hälsofrämjande arbetet. Det kan vara exempelvis rökavvänjare, dietist, sjukgymnast

eller hälsocoach. Kontakten kan förmedlas genom remiss, ett telefonsamtal, en tidsbokning till patienten eller att patienten själv får ringa upp en föreslagen kontakt. Det att det ibland kan vara svårt för distriktssköterskan att förmedla en sådan kontakt.

Arbeta för förändring

Distriktssköterskans arbete för förändring har sin utgångspunkt i varje patients egenansvar för sin hälsa. De förändringar som sker har sin grund i patientens egen vilja till förändring. Distriktssköterskans roll erfars som vägledande, där information ges om de konsekvenser olika val kan ge. Patienten är fri att välja hur informationen hanteras. Patienten ges möjlighet till väl grundade beslut som bygger på eftertanke. En variation som framträder är att distriktssköterskan kan välja att i någon mån oroa patienten för att på så vis få patienten att tänka över sin situation.

” /... Eh ... och kanske oroar lite granna också, väcka en liten oro för ... // ... Man får igång ett tänk, att man kan göra någonting för att förbättra sin egen hälsa.” (Informant 5)

Kunskap, information och råd är en väg till förändring som distriktssköterskan använder sig av. Informationen ger patienten kunskap att själv välja om den vill arbeta med livsstilsförändringar. Informationen tydliggör effekterna om vad en ohälsosam livsstil leder till. Vikten av att inte döma och värdera de val som patienten gör, utan att ge dem möjligheten att välja, påtalas. Information ges på olika vis; genom samtal, broschyrer, och föreläsningar vilket möjliggör valet av en sund livsstil.

”/ ... och så försöker jag kanske påverka folk så att de, ge dem information så att de har det lätt, ser vinsten med och ändra, vad vinner jag ... /” (Informant 3)

Förändring kan ske först då patienten får berätta sin historia och blir lyssnad till. När det görs, ges möjligheten att finna det som är viktigt för den enskilde patienten. Det kan ibland visa sig genom att andra behov tydliggörs och bemöts, innan det tänkta hälsofrämjande arbetet kan påbörjas. Vissa gånger tar det tid och distriktssköterskan får arbeta länge med patienten innan kärnan för ohälsan gestaltar sig. En patient som är positiv till förändring upplevs lättare komma till stånd och genomföra den än en patient som är negativ till förändring. Distriktssköterskan är medveten om att omständigheter i patientens liv kan påverka hälsofrämjande insatser. Hindren kan vara av sådan karaktär att en förändring inte kan komma till stånd förrän hindret först är löst, trots distriktssköterskans hjälp. Dessa patienter får distriktssköterskan släppa för tillfället, så får de återkomma när de är mer mottagliga och kan prioritera förändringar i vardagen.

”/...Eller så kan man säga så här att nä nu släpper vi det här så kommer du igen om ett halvår eller ett år. Det beror, det kan vara lite olika. Det beror ju lite på anledningen att han inte känner sig motiverad. Jag menar, man kan ju inte, om man kanske ligger i en skilsmässa eller sover dåligt, då är det ju ingen idé att ta tag i detta utan då får man ta tag i det andra först.” (Informant 3)

Genom inspiration och motivering erbjuder distriktssköterskan hjälp till förändringar i livet. Det kan ske via en fundering som sänds med eller en öppen fråga till patienten. Patienten leds till tankar om förändringar i vardagen, för en ökad hälsa. Ödmjukhet och respekt visas inför patientens tankar, åsikter och de val som görs, samtidigt som försök görs till motivering av sunda val och beteende. Inspiration uttrycks som en påminnelse och en inbjudan till patienten, där patienten kan tänka till och fundera över hur hälsosamma val påverkar hälsan. Patienten erfars ofta besitta stor kännedom om hur hälsan kan främjas med hjälp och kunskap från olika medier, information och levd erfarenhet. Användandet av kunskapen kan ske genom en påminnelse, där patienten själv får tänka till och komma med svaret. Inspiration och motivering ses öppna upp för nya tankar och möjlighet till förändring genom att patienten blir delaktig. Det upplevs av distriktssköterskan som att patientens vilja till förändring kan vara ett uttryck för motivationen att genomföra förändringen. De patienter som är nöjda med sin tillvaro tycks mer svårinspirerade till förändringar än de som inte är nöjda. Psykisk ohälsa upplevs som en bidragande omständighet till försämrad hälsa och beskrivs som en negativ faktor som inte kan bortses från i det hälsofrämjande arbetet. Samband ses även med de sociala och ekonomiska villkor patienten lever i. En variation som visar sig är när distriktssköterskan under en längre tid arbetat hälsofrämjande utan något resultat. För att främja patientens hälsa väljs då att byta distriktssköterska och därigenom få till en förändrad allians med patienten i det hälsofrämjande arbetet.

”En del går oerhört fort att få med på banan andra kan ta många många år, innan man att man kanske når fram eller så kanske det handlar om att... man helt enkelt får byta. // ... vi kan känna att nu kommer jag faktiskt, eller vi kommer inte längre tillsammans här i det här.” (Informant 8)

Om patienten börjar med små mål som sedan successivt blir större och vidare ökar chanserna för ett lyckat resultat när förändringen sker. Initialt kan de förändringar vara små och yttra sig som att gå ut genom ytterdörren eller genom städning av hemmet. Med sin närvaro stöttar distriktssköterskan den förändring som sker samt stärker patientens förtroende till den egna individen. Förändringen sker i samförstånd mellan distriktssköterska och patient utan givna lösningar. Distriktssköterskan får i förändringsarbetet inte inta en maktposition, eftersom patienten erfars vara den styrande i det hälsofrämjande arbetet. En av distriktssköterskans uppgifter är att finna acceptabla lösningar och mål för patienten utifrån patientens livssituation. Bemötandet kan inverka på patientens val och motivation till hälsofrämjande arbete, både positivt och negativt. Innan förändringar genomförs sammanfattar distriktssköterskan det som har överenskommit med patienten så samförstånd råder.

”/ ... och man måste ... man måste också ... göra som en liten sammanfattning också när ... man måste kolla så att patienten ... att vi har uppfattat varandra rätt ...!” (Informant 7)

En variation som visar sig i arbetet med förändring är det hälsofrämjande arbetet för patienten som har ledande position i samhället eller är van att styra i sitt arbete. Denna patientgrupp erfars ha svårare att lyssna och ta till sig råd som gynnar hälsan. Stöd ges

till alla patienter och sker genom uppföljning via telefonsamtal eller personliga möten. Alla framsteg ges positiv respons, även små. En kontinuitet i kontakten uppfattas vara av betydelse då en relation etableras mellan distriktssköterska och patient. Förändringen som sker kan ta tid, men gynnas av det på lång sikt, då den upplevs varaktigare. Ytterligare en variation som uttrycks är att en tävling mellan olika patienter, eller med egna mål som patienten satt upp motiverar till förändring. Det framträder som en motivation för distriktssköterskan att fokusera extra på de patienter som är oengagerade till att genomföra förändringar. En svårighet till förändring som visar sig är när patienten redan gör det den förväntas göra, utan att det genererar i något resultat. Ett uttryck för det är:

”/... och så tänker jag ju med bensår många gånger, att de mår också bra av att promenera... och kanske lägga upp sin fot... // ... och då kanske det visar sig när vi börjar prata om det att patienten har alltid en mjuk kudde på en stol och sätter alltid upp sitt ben...”) Informant 9

Hälsofrämjande arbete för förändring visar sig vara en del av vården, där det uttrycks som en del av behandlingen. En sådan behandling kan initialt betyda att hypertoni försöks behandlas i upp till ett halvår med enbart livsstilsförändringar. Motiverande samtal lyfts som ett medel i det hälsofrämjande arbetet och används helt eller delvis utifrån patientens behov. Ytterligare ett verktyg i det hälsofrämjande arbetet är att leda vidare till eller använda sig av intresseorganisationer som samarbetspartner exempelvis idrottsföreningar. Det ses inte alltid som positivt enligt distriktssköterskan.

”/ ... Ja och att det har kommit för många andra som kanske jobbar med detta. Och mycket konstiga dieter och mycket konstiga, alltså ...” (Informant 4)

En variation av arbete för förändring är hälsofrämjande grupper. Gruppen skapar en dynamik där patienterna stöttar varandra till fortsättning i arbetet med att främja hälsa. Gruppmedlemmarna erfars säga sådant till varandra som distriktssköterskan inte kan förmedla. Gruppverksamhet är en möjlighet för patienten till social samvaro samt gemensamt genomgå förändringar. Gruppen gör att patienterna motiverar varandra till förändring och att inte ge upp när det inte förändringen sker.

” ... det är kanske någon som har varit hos mig och känner att det inte kommer igång, nä de har ingen att gå med, då kan det vara ett sätt att liksom komma in i ... /”(Informant 2)

En patientgrupp som utkristalliserar sig tydligare än andra när distriktssköterskan arbetar för förändring är unga vuxna. Det lyfts fram att de genom sin ungdom har ett långt liv framför sig och vinner på att lära sig tänka och leva sundare. Det framkommer att denna grupp av patienter ibland prioriteras av distriktssköterskan som då lägger ner lite extra tid och energi, om möjlighet finns att göra det. Denna grupp berör distriktssköterskan lite mer till att vilja arbeta med förändring.

” ... jag tänker nog när jag ser unga tjejer som står och röker att stackare låt bli det där ... ni mår så mycket bättre utan ...” (Informant 1)

Hälsofrämjande arbete berör

Arbetet med att främja hälsa hos patienter berör distriktssköterskan. Det erfars som engagemang och att glädjas med patienterna, men även genom att bli besviken, frustrerad och resignerad när patienten misslyckas med sina intentioner att främja hälsan eller saknar motivation. Gemensamt är att känslor väcks och en beröring sker hos distriktssköterskan i det hälsofrämjande arbetet.

En källa till glädje och engagemang

Det hälsofrämjande arbetet beskrivs som en källa till glädje och engagemang. Arbetet inspirerar och leder till en önskan och vilja att fortsätta arbeta hälsofrämjande. Det ses som en källa till glada överraskningar och möten som berör. Hälsofrämjande möten skildras som positiva möten, eftersom distriktssköterskan ges möjlighet till preventivt arbete med det friska hos människan. Glädjen i mötet visar sig stimulera till fortsatt arbete för främjande av hälsa hos den enskilde individen.

” ... ja men det är ju naturligtvis väldigt roligt ... att man känner att det ... att det ger någonting ... ”(Informant 2)

När en patients försök till förändring leder till positiva resultat, överraskar det ibland distriktssköterskan. Ordens makt visar sig vara en sådan överraskning, då patienten lyssnar och tar till sig de råd som ges och arbetar för att gynna sin hälsa. Tillfredsställelse finns i vetskapen av att det som distriktssköterskan gör utvecklas och blir avgörande för den enskilde patientens hälsa. En vilja finns också att få ta del av hur den enskilde patienten har klarat de mål som satts upp och få ta del av dess effekter. Uppföljning är ett sätt, ett annat kan vara slumpartade möten där patienten tackar för hjälpen.

”/... tack för att du gjorde det här för mig ... då får man ju riktiga endorfinkickar och man känner sig euforisk ... och då ... kan man känna för att man har hjälpt någon människa /” (Informant 6)

Glädjen över en lyckad hälsofrämjande åtgärd visar sig vara dubbelriktad. Patienten gläds över sina uppnådda mål och distriktssköterskan känner stolthet och glädje över patientens framgångar, även de minsta. Glädje och engagemang erfars som angeläget och uttrycks som *att arbeta med hjärtat (Informant 7)*. Engagemanget i arbetet med att främja hälsa samt den glädje och tillfredsställelse det hälsofrämjande arbetet genererar hos distriktssköterskan visar sig för kollegor, vänner och anhöriga.

Frustration och resignation

I det hälsofrämjande arbetet beskrivs frustration och resignation när arbetet inte fortlöper som önskat. Det uttrycks som tråkigt när resultatet inte blir det förväntade.

*”/ ... ge upp ska man väl aldrig göra. Men den känslan kan ju infinna sig, att det här känns faktiskt... nästan lite hopplöst. Att det är ju så svårt och vi har försökt... /”
(Informant 8)*

Det framkommer att känslan av frustration kan minska med tiden. Funderingar över distriktssköterskans egen del i misslyckandet förekommer men ses minska när erfarenheten ökar. Förståelse infinner sig således i att distriktssköterskan gjort det hon kan samt att patienten har valfrihet. Det uttrycks vara tungt och inte lika roligt när det inte blir några framsteg eller när distriktssköterskan får släppa den omotiverade. Distriktssköterskan beskriver att de *inte kan trollo* (Informant 3), vilket det erfars att patienter ibland tror. Infinner sig negativt resultat får distriktssköterskan hålla god min och undvika att ge patienten skuld känslor.

”/... Som, som, när man ser att de lever som en tickande bomb. Det är väldigt frustrerande, det är ju det. Eh... så då får man liksom bita sig, i tungan, för att, att liksom ändå visa respekt för den människan.” (Informant 5)

Insikt ökar viljan

Distriktssköterskan ser att ökad kunskap om det hälsofrämjande arbetet leder till en större implementering i verksamheten. Arbetet erfars bygga på erfarenhet, evidensbaserad kunskap och en vilja att hjälpa. Genom att distriktssköterskan medvetet och/eller med stöd av kunskap tar hand om sin egen hälsa medvetandegör och motiverar hon patienten till val som stöder det hälsofrämjande arbetet. Valet av yrke som distriktssköterska har ofta präglats av viljan att arbeta hälsofrämjande. Distriktssköterskan inser att idag är yrket och dess roll i det hälsofrämjande arbetet i förändring.

Distriktssköterskans kompetens och kunskaper

Distriktssköterskan besitter kunskaper inom hälsofrämjande arbete. Arbetet med att gynna hälsa visar sig ibland vara en anledning till valet av distriktssköterskeutbildningen. Arbetet genomsyras till stor del av ett hälsofrämjande tänk, i direkta möten med patienten såväl som vid telefonkontakt. Medvetenhet finns om behovet av hälsofrämjande arbete och distriktssköterskan ser det som en av sina huvuduppgifter. Hälsofrämjande arbete pågår varje dag och uttrycks som en bredd i distriktssköterskans kompetens. Det hälsofrämjande arbetet ses vara viktigt.

”Men... alltså det är ju i stort alltså någonting som ska genomsyra ens arbete som distriktssköterska att man har den synen och liksom har de spreten ute på något sätt när man har, när man möter alla patienter eller man pratar i telefon om det.” (Informant 5)

Utbildning och fördjupning i ämnet påverkar distriktssköterskans arbetssätt och ger henne som det uttrycks *mer kött på benen* (Informant 1, 5). Läsning av forskning om

hälsofrämjande arbete erfars påverka arbetet då det blir en påminnelse om att granska hur det hälsofrämjande arbetet bedrivs på den egna arbetsplatsen. Det påtalas att distriktssköterskan är skyldig att arbeta evidensbaserat. Riktlinjer belyses som ett redskap för ett evidensbaserat hälsofrämjande arbete.

"... att kunna skilja på det som är humbug och vetenskap och har evidens..." (Informant 6)

Trygghet finns i arbetet genom att vara påläst och kunna svara på patienters följdfrågor. Ett hinder som ses för utvecklingen av distriktssköterskans hälsofrämjande arbete är att vara *hemmablind* (Informant 8). Helheten ses hos patienten, genom att livssituation, resurser samt svagheter patienten besitter bedöms. Utifrån den bedömningen kan distriktssköterskan sedan bedöma patientens förutsättningar till delaktighet i det hälsofrämjande arbetet. Erfarenhet ger distriktssköterskan möjlighet att avgöra hur länge hon ska arbeta med en specifikt hälsofrämjande inriktning med en enskild patient. Kunskaper i arbetet ses delvis komma från levd erfarenhet då det upplevs bli en del av personligheten. Det finns kunskaper i att se förändringar hos patienten innan den själv uppmärksammar dem. Insikt finns att patienten inte bör bemötas för hurtfriskt då det kan få motsatt effekt än tänkt. Mötet och framtoningen anpassas till varje patient, utifrån kunskap och erfarenhet, så att det inte blir för hårt men inte heller för mjukt.

"/ ... Jag kan ju nästan läsa på ett papper såhär, ha, de... alltså, ska ju inte har förutfattade meningar... //... Men så får jag ju inte ha den inställningen, utan det, det.. fiska upp och fånga vad man tror att de kan göra själva då...!" (informant 4)

Distriktssköterskan upplever sig ha kunskap om hur hälsofrämjande frågor tas upp i mötet med patienten. Möten som inte upplevs tillfredsställande kan trots allt få effekter som är positiva för patienten samt ge distriktssköterskan lärdomar.

Medvetenhet om den egna hälsan

Medvetenhet finns om att den egna livsstilen och hälsan påverkar det hälsofrämjande arbetet. En välmående distriktssköterska ses kunna använda sig av det i sitt hälsofrämjande arbete.

"Om jag själv är lycklig och glad så presterar jag ett bättre jobb." (Informant 4)

Mötet upplevs kunna påverkas negativt vid stress då det leder till försämrade möjligheter i arbetet med patienten. Olikheter mellan distriktssköterskor kan vara en tillgång då det visar på en mänsklig sida. Det erfars att övervikt hos distriktssköterskan kan visa en mänsklig och mjukare sida, vilket ibland är till fördel i det hälsofrämjande arbetet. En variation är att för mycket övervikt hos distriktssköterskan kan skapa misstro hos patienter med viktproblematik. Andra variationer är att förespråkande av träning från den som undviker träning och rökavvänjning från den som röker försvårar arbetet och minskar trovärdigheten i det som sägs. Levd erfarenhet visar sig vara en fördel i det

hälsofrämjande arbetet genom att patienten kan valideras i sina försök att ändra livsstil. Den levda erfarenheten kan hjälpa så väl som stjälpas i det hälsofrämjande arbetet.

” ... säg att man röker mycket ... då är det inte så lätt att vara rök avväjare då ... om man luktar själv ... ”(Informant 7)

Distriktssköterskan kan visa sig mänskligare genom att visa egna brister och därmed skapa kontakt med patienten. Det görs skillnad mellan att vara personlig och privat i det hälsofrämjande arbetet. Fokus får inte flyttas från patienten till distriktssköterskan. Empati beskrivs som viktigt, likaså att vara sig själv och inte vara tillgjord inför patienten. En möjlig svårighet för distriktssköterskan är att det hälsofrämjande arbetet ibland medför att arbeta mot sig själv. Ibland uppmuntras till aktivitet trots vetskapen om de egna svårigheterna att komma igång hemma på kvällen efter en arbetsdag.

”Det är bara att gå till sig själv, jag kanske inte heller har så lätt att fixa det där alla gånger. Och så ska man ändå, alltså se vinsterna här.” (Informant 8)

Leva som jag lär

Insikt finns hos distriktssköterskan om det egna agerandet och dess påverkan på det hälsofrämjande arbetet. Det visar sig genom att distriktssköterskan försöker leva som hon lär. Det upplevs som att den distriktssköterska som lever ett hälsosamt liv och har ett sunt tänk lättare kan förmedla sitt budskap till patienten.

”... Jag tror att jag... det är det ju ... jag försöker leva som jag lär... så jag ... äter ganska nyttigt... det vet ju inte patienterna men man försöker ändå ... ger dem den ... motivationen... ”(Informant 8)

En variation av leva som du lär är att lära som du lever. Det visa sig exempelvis som att distriktssköterskans entusiasm inför en viss aktivitet upplevs öka förmågan att överföra glädjen i aktiviteten till patienten.

”/... men är det roligaste man vet att motionera så är det väl lättare att prata entusiastiskt om det ... än om man tycker det är det jobbigaste som finns ... så det tror jag gör skillnad .../” (Informant 9)

En roll i förändring

Distriktssköterskans roll upplevs vara i förändring. Tiden för hälsofrämjande arbete erfars idag vara mer knapp än tidigare, då det förut sågs vara en naturlig del i arbetet. Idag uppfattas ett behov av att ta sig tiden, samtidigt som andra arbetsuppgifter genomförs, om viljan finns till hälsofrämjande arbete. Ökade möjligheter att arbeta hälsofrämjande kan ses i de fall besökstider blivit fem minuter längre än tidigare. Insikt finns om ett förändrat arbetssätt inom det hälsofrämjande arbetet. Tidigare byggde arbetet mest på information, medan det idag handlar mer om inspiration där patienten hjälps till att se vad det finns för behov. En variation är att det hälsofrämjande arbetet nu

upplevs erhålla större plats i verksamheten. Det uttrycks som att vårdandet uppfattas ha förflyttats mer från det sjuka till en vilja att gagna hälsan. Det visas vara mer tillåtet för livsstilsfrågor att ta plats i distriktssköterskans arbete än för några år sedan. Omgivningens attityder och dess betydelse för det hälsofrämjande arbetets plats i verksamheten synliggörs. Yrkesrollen ses vara i förändring, utifrån förändrade attityder till hälsofrämjande arbete. Det har under de senaste åren tillkommit fler aktörer som arbetar med att främja hälsa. Hur förändringen gestaltar sig får tiden utvisa närmare:

”... jag vet inte vad jag ska säga men, lite granna har yrket förändrat sig. Så det får vi se va, se hur det blir i framtiden.” (Informant 4)

Insikt finns om ett pågående arbete för att skapa utrymme för förändring i verksamheten, där distriktssköterskan tillåts större plats till hälsofrämjande arbete. Ett hinder som ses är när chefer inte vill förespråka hälsofrämjande arbete trots att distriktssköterskan ser ett behov av det och verkar för dess existens. I vissa fall kan patienter idag, som tidigare behandlades av distriktssköterskan, lämnas vidare till andra personalgrupper trots att kunskaperna och viljan finns hos distriktssköterskan. Det upplevs att det sker eftersom tid och resurser saknas för att följa patientens arbete hela vägen. Avsaknad av tid trots att viljan finns uttrycks som ett hinder i det hälsofrämjande arbetet. Uppfattningen om tillgång av tid varierar och upplevs som att det finns utrymme till hälsofrämjande arbete samt att utrymmet är tveksamt. Tiden ses styra möjligheterna till hälsofrämjande arbete och distriktssköterskan säger sig vilja ha mer tid. En variation som uttrycks är en önskan att distriktssköterskan vill slippa ytterligare hälsofrämjande insatser, då tiden upplevs saknas.

”/ ... som det är nu och så känner jag nog först och främst ... att som det är nu så finns det inte tid ... så det är inte liksom ... lägg inte på oss det också ... med det är ... fanns det och möjlighet ... så tror jag säkert att det är väldigt roligt och intressant” (Informant 9)

En roll i förändring visar sig som att möjligheten till arbete med att främja hälsa beror på övriga resurser i verksamheten. Det upplevs att ekonomi står i fokus och vårdens mål främst räknas i kvantitet, vilket påverkar förekomsten av hälsofrämjande arbete. En anledning till att arbetet med hälsofrämjande insatser minskar upplevs bero på att det inte satsas pengar på området. Ekonomi ses idag stå i fokus vilket visar sig leda till en frustration som skapar stress hos distriktssköterskan, stressen i sin tur påverkar arbetet negativt då distriktssköterskan tappar fokus. Hälsofrämjande arbete upplevs av distriktssköterskan ge vinster för patienten, men också samhällsekonomiskt. Arbetsledningens val att prioritera sjukvård framför hälsofrämjande arbete ses styra distriktssköterskans arbete. En identifierad risk är att det hälsofrämjande arbetet försvinner i mängden eller glöms bort, trots att det kan vara högt prioriterat av distriktssköterskan. Det framträder en variation som ifrågasätter om det är rätt att distriktssköterskan med sin kompetens ska hjälpa fysiskt friska utan riskfaktorer med det hälsofrämjande arbete.

DISKUSSION

Diskussionen delas in i en metoddiskussion där författarnas tillvägagångssätt och metod diskuteras samt en resultatdiskussion där studiens resultat lyfts fram och reflekteras över. Avslutningsvis presenteras slutsatser, kliniska implikationer samt förslag på vidare forskning.

Metoddiskussion

För att svara an på syftet som efterfrågar distriktssköterskornas erfarenhet söktes en lämplig ansats och metod. En kvalitativ metod med induktiv ansats tillåter forskaren att ta del av informantens levda erfarenheter och variationer av det efterfrågade fenomenet (Hsieh & Shannon, 2005; Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Författarna kunde på så vis ta del av distriktssköterskornas levda erfarenheter av hälsofrämjande arbete till den vuxne patienten samt erhålla svar på det som efterfrågades. Informanterna är från två olika geografiska regioner, i skilda åldrar, och arbetar både i tätort och på landsbygden vilket leder till en variation av hur de upplever fenomenet. Informanterna var endast kvinnor vilken är en svaghet i studien. Enligt Polit och Beck (2012) väljs urvalet utifrån levda erfarenheter om fenomenet. Författarna hade initialt problem med att finna tillräckligt med informanter inom studiens tidsram eftersom flera vårdcentraler, verksamhetschefer eller distriktssköterskor, tackade nej till deltagande. Verksamhetscheferna hjälpte till som grindvakter genom att förmedla förfrågan till informanterna och i vissa fall återkom de med namn på informanter till författarna. Enligt Sharkey, et al. (2010) är det ett acceptabelt tillvägagångssätt om grindvakten är medveten om informantens frivillighet, uppvisar respekt för individen, ser till forskningens vinster och nytta samt är rättvis i sitt agerande. För säkerställande av att det skedde efterfrågade författarna muntligt och skriftligt informantens samtycke till deltagande i studien vid intervjutillfället.

Efter bästa förmåga strävade författarna efter att ha ett öppet förhållningssätt, där informanterna tilläts berätta, under intervjuerna. Områdena i intervjuguiden framträdde ibland spontant under intervjun och fick ibland efterfrågas. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) visas en tillförlitlighet hos intervjuerna om informanterna svarar liknande oavsett hur frågan formuleras. Denna studies författare kan till viss del överföra det på data som erhållits, då den visar en samstämmighet trots olika informanter och olika intervjuare. Författarna återkopplade under intervjuerna till informanten genom att fråga igen och sammanfatta det som berättats, för att inget skulle missförstås. Liknande process skedde under transkribering då intervjun lyssnades på vid flera tillfällen för säkerställande av en korrekt utskrift. Kvale och Brinkmann (2009) menar att det bör göras för att säkerställa en giltighet i materialet.

Intervjuerna analyseras med hjälp av en innehållsanalys så som den beskrivs enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008). Analysmetoden går att använda oavsett hur erfaren forskaren är och hur materialet ser ut. Ett rikt material och en erfaren forskare kan göra en mer komplett och innehållsrik analys (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Data som samlades in tyder på enighet hos samtliga informanter samtidigt som det förekommer rikt med variationer. Det talar enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008) för en tillförlitlighet och överförbarhet hos studien. Författarna genomläste

analysenheten vid ett flertal tillfällen för att säkerställa analysprocessen. Därefter skedde utplockande av meningsenheter, kodning och indelningen i subkategorier och kategorier gemensamt. Citat användes för att ytterligare stärka analysen och visa på resultatets giltighet. En av resultatdelarna, *Vägvisare för patienterna* blev betydligt fylligare och mer innehållsrik än övriga delar, paralleller kan dras till antalet koder som täcker in det området. Funderingar som finns hos författarna är varför det blev så? Följdes svaren inte upp tillräckligt samt påverkade författarnas ringa erfarenhet i intervjuande till att övriga delar inte blev lika omfattande? Eller är det författarnas analys och val av kategorier och underkategorier som snedställt resultatet? Samtidigt får enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008) ingen meningsbärande enhet som svarar på syftet uteslutas utan är en del av resultatet. Vilket trots den sneda fördelningen av koder, visar på giltighet för resultatet. Det gemensamma kodandet visade att saker som inte tydligt framträdde för den ena författaren gjorde det hos den andre. Det resulterade i att förförståelsen lättare gick att hålla tillbaka, genom ifrågasättande av om det som sågs verkligen var riktigt eller om förförståelsen talade. Hjälp erhöles även under handledning, vilket resulterade i nya infallsvinklar.

Studien kan ses vara till nytta för alla distriktssköterskor som arbetar med hälsofrämjande arbete, eftersom djupare förståelse och kunskap för det hälsofrämjande arbetet kan erhållas. Som all kvalitativ forskning kan den inte plockas ur sitt sammanhang och den kunskap som erhöles är specifik för informanterna i det sammanhang de befann sig och kan därför inte generaliseras. Överförbarheten kan ses utifrån tidigare forskning och det stöd som finns där, vilket redovisas i resultatdiskussionen. För en full förståelse för sammanhanget bör enligt Lundman och Hällgren Graneheim, (2008) kännedom om kontexten finnas då olika resultat kan få olika mening i olika sammanhang. De kommunikativa och realistiska infallsvinklar av hur resonemangen är meningsfyllda, rimliga och trovärdiga påverkar relevansen. Likaså om det ger inspiration till nya sätt att tänka. Variation och djup i resultatet avgör möjligheten till överförbarhet till andra situationer än de som ingår i studien. Överförbarheten till andra sammanhang är upp till varje läsare att bedöma. Den styrs även av hur noggrant tillvägagångssättet är beskrivet. Författarna anammade det och försökte visa det genom noggranna beskrivningar i studiens alla delar.

Resultatdiskussion

Distriktssköterskans hälsofrämjande arbete visar sig i denna studie som ömsesidigt förtroende mellan distriktssköterska och patient. Det ömsesidiga förtroendet är en del av förbindelsen som etableras mellan distriktssköterskan och patienten i det hälsofrämjande arbetet. Distriktssköterskan arbetar sedan hälsofrämjande genom att identifiera patientens behov samt genom att arbeta för förändring tillsammans med patienten. Resultatet visar även att det hälsofrämjande arbetet berör distriktssköterskan, både positivt och negativt. Distriktssköterskans vilja till hälsofrämjande arbete ökar genom kompetens och kunskap. Medvetenhet finns om distriktssköterskans egna val för att öka sin hälsa samt om den egna hälsans betydelse i det hälsofrämjande arbetet. Distriktssköterskans roll i det hälsofrämjande arbetet ses vara i förändring även om riktningen i dag inte går att peka ut. Det hälsofrämjande arbetet för den vuxne patienten visar sig som *Vägledning som berör och främjar insikt*. Fynd som författarna finner intressanta i resultatet lyfts fram och diskuteras nedan.

Det hälsofrämjande arbetet berör distriktssköterskan genom känslor som väcks enligt denna studies resultat. Det framkommer inte mycket i litteraturen och författarna frågar sig om det sakas information och kunskap inom ämnet? Författarna ser distriktssköterskornas känslor kopplade till det hälsofrämjande arbetet som intressanta och erfar att det skulle kunna vara en orsak till den positiva bilden som ges av arbetet med att främja hälsa. Det hälsofrämjande arbete som genererar goda resultat berör genom inspiration och leder till glädje och engagemang. En liknande beröring beskrivs hos Dahlberg och Segesten (2009) genom vårdarens närvaro hos patienten. Närvaron beskrivs som att vårdaren tillåter sig vara personlig utan att bli privat genom självkänedom och inre trygghet. Närvaron ställs som motpol till ett distansering och undflyende. En resignation kan även ses i denna studies resultat, kopplat till när de hälsofrämjande insatserna inte ger önskat resultat, eller patienten inte är motiverad. Distriktssköterskan beskriver det inte det som en frånvaro av närvaro utan som ett accepterande av patientens eget val. Resignationen beskrivs även som ett steg i den egna utvecklingsprocessen och växer fram ur en känsla av hopplöshet och frustration. Detta kan jämföras med Caseys (2007) studie, där sjuksköterskor som arbetar på en akutvårdsavdelning ibland betvivlar effekterna av sitt hälsofrämjande arbete. Det leder till en känsla av frustration över att vissa beteende är svåra att förändra. Gray (2009) visar i en kvalitativ studie där sjuksköterskor och sjuksköterskestudenter ombads att berätta om sitt känslomässiga engagemang i vårdandet, att känslor leder till närmare relation mellan sjuksköterska och patient. Det leder författarnas tankar till den ömsesidiga relation som beskrivs i resultatet och relationens förutsättning för en positiv effekt av det hälsofrämjande arbetet. Är det kanske så att beröringen och den ömsesidiga relationen är integrerade i varandra, samtidigt som det är två olika aspekter av det hälsofrämjande arbetet? Om det är det skulle det kunna vara ytterligare en variation i *Vägledning som berör och främjar insikt*. Engagemanget hjälper enligt Gray (2009) patienten vid genomförandet av förändringar som främjar hälsan. Distriktssköterskans känslomässiga engagemang syns tydligt i denna studies resultat och beskrivs som en önskan och vilja till hälsofrämjande arbete. I resultatet tydliggörs vetskapen om distriktssköterskans upplevda gynnsamma verkan på den enskilde patientens hälsa. Frågan författarna ställer sig är om nu vetskapen finns om de gynnsamma effekterna på patienternas hälsa, varför prioriteras då inte det hälsofrämjande arbetet högre och blir en självklarhet på varje vårdcentral och för varje distriktssköterska? Finns det möjligtvis en koppling till det som i resultatet beskrivs som en roll i förändring? I denna studies resultat ses knappa resurser och ekonomi orsaka den tidsbrist som distriktssköterskan upplever i det hälsofrämjande arbetet. Detta styrks av Wilhelmsson och Lindberg (2009) som menar att det krävs en organisation som har resurser, struktur och avgränsning för att kunna arbeta hälsofrämjande. Är det så att politiker och chefer inte ser det distriktssköterskan ser, att en satsning på hälsofrämjande vård både minskar lidande och sparar pengar på sikt?

Resultatet visar att distriktssköterskan är medveten om hur den egna hälsan påverkar inställningen till hälsofrämjande arbete samt den egna hälsans användningsmöjligheter i det hälsofrämjande arbetet. Distriktssköterskans egen inställning till hälsa och hälsosamma val visar sig vara en del i hur distriktssköterskan erfar sitt hälsofrämjande arbete till den vuxne patienten. Det sker genom användandet av sig själv i arbetet, antingen som god förebild eller bevis för att förändringar är möjliga. I resultat ses även

motsatsen där ett ohälsosamt beteende hos distriktssköterskan upplevs kunna leda till misstro från patienten. Enligt Chinns (2011) begreppsanalys är hälsomedvetenhet ett kritiskt granskande och värderande av den hälsoinformation som ges samt förmågan att använda den för att öka välbefinnande och kontroll över hälsan. Det sker genom förståelse för relationen med omgivningen och dess inverkan över den enskilda individen. Parallellt till resultatet går att se hos Holt och Warne (2007) som belyser svårigheterna med hälsofrämjande arbete om det går emot den egna livsstilen eller de egna värderingarna. Det stärks av studiens resultat som visar en medvetenhet hos distriktssköterskan om svårigheterna med att arbeta mot sig själv. Samtidigt i ICN:s etiska kod betonas sjuksköterskans ansvar över den egna hälsan (International Council of Nurses, 2006). Författarnas frågor sig om de etiska kraven kan ha betydelse för hur distriktssköterskans hälsa och livsstil ser ut samt hur trovärdigheten hos distriktssköterskan påverkas? I denna studies resultat framkommer en medvetenhet hos distriktssköterskan om svårigheter att arbeta hälsofrämjande när hon själv brister i främjandet av den egna hälsan. I resultatet framkommer även att distriktssköterskan ska sätta sig själv åt sidan samt att den egna hälsan inte ska ha betydelse. Samtidigt framkommer det att en stressad distriktssköterska påverkar mötet negativt. En distriktssköterska som mår bra orkar kanske hjälpa andra i större utsträckning? Människor mår bättre om de har en bra livsstil och god hälsa vilket distriktssköterskan har kunskaperna samt förmågan att förmedla. Ska det med utgångspunkt i det finnas ökade krav på en hälsosam livsstil för distriktssköterskan? Resultatet styrker det eftersom en distriktssköterska som försöker leva som hon lär enklare kan förmedla sitt budskap till patienten. Distriktssköterskan kan kanske dra lärdom av forskning och applicera det på sig själv. Hälsomedvetenheten ses av Nutbeam (2008) som en hälsoresurs att bygga vidare på och utveckla som ett resultat av utbildning och kommunikation samt vidhållande av självbestämmande i beslutsfattandet. Kanske rör det även distriktssköterskan och hennes förmåga att ta vara på den egna hälsan? Om det är så borde distriktssköterskan som påtalar vikten och skyldigheten till kunskap och kompetens i det hälsofrämjande arbetet vara den som är bäst lämpad att se sina egna styrkor och svagheter!

Resultatet beskriver distriktssköterskan som en vägvisare för patienten där vägledning sker i arbetet med patientens hälsa. Det sker genom identifiering av patientens behov, av hälsofrämjande insatser, för vilka distriktssköterskan är lyhörd och lyssnar in det patienten förmedlar. Distriktssköterskan försöker inge patienten inspiration och motivation till förändringar som främjar hälsan och det sker genom råd, stöd och information. Det styrks av Speros (2005) som i sin analys av hälsomedvetenhet belyser att sjuksköterskan måste förse patienten med kunskap utifrån hennes förmåga att ta till sig kunskap, önskan att förverkliga sina mål samt befintligt kunnande. Enligt distriktssköterskans kompetensbeskrivning ska distriktssköterskan kunna bedöma den enskilda patientens behov av utbildning samt kunna anpassa informationen (Svensk sjuksköterskeförening, 2008b). Piper (2010) menar i sin kvalitativa studie om sjuksköterskors upplevelser av arbetsmetoder, att det krävs ett bemötande på mellanmänsklig nivå för att nå resultat. Runciman, et al. (2006) bekräftar vikten av att distriktssköterskan ser människan i sitt sammanhang och relationen dem emellan. Resultatet i denna studie visar att distriktssköterskan framhåller patientens egenansvar gällande förhållningssätt till den information som ges. En tanke hos författarna är att om både vårdrelationen och egenansvaret är delar av vägledningen som sker i det

hälsofrämjande arbetet, kanske distriktssköterskan genom vårdrelationen kan påverka hälsomedvetenheten. Det stärks av Nutbeam (2008) genom att patientens förmåga att ta vara på sig själv är en viktig aspekt att ha med när planering görs för hälsofrämjande åtgärder. En fundering som finns hos författarna utifrån det är om det rent krasst kan vara så att beroende på vilken distriktssköterska som ger råden, kan en patient få skilda råd. Saknas kontinuitet i kontakten med distriktssköterska finns det risk för att olika råd ges. Kan olika råd möjligtvis snarare skapa en osäkerhet hos patienten än öka hälsomedvetenheten? Främjar distriktssköterskans arbete då patientens egenansvar? Författarna är osäkra på det.

Resultatet framhåller lyhördhet inför patientens berättelse som viktigt i det hälsofrämjande arbetet. Lyhördhet lyfts fram som en del i det ömsesidiga förtroendet men även i distriktssköterskans identifierande av behov av hälsofrämjande arbete. Främjandet av hälsa kan ske genom lyhördhet hos distriktssköterskan vilket denna studies resultat framhåller. Utifrån lyhördheten kan distriktssköterskan sedan identifiera den enskilde individens behov med grund i individens livssituation. Ekeberg (2009) påvisar att sjuksköterskan bör befinna sig på patientens nivå i berättelsen som förmedlar eller informationen som ges. Det kan göras genom att aktivt ta del av och tillsammans med patienten reflektera över livsvärlden. Förändringar kan inte komma till stånd om de inte sker utifrån den enskilde patientens livsvärld och förutsättningar. Patienten anses själv ansvara för sin hälsa och distriktssköterskan finns där och erbjuder sin hjälp. Distriktssköterskan ansvarar inte för patientens val men underbygger patientens beslut genom adekvat information. Snellings (2012) begreppsanalys påtalar att ansvaret för hälsa ska förstås i sin kontext, där ansvaret läggs på patienten utifrån patientens förmågor.

Resultatet visar att det ibland finns hinder som får tas hänsyn till i distriktssköterskans arbete för förändring. Distriktssköterskan måste se hela patienten och ibland kan det finnas behov att arbeta med annat innan det är möjligt att arbeta med det problem som först identifierades. Faktorer som identifieras av distriktssköterskan som hinder för hälsofrämjande arbete är psykiskt ohälsa och i vissa fall levnadsomständigheter som påverkar patienten negativt. Korp (2008) visar i sin analys av livsstil att förmågan till positiv hälsa kräver socialt och kulturell kompetens och att ett ideal av hälsa dominerar det hälsofrämjande arbetet. Frågan författarna ställer sig är att om patienten inte har förmåga till social och kulturell kompetens, har patienten då inte heller förmåga till att främja sin hälsa? Om det är ett ideal som styr det hälsofrämjande arbetet måste alla passa in i det? Kanske är distriktssköterskans roll att hitta varje patients egen motivation och vilja till förändring, utifrån patientens egen livsvärld. Resultatet i denna studie motsäger det genom att en patient som distriktssköterskan upplever omotiverad ses som svår att hjälpa.

Resultatet visar att arbetet med att gynna hälsan lättare kommer till stånd om patienten upplevs vilja förbättra sin hälsa. Frånvaro av vilja hos patienten kan ses som ett hinder i det hälsofrämjande arbetet. I en kvalitativ studie av Gruman, et al. (2010) påtalas vikten av den enskilde patientens upplevda behov och motivering till hälsoförändring, för att utifrån det kunna hjälpa på bästa möjliga sätt. Det styrks av Jallinojas, et al. (2007) kvalitativa studie från Finland, vilken belyser distriktssköterskans och distriktsläkarens syn på hälsofrämjande arbete. Det framkommer att distriktssköterskans misslyckande

ofta går att förklara med patientens motvilja att genomföra en behandling eller en förändring som gynnar hälsan. Distriktssköterskan bör enligt Svensk sjuksköterskeförening (2008b) ha förståelse för den enskilde patientens förutsättningar och utgå från dem i sitt arbete. Buchanan (2006) menar i sin modell, som visar två sätt att förhålla sig till hälsofrämjande utbildning, att människan ges möjlighet att själv besluta utifrån sin bästa förmåga. Bättre hälsa är nära knutet till människans förmåga till autonomi. Sjuksköterskans arbete är att stödja människan till goda val och välbefinnande, vilket leder till upplevelsen av ett gott liv. Det stärker resultatet i denna studie som visar att de patienter distriktssköterskan upplever vara nöjda med tillvaron är mer svårmotiverade till förändringar som främjar hälsan. Viljan skulle på så sätt kunna ses ett hälsohinder eller som en resurs vid hälsofrämjande förändringar som distriktssköterskan kan arbeta med. Tankar hos författarna är att om viljan inte finns kanske det är den som distriktssköterskan ska arbeta med att stärka för att på så sätt erhålla en resurs i arbetet med att främja hälsan. Hälsoresurser visar sig vid en litteraturoversikt av Rotegård, Moore, Fagermoen och Ruland (2010) vara en tillgång hos patienten och kan användas som ett hjälpmedel i patientens strävan till ett hälsosammare beteende. Hälsoresurser kan användas då patientens styrkor och svagheter tillåts framträda och ses som en komponent i den individuella vården (Rotegård, et al., 2010).

Resultatet visar frustration och resignation hos distriktssköterskan när det hälsofrämjande arbete inte sker som det är tänkt. Författarna kan se det som en beröring där distriktssköterskan arbetar med sig själv och sin resignation som främsta hinder om hon ska kunna ändra viljan hos patienten. En hälsosam livsstil avspeglas i tankar, känslor och engagemang i möten med andra. Den som undervisar i hälsa måste ha kunskap om de strategier och tankar som lärs ut. Även i Hälso- och sjukvårdslagen krävs att patienten ges tillgång till de tillgängliga metoder och behandlingar som finns samt har evidens (SFS, 1982:763). Enligt Rotegård, et al. (2010) kan användandet av patientens hälsoresurser vara en del i behandlingen. Distriktssköterskans möjligheter att påverka patienten till sunda val och användande av sina resurser stärks även av Aston, et al. (2009). Distriktssköterskan leder i sitt hälsofrämjande arbete patienten till egna val som botten i patientens egna tillgångar och resurser. Tankar som väcks hos författarna är hur arbetet ska vidareutvecklas i distriktssköterskans strävan efter att nå alla patienter med det hälsofrämjande arbetet? Är det möjligt? Författarnas förhoppning är att distriktssköterskan genom sitt arbete tillåts hjälpa alla patienter som har ett behov av hälsofrämjande åtgärder.

Slutsatser

Hälsofrämjande arbete till den vuxne patienten visar sig vara ett komplex fenomen med många variationer utifrån distriktssköterskans erfarenhet. Komplexiteten visar sig i *Vägledning som berör och främjar insikt*. Vägledningen påbörjas när distriktssköterskan möter patienten och etablerar en förbindelse. Det sker när distriktssköterskan etablerar ett ömsesidigt förtroende och är lyhörd inför patientens berättelse. Utifrån berättelsen identifierar distriktssköterskan patientens behov av hälsofrämjande åtgärder och arbetar för att få till stånd en förändring hos patienten. Det sker genom information, råd och stöd och vidare sker det genom inspiration och motivering till förändring. Varje förändring som sker är positiv, även den minsta, och erfarenheten påvisar vikten av att

börja i liten skala. Förändringen är patientens eget val utifrån de förutsättningar som givits.

Det hälsofrämjande mötet berör distriktssköterskan genom glädje och engagemang, men även genom frustration och resignation. Glädjen ses när det hälsofrämjande arbetet ger positiva effekter för patienten medan frustrationen och resignationen infinner sig när patienten stagnerar eller inte kan nå de mål som ställts upp.

Medvetenhet finns om vikten av kunskap och kompetens där sökandet efter nya rön fortgår konstant. Det hälsofrämjande arbetet är en del av distriktssköterskans kompetens och finns närvarande i alla möten. Insikt finns även om den egna hälsans inverkan över det hälsofrämjande arbetet. Slutligen kan även rollen som distriktssköterska ses vara i förändring i en tid där det hälsofrämjande arbetet sanktioneras om tid, ekonomi och verksamheten tillåter det. Samtidigt pågår en parallell process där patienten leds vidare till specialister.

Kliniska implikationer

Med studiens resultat i åminnelse lyfts följande förslag på implementering i verksamheten fram:

- Genom möten, kunskap och tid kan distriktssköterskan arbeta med att etablera en vårdrelation med patienten i det hälsofrämjande arbetet.
- Distriktssköterskan kan arbeta som vägvisare vid varje möte med identifierande av patientens behov av hälsofrämjande åtgärder. Efter identifierandet kan distriktssköterskan fortsätta att motivera och inspirera patienten. Det kan ske genom återkommande kontinuerlig kontakt för att genomföra små och stora förändringar som främjar hälsan.
- Bevarande av den beröring som sker i det hälsofrämjande arbetet kan ske när distriktssköterskan tillåts dela med sig av sina erfarenheter till kollegor samt kan verka som stimuli till fortsatt hälsofrämjande arbete.
- Distriktssköterskans förkovrande kan öka det hälsofrämjande arbetet och kan underlättas genom möjlighet till fortbildning.
- Tydliggörande genom reflektion av distriktssköterskans egen hälsa och dess effekter kan underlätta det hälsofrämjande arbetet.

Förslag till fortsatt forskning

En fortsatt studie med ett utökat antal informanter skulle kunna ge fler variationer och större trovärdighet för denna studies resultat.

Hur upplever patienterna distriktssköterskans hälsofrämjande arbete? En sådan studie skulle ytterligare öka kunskapen inom området och leda till mer evidens. Det skulle hjälpa distriktssköterskan till en ökad medvetenhet om vad distriktssköterskans arbete

betyder för patienten samt hur distriktssköterskan påverkar patienten i patientens förändring för att gynna hälsan.

En studie om distriktssköterskans faktiska handlingar i det hälsofrämjande arbetet skulle påvisa hur distriktssköterskan arbetar med att främja hälsa.

REFERENSER

- Aston, M., Meagher- Stewart, D., Edwards, N. & Young, L.M. (2009). Public Health Nurses' Primary Health Care Practice: Strategies for Fostering Citizen Participation. *Journal of Community Health Nursing*, 26, 24-34.
- Baggott, R. & Jones K.L. (2011). Prevention better than cure? Health consumer and patients' organisations and public health. *Social Science & Medicine*, 73, 530-534.
- Brobeck, E., Bergh, H., Odenkrants, S. & Hildingh, C. (2011) Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 3322-3330.
- Buchanan, D.R. (2006). A New Ethic for Health Promotion: Reflections of a Philosophy of Health Education for the 21st Century. *Health Education & Behavior*, 33, 290-304.
- Carlson, G.D. & Warne, T. (2007). Do healthier nurses make better health promoters? A review of the literature. *Nurse Education Today*, 27, 506-513.
- Casey, D. (2007). Nurses' perceptions, understanding and experiences of health promotion. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1039-1049.
- Centrala etikprövningsnämnden (2012). *Vägledning till ansökan*. Hämtad 2012-09-25 från: <http://www.epn.se/sv/goeteborg/om-naemnden/>
- Chinn, D. (2011). Critical health literacy: A review and critical analysis. *Social Science & Medicine*, 73, 60-67.
- Dahlberg, K., Dahlberg, H. & Nyström, M. (2008). *Reflective Life world Research*. Lund. Studentlitteratur.
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa & vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.
- DiCenso, A., Auffrey, L., Bryant-Lukosius, D., Donald, F., Martin-Misener, R., Matthews, S. & Opsteen, J. (2007). Primary health care nurse practitioners in Canada. *Contemporary Nurse*, 26, 104-115.
- Ekeberg, M. (2009). *Att lära sig vårda – med stöd av handledning*.
- Eriksson, I. & Nilsson, K. (2008). Preconditions needed for establishing a trusting relationship during health counselling – an interview study. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2352-2359.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber utbildning.
- Eriksson, K. (2000). *Vårdandets idé*. Stockholm: Liber AB.

- Ewles, L. & Simnett, I. (2005). *Hälsoarbete*. (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Gadamer, H-G. (2003). *Den gåtfulla hälsan*. Ludvika: Dualis.
- Gray, B. (2009). The emotional labour of nursing - Defining and managing emotions in nursing work. *Nurse Education Today*, 29, 168-175
- Gruman, J., Holmes Rovner, M., French, M.E., Jeffress, D., Sofaer, S., Shaller, D. & Prager, D.J. (2010). From patient education to patient engagement: Implications for the field of patient education. *Patient Education and Conseling*, 78, 350-356.
- Holt, M. & Warne, T. (2007). The educational and practice tensions in preparing pre-registration nurses to become future health promoters: A small scale explorative study. *Nurse Education in Practice*, 7, 373-380.
- Hsieh, H-F. & Shannon, S.E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative health research*, 15(9), 1277-1288.
- International council of Nurses. (2006). *The ICN Code of Ethics for Nurses*. Hämtad 2012-10-01 från:
http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf
- Irvine, F. (2005). Exploring district nursing competencies in health promotion: the use of the Delphi technique. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 965-975.
- Irvine, F. (2007). Examining the correspondence of theoretical and real interpretations of health promotion. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 593-602.
- Jallinoja, P., Absetz, P., Kuronen, R., Nissinen, A., Talja, M., Uutela, A. & Patja, K. (2007). The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25; 244-249.
- Jerdén, L., Hillevik, C., Hansson, A-C., 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 Science*, 20, 448 – 454.
- Johansson, H. (2010). *En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård – Hinder och möjligheter utifrån professionernas perspektiv* (akad.avh.). Umeå universitet, intuitionen för folkhälsa och klinisk medicin, Epidemiologi och global hälsa. Umeå.
- Keleher, H., Parker, R., Abdulwadud, O. & Francis, K. (2009). Systematic review of the effectiveness of primary care nursing. *International Journal of Nursing Practice*, 15, 16-24.

- Korp, P. (2008). The symbolic power of "healthy lifestyles". *Health Sociology Review*, 17, 18-26.
- Kvalde, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lindhe Söderlund, L., Nilsen, P. & Kristensson, M. (2008). Learning motivational interviewing: Exploring primary health care nurses' training and counseling experiences. *Health Education Today*, 67(2), 102-109.
- Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. Ingår i M. Granskär & B. Höglund-Nielsen. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (159-172). Lund: Studentlitteratur.
- Nationalencyklopedin. (2012a). Hämtad 2012-11-19 från: <http://www.ne.se/sve/vuxen/O393831>.
- Nationalencyklopedin. (2012b). Hämtad 2012-10-23 från: <http://www.ne.se/om/privat>
- Nordenfelt, L. (2004). *Livskvalitet och hälsa - Teori & kritik*. (2:a uppl.). Linköpings Universitet, Institutionen för hälsa och samhälle.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*.
- Persson, M. & Friberg, F. (2009). The dramatic encounter: experiences of taking part in a health conversation. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 520-528.
- Piper, S. (2010). Patient empowerment: Emancipatory or technological practice? *Patient Education and Counseling*, 79, 173-177.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. (9th edition) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Rotegård, A.K., Moore, S.M., Fagermoen, M.S. & Ruland, C. M. (2010). Health assets: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 513-525.
- Runciman, P., Watson, H., McIntosh, J. & Tolson, D. (2006). Community nurses' health promotion work with older people. *Journal of Advanced Nursing*, 55(1), 46-57.
- SFS (1982:763). *Hälso- och sjukvårdslagen*. Hämtad 12-09-12 från: <http://www.notisum.se/rnp/Sls/lag/19820763.htm>
- SFS (2003:460). *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Hämtad 2012-09-23 från: <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/20030460.HTM>

- Sharkey, K., Savulescu, J., Aranda, S. & Schofield, P. (2010). Clinician gate-keeping in clinical research is not ethically defensible: an analysis. *Journal Medicine Ethics*, 36, 363-366.
- Simmons, S.J. (1989). Health: a concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 26(2), 155-161.
- Snelling, P.C. (2012). Saying something interesting about responsibility for health. *Nursing Philosophy*, 13, 161-178.
- Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 12-09-11 från: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf
- Socialstyrelsen (2006). *God vård - om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Hämtad 12-09-12 från: <http://www.vgregion.se/upload/CVU/God%20V%c3%a5rd/God%20V%c3%a5rd,%20Socialstyrelsen.pdf>
- Socialstyrelsen (2011). Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011- Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor – Stöd för styrning och ledning. Hämtad 2012-09-29 från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18484/2011-11-11.pdf>
- Socialstyrelsen. (2012a). *Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2012*. Hämtad 2012-09-27 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18623/2012-3-6.pdf>
- Socialstyrelsen (2012b). *Så kan sjukvården förebygga sjukdom*. Hämtad 2012-09-28 från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18786/2012-8-3.pdf>
- Speros, C. (2005). Health literacy: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 50(6), 633-640.
- Svenska Akademiens Ordbok (2010): Hämtad 2012-10-23 från: <http://g3.spraakdata.gu.se/saob/>
- Svensk sjuksköterskeförening, (2008a). *Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete*. Hämtad 12-09-11 från: <http://www.swenurse.se/Documents/Publikationer%20pdf-filer/H%c3%a4lsofr%c3%a4mjande.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening, SSF, (2008b). *Kompetensbeskrivning Legitimerad sjuksköterska Med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska*. Hämtad 12-09-11 från:

<http://www.swenurse.se/Documents/Komptensbeskrivningar/KompbeskrDistriktwebb.pdf>

UNICEF (2009). *Barnkonventionen – FN:s konvention om barnets rättigheter*. Hämtad 2012-10-23 från: <http://unicef.se/publikationer>

Whitehead, D., Wang, Y., Wang, J., Zhang, J., Sun, Z. & Xie, C. (2008). Health promotion and health education practice: nurses' perceptions. *Journal of Advanced Nursing*, 61, 181-187.

World Health Organization, (1948). *Constitution of the World Health Organization*. Hämtad 2012-10-19 från <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>

Wilhelmsson, S. & Lindberg, M. (2007). Prevention and health promotion and evidence-based fields of nursing – A literature review. *International Journal of Nursing Practice*, 13, 254-266.

Wilhelmsson, S. & Lindberg, M. (2009). Health promotion: Facilitators and barriers perceived by district nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 15, 156-163.

World medical association declaration of Helsinki (1964). *Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 2012-09-23 från: <http://www.slf.se/upload/30780/DoH-Oct2008.pdf>



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Förfrågan om verksamhetschefens godkännande av datainsamling

Vi är två sjuksköterskor som studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska, Högskolan i Borås. Som en del i denna utbildning gör vi ett examensarbete på avancerad nivå. Syfte med examensarbetet är att åskådliggöra distriktssköterskans erfarenhet av hälsofrämjande arbete till den vuxne patienten på vårdcentral.

Distriktssköterskans arbete är att främja hälsa och verka för patientens välbefinnande och minskat lidande. Det finns en medvetenhet hos distriktssköterskor om att hälsofrämjande arbete gynnar hälsa. Den tidigare forskningen visar att det finns få studier om hur distriktssköterskan upplever att arbeta hälsofrämjande. De studier som finns ger olika bild av hur distriktssköterskan upplever sitt hälsofrämjande arbete. För att få en klarare bild av vad det betyder för distriktssköterskor att arbeta hälsofrämjande tycks det intressant att efterfråga deras egen erfarenhet av hälsofrämjande arbete.

Metoden vi tänkt använda oss av är öppna intervjuer som spelas in och transkriberas för att därefter analysera det transkriberade materialet. Allt material som samlas in avidentifieras och inga obehöriga har tillgång till datamaterialet. Datainsamling kommer att ske i slutet av september och början av oktober 2012 (i början av oktober 2012; i slutet av oktober och första veckan i november) hos er på arbetstid eller enligt önskemål från deltagarna. Beräknad tidsåtgång för en intervju är cirka 30-60 minuter. Tänka deltagare är om möjligt två distriktssköterskor med minst ett års erfarenhet som kommer i kontakt med hälsofrämjande arbete.

Deltagarna får samtycka skriftligt via informationsbrev som skickas till vårdcentralen, blanketten lämnas sedan till oss vid intervjutillfället. Deltagandet är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan förklaring. Vi ber Dig om hjälp med att finna deltagare och vidarebefordra informationsbrev och medgivandeblankett till distriktssköterskorna på Din vårdcentral

Hälsningar

Karin Ekelund
XXXXXXX
XXXXXXXXXX

Anna Ståhl
XXXXXXX
XXXXXXXXXX

Epost:
S118119@student.hb.se
Tfn XXXXXXXXXXXX

Epost:
S090787@student.hb.se
Tfn XXXXXXXXXXXX

Handledare: Annikki Jonsson
Universitetslektor
Institutionen för vårdvetenskap
Högskolan i Borås
E-post: Annikki.Jonsson@hb.se

Godkännande

Undertecknad verksamhetschef godkänner härmed att **Karin Ekelund** och **Anna Ståhl** genomför datainsamling inom ramen för vad som ovan beskrivits.

Namn

Ort/Datum

Titel/Verksamhet



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Till berörd Distriktssköterska

Vi är två sjuksköterskor som studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska, Högskolan i Borås. Som en del i denna utbildning gör vi ett examensarbete på avancerad nivå.

Syfte med examensarbetet är att åskådliggöra distriktssköterskans erfarenhet av hälsofrämjande arbete till den vuxne patienten.

Distriktssköterskans arbete är att främja hälsa och verka för patientens välbefinnande och minskat lidande. Det finns en medvetenhet hos distriktssköterskor om att hälsofrämjande arbete gynnar hälsa. Tidigare forskning visar att det finns få studier om hur distriktssköterskan upplever att arbeta hälsofrämjande. De studier som finns ger olika bild av hur distriktssköterskan upplever sitt hälsofrämjande arbete. För att få en klarare bild av vad det betyder för distriktssköterskor att arbeta hälsofrämjande tycks det intressant att efterfråga deras egen erfarenhet av hälsofrämjande arbete.

Metoden vi tänkt använda oss av är öppna intervjuer som spelas in och transkriberas för att sedan analyseras. Allt material som samlas in avidentifieras och inga obehöriga har tillgång till datamaterialet. Datainsamling kommer att ske i slutet av september och början av oktober 2012 (i början av oktober 2012; i slutet av oktober och första veckan i november) 2012 hos er på arbetstid eller enligt önskemål från Dig. Beräknad tidsåtgång för en intervju är cirka 30-60 minuter. Verksamhetschefen på Din vårdcentral har givit sitt medgivande till att Du deltar. Vi ber Dig att innan intervjun tänka igenom hur du som distriktssköterska arbetar hälsofrämjande och vad det innebär för Dig.

Du får skriftligt samtycka via detta informationsbrev, blanketten lämnas sedan till oss vid intervjutillfället. Deltagandet är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan förklaring. Vi ber Dig om hjälp att delta i denna studie och därigenom öka kunskapen om distriktssköterskans erfarenhet av hälsofrämjande arbete som bedrivs på vårdcentral.

Hälsningar

Karin Ekelund

Anna Ståhl

Epost:
S118119@student.hb.se

Epost:
S090787@student.hb.se

Tfn XXXXXXXXXXXX

Tfn XXXXXXXXXXXX

Handledare: Annikki Jonsson
Universitetslektor
Institutionen för vårdvetenskap
Högskolan i Borås
E-post: Annikki.Jonsson@hb.se

Godkännande

Undertecknad distriktssköterska godkänner härmed att **Karin Ekelund** och **Anna Ståhl** genomför datainsamling inom ramen för vad som ovan beskrivits.

Namn

Ort/Datum

Titel/Verksamhet

Intervjuguide

Ingångs fråga till alla informanter:

Vad är hälsofrämjande arbete till den vuxne patienten för dig?

Förslag på följdfrågor:

- Kan du berätta mera...
- Vill du vidareutveckla...
- Kan du förtydliga...
- Du talade innan om det här ... kan du vidareutveckla det ...
- Hur kände du då ...
- Vad innebär det för dig ...

Områden som vi vill beröra, om de inte kommer upp i intervjuerna:

- Ser du några effekter av att arbeta hälsofrämjande?
- På vilket sätt ges hälsofrämjande arbete plats i verksamheten?
- Vad ger det dig att arbeta hälsofrämjande?
- Skulle du vilja arbeta hälsofrämjande på något annat sätt?

Frågas görs även om:

- Hur länge informanten har varit Distriktssköterska?
- Vilket kön informanten har?
- Hur gammal informanten är?
- Om informanten har arbetat med riktade åtgärder och i så fall hur länge?