



**LUNDS UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

# “Vi kanske skulle säga att vi ger behandling i grupp?”

Verksamhetschefers erfarenheter av  
distriktssköterskeledd patientundervisning i  
grupp på vårdcentraler i södra Sverige

Författare: Rebecka Mattisson  
Sara Rehnberg

Handledare: Eva Drevenhorn

Magisteruppsats

Hösten 2015

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Nämnden för omvårdnadsutbildning  
Box 157, 221 00 LUND

# “Vi kanske skulle säga att vi ger behandling i grupp?”

## Verksamhetschefers erfarenheter av distriktssköterskeledd patientundervisning i grupp på vårdcentraler i södra Sverige

Författare: Rebecka Mattisson  
Sara Rehnberg

Handledare: Eva Drevenhorn

Magisteruppsats

Hösten 2015

### Abstrakt

Hälsofrämjande arbete är en del av distriktssköterskans arbetsområde och ett sätt att förebygga framtida ohälsa hos befolkningen. Ett effektivt sätt att utnyttja befintliga resurser vid hälsofrämjande arbete är att bedriva patientundervisning i grupp. Syftet med studien var att undersöka verksamhetschefers erfarenheter av distriktssköterskeledd patientundervisning i grupp på vårdcentral i södra Sverige. Studien genomfördes med mixad metod där 22 verksamhetschefer intervjuades i två faser och där såväl kvantitativ som kvalitativ dataanalys använts. Resultatet visade att det finns vårdcentraler i södra Sverige där grupper förekommer samt att förutsättningarna för förekomsten enligt verksamhetschefernas erfarenhet är beroende av en rad faktorer på flera olika nivåer såväl i som utanför den egna verksamheten. Slutligen konstaterades att det mest grundläggande för att bedriva distriktssköterskeledd patientundervisning i grupp är organisationens prioriteringar samt motiverade patienter.

### Nyckelord

Distriktssköterska, verksamhetschef, patientundervisning, grupp, vuxna, hälsofrämjande, primärvård

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Nämnden för omvårdnadsutbildning  
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

# Innehållsförteckning

Innehållsförteckning .....	1
Problembeskrivning .....	2
Bakgrund .....	3
Teoretiska utgångspunkter .....	3
Hälsa och hälsofrämjande arbete .....	3
Primärvårdens uppdrag .....	4
Gruppbaserad patientundervisning .....	6
Syfte .....	9
Specifika frågeställningar .....	9
Metod .....	9
Urval .....	10
Datainsamling .....	12
Databearbetning .....	14
Etisk avvägning .....	15
Resultat .....	16
Distriktssköterskeledd patientundervisning i grupp för vuxna på vårdcentraler i södra Sverige - ett tvärsnittsperspektiv .....	16
Verksamhetschefers erfarenhet av orsaker till förekomst av distriktssköterskeledd gruppbaserad patientundervisning .....	18
Fördjupning av verksamhetschefers erfarenhet av distriktssköterskeledd patientundervisning i grupp .....	20
Motivation och engagemang .....	21
Praktiska omständigheter .....	22
Fördelning av resurser .....	23
Diskussion .....	24
Metoddiskussion .....	24
Resultatdiskussion .....	27
Konklusion och implikationer .....	30
Referenser .....	31
Bilaga 1 (2) .....	34
Bilaga 2 (2) .....	35

## Problembeskrivning

På vårdcentralen möter distriktssköterskan patienter i alla åldrar (Distriktssköterskeföreningen, 2008) och kan där vara verksam med bland annat mottagningsarbete. I det arbetet kan patientundervisning i sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande syfte ingå, vilket kan ske såväl i grupp som enskilt. Patientundervisning syftar vanligen till att patienten ska erhålla kunskap för att själv kunna fatta medvetna beslut gällande sin livssituation, vilket uppmuntrar patientens självständighet och kan leda till ökad empowerment (Kneck, 2013).

Ett större antal personer förväntas leva längre idag trots allvarliga sjukdomar och ohälsa, samtidigt som födelsetalen i Sverige har gått ner under andra halvan av 1900-talet (Statistiska Centralbyrån, 1999). Antalet personer över 65 år beräknas öka från cirka 1,5 miljon i början av 2000-talet till över 2 miljoner personer 2017, för att sedan öka till cirka 3 miljoner personer år 2060 (Statistiska Centralbyrån, 2014). Behovet av vård och omsorg för en åldrande befolkning förväntas öka stort under denna tid, vilket ställer stora krav på hälso- och sjukvården (Statistiska Centralbyrån, 1999). Socialstyrelsen (2011) menar att förebyggande av sjukdom och ohälsa i form av hälsofrämjande arbete är ett sätt att effektivt utnyttja hälso- och sjukvårdens resurser, vilket kan effektiviseras ytterligare om vårdgivaren använder sig av gruppbaserad patientundervisning. Klang Söderkvist (2013) menar att undervisning i grupp kan användas som ett komplement till enskilda patientmöten, då det kan vara positivt för patienten att träffa andra personer som befinner sig i liknande situationer. Flera vårdcentraler i södra Sverige använder sig av egna hemsidor för att beskriva vilken typ av verksamhet de bedriver (1177 vårdguiden, <http://www.1177.se/>). Vid en enkel genomgång av några vårdcentralers hemsidor noterades att knappt någon vårdcentral informerade om patientundervisning i grupp, vilket ledde till funderingar kring om det berodde på att det inte fanns den typ av behandling eller att hemsidan inte används för den typen av information. På en vårdcentral är det verksamhetschefen som har det yttersta ansvaret för bland annat patientsäkerhet och ekonomi (Region Skåne, 2011). Av den anledningen är det betydelsefullt att undersöka verksamhetschefers erfarenheter av distriktssköterskeledd patientundervisning i grupp, då patientundervisning i grupp kan vara positivt både för patienter och för verksamheten.

## **Bakgrund**

### *Teoretiska utgångspunkter*

Distriktssköterskans kunskaps- och arbetsfält omfattar bland annat pedagogik och ledarskap (Distriktssköterskeföreningen, 2008). Distriktssköterskan ska som en del i sitt arbete ha förmåga att informera, rådge och undervisa patienter enskilt såväl som i grupp.

Utgångspunkten ska vara ett hälsofrämjande förhållningssätt, där hänsyn tas till så väl individ, närmiljö och samhälle som till politiska och ekonomiska faktorer.

Dorothea Orems egenvårdsteori innebär att patienten som behöver hjälp av sjukvården lider av egenvårdsbrist, vilket kan åtgärdas med hjälp av omvårdnad (Orem, 2001). Sjuksköterskor använder olika metoder för att vägleda, stödja och handla åt en annan person samt undervisa och skapa en utvecklande miljö, med mål att uppmuntra patientens självständighet och därmed återta sin förmåga till egenvård. Orem beskriver vikten av att sjuksköterskan i arbete med gruppbaserad patientundervisning identifierar varje gruppdeltagares individuella egenvårdsbehov, för att de ska kunna tillgodose. Patienter som är delaktiga i sin egenvård har stark empowerment (Fossum, 2007). Vården blir personcentrerad när det är patientens egna upplevelser och erfarenheter som står i fokus istället för att läkaren eller distriktssköterskan berättar vad som är rätt för patienten (Edvardsson, 2010). Vårdpersonalen bidrar med sin kunskap om sjukvård och patienten med sin kunskap om sig själv.

### *Hälsa och hälsofrämjande arbete*

Enligt World Health Organization, WHO, definieras hälsa på följande vis: "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity." (WHO, 2003). Wiklund (2003) menar att det finns flera olika teoretiska utgångspunkter och perspektiv inom hälso- och sjukvården för synen på hälsa och människa. Det är således av vikt att den som vårdar är medveten om vilket perspektiv den själv har och vilket som är underlag för den vård som bedrivs samt vilket perspektiv målen med vården bygger på. En vårdvetenskaplig syn på hälsa är då utgångspunkten ligger i varje persons egen upplevelse av hälsa och lidande. Med utgångspunkt i ett vårdvetenskapligt perspektiv är målet

med vården att lindra lidande och ge stöd för att personer ska kunna uppleva hälsa (ibid.). Det vårdvetenskapliga perspektivet på hälsa överensstämmer till viss del med WHO:s definition på så vis att hälsa inte nödvändigtvis enbart omfattar frånvaro av sjukdom. Hälsa anses vara en subjektiv upplevelse som är oberoende av vetenskapens och omgivningens bedömning (Wiklund, 2003).

Hälsofrämjande arbete, det vill säga att arbeta med syftet att främja hälsa har sin utgångspunkt i definitionen av begreppet hälsa (Medin & Alexandersson, 2000). Medin och Alexandersson har studerat olika definitioner av hälsofrämjande som begrepp och menar att dessa olika definitioner är komplexa och variationsrika. De har kommit fram till att det inte finns något entydigt och generellt svar på vad som egentligen avses med hälsofrämjande arbete. Anledningen är att både hälsa och hälsofrämjande är begrepp som kan definieras av såväl enskilda individer som på en kulturell och samhällsbaserad nivå. Detta innebär att definitionen av begreppet hälsofrämjande är beroende av vem som utför det hälsofrämjande arbetet samt hur den hälsa som avses att främjas definierats.

### *Primärvårdens uppdrag*

Specifikt för primärvården anges i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763) att den är till för grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, prevention och rehabilitering som inte kräver sjukhusens speciella kompetens, tekniska och medicinska resurser och är oberoende av patientgruppers diagnoser och åldrar. Det åligger landstingen att organisera primärvården så att alla, för vilkas hälso- och sjukvård landstinget har ansvar, får möjlighet att, enligt ett vårdvalssystem själva välja utförare av primärvård, oberoende av den egna adressen. Enligt HSL (SFS 1982:763) 7 § åligger det landstingen att även planera så att den vård som finns tillgänglig via de olika vårdgivarna bottenar i behovet hos de i befolkningen som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård. I vårdvalssystemet ska alla utförare generellt sett behandlas lika och den ersättning utföraren erhåller av landstinget styrs av den enskildas val av vårdutförare (HSL, SFS 1982:763, 5 §).

Vårdvalet inom primärvården har visat sig ge både positiva och negativa upplevelser för svenska distriktssköterskor enligt en studie av Hollman, Lennartsson och Rosengren (2014). I studien deltog 17 distriktssköterskor från västra Sverige. Negativa upplevelser som beskrevs

var bland annat känsla av osäkerhet kring arbetsplatsens framtid, i relation till att patienternas val påverkar vårdcentralens ekonomi. De upplevde även att utbyte av erfarenheter och förbättringsarbeten mellan vårdcentralerna förhindrades på grund av konkurrensen mellan enheterna då de försökte utmärka sig genom att hålla högst kvalitet och vara mest attraktiva i syfte att behålla och rekrytera patienter. En positiv aspekt utifrån konkurrensen var att vårdcentralerna måste anstränga sig för att finnas kvar, genom att arbeta med saker som kvalitetsutveckling och profilering, som till exempel distriktssköterskeledda specialmottagningar. Detta upplevdes i sin tur leda till möjligheter för distriktssköterskorna att utvecklas i sin profession och stärka känslan av professionell autonomi.

Vid vårdcentralen är det verksamhetschefen som leder verksamheten och som har huvudansvar för verksamhetens utveckling, ekonomi, medarbetare och patienter (<http://www.skane.se/>). Verksamhetschefen ska arbeta för att utveckla verksamheten på ett sådant sätt att den upplevs effektiv, attraktiv och kvalitativ av patienterna samt så att arbetsklimatet för medarbetarna blir hållbart och stimulerande. För att uppnå detta förväntas verksamhetschefen ha ett helhetsperspektiv för att kunna organisera verksamheten strukturerat och resurseffektivt (ibid.). Utvecklandet av distriktssköterskeledd verksamhet, till exempel patientundervisning i grupp på vårdcentral, är således beroende av verksamhetschefens styrning och prioriteringar.

En annan aspekt att känna till vid utveckling av primärvården samt vid eventuell profilering är att det som läkare och sjuksköterskor prioriterar och anser vara viktigt att satsa på inte alltid är det som till största delen tilltalar patienterna (Arvidsson, André, Borgquist, Anderson & Carlsson, 2012). Arvidsson et al. menar också att skillnaden i synen på vad som behövs och är tilltalande är varierande beroende på de olika synsätt som patienter respektive personal har. Därför gäller det att ta hänsyn till både det som är relevant ur vetenskaplig synpunkt så väl som till patienternas intresse, vilket kan vara en utmaning.

För att nå ut med information om sin verksamhet kan vårdcentralerna använda Internet (Klang Söderkvist, 2001). Region Skåne hade till exempel 2014 en kampanj gällande vaccinering mot humant papillomvirus (HPV) som till viss del marknadsfördes över Internet, med hjälp av bland annat Spotify, Facebook, bloggar, Region Skånes hemsida och Youtube. Sharma, Kilian och Leung (2014) beskriver genomförande och utvärdering av ett kanadensiskt pilotprojekt avseende hur sociala medier användes inom primärvården för att bland annat uppmåna

användarna att influensavaccinera sig. Studien tyder på att kampanjen gav ett gott resultat, dock angavs att urvalet var för sparsamt för att resultatet skulle kunna säkerställas statistiskt. Ett annat exempel beskrivs av Van Voorhees et al. (2010) där bland annat annonsering på klinikers hemsidor eller närliggande sidor använts för att rekrytera tonåringar som deltagare till en pilotstudie av en ny hälsofrämjande intervention inom amerikansk primärvård.

Begreppet vårdcentral omfattar i detta arbete även det som i vissa fall kallas hälsocentral, hälsovårdcentral, primärvårdsmottagning, hälsovalsenshet eller liknande.

### *Gruppbaserad patientundervisning*

Människan mår bra av att känna tillhörighet med andra människor (Antonovsky, 1987). Antonovsky myntade begreppet KASAM som betyder "känsla av sammanhang", vilket innefattar delarna begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Antonovskys idéer utgår ifrån ett salutogent förhållningssätt, som fokuserar mer på det friska än det sjuka hos människan, även om det sjuka, patogena inte förnekas. En person med stark KASAM har en god förmåga att anpassa sig till förändrade villkor i livssituationen, genom upplevelsen av att världen är begriplig. Därmed går det också att göra något åt situationen, även om det inte alltid går att bli frisk. Antonovsky nämner även den lilla gruppens KASAM, när medlemmarna i en grupp känner att sammanhanget som gruppen verkar i är begripligt, hanterbart och meningsfullt ger det gruppen en stark KASAM (Antonovsky, 1987).

Enligt Klang Söderkvist (2013) syftar patientundervisning till att patienten ska bli så självständig som möjlig, det vill säga känna att han eller hon har kunskap, känner sig trygg och upplever tilltro till sin egen förmåga att hantera olika situationer. Patientundervisning handlar således ofta om att stödja patienter i att uppnå ökad egenvårdsförmåga. De finns flera olika sätt att bedriva undervisning för att patienterna ska nå det som eftersträvas. Även här påtalas det, liksom vid beskrivningen av begreppen hälsa och hälsofrämjande, att det är av vikt att den som bedriver undervisningen samt de som deltar känner till och har samma mål med verksamheten. Det påtalas också att det är av yttersta vikt att det är rätt tillfälle för patienten, utifrån dennas livsvärld, så att patienten är mottaglig och redo att delta i patientundervisningen. Patientundervisning kan utformas genom allt ifrån föreläsningar till enskilda möten. Ibland kan undervisningen ske spontant och i andra fall vara mycket väl



förberedd och strukturerad. Ur ett hälsoekonomiskt perspektiv är hälsofrämjande arbete generellt sett ekonomiskt försvarbart genom att det syftar till att förebygga framtida vårdkostnader (Socialstyrelsen, 2011). Kostnadseffektiviteten kan öka om vårdgivaren lyckas arrangera denna verksamhet i gruppformat. Socialstyrelsen nämner också att även om flera av de interventioner som förespråkas vid hälsofrämjande arbete kan utföras såväl i grupp som individuellt så förekommer grupper endast i begränsad utsträckning samt att förutsättningarna för att arrangera gruppverksamhet kan variera mellan olika verksamheter.

Ur ett internationellt perspektiv finns det flera olika områden inom vilka distriktssköterskor och sjuksköterskor i primärvårdsverksamhet leder gruppbaserad patientundervisning för vuxna, som till exempel KOL (Sundhedsstyrelsen, 2009; Meis et al., 2014), diabetes (Thors Adolfsson, Walker-Engström, Smide & Wikblad, 2006), hypertoni (Chang, Fritschi & Kim, 2012) och kranskärlsjukdom (Kärner et al., 2012) med flera.

Leung, Ho, Foong, Hn, Lee och Mak (2005) beskriver sjuksköterskeledd gruppverksamhet för patienter med hypertoni inom öppenvården. Både sjuksköterskor och patienter i studien från Hongkong upplevde att det var en fördel med patientundervisning i grupp. Ett mål för sjuksköterskorna var att skapa möjligheter för patienterna att lära känna varandra så att de kunde bli vänner och ge varandra stöd även utanför träffarna. Flera patienter berättade att de tog hjälp av varandra under träffarna, det kunde handla om en person som ville jogga men fick besvär. Då kunde de andra i gruppen tipsa om alternativa träningsformer och då motivera gruppmedlemmen att fortsätta med träningen. Sjuksköterskan upplevde att patienternas kunskap ökade mycket under träffarna och att patienterna fick bättre självförtroende.

I en svensk RCT-studie av Thors Adolfsson et al. (2006) utvärderades effekten av empowermentinriktad patientundervisning i grupp för personer med typ 2-diabetes. Både kontroll- (n=46) och interventionsgruppen (n=42) fick sedvanlig diabetesvård i form av kontakt med sin diabetessjuksköterska på vårdcentralen två gånger per år. Interventionsgruppen fick dessutom delta i fyra till fem gruppträffar under sju månader. Deltagarna fick undervisning om diabetes och egenvård samt fick tid för att diskutera och utbyta erfarenheter med varandra. Grupperna leddes av läkare eller diabetessjuksköterska. Vid uppföljning ett år efter gruppundervisningen kände sig deltagarna från interventionsgruppen signifikant tryggare med sin diabeteskunskap än personerna i kontrollgruppen. Däremot fanns ingen signifikant skillnad mellan grupperna gällande BMI, HbA1c eller välbefinnande.

Ytterligare en svensk studie (Hörnsten, Lundman, Stenlund & Sandström, 2005) har undersökt effekten av patientundervisning i grupp för patienter med typ 2-diabetes inom primärvården. I det här fallet hade undervisningen ett personcentrerat förhållningssätt. Gruppledarna var diabetessjuksköterskor och grupperna träffades tio gånger under nio månaders tid. Även här fick interventionsgruppen (n=45) samt kontrollgruppen (n=60) sedvanlig diabetesvård i form av två årliga besök hos ordinarie diabetessjuksköterska på vårdcentralen. Vid ettårsuppföljningen framkom att interventionsgruppens HbA1c-värden var signifikant förbättrade, medan kontrollgruppens hade försämrats. I jämförelse med kontrollgruppen hade interventionsgruppen även signifikant bättre värden avseende HbA1c, HDL och kolesterol, vilket var nytillkommet i jämförelse med utgångsläget. Deltagarna i interventionsgruppen var också signifikant mer nöjda med sin behandling vid ettårsuppföljningen än vid studiens start. Gällande subjektivt välbefinnande fanns ingen signifikant skillnad mellan före och efter interventionen.

I Norge har en studie utförts i syfte att ta reda på hur kvinnor som genomgått behandling för gynekologisk cancer upplevde det att delta i sjuksköterskeledd gruppbaserad patientundervisning (Tveit Sekse, Blaaka, Buestad, Tengedal, Paulsen & Vika, 2014). Grupperna träffades en gång i veckan i sju veckor, under ledning av två sjuksköterskor från onkologisk slutenvårdsavdelning. En del av varje träff innehöll patientundervisning om ett förvalt ämne och resterande tid fick deltagarna diskutera ett ämne de var intresserade av just då. Fokusgruppsintervjuer gjordes med 17 deltagare från undervisningsgrupperna. I resultatet framkom bland annat att kvinnorna kände att de fått kunskap om och förståelse för de fysiska förändringar de upplevt i relation till sjukdom och behandling. Sjukdomen hade fått kvinnorna att känna sig "annorlunda" och de upplevde att de ibland såg på omvärlden på ett sådant sätt som personer utanför gruppen inte fullt kunde förstå. Genom att delta i träffarna upplevdes förståelse och tillhörighet, då de kunde relatera till varandras erfarenheter. Genom både utbildningen och samtalen fick de hjälp med att sätta ord på vad de hade genomlevt. De kände vänskap med varandra, genom sina gemensamma erfarenheter, trots olika bakgrund och ålder. De framkom också att det var värdefullt för kvinnorna med professionell och hängiven vårdpersonal för att träffarna skulle vara givande.

Med utgångspunkt i ovan nämnda studier som berör bland annat hur värdefull gruppbaserad patientundervisning kan vara för patienters hälsa och välbefinnande, som en del i deras behandling, samt hur det kan påverka samhällsekonomiska faktorer är det av vikt att studera

verksamhetschefers erfarenheter av distriktssköterskeledd gruppbaserad patientundervisning vid vårdcentraler i södra Sverige.

## Syfte

Syftet med studien var att undersöka verksamhetschefers erfarenheter av distriktssköterskeledd patientundervisning i grupp på vårdcentral i södra Sverige.

### *Specifika frågeställningar*

- Erbjuds någon form av distriktssköterskeledd gruppbaserad patientundervisning för vuxna vid vårdcentraler i södra Sverige under perioden 2015-01-01 till 2015-06-30 och i så fall med vilken inriktning?
- Hur informeras patienter om distriktssköterskeledd gruppbaserad patientundervisning för vuxna?
- Vilka faktorer påverkar förekomst av distriktssköterskeledd gruppbaserad patientundervisning?

## Metod

I studien har mixad metod använts då det gav författarna möjlighet att kombinera kvantitativ och kvalitativ metod, då metoderna var för sig inte ansågs räcka till för att uppnå studiens syfte och besvara de specifika frågeställningarna (Creswell, Klassen, Plano Clark & Smith, 2011). Vid användandet av mixad metod kompletterar metoderna varandra för att skapa en mer heltäckande bild av det som studeras. Föreliggande studie utfördes i två faser där mixad metod användes genom att det i den första fasen, som bestod av telefonintervjuer med verksamhetschefer på vårdcentraler, samlades in kvantitativ data för att få en grundläggande bild av det som studerades samt kvalitativa data för att ge en grundläggande förståelse för det studerade. Den kvantitativa delen av fas ett var av tvärsnittstyp (Ejlertsson, 2012). Fas två bestod av en kvalitativ fördjupning baserad på resultatet av fas ett, där mer omfattande

intervjuer med verksamhetschefer från fas ett utfördes i syfte att uppnå ökad förståelse för det studerade fenomenet.

Distriktssköterskeledd patientundervisning i grupp är något som uppsatsförfattarna inte hade någon personlig erfarenhet av, utan förförståelsen som fanns vid studiens början var i första hand baserad på genomgången och studerad litteratur i ämnet. Thomsson (2002) menar att förförståelse både är en förutsättning och ett hinder vid forskning. Förförståelse som förutsättning innebär att det krävs viss förkunskap för att möjliggöra och planera en studie och att förförståelsen hela tiden utvecklas. Förförståelse kan bli ett hinder genom att forskaren låser sig vid det som omfattas av förförståelsen och där igenom inte är mottaglig eller efterfrågar sådant som ligger utanför de naturliga avgränsningarna av ämnet. Författarnas begränsade förförståelse vid studiens start bidrog till att författarna inte upplevde några svårigheter att vara mottagliga för det informanterna berättade. Resultatet från fas ett gav i sin tur positiv förförståelse och en god grund för att skapa intervjuguiden till fas två och där kunna utföra mer omfattande och djupare intervjuer.

Då det visade sig att ett annat studentpar i samma kurs avsåg att tillfråga samma population om deltagande samt använda liknande datainsamlingsmetod, men för ett annat ämne, beslutades i samråd med handledare och examinator om samarbete mellan studentparen avseende urval och datainsamling för fas ett.

## **Urval**

Initialt var målet för fas ett att inkludera verksamhetschefer från minst 30 av de 150 vårdcentraler som fanns inom Region Skåne vid studiens genomförande (Redaktionen 1177 Vårdguiden i Skåne, personlig kommunikation, 20 februari 2015), för att få tillräckligt med data för statistikbearbetning. Potentiella informanter numrerades för att sedan lottas till att tillfrågas om deltagande i studien, vilket motsvarar enkelt slumpmässigt urval (Polit, Beck & Hungler, 2001). Relaterat till bortfall kompletterades urvalet genom ytterligare lottning efter hand, vilket så småningom ledde till att verksamhetschefer från samtliga vårdcentraler i Skåne tillfrågats. Då deltagarantalet trots detta ej var tillfredställande utökades upptagningsområdet till att även inkludera samtliga vårdcentraler i Region Kronoberg, Landstinget Blekinge och senare även Region Halland. Således tillfrågades även verksamhetschefer för de 32

vårdcentralerna i Region Kronoberg (1177 Vårdguiden Redaktionen, personlig kommunikation, 11 juni 2015), de 47 vårdcentralerna i Region Halland (Y. Johansson, personlig kommunikation, 25 juni 2015) samt de 22 vårdcentralerna i Landstinget Blekinge (<http://www.1177.se>). De samarbetande studenterna delade upp potentiella informanterna mellan sig för att sedan kontakta dem via e-post, med gemensam information om studiernas syfte och innehåll samt förfrågan om deltagande. För informanternas konfidentialitet kommer ”region” används för både region och landsting.

Totalt kontaktades verksamhetschefer för 252 vårdcentraler med förfrågan om deltagande, vilket ledde till att 22 verksamhetschefer deltog i studien. I två fall representerades verksamhetschefen av vårdcentralens enhetschef. Sexton av verksamhetscheferna var kvinnor och sex stycken var män. I tre fall var verksamhetschefen ansvarig för två olika vårdcentraler, vilket innebär att 25 av vårdcentralerna, fördelade över samtliga regioner från urvalet är representerade. Antalet deltagande vårdcentraler motsvarar knappt 10 % (n=25) av de kontaktade, vilket gav ett bortfall på ungefär 90 % (n=227). Av de deltagande enheterna representeras åtta av de 107 privat drivna och 17 av de 145 offentligt drivna enheterna. Av de som tackade nej till deltagande angavs för 84 vårdcentraler ingen orsak. I 17 fall angavs att det var på grund av tidsbrist och i 12 på grund av att de inte hade någon möjlighet att delta, utan att precisera varför. För nio vårdcentraler uppgavs att verksamhetschefen antingen skulle sluta på enheten, var ny tillträdd, att tjänsten som verksamhetschef för närvarande inte var tillsatt eller att de var upptagna med något förändringsarbete. I sju fall angavs att de hade för många förfrågningar till olika studier och därför tackade nej. Efter två påminnelser per e-post fanns det 98 vårdcentraler där ingen svarat alls.

Vid sju av vårdcentralerna erbjöds patientundervisning i grupp under ledning av distriktssköterska vid aktuell tidsperiod, men på en av dem blev det inte av på grund av otillräckligt deltagarantal.

I fas två kontaktades fem av de verksamhetschefer som deltagit i intervjuer i fas ett via e-post med efterföljande telefonsamtal med förfrågan om deltagande i fördjupande intervjuer. Två av dessa samtyckte till deltagande inom aktuell tidsperiod. Båda verksamhetscheferna var kvinnor med specialistsjuksköterskeutbildning, varav den ena till distriktssköterska. De hade varit anställda som verksamhetschef på vårdcentral i minst fem år. Båda arbetade även till viss del kliniskt på vårdcentralen. En av vårdcentralerna drevs i privat regi och en i offentlig regi.

## Datainsamling

Creswell et al. (2011) menar att det inte finns någon färdig mall för hur mixad metod skall användas, utan att forskaren måste undersöka hur fördelarna med kvantitativ och kvalitativ metod kan utnyttjas tillsammans, på bästa sätt, för att svara mot studiens syfte. Med utgångspunkt i valt tillvägagångssätt minimeras sedan varje metods svagheter. Creswell et al. menar att kvalitativ datainsamlingsmetod ger möjlighet för datainsamling när inget färdigt instrument finns att tillgå. En sådan kvalitativ datainsamlingsmetod är intervjuer. Danielsson (2012a) menar att data från intervjuer som bygger på strukturerade frågor är avsedda att användas vid kvantitativ metod och kan ge bra underlag vid statistisk analys. Att använda strukturerade intervjuer innebär att samma frågor ställs till samtliga informanter, till exempel genom att använda ett frågeschema, vilket var den metod som användes i fas ett. Frågeschemat vid en strukturerad intervju kan omfatta både ja- och nej-frågor, flervalfrågor och öppna frågor (Danielsson, 2012a). Intervjuerna avslutades med en fastställd, öppen fråga som ett komplement till den inledande kvantitativa delen. Eftersom ett strukturerat intervju-schema fanns (bilaga 1) var det möjligt att samarbeta genom att de båda studentparen kunde utföra varandras intervjuer i direkt anslutning till sin egen. Med hänsyn till antalet intervjuer som avsågs beslutades att utföra samtliga intervjuer i fas ett per telefon. Dalen (2007) rekommenderar att göra en provintervju för att testa både frågeschemat, teknisk utrustning och sig själv som intervjuare. Enligt Dalens rekommendation har provintervjuer på medstudenter utförts i syfte att få feedback för att kvalitetssäkra utförandet inför samarbetet. De olika studerande intervjuade slutligen mellan fyra till åtta verksamhetschefer var. Intervjuerna varade från en minut till knappt sex minuter. Vid en intervju förlorades den kvalitativa delen på grund av ett tekniskt missöde. I fyra fall ansåg författarna att korta förtydligande behövdes från informanterna för att kunna säkerställa att insamlad data hanterades korrekt, dessa kontaktades via e-post med gott resultat.

I fas två skapades en semistrukturerad intervjuguide (bilaga 2), vilket enligt Dalen (2007) innebär att intervjuguiden utformas med fokus på förvalda områden som svarar mot studiens syfte. Intervjuguiden i fas två baserades på resultatet av fas ett, för att skapa en fördjupning som komplement till redan fastställt resultat. Efter det att den första intervjun i fas två utförts sågs intervjuguiden över inför den andra intervjun, som efter en provintervju (Dalen, 2007). Författarna utförde intervjuerna i fas två gemensamt och turades om att ställa frågor samt följdfrågor. Att utföra en intervju på det sättet kan vara en fördel eftersom intervjuerna kan

komplettera varandra för att få en så omfattande intervju som möjligt (Thomsson, 2002). I fas två varade intervjuerna i cirka 27 respektive 38 minuter.

Med hänsyn till den avslutande öppna frågan i fas ett samt intervjuerna i fas två användes ljudupptagning under intervjuerna, för att författarna inte skulle gå miste om svarens innehåll (Thomsson, 2002). Den del av intervjun i fas ett som inkluderade den avslutande öppna frågan transkriberades ordagrant av den student som utfört intervjun. Svaren på övriga frågor noterades av författarna vid avlyssning av det inspelade materialet. I fas två var båda författarna delaktiga i transkriberingen av varje intervju, då intervjuerna utfördes gemensamt.

Förfrågningar om samtycke till deltagande i fas ett skickades ut med e-post mellan 2015-04-28 och 2015-09-01. Varje tillfrågad person som inte svarat fick sedan två påminnelser med ungefär en veckas mellanrum eller individuellt anpassat efter till exempel autosvar om semester. Intervjuerna utfördes mellan 2015-05-05 och 2015-09-04.

För att se om svarsfrekvensen och svarsfördelningen påverkades av vilken månad informationsbrevet i fas ett skickades har chitvåtest utförts. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan att lämna svar (ja eller nej) och att inte svara alls ( $p=0,467$ ) i förhållande till vilken månad som informationsbrevet skickades. Det fanns inte heller någon signifikant skillnad i om informanten svarade nej eller inte svarade alls ( $p=0,538$ ) i förhållande till den månad som informationsbrevet skickades. Vid båda analyserna hade två av tolv (16,7%) celler en förväntad frekvens under 5 (tabell 1).

Tabell 1. Svarsfördelning och -frekvens i relation till månad för utskick av informationsbrev.

		April (n=19)	Maj (n=118)	Juni (n=19)	Juli (n=49)	Aug. (n=46)	Spet. (n=1)	Totalt (n=252)
Ja	n (%)	3 (15,79)	8 (6,78)	4 (21,05)	5 (10,2)	5 (10,87)	0	25 (9,9)
Nej	n (%)	12 (63,15)	63 (53,39)	8 (42,11)	25 (51,02)	21 (45,65)	0	129 (51,19)
Ej svar	n (%)	4 (21,05)	47 (39,83)	7 (36,84)	19 (38,87)	20 (43,48)	1 (100)	98 (38,89)

I fas två kontaktades verksamhetscheferna med förfrågan om deltagande mellan 2015-10-06 och 2015-10-09. Intervjuerna utfördes ett par dagar senare på en avskild plats som informanten valt.

## Databearbetning

Som ett första steg i databearbetningen lyssnades varje intervju igenom gemensamt där de båda författarna följde med via frågeschemat respektive intervjuguiden samt via den transkriberade texten för att säkerställa dess kvalitet. Genomlyssnandet utfördes även för att skapa en helhetsbild av det inspelade materialet (Thomsson, 2002).

De kvantitativa data som samlats in i fas ett sammanställdes i form av deskriptiv statistik i frekvenstabeller, i vissa fall med såväl absolut som relativ frekvens angiven. Fördelen med att ange även relativa frekvenser är enligt Ejlertsson (2012) att det kan underlätta för läsaren att ta del av materialet. En del av materialet sammanställdes i korstabeller för att visa hur de olika variablerna samvarierar och i dessa fall har även chitvåtest utförts för se om det fanns någon statistiskt signifikant skillnad i frekvensfördelningen mellan de olika kvalitativa variablerna (Ejlertsson, 2012). Vid beräkning av p-värdet enligt chitvåtestet noterades att två av fyra celler hade en förväntad frekvens  $<5$ , vilket enligt Ejlertsson (2012) och Altman (1991) gör att resultatet ej blir helt tillförlitligt. I dessa fall förespråkas istället Fishers exakta test, som därför också använts. Vid både chitvåtest och Fishers exakta test ansågs  $p < 0,05$  stå för statistisk signifikant skillnad. Som hjälpmedel vid ovanstående sammanställningar och analyser har det datorbaserade kalkylprogrammet Microsoft Excel samt det datorbaserade statistiska analysprogrammet SPSS Statistics 23 använts.

Kvalitativ data bearbetades enligt den kvalitativa intervjuanalysmetod som Kvale (1997) benämner meningskoncentrering. Metoden består av fem steg där det första går ut på att forskaren skapar sig en känsla av helheten av en intervju, för att i andra steget dela in den transkriberade texten i naturliga sammanhörande enheter, ur vilka centrala teman lyfts fram och formuleras mer koncentrerat i steg tre. I steg fyra sker en efterföljande fördjupning i materialet där frågor ställs till enheterna och deras centrala tema avseende hur de knyter an till eller besvarar syftet. I steg fem knyts slutligen intervjuernas centrala teman samman för att presenteras som ett beskrivande resultat i förhållande till studiens syfte (tabell 2).

I studiens första fas identifierades inga centrala teman för intervjuerna relaterat till dess sparsamma omfattning. I både fas ett och två har analyserna utförts manifest, vilket innebär att resultatet bygger på det i materialet som visar sig för forskaren utan att en djupare tolkning gjorts (Danielsson, 2012b).



Tabell 2. Exempel på den kvalitativa analysprocessens andra, tredje och femte steg.

Naturlig enhet	Den naturliga enhetens centrala tema	Centralt intervjutema
Jaa... alltså ja fördelen med vårdcentralen, den, vi styrs ju av en ackreditering, eh och där har vi ju ganska stora friheter. Så att jag skulle mycket väl kunna säga till mina distriktsköterskor att ni kanske skulle.. ja... skaffa er, ha någon undervisning för de äldre som är över sjuttiofem eller någonting sådant, alltså vi har ju ganska stora friheter bara det genererar någon form av hälsa.	Verksamhetschefen upplever att de på vårdcentralen har möjlighet att bedriva sin verksamhet fritt inom vissa ramar så länge det leder till ökad hälsa hos patienterna.	Fördelning av resurser
De har ju nu till exempel, ger oss ersättning om vi har äldrevårdsmottagning... och och då har vi startat en äldrevårdsmottagning. Eh, det var ju inte bara för de här pengarna för vi såg att vi hade behov och hade de tagit bort de pengarna idag så hade vi haft kvar den va, men det blir ju mycket lättare att starta upp, va. För där fanns ju lite pengar i det.	En del i styrningen av vårdcentralens verksamhet är ekonomiskt stöd för specifik verksamhet.	Fördelning av resurser
Men sedan är det, nu valde vi patienter som var pensio... nä alla var faktiskt inte pensionärer. Annars måste man tänka på det också med jobb och så att man får lägga det lite senare på dagen. Kanske på kvällstid. Och det krävs ju också en del av en själv.	Tidpunkt på dagen kan vara avgörande för deltagande i grupp.	Motivation och engagemang

## Etisk avvägning

Enligt Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2013) ska all medicinsk forskning bygga på en etisk grund och vara frivillig att delta i. Det ska gå att vara anonym och deltagarna behöver ge informerat samtycke för att undersökningen ska kunna genomföras.

Vetenskapsrådets (2011) publikation om etik och god forskningssed ligger också till grund för arbetet. Uppsatsen handlar om verksamheten på en rad vårdcentraler i södra Sverige. Både frågan om tillstånd och samtycke till deltagande ställdes till verksamhetschefen på respektive vårdcentral. Därigenom inkluderas varken patienter, anställda eller journaler i studien.

Informanterna fick ett brev med information om studien. De informerades om att deltagandet var frivilligt och att de kunde avbryta sin medverkan när som helst under studiens gång. Deras

uppgifter har behandlats konfidentiellt. Inför studien inhämtades ett yttrande från Lunds universitets vårdvetenskapliga etiknämnd, VEN. Efter det att uppsatsen examinerats kommer ljudinspelningar och transkriberat material att förstöras/raderas.

## Resultat

Resultatet presenteras i tre delar, där den kvantitativa delen av fas ett inleder för att beskriva påvisad förekomst av distriktssköterskeledd gruppbaserad patientundervisning. Här står ”grupper” för distriktssköterskeledd patientundervisning i grupp. Därefter följer en redovisning av verksamhetschefernas erfarenheter av distriktssköterskeledd gruppbaserad patientundervisning från den kvalitativa delen av fas ett samt fördjupningen från fas två.

### **Distriktssköterskeledd patientundervisning i grupp för vuxna på vårdcentraler i södra Sverige - ett tvärsnittsperspektiv**

Av de 25 representerade vårdcentralerna i studien hade det vid sju stycken erbjudits distriktssköterskeledd gruppbaserad patientundervisning för vuxna under aktuell tidsperiod. Av dessa sju var tre privat drivna vårdcentraler och fyra offentligt drivna (tabell 3).

Tabell 3. Antal deltagande vårdcentraler och erbjudande om grupper vid dessa.

	Privata n (%)	Offentliga n (%)	Totalt n
Antal vårdcentraler	8 (32)	17 (68)	25
Vårdcentraler som erbjudit grupper	3 (42,86)	4 (57,14)	7
Vårdcentraler som ej erbjudit grupper	5 (27,78)	13 (72,22)	18

Vid intervjuerna framkom att följande typer av grupper hade erbjudits under aktuell tidsperiod: diabetesskola, grupp för viktnedgång, KOL-skola (i vissa fall tillsammans med sjukgymnast), medicinsk yoga, rökavvänjning, grupp för anhöriga och personer med demenssjukdom samt rörelse/motionsgrupp som leddes av distriktssköterska tillsammans med

sjukgymnast. De vårdcentraler som erbjöd grupper finns illustrerade i tabell 4 avseende fördelning av gruppernas inriktning och antal.

Tabell 4. Antal grupper/vårdcentral samt antal/typ av grupp

Vårdcentral	01	02	11	12	14	15	16	Totalt
KOL-skola	1*	1*	0	1	0	0	1	4
Medicinsk yoga	0	0	0	0	0	0	1	1
Rökavvänjning	0	1	1	1	1	0	0	4
Demens	0	0	0	1	0	0	0	1
Rörelse/motion	0	0	0	0	1*	0	0	1
Viktmedgång	0	0	0	0	1	0	0	1
Diabetesskola	1	0	0	0	0	1	0	2
Totalt	2	2	1	3	3	1	2	14

\* Ledd av distriktssköterska tillsammans med sjukgymnast

Vid intervjuerna framkom vilka olika sätt som förekommit för att bjuda in patienter till att delta i de olika grupperna (tabell 5). De olika sätten var: information på vårdcentralens hemsida, personlig kontakt mellan patient och personal, remiss från läkare, annonsering i lokaltidningen eller genom att informera om grupper på vårdcentralens öppettid. Vid flera vårdcentraler förekommer mer än ett sätt.

Tabell 5. Informationsväg/vårdcentral samt antal användare/rekryteringssätt

Vårdcentral	01	02	11	12	14	15	16	Totalt
Information på hemsidan	0	1	0	1	1	1	1	5
Personlig kontakt, patient - personal	1	0	0	1	0	1	1	4
Lokaltidningen	0	1	0	0	0	0	0	1
Remiss från läkare	0	0	1	0	0	0	0	1
Öppet hus	0	0	0	0	1	0	0	1
Totalt	1	2	1	2	2	2	2	

Med hjälp av en korstabell (tabell 6) noterades en skillnad i förekomst av erbjudande om grupper beroende på om vårdcentralen var offentligt eller privat driven. Enligt beräkning med chitvåtest var skillnaden dock inte signifikant ( $p=0,468$ ). Vid beräkningen av p-värdet enligt chitvåtestet hade två av fyra celler en förväntad frekvens  $<5$ , varför även Fishers exakta test användes. Fishers exakta test gav p-värdet 0,64, vilket inte heller var signifikant.

Tabell 6. Fördelningen av driftsform och förekomst av erbjudande om distriktssköterskeledd patientundervisning i grupp under perioden 2015-01-01 till 2015-06-30.

		Privat (n=8)	Offentlig (n=17)	Totalt
Har erbjudit grupper	n (%)	3 (37,5)	4 (23,53)	7 (28)
Har ej erbjudit grupper	n (%)	5 (62,5)	13 (76,47)	18 (72)

Av de deltagande vårdcentralerna var det 12 stycken som var den enda vårdcentralen på orten och 13 var belägna i en ort med mer än en vårdcentral (tabell 7). Eftersom förekomsten av erbjudande om grupper skilde sig mellan orter med en eller flera vårdcentraler utfördes även i detta fall beräkning enligt chitvåtest som visade att skillnaden inte var signifikant ( $p=0,144$ ). Vid beräkningen av p-värdet enligt chitvåtestet hade två av fyra celler förväntad frekvens  $<5$ , varför även Fishers exakta test användes, vilket inte heller visade på någon signifikant skillnad ( $p=0,202$ ).

Tabell 7. Förhållandet mellan antalet vårdcentraler på orten och förekomst av erbjudande om distriktssköterskeledd patientundervisning i grupp under perioden 2015-01-01 till 2015-06-30.

		En vårdcentral på orten (n=12)	> en vårdcentral på orten (n=13)	Totalt
Har erbjudit grupper	n (%)	5 (41,67)	2 (15,38)	7 (28)
Har ej erbjudit grupper	n (%)	7 (58,33)	11 (84,62)	18 (72)

## Verksamhetschefers erfarenhet av orsaker till förekomst av distriktssköterskeledd gruppbaserad patientundervisning

Vid redovisning av citat har informanterna numrerats från 1-25. Vid citat med utesluten text har tre punkter med mellanslag på båda sidor ( ... ) använts. Det som uteslutits påverkar inte citatets innebörd.

De tillfrågade verksamhetscheferna angav olika anledningar till att det inte förekom någon gruppbaserad patientundervisning för vuxna på vårdcentralen. Några informanter hade tidigare erfarenhet av patientundervisning i grupp som inte fallit ut så som planerat, vilket hade lett till att det inte gjorts fler försök. En av orsakerna som framkom till att inga fler försök gjorts var på ett par av vårdcentralerna att de inte fått tillräckligt många deltagare vid samma tidsperiod för att starta en grupp, eller att deltagarantalet efter de inledande träffarna hade minskat så att det till slut inte fanns någon grupp kvar. ” ... ja till sist satt där ju bara två kvar va... då blir det helt plötsligt ingen gruppundervisning.” (Informant 13).

Verksamhetschefer som angav orsaker till varför det var svårt att rekrytera deltagare till grupper misstänkte att det berodde på att patienterna hellre ville ha individuell undervisning, speciellt när det gällde känsliga ämnen. En verksamhetschef uppgav att det kunde vara svårt att få deltagare till grupper på mindre orter, då de inte ville vara i samma grupp som personer de kände sedan tidigare. Det kunde också vara så att patienterna inte ville delta i någon grupp överhuvudtaget.

Några verksamhetschefer hänvisade till tidsbrist på grund av hög arbetsbelastning och personalbrist som orsak till att vårdcentralen inte erbjöd grupper under aktuell tidsperiod. Någon vårdcentral hade under tidsperioden prioriterat andra arbetsområden. En annan orsak var att nyanställda distriktssköterskor inte hade hunnit komma in i arbetet ännu. En verksamhetschef berättade att tidigare grupper inte hade gett det resultat som önskats och andra hänvisade till att de inte hade sett något behov av grupper hos patienterna. Vid flera vårdcentraler uppgav verksamhetschefen att distriktssköterskorna inte hade visat intresse eller initiativ till att bedriva patientundervisning i grupp. ”... vi har inte sagt att det ska bedrivas inom något område och distriktssköterskorna själva har inte, inte så att säga önskat eller velat lägga upp sitt arbete på det sättet. Så att det är nog det, där det ligger.” (Informant 3).

En annan orsak var att distriktssköterskorna saknade den vidareutbildning som den region de var verksamma i krävde för att de skulle få bedriva patientundervisning i grupp eller att de kände sig osäkra inför att leda patientundervisning för en grupp. En verksamhetschef kom inte på någon orsak till att det inte förekom några grupper.

Verksamhetscheferna beskrev att anledningar till att erbjuda distriktssköterskeledda grupper bland annat var fördelar framför enskilda besök i form av patientens möjlighet att diskutera med andra patienter i en liknande situation och att utbyta erfarenheter med varandra. Andra fördelar ur patientperspektivet som beskrevs var möjligheten att få ta del av kunskap från olika specifika professioner som de inte haft samma möjlighet att träffa enskilt i preventivt syfte. Vid en vårdcentral deltog en ögonläkare vid en av träffarna för patienter med diabetes och på en annan deltog en arbetsterapeut på en gruppträff för patienter med KOL.

För den egna verksamheten beskrevs framför allt fördelen med tidsvinsten, genom att nå ut med samma information till flera patienter på samma gång. En verksamhetschef berättade att ”Vi önskar egentligen att vi kunde ha haft fler grupper för vuxna, vad det gäller levnadsvanor,

för det ger väldigt mycket. ... Det sparar in tid i slutändan, men det är rätt så tidsödande i början.” (Informant 11).

Flera vårdcentraler hade välfungerande patientundervisning i grupp som leddes av andra yrkeskategorier än distriktssköterskor, till exempel sjukgymnaster eller sjuksköterskor utan specialistutbildning med inriktning distriktssköterska. Några verksamhetschefer vid vårdcentraler som för tillfället inte erbjöd distriktssköterskeledd patientundervisning i grupp för vuxna hade positiva erfarenheter sedan tidigare. Det fanns flera som hade förhoppningar om och planer på att vårdcentralen skulle kunna erbjuda grupper inom kort, varav en uttryckte sig på följande vis ” ... vi ska få en ny diabetessköterska nu här efter sommaren så jag hoppas hon skulle kunna ha diabetesskola med gruppundervisning med diabetiker.” (Informant 8).

Andra orsaker till att erbjuda patientundervisning i grupp vid vårdcentralerna var bland annat rekommendation från den berörda regionen i relation till vårdvalet, eller att det fanns med som en del av verksamhetens mål. Även hänvisning till nationella riktlinjer som förespråkar patientundervisning i grupp angavs som orsak till varför det förekom som en del av verksamheten.

### **Fördjupning av verksamhetschefers erfarenhet av distriktssköterskeledd patientundervisning i grupp**

De båda verksamhetscheferna upplevde att flera grundläggande förutsättningar behövde uppfyllas för att distriktssköterskeledd patientundervisning i grupp för vuxna skulle kunna bedrivas samt att det fanns flera aspekter att ta hänsyn till. Vid de fördjupande intervjuerna framkom följande tre centrala teman: motivation och engagemang, praktiska omständigheter samt fördelning av resurser.

Vid tidpunkten för intervjun i fas två erbjöd ingen av de två aktuella vårdcentralerna någon distriktssköterskeledd patientundervisning i grupp. Citat från informanterna har här inte numrerats, med hänsyn till deltagarnas konfidentialitet.

## *Motivation och engagemang*

För att kunna bedriva patientundervisning i grupp menade informanterna att det var grundläggande att få ihop tillräckligt många patienter för att det skulle bli en grupp. Verksamhetscheferna upplevde att det fanns ett stort patientunderlag, men att det ändå inte räckte till och att grupper som bildats lätt tunnades ut avseende deltagarantalet. En teori hos verksamhetscheferna var att orsaken till att patientundervisning i grupp ibland inte lyckades berodde på brist på motivation hos patienten till att prioritera deltagande vid gruppträffar. Deltagare antogs även kunna utgå ifrån att de andra gruppdeltagarna skulle dyka upp på träffarna, med följd att de uteblev utan att meddela gruppledaren, vilket ansågs problematiskt och som ett tecken på att gruppträffen inte var något som prioriterades. ”Nej men, om jag inte kommer, de andra är där ju och då gör det ju inget.” (Informant).

Verksamhetschefernas erfarenhet var att det var särskilt svårt att få patienter motiverade till att delta i grupper som primärt berörde förändring av levnadsvanor, såsom till exempel matvanor och rökning. De upplevde att när patienten inte direkt besvärades av sin vana eller sjukdom var motivationen till åtgärd lägre än om patienten själv upplevde ohälsa eller direkt påverkan på vardagen, som exempelvis vid smärta. När det gällde till exempel rökavvänjning fanns det på den ena vårdcentralen distriktssköterskor som var redo att leda detta i grupp, men patienter som var intresserade av att delta saknades.

Ett sätt att få ihop ett adekvat antal patienter för att starta en grupp kunde vara att samarbeta med en annan vårdcentral, vilket den ena verksamhetschefen hade positiv erfarenhet av. För att få patienter motiverade till patientundervisning i grupp och för att få dem att prioritera det högre föreslog en verksamhetschef att informera om grupperna på ett nytt sätt. Nämligen att informera om det som en behandlingsform istället för som undervisning eller utbildning, vilket hon kom på under intervjun. ”Vi kanske skulle säga att vi ger behandling i grupp, faktiskt. Att, att, ”du har nydebuterad diabetes och den behandling som vi vill ge innebär både individuella och gruppmöten”. Och inte prata om utbildning eller undervisning utan säga att det här är faktiskt en del av behandlingen.” (Informant).

När patienterna var blyga som en del av sin personlighet, eller generellt ogillade att vara i grupp upplevdes även detta kunna vara en orsak till att inte vilja delta i gruppbaserad patientundervisning. Samhällsnormer kunde också påverka patienter till att inte vilja dela med

sig av hur de egentligen mådde, sina försök till levnadsvaneförändringar och resultaten av försöken.

Vid båda vårdcentralerna fanns engagemang hos både verksamhetschef och medarbetare för patientundervisning i grupp då de såg flera fördelar för såväl patienter som för verksamheten. När patientundervisning i grupp fungerade hade deltagarna möjlighet att lära känna varandra, de fick möjlighet att ta del av varandras erfarenheter, infallsvinklar, frågor och svar. De hade möjlighet att lära känna sin sjukdom eller förändra en levnadsvana och kunde finna vänskap, stöd och engagemang hos varandra. Den ena verksamhetschefen upplevde att välfungerande grupper var mycket uppskattade av patienterna som deltog. I grupper ansågs även relationen mellan gruppledaren och deltagarna utvecklas, vilket kunde vara positivt för framtida enskilda möten och de som ledde grupperna utvecklades själva av de frågor de fick av patienterna. ”Man lär sig jättemycket av patienterna. Det gör man faktiskt.” (Informant).

### *Praktiska omständigheter*

Verksamhetscheferna berättade om de praktiska omständigheter som ibland orsakade svårigheter för att få till patientundervisning i grupp. Informanterna nämnde att en grundläggande förutsättning för att kunna anordna gruppträffar var att ha lämpliga och tillräckligt stora lokaler, vilket de upplevde ofta saknas på vårdcentraler.

En annan utmaning var konsten att få till en gruppsammansättning som kunde skapa en fördelaktig gruppdynamik samt att hitta ett koncept baserat på evidens där träffarna blev attraktiva och givande för de som var tänkta att delta. Båda såg möjligheten att dra nytta av hur andra gjort gällande patientundervisning i grupp. Den ena verksamhetschefen delade med sig av positiva erfarenheter från en grupp för patienter med diabetes där hon varit ledare och hade använt praktiska metoder för att deltagarna skulle lära sig olika färdigheter: ”En gång hade vi frukt bara och då tog alla blodsockervärde innan frukten, också..., så käkade de sin frukt och så tog vi blodsockervärde igen sen en timme efter.” (Informant).

En aspekt som framkom under den ena intervjun var hur sekretess var en faktor att ta hänsyn till i samband med gruppbaserad patientundervisning.



Verksamhetscheferna såg också att tidpunkten på dagen då gruppträffen var placerad påverkade patienternas deltagande och att det därför var viktigt att anpassa tiden efter målgruppen, samtidigt som det skulle gå ihop med verksamheten och personalens arbetstider. ”Jag tror inte att man som gruppdeltagare em, väljer att ta ledigt från sitt jobb för att gå på en rökavvänjnings... em, utan det får vara efter jobbet i så fall” (Informant).

Ytterligare en praktisk omständighet var att nå ut med information om gruppen till patienter som kunde vara potentiella deltagare. Personlig kommunikation var här den mest använda informationsvägen för att informera om och bjuda in till en grupp. Ibland gavs en direkt riktad personlig inbjudan och ibland kom det som ett mer allmänt förslag. ”Det tas ju upp rökning vid varje möte med patienterna i stort sett: ”Eh, har du funderat på att sluta röka?”, ”Ja, det har man ju funderat på.” Men då kan vi erbjuda detta.” (Informant).

Vid båda vårdcentralerna hade hemsidan använts som del i att informera om grupper, även om den inte ansågs särskilt effektiv. En av verksamhetscheferna hade erfarenhet av att en populär patientundervisningsgrupp gav vårdcentralen uppmärksamhet och att informationen på det viset spreds mellan patienterna. Dock poängterades att det viktigaste för patienterna vid val av vårdcentral ansågs vara tillgängligheten i allmänhet.

### *Fördelning av resurser*

En framträdande förutsättning för förekomsten av distriktssköterskeledd patientundervisning i grupp var hur politisk och därigenom ekonomisk styrning påverkade hur vårdcentralen prioriterade olika saker i sin verksamhet. ”Ena året får man betalt för det och då tycker man att ”nu springer vi åt det hållet” och så nästa år så ändrar de betalningen och ”då springer man åt andra hållet.”” (Informant).

Vid intervjuerna upplevde ingen av verksamhetscheferna att det fanns något uttalat stöd från regionen eller ledningen för att bedriva distriktssköterskeledd patientundervisning i grupp, utan annan verksamhet prioriterades högre. Vårdcentralen kunde däremot på eget initiativ starta patientundervisning i grupp. Även om verksamhetschefen var positiv och distriktssköterskorna engagerade och villiga att leda grupper samt att positiva resultat hade erfarits så fanns det annat i verksamheten som för tillfället prioriterades högre.

Distriktssköterskor ansågs som en bristvara på arbetsmarknaden och därför prioriterades deras arbetstid till det som ansågs som de primära arbetsuppgifterna, som till exempel att arbeta på distriktssköterskemottagningen med individuella besök. Detta gjorde det svårt att få tiden att räcka till även för att till exempel leda gruppbaserad patientundervisning. ”Man har så mycket, alla har så mycket och det är högt tryck in från patienter. Och man tycker liksom att då måste man prioritera, när de väl står där, eller när det väl ringer så måste vi, ja, prioritera det.” (Informant).

Om distriktssköterskeledd gruppbaserad patientundervisning i framtiden skulle bli ett politiskt prioriterat område som gav vårdcentralen särskild ersättning såg informanterna möjlighet till att denna behandlingsform skulle öka. De såg också nya områden inom vilka distriktssköterskeledd patientundervisning i grupp kunde bli aktuellt för verksamheten om tillfälle gavs, som exempelvis vid psykisk ohälsa eller fallprevention för äldre.

Verksamhetscheferna menade att det går åt tid för förberedelser av gruppbaserad patientundervisning, men att vårdcentralen vinner på att resurserna och tiden utnyttjas effektivt om planerade undervisningstillfällen kan genomföras, eftersom flera patienter har tagit del av undervisningen samtidigt. Vid en vårdcentral fanns exempel på en distriktssköterskeledd grupp för patienter med diabetes där det ingick information från olika professioner vid varje träff. Detta var ett sätt för vårdcentralen att komplettera de individuella mötena med diabetessjuksköterskan där patienterna utöver varandra fick tillfälle att till exempel träffa en KBT-terapeut och en dietist utan att ha bokat ett enskilt besök hos någon av dessa. En välfylld grupp gav även vårdcentralen en ekonomisk vinst i form av antal registrerade patientbesök.

## Diskussion

### Metoddiskussion

Syftet med studien var att undersöka verksamhetschefers erfarenheter av distriktssköterskeledd patientundervisning i grupp på vårdcentral i södra Sverige. I fas ett uppnåddes inte det önskade deltagarantalet och det fanns även ett stort bortfall (90 % av de

kontaktade vårdcentralerna). Orsaker som angavs till att inte delta upplevdes rimliga att även gälla i de fall där ingen orsak angavs eller där svar uteblev. Svar på förfrågan om deltagande uppfattades som oberoende av vilken månad som informationsbrevet skickats ut, då svarsfrekvens och svarsfördelning inte uppvisade någon signifikant skillnad. En möjlighet är att deltagandet hade varit större under vinterhalvåret, eftersom sommaren är en hektisk period inom de flesta verksamheter. En annan orsak till den låga svarsfrekvensen skulle kunna vara att verksamhetschefernas e-postadress inte var aktuell, men det förefaller osannolikt, då officiella e-postadresser inhämtade i nära anslutning till utskicket har använts. Då är det troligare att de inte hade läst eller valde att inte svara på förfrågan om deltagande. Det skulle också kunna vara så att verksamhetschefer som inte tilltalades av studiernas ämne och utformning eller av informationsbrevet avstod.

I efterhand har det förts diskussion om hur bortfallet hade kunnat minimeras. De som inte hade svarat efter en påminnelse hade kunnat kontaktas per telefon med förfrågan om de hade tagit del av informationsbrevet och om de var intresserade av att delta (Ejlertsson, 2012). I fas två skickades ett nytt informationsbrev per e-post, där de som inte hade hört av sig dagen efter försökte kontaktas per telefon, vilket visade sig vara lättare sagt än gjort, då verksamhetscheferna och deras telefonnummer var svåra att få tag i. En fördel i detta fall var att det inte gällde mer än fem personer och att författarna var tillgängliga under verksamhetschefernas arbetstid. Den förutsättningen saknades under fas ett.

Urvalet utökades under studiens gång eftersom antalet informanter inte var tillräckligt för statistisk analys. Samtidigt menar Ejlertsson (2012) att ett urval som ej är representativt för den studerade populationen förlorar sin förmåga att skapa ett generaliserbart resultat som talar för hela populationen istället för gruppen studiedeltagare. Författarna har bedömt att urvalet ej är representativt för populationen som helhet och att det finns en överhängande risk för selektionsbias om försök till generalisering skulle göras.

En förutsättning för att kunna utföra det antal intervjuer som först avsågs i fas ett var att dessa kunde genomföras per telefon, vilket ingen informant uttryckte missnöje över. Att utföra intervjuerna per telefon underlättade även då det blev långa avstånd till informanterna vid utökandet av upptagningsområdet. Ett alternativ till att använda det strukturerade intervjuschemat och utföra datainsamlingen som intervjuer skulle vara att använda enkäter (Ejlertsson, 2014). Enkäter hade dock påverkat möjligheten att ha med den öppna avslutande

frågan med uppmuntrande följdfrågor så som ”berätta mer”. Informanten hade då inte heller haft möjlighet att ställa frågor. Genom att samla in data genom intervjuer blev det heller inget bortfall vid någon specifik fråga, vilket enligt Ejlertsson (2012) lätt inträffar vid enkätstudier.

Vid genomgång av det transkriberade texterna tillsammans med de inspelade intervjuerna i fas ett framkom några otydligheter i informanternas svar. I sådana fall tas kontakt med berörd informant för att be om förtydligande (Thomsson, 2002), vilket gjordes via e-post. De förtydliganden som inhämtades var från intervjuer som utförts av det samarbetande studentparet, vilket möjligen hade kunnat undvikas om författarna själva utfört sina intervjuer. En nackdel med samarbetet mellan studentparen var att inte själva ha full kontroll över processen och att inte själv utföra alla sina intervjuer. I relation till den mängd data som avsågs att samlas in från målgruppen övervägde dock fördelarna med samarbetet i detta fall. Under intervjuerna i fas två hade författarna möjlighet att genomföra intervjuerna tillsammans, vilket ansågs betydelsefullt för att få ett djupare perspektiv.

Både intervjuschemat i fas ett och intervjuguiden i fas två upplevdes fungera väl då inhämtat material svarade mot syftet, vilket kan ses som ett tecken på god validitet (Ejlertsson, 2014; Kvale & Brinkmann, 2009). Informanterna upplevdes ha uppfattat intervjufrågorna på samma sätt, vilket innebär en möjlighet att använda samma intervjuschema och intervjuguide och få likvärdiga svar om motsvarande informanter inkluderats. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) är detta tecken på god reliabilitet, vilket dessutom inkluderar att studien ska kunna upprepas av olika forskare, vilket redan testats i fas ett då intervjuerna utfördes av fyra olika personer.

Det låga deltagarantalet i fas ett bidrog till att materialet inte kunde användas på det sätt som först avsågs utan fick kompletteras med de två djupintervjuerna. Resultatet från fas ett bidrog med flera intressanta infallsvinklar och gav positiv förförståelse för att i fas två utföra mer omfattande intervjuer med två av verksamhetscheferna. I mån av tid hade fler intervjuer kunnat utföras i fas två i strävan efter en mättnadspunkt (Kvale & Brinkmann, 2009).

Manifest innehållsanalys har upplevts motiverat då en djupare tolkning av insamlad data inte avsetts. För att minimera risken att frånga det manifesta innehållet i materialet återgick författarna frekvent till studiens syfte som en del av analysprocessen. Kvaless (1997) meningskoncentrering upplevdes fungera väl för analys av de kvalitativa data som inhämtats i båda faser, även om det i fas ett inte ledde fram till något central tema för intervjuerna.

Gällande statistisk analys och presentation av materialet i fas ett är författarna medvetna om att antalet deltagare var för knappt och bortfallet för stort för att ge tillförlitliga resultat. Dessa sammanställningar och beräkningar har ändå utförts i lärandesyfte. Ejlertsson (2012) menar till exempel att det kan vara vilseledande att ange relativ frekvens i tabeller när antalet (n) är mindre än 50, då det kan ge intryck av större variationer än vad det faktiskt rör sig om. För att till viss del ändå låta läsaren få ta del av de relativa frekvenserna har dessa angetts inom parentes, medan de faktiska värdena (n) alltid finns med för att läsaren själv ska kunna ta ställning till vikten av variationen mellan olika variabler.

För att resultatet av ett chitvåtestet ska vara tillförlitligt krävs att antalet (n) motsvarar ungefär 30 eller mer samt att den förväntade frekvensen vid beräkningen inte är  $<5$  i  $>1/5$  av cellerna. I de fall där materialet ansågs för knappt användes även Fishers exakta test för att studera eventuella signifikanta skillnader (Altman, 1991).

## Resultatdiskussion

Genom inhämtad kvantitativ data har det framkommit att det finns vårdcentraler i södra Sverige som bedriver distriktssköterskeledda patientundervisningsgrupper för vuxna och att det finns de som inte gör det. Tyvärr går det dock inte att uttala sig om hur det ser ut generellt inom det studerade området på grund av studiens låga deltagarantal och stora bortfall. Det gick även att se vilka typer av grupper som erbjöds vid deltagande vårdcentraler, men det går inte att dra några slutsatser om hur frekvent förekommande dessa inriktningar på grupper är generellt, eller om det finns ytterligare inriktningar. Dock sammanföll två gruppinriktningar med gruppbaserad patientundervisning som studerats av andra, det vill säga med inriktningen diabetes (Thors Adolfsson et al, 2006) och KOL (Sundhetsstyrelsen, 2009).

Det fanns ingen statistiskt signifikant skillnad avseende förekomst av grupper i relation till vårdcentralens driftsform och inte heller för förekomst av grupper i relation till om det fanns mer än en vårdcentral på orten. Att inga signifikanta skillnader noterades skulle kunna vara ett tecken på att förekomsten i första hand påverkas av annat och är oberoende av driftsform och antal vårdcentraler på orten. Dock måste hänsyn tas till bortfall och urvalsmetod, vilket innebär att det med en mer adekvat urvalsmetod och högre deltagarantal skulle kunna finnas signifikanta skillnader trots allt.

Det kvalitativa materialet från framför allt fas ett, men även fas två, har gett flera varierande men även många gemensamma infallsvinklar på verksamhetschefers erfarenhet av varför vårdcentraler erbjuder eller inte erbjuder distriktssköterskeledd patientundervisning i grupp till vuxna. Enligt Socialstyrelsen (2011) beror den varierande förekomsten av patientundervisning i grupp till viss del på förutsättningar hos vårdgivaren, vilket också blev tydligt i studien då informanter i både fas ett och två tog upp sådana orsaker som ett skäl till att för närvarande inte erbjuda några distriktssköterskeledda grupper. Flera informanter tog upp vinsterna med hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete, i form av direkta hälsovinster och ökad egenvårdförmåga hos patienterna samt ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. De menade att det i många fall vore lämpligt att utföra detta arbete i gruppformat för att utöver nyttan för patienten med att vara i en grupp, göra det effektivt för vårdcentralen ur ett ekonomiskt perspektiv. Flera av verksamhetscheferna hade identifierat ett behov bland sina patienter av till exempel levnadsvaneförändringar och bedömde således att patientunderlaget egentligen var gott, men att patienterna inte var tillräckligt motiverade eller prioriterade att delta i grupper. Framför allt upplevdes det svårt att få patienterna motiverade när det gällde att förändra levnadsvanor generellt. Klang Söderkvist (2013) menar att vårdpersonal till viss del kan påverka patienternas motivationsgrad, om patienten är öppen och mottaglig i relation till sin livssituation. Det patienten söker för och har som mål med kontakten måste överensstämma med det som vårdgivaren erbjuder för att patienten ska bli motiverad och medverka i undervisningen. Patienter respektive vårdpersonal kan ha olika syn på vad som är betydelsefullt att prioritera inom primärvården (Arvidsson et al, 2012), vilket säkert kan bli en utmaning att ta hänsyn till vid fördelning av resurser och planering av verksamhet, såsom exempelvis patientundervisning i grupp.

En annan central aspekt i relation till möjligheten att bedriva distriktssköterskeledd patientundervisning i grupp som framkom var hur verksamhetschefen prioriterade vid fördelning av vårdcentralens resurser i form av personal, arbetstid och ekonomiska tillgångar. Där såg verksamhetscheferna vikten av att väga behovet mot resurserna och prioriterade i flera fall annan verksamhet än distriktssköterskeledda grupper vid vårdcentralen. I hälso- och sjukvårdslagen framgår dessutom att det är de med störst hälso- och sjukvårdsbehov som ska ges företräde till vården (SFS 1982:763, 7 §), vilket kan vara vägledande vid prioriteringar.

Verksamhetschefer såg däremot möjligheten att starta grupper i framtiden om alla förutsättningar för detta var uppfyllda och särskilt om politiskt stöd i form av särskild ersättning utgick.

Sådant författarna själva reflekterat kring vid bearbetningen av datamaterialet är att det vid utvärdering av gruppbaseade interventioner inte nödvändigtvis är gruppformatet som utvärderas utan det skulle också kunna vara så att det är den pedagogiska inriktningen som är av störst betydelse. Detta skulle kunna vara fallet i studien av Hörnsten et al. (2005) där patientundervisningen hade ett personcentrerat förhållningssätt samt i studien av Thors Adolfsson et al. (2006) där en empowermentinriktad patientundervisning studerades. Skulle då individuell patientundervisning med samma pedagogiska inriktning ge samma resultat? Det som går förlorat vid individuella möten är möjligheten att känna stöd av andra gruppdeltagare, såsom det beskrivs i studien av Leung et al. (2005) eller Tveit Sekse et al. (2014), vilket också togs upp av informanterna i föreliggande studie. Även fördelen för verksamheten, som Socialstyrelsen (2011) beskriver, med möjligheten att nå ut till fler patienter går då förlorad, vilket var en vinst som även togs upp även av informanter i författarnas studie. Å andra sidan ska patientundervisning i grupp ske på patientens villkor, där det är viktigt att deltagandet är frivilligt och att patienters beslut att avstå respekteras, vilket gör vården personcentrerad (Edvardsson, 2010).

I studierna av Hörnsten et al. (2005) samt Thors Adolfsson et al. (2006) som nämns ovan har samtliga deltagare i patientundervisningsgrupperna som studerats deltagit på frivillig basis. De som inte har trivts med konceptet har haft möjlighet att avbryta sitt deltagande och därför är det möjligt att endast de som generellt sett var positiva till och trivdes i grupper deltog och finns representerade i studiernas resultat. Så skulle även fallet kunna vara vid vårdcentralers egna utvärderingar av distriktssköterskeledda patientundervisningsgrupper, vilket är värt att beakta vid tolkning av utvärderingar. En betydande del av resultatet från båda faserna gällande varför det inte förekom någon distriktssköterskeledd patientundervisning i grupp var att det var svårt att få patienter motiverade och intresserade av att delta. Författarna har inte funnit någon studie som behandlar varför personer inte vill ha patientundervisning i grupp, eller som beskriver mindre positiva sidor av det, vilket hade varit intressant att fördjupa sig i.

Genom analys av insamlad kvantitativa data framkom att det vanligaste sättet att sprida information om grupper var genom hemsidan, vilket kan bero på att det var något som

specifikt efterfrågades. Det visade sig också finnas flera andra sätt att nå ut med informationen, där det vanligaste sättet att rekrytera patienter som deltagare till grupperna var genom personlig kontakt mellan personal och patient. I fas två framkom det att hemsidan inte ansågs som särskilt effektiv gällande informationsspridning till patienterna. I studierna av Sharma et al. (2014) och Van Voorhees et al. (2010) framgår det att informationsspridning via Internet är något som är under utveckling inom primärvården ur ett internationellt perspektiv, men av erfarenhet är det också känt att det är något som används även inom till exempel Region Skåne (2014). Enligt Klang Söderkvist (2001) är det av vikt att anpassa informationen om patientundervisning till den målgrupp som avses som mottagare. En utmaning kan vara att fånga de som inte besöker vårdcentralen eller aktivt besöker vårdcentralens hemsida. Det torde därför vara bra att informera på flera olika sätt för att nå avsedd målgrupp.

## **Konklusion och implikationer**

Studien visar att det i södra Sverige fanns både vårdcentraler som erbjöd distriktssköterskeledd patientundervisning i grupp för vuxna och att det fanns de som inte gjorde det. Verksamhetschefernas erfarenheter utgjordes av så väl positiva erfarenheter i form av effektivt utnyttjande av resurser för en ökad hälsa hos befolkningen som av upplevda motgångar och svårigheter med att starta upp och bedriva fungerande grupper.

Centralt för förekomsten av distriktssköterskeledd patientundervisning i grupp har i denna studie visat sig vara vårdcentralens prioriteringar och fördelning av tillgängliga resurser samt förmågan att motivera patienter till att delta i grupperna som erbjuds.

De närmaste decennierna förväntas andelen äldre i Sveriges befolkning öka, vilket ställer stora krav på vårdens effektivitet för att kunna möta ett ökat vårdbehov i landet. För att möta det kravet, skulle distriktssköterskeledda patientundervisningsgrupper kunna användas i större utsträckning. För att underlätta detta skulle prioriteringar av distriktssköterskeledd gruppbaserad patientundervisning behövas från så väl politiskt håll som i den egna verksamheten.



## Referenser

- Altman, D. G. (1991). *Practical Statistics for Medical Research*. London: Chapman & Hall.
- Antonovsky, A. (1987). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.
- Arvidsson, E., André, M. Borgquist, L., Andersson, D. & Carlsson, P. (2012). Setting priorities in primary health care - on whose conditions? A questionnaire study. *BMC Family Practice*, 13(114) 1-8. Från <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/13/114>
- Chang, A.K., Fritschi, C. & Kim, M. J. (2012). Nurse-led empowerment strategies for hypertensive patients with metabolic syndrome. *Contemporary Nurse*. 42(1), 118-128. doi: 10.5172/conu.2012.42.1.118
- Creswell, J.W., Klassen, A.C., Plano Clark, V.L., Smith, K.C. (2011). Best practices for mixed methods research in the health sciences. *Bethesda: National Institutes of Health*. Från [http://obssr.od.nih.gov/mixed\\_methods\\_research](http://obssr.od.nih.gov/mixed_methods_research)
- Dalen, M. (2007). *Intervju som metod*. Malmö: Gleerups.
- Danielsson, E. (2012a). Kvantitativ forskningsintervju. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 163-176). Lund: Studentlitteratur.
- Danielsson, E. (2012b). Kvantitativ innehållsanalys. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 330-343). Lund: Studentlitteratur.
- Distriktssköterskeföreningen i Sverige. (Gunnarsson, E, red.). (2008). *Kompetensbeskrivning för specialistsjuksköterska. Distriktssköterska*. [Broschyr] Tryck: Danagårds.
- Edvardsson, D. (2010). Personcentrerad omvårdnad: definition, mätskalor och hälsoeffekter. I D. Edvardsson (Red.) *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik* (s.29-37). Lund: Studentlitteratur.
- Ejlertsson, G. (2012). *Statistik för hälsovetenskaperna* (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Ejlertsson, G. (2014). Enkäten i praktiken: En handbok i enkätmetodik. *Statistik för hälsovetenskaperna* (3 uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Fossum, B. (2007). Framgångsrika kommunikationsmodeller. I B Fossum (Red.) *Kommunikation* (s 187-198). Lund: Studentlitteratur.
- Hollman, D., Lennartsson, S. & Rosengren, K. (2014). District nurses' experiences with the free-choice system in Swedish primary care. *British Journal of Community Nursing*, 19(1), 30-35.
- Hörnsten, Å., Lundman, B., Stenlund, H., & Sandström, H. (2005). Metabolic improvement after intervention focusing on personal understanding in type 2 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 68, 65-74. Doi: 10.1016/j.diabres.2004.08.003

Klang Söderkvist, B. (2001). Patientundervisningsprogram: Praktiska råd vid planering, genomförande och uppföljning. I B. Klang Söderkvist (Red.), *Patientundervisning* (s. 135-159). Lund: Studentlitteratur.

Klang Söderkvist, B. (2013). Undervisningsprogram: Praktiska råd vid planering. I B. Klang Söderkvist (Red.), *Patientundervisning* (s. 229-254). Lund: Studentlitteratur.

Kneck, Å. (2013). Lärandet i livet med långvarig sjukdom. I B. Klang Söderkvist (Red.), *Patientundervisning* (s. 17-40). Lund: Studentlitteratur.

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Kärner, A., Nilsson, S., Jaarsma, T., Andersson, A., Wiréhn, A-B., Wodlin, P., ... Tingström, P. (2012). The effect of problem-based learning in patient education after an event of CORONARY heart disease: a randomised study in PRIMARY health care: design and methodology of the COR-PRIM study. *BMC Family Practice*, 13(110) 1-9. Från <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/13/110>

Leung C., Ho G., Foong M., Ho C.F., Lee P. & Mak L. (2005). Small-group hypertension health education programme: a process and outcome evaluation. *Journal of Advanced Nursing*. 52(6), 631-639.

Medin, J. & Alexanderson, K. (2000). *Begreppen Hälsa och hälsofrämjande: en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur.

Meis, JJ., Bosma, CB., Spruit, MA., Franssen, FM., Janssen, DJ., Teixeira, PJ., ... Kremers, SP. (2014). A qualitative assessment of COPD patients' experiences of pulmonary rehabilitation and guidance by healthcare professionals. *Respiratory Medicine*, 108(3), 500-510. doi: 10.1016/j.rmed.2013.11.001. Epub 2013 Nov 13.

Orem, D.E. (2001). *Nursing: concepts of practice*. (6th edition). St. Louis: Mosby-Year Book Inc.

Polit, D. F., Beck, C. T. & Hungler, B. P. (2001). *Essentials of nursing research: Methods, Appraisal, and Utilization* (5. uppl.). Philadelphia: Lippincott.

Region Skåne. (2011). *Verksamhetschef*. Hämtad 12 oktober, 2015, från Region Skåne, [https://www.skane.se/sv/Webbplatser/Primarvarden\\_Skane/Jobb/Var-personal-/Sjukskoterska4/](https://www.skane.se/sv/Webbplatser/Primarvarden_Skane/Jobb/Var-personal-/Sjukskoterska4/)

Region Skåne. (2014). *HPV-vaccination*. Hämtad 12 december, 2014, från Region Skåne, <http://vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/vaccinationer/hpv-vaccination/#14770>

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 4 december, 2014, från Riksdagen, [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--ochsju-kvardslag-1982\\_sfs-1982-763/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--ochsju-kvardslag-1982_sfs-1982-763/)

Sharma, S., Kilian, R. & Leung, F.-H. (2014). Health 2.0—Lessons Learned: Social Networking With Patients for Health Promotion. *Journal of Primary Care & Community Health*, 5(3), 208-210. doi:10.1177/2150131914522061

Socialstyrelsen. (2011). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011: Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor, stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18484/2011-11-11.pdf>

Statistiska Centralbyrån. (1999). *Från folkbrist till en åldrande befolkning. Glimtar ur en unik befolkningsstatistik under 250 år. Fakta inför 2000-talet*. Halmstad: Statistiska Centralbyrån.

Statistiska Centralbyrån. (2014). *Sveriges framtida befolkning 2014-2060*. Hämtad 29 december, 2014, från Statistiska Centralbyrån, [http://www.scb.se/Statistik/BE/BE0401/2014I60/BE0401\\_2014I60\\_SM\\_BE18SM1401.pdf](http://www.scb.se/Statistik/BE/BE0401/2014I60/BE0401_2014I60_SM_BE18SM1401.pdf)

Sundhedsstyrelsen. (2009). Monitorering & Teknologivurdering. Patientuddannelse – en medicinsk teknologivurdering. Monitorering & Teknologivurdering. *Medicinsk Teknologivurdering*, 11(3).

Thomsson, H. (2002). *Reflexiva intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Thors Adolfsson, E., Walker-Engström, M-L., Smide, B. & Wikblad, K. (2006). Patient education in type 2 diabetes: A randomized controlled 1-year follow-up study. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 76, 341--350. Doi:10.1016/j.diabres.2006.09.018

Tveit Sekse, R. J., Blaaka, G., Buestad, I., Tengesdal, E., Paulsen, A. & Vika M. (2014). Education and counselling group intervention for women treated for gynaecological cancer: does it help? *Scandinavian Journal of Caring Science*, (28), 112–121. doi: 10.1111/scs.12024

Van Voorhees, B. W., Watson, N., Bridges, J. F. P, Fogel, J., Galas, J., Kramer, C. ... Bell, C. (2010). Development and Pilot Study of a Marketing Strategy for Primary Care/Internet – Based Depression Prevention Intervention for Adolescents: The CATCH-IT Intervention. *Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, 12(3). doi:10.4088/PCC.09m00791blu

Vetenskapsrådet. (2011). *God forsknings sed*. Bromma: Vetenskapsrådet.

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur.

World Health Organization. (2003) *WHO definition of Health*. Hämtad 5 december, 2014, från World Health Organization, <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

World Medical Association. (2013). *Helsingforsdeklarationen*. Hämtad 13 januari, 2015, från World Medical Association, <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

## Bilaga 1 (2)

Frågeschema för intervju (fas ett):

<i>Intervjukod:</i>	
Finns det någon ytterligare vårdcentral på orten, utöver den där du arbetar?	
Ja ↓	Nej ↓
Erbjuder ni någon distriktssköterskeledd gruppbaserad patientundervisning för vuxna vid vårdcentralen under tidsperioden första januari till sista juni i år?	
Ja ↓	Nej ↓
Vilken områdesinriktning har den distriktssköterskeledda gruppbaserade patientundervisningen som förekommer?	
<i>Svar:</i> ↓	
Informerar ni på er (vårdcentralens) hemsida om dessa distriktssköterskeledda grupper?	
Ja ↓	Nej ↓
Sker rekrytering av deltagare till grupperna på några andra sätt än genom hemsidan?	
<i>Svar:</i> ↓	
Ja ↓	Nej ↓
Vilka andra sätt?	
<i>Svar:</i> ↓	
Av vilken anledning erbjuds distriktssköterskeledd gruppbaserad patientundervisning på den här vårdcentralen?	
Av vilken anledning erbjuds ingen distriktssköterskeledd gruppbaserad patientundervisning på den här vårdcentralen?	

## Bilaga 2 (2)

### Intervjuguide (fas två):

#### Bakgrund:

- Hur länge har du arbetat som verksamhetschef?
- Yrkesbakgrund?

#### Inledning:

- Erbjuds just nu, på vårdcentralen, någon distriktssköterskeledd patientundervisning i grupp för vuxna? (Vilken inriktning? Tidigare erfarenhet?)
- Erbjuds patientundervisning i grupp som bedrivs av annan än distriktssköterska?

#### Tema:

- Fördelar/nackdelar för patienter/verksamhet på aktuell vårdcentral och generellt med distriktssköterskeledd patientundervisning i grupp?
- Grundläggande förutsättningar för att en vårdcentral ska kunna erbjuda distriktssköterskeledd patientundervisning i grupp? Svårigheter? Stöd/hinder från regionen?
- Erfarenhet av att nå ut med information till patienterna inför att en grupp ska starta?
- Skillnad i vilken typ av inriktning en grupp har gällande patienternas intresse/vilja att delta?
- Patientundervisning i grupp som en del av vårdcentralens profilering?

#### Följdfrågor:

Vill du berätta lite mer om...?

Hur menar du då?

Hur tänker du då?

Har du något exempel?

Hur gick det/vad blev utfallet?