



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Olika yrkeskategoriers önskningskring sjukdomsförebyggande arbete på en vårdcentral

Med utgångspunkt från Socialstyrelsens riktlinjer

Författare: Jenny Lindgren
Carolín Nilmond

Handledare: Marie Edwinson Månsson

Magisteruppsats

Oktober 2012

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Avdelningen för omvårdnad
Box 157, 221 00 LUND

Olika yrkeskategoriers önskningskring sjukdomsförebyggande arbete på en vårdcentral

Med utgångspunkt från Socialstyrelsens riktlinjer

Författare: Jenny Lindgren
Carolin Nilmond

Handledare: Marie Edwinson Månsson

Magisteruppsats

Oktober 2012

Abstrakt

Socialstyrelsen gav 2011 ut nya riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Det finns idag inte angivna metoder för hur arbetet med riktlinjerna ska organiseras. Syftet med denna kvalitativa studie är att beskriva olika yrkeskategoriers önskningskring sjukdomsförebyggande arbete på en vårdcentral med utgångspunkt från Socialstyrelsens riktlinjer. Tolv semistrukturerade intervjuer genomfördes med olika yrkeskategorier. Resultatet visar huvudkategorin *Förutsättningar* med subkategorierna *Resurser* och *Förhållningssätt* samt huvudkategorin *Organisation* med subkategorierna *Identifiera och bedöma patienter*, *Planera patientens hälsovård*, *Arbetsformer* samt *Uppföljning av patientens hälsovård*. Patientens egenansvar för sin hälsa samt samverkan mellan alla yrkeskategorier beskrivs som viktiga förutsättningar. Informanterna uppgav önskemål om att ha en hälsomottagning med en hälsospecialist, ett hälsorum, flera olika former av bedömande och behandlande hälsosamtal samt gruppverksamheter.

Nyckelord

Sjukdomsförebyggande metoder, Socialstyrelsens riktlinjer förutsättningar, samverkan, hälsomottagning, hälsosamtal

Avdelningen för omvårdnad
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Medicinska fakulteten
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Problembeskrivning.....	2
Bakgrund.....	3
Definitioner	3
Ohälsosamma levnadsvanor.....	3
Ramverk för hälsofrämjande arbete.....	4
Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder	4
Åtgärdsrekommendationer	5
Rådgivning som metod.....	5
Implementering av Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder.....	6
Tidigare forskning kring sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete	7
Betydelsefulla yrkeskategorier vid arbete med sjukdomsförebyggande metoder	8
Samverkan	9
Syfte	10
Metod	10
Urval av undersökningsgrupp.....	10
Undersökningsinstrument.....	11
Genomförande av datainsamling	11
Genomförande av databearbetning.....	12
Etisk avvägning	13
Resultat	14
Förutsättningar	15
Resurser.....	15
Förhållningssätt.....	17
Organisation	19
Identifiera och bedöma patienter.....	19
Planera patientens hälsovård.....	22
Arbetsformer.....	22
Individuella sjukdomsförebyggande åtgärder.....	22
Gruppverksamhet.....	26
Uppföljning och avslut av patientens hälsovård	27
Diskussion.....	28
Diskussion av vald metod.....	28
Diskussion av framtaget resultat	29
Konklusion.....	35
Referenser	36
Bilaga 1 (3).....	41
Bilaga 2 (3).....	42
Bilaga 3 (3).....	45

Problembeskrivning

Många olika faktorer påverkar människors hälsa (World Health Organization, 2009). Världshälsoorganisationen (WHO) beskrev i sin rapport från 2009 att en fjärdedel av all död i världen orsakas av de fem riskfaktorerna högt blodtryck, tobaksanvändning, högt blodsocker, fysisk inaktivitet samt övervikt och fetma, alla påverkade av våra levnadsvanor. Alarmerande siffror redovisades i Statens folkhälsoinstituts lägesrapport från 2010 där var tredje man och varannan kvinna uppgav att de hade ohälsosamma levnadsvanor. Socialstyrelsen gav 2011 ut nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder (Socialstyrelsen, 2011b). Dessa riktlinjer ska användas i hälso- och sjukvårdens arbete med att stödja patienter att förändra deras ohälsosamma levnadsvanor. Implementeringen av dessa riktlinjer kommer att kräva förändring av verksamheters organisationer där ökade resurser och kunskap behövs. I riktlinjerna framgår varken hur hälso- och sjukvården praktiskt ska arbeta med de nya riktlinjerna, eller vilka yrkeskategorier som ska arbeta med dem. Socialstyrelsen vill att olika metoder används för implementeringen och att dessa sedan ska utvärderas och kunskap spridas (a.a.). Primärvården är en särskilt viktig arena för det sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbetet (Socialdepartementet, 2008). Här arbetar flera olika yrkeskategorier såsom distriktssköterska, sjuksköterska, läkare, undersköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, dietist, psykolog och kurator. Samverkan mellan olika yrkeskategorier är viktig i det sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbetet (Socialdepartementet, 2008). Då det inte finns angivna metoder för hur arbetet med riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder ska organiseras och eftersom samverkan är viktig, är det intressant att beskriva hur primärvårdens olika yrkeskategorier önskar arbeta med detta.

Bakgrund

Definitioner

Begreppen hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande används olika i litteraturen. Vanligt förekommande definitioner är de från WHO som beskriver hälsofrämjande enligt följande: *“Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve their health.”* (World Health Organization, 1998, s. 1). Sjukdomsförebyggande beskrivs som: *“Disease prevention covers measures not only to prevent the occurrence of disease, such as risk factor reduction, but also to arrest its progress and reduce its consequences once established.”* (World Health Organization, 1998, s.4).

Ohälsosamma levnadsvanor

I Folkhälsorapport 2009 beskrevs högt blodtryck, tobak, höga blodfetter, övervikt, samt även för männen alkohol, vara de riskfaktorerna med störst betydelse för den så kallade samlade sjukdomsburden (Danielsson & Talbäck, 2009). Dessa riskfaktorer påverkas av våra levnadsvanor såsom fysisk inaktivitet och ohälsosamma kostvanor (Norberg & Danielsson, 2009). Statens folkhälsoinstituts årliga rapport om svenskarnas levnadsvanor från 2010 rapporterade att 91 procent av befolkningen inte äter frukt och grönt minst fem gånger per dag, vilket rekommenderas (Statens Folkhälsoinstitut, 2010). En tredjedel av Sveriges befolkning har lägre nivå av fysisk aktivitet än rekommenderat och 14 procent har en stillasittande fritid. Var tredje kvinna och var fjärde man är överviktig och andelen personer med fetma har ökat från 12 procent 2004 till 14 procent 2010. Av befolkningen har 13 procent riskabla alkoholvanor och lika många procent är dagliga rökare. Tjugo procent av männen snusar jämfört med endast 4 procent av kvinnorna. Rapporten visade dock att de flesta med ohälsosamma levnadsvanor önskar förändra sina levnadsvanor och en del av dem önskar erhålla stöd för att klara av det (a.a.).

Ramverk för hälsofrämjande arbete

Hälso- och sjukvården i Sverige styrs av Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763) och målet är “*en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen*” (2§). Där anges också att hälso- och sjukvården har ansvar för att förebygga ohälsa och informera patienter om metoder för att förebygga sjukdom.

Riksdagen tog beslut 2008 om en förnyad folkhälsopolitik innehållande elva målområden. En hälsofrämjande hälso- och sjukvård var ett målområde, fysisk aktivitet ett annat, matvanor och livsmedel ett tredje och tobak och alkohol ett fjärde. I målområdet om en hälsofrämjande hälso- och sjukvård betonades att hälso- och sjukvårdens ansvar för sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete bör stärkas och integreras i den ordinarie verksamheten. Ökad samverkan mellan olika kompetenser i kombination med ökad användning av evidensbaserade metoder framhölls kunna ge bättre tillgänglighet, valfrihet och kvalitet för individen. Det betonades även att hälso- och sjukvården ska se till patienter i ett helhetsperspektiv, där patientens egen förmåga att ta ansvar för sitt hälsotillstånd ska stödjas (Socialdepartementet, 2008).

Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder

Socialstyrelsen (2011b) har i uppdrag att utarbeta nationella riktlinjer för god vård, både gällande de stora folksjukdomarna och för andra särskilt resurskrävande sjukdomar. I arbetet med riktlinjer prioriteras områden där det föreligger ett stort behov av vägledning.

Riktlinjerna syftar, förutom att stimulera till användande av vetenskapligt utvärderade arbetsätt, även till att ge stöd vid resursfördelning. Då det i nuläget inte föreligger någon enhetlig praxis gällande det förebyggande arbetet, och det efterfrågas kunskap om lämpliga arbetsformer i det praktiska arbetet, har Socialstyrelsen tagit fram *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011*. Riktlinjerna innehåller rekommendationer om metoder för att förebygga sjukdom genom att stödja patienters förändring av levnadsvanorna tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor.

Åtgärdsrekommendationer

När Socialstyrelsen har tagit fram rekommendationer av åtgärderna har det gjorts utifrån rangordning av olika tillstånds- och åtgärds kombinationer (Socialstyrelsen, 2011b). Denna rangordning baseras på en samlad bedömning av tillståndets svårighetsgrad, åtgärdens effekt, kostnadseffektivitet samt evidens för effekten. Det finns tre olika typer av rekommendationer. Rekommendationen Forskning och Utveckling (FoU), rekommendationen icke-göra och rekommendationer med rangordning 1-10 där 1 har störst angelägenhetsgrad för vad hälso- och sjukvården bör eller kan göra, och 10 lägst. I riktlinjerna beskrivs specifikt rangordning för särskilda tillstånd och högriskgrupper.

Med utgångspunkt från rekommendationerna med rangordningen 1-10 redovisas nedan åtgärder med rangordningen 1-4 för de olika levnadsvanorna. I denna sammanställning exkluderas särskilda tillstånd och högriskgrupper;

Vuxna personer som röker dagligen:

- Kvalificerat rådgivande samtal individuellt eller i grupp (prioritet 2)
- Proaktiv telefonrådgivning (prioritet 3).

Vuxna personer med riskbruk av alkohol:

- Rådgivande samtal (prioritet 4)
- Webb- och datorbaserad rådgivning (prioritet 4).

Vuxna personer med otillräcklig fysisk aktivitet:

- Rådgivande samtal med tillägg av skriftlig ordination av fysisk aktivitet eller stegräknare samt särskild uppföljning (prioritet 3)

Vuxna personer med ohälsosamma kostvanor:

- Kvalificerat rådgivande samtal (prioritet 3)

Rådgivning som metod

Riktlinjerna är avsedda för personer som redan har ohälsosamma levnadsvanor (Socialstyrelsen, 2011b). Enligt riktlinjerna är grunden för alla åtgärder att patienter med ohälsosamma levnadsvanor erbjuds någon form av rådgivning eller samtal som syftar till att öka dennes kontroll över sin egen hälsa och förbättra den. Åtgärderna är indelade i tre

övergripande nivåer: enkla råd, rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal. I tabell 1 nedan beskrivs de olika åtgärdsnivåerna.

Tabell 1. Direktcitat från Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011, (Socialstyrelsen 2011b, tabell 3 sid 2)

Åtgärdsnivå	Beskrivning	Omfattning i tid
Enkla råd	<ul style="list-style-type: none"> Information och korta, standardiserade råd och rekommendationer om levnadsvanor (inte likställt med att ställa frågor om levnadsvanor). Eventuell komplettering med skriftlig information. 	Vanligtvis mindre än 5 minuter.
Rådgivande samtal	<ul style="list-style-type: none"> Dialog mellan hälso- och sjukvårdspersonal och patient. Anpassning till den specifika personens ålder, hälsa, risknivåer med mera. Eventuell komplettering med olika verktyg och hjälpmedel samt med särskild uppföljning². Kan inkludera motiverande strategier. 	Vanligtvis 10–15 minuter men ibland upp till 30 minuter.
Kvalificerat rådgivande samtal	<ul style="list-style-type: none"> Dialog mellan hälso- och sjukvårdspersonal och patient. Anpassning till den specifika personens ålder, hälsa, risknivåer med mera. Eventuell komplettering med olika verktyg och hjälpmedel samt med särskild uppföljning². Kan inkludera motiverande strategier. Vanligen teoribaserat eller strukturerat (se vilka teorier och metoder som har beskrivits i det vetenskapliga underlaget i bilaga 2). Personal med utbildning i den metod som används. 	Ofta längre än rådgivande samtal.

Socialstyrelsens tre åtgärdsnivåer för sjukdomsförebyggande metoder.

²Verktyg och hjälpmedel innebär t.ex. stegräknare eller skriftlig ordination av fysisk aktivitet

Implementering av Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder

Enligt Socialstyrelsen (u.å.) har regeringen tilldelat dem uppdraget att stödja införandet av nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Socialstyrelsen har startat projektet ”Stöd till införandet av Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder” vilket ska slutredovisas år 2014. På Socialstyrelsens informationssida om detta projekt, belyses betydelsen av att all personal som har patientkontakt inom hälso- och sjukvården behöver kunna tillämpa riktlinjerna för att kunna arbeta i enlighet med dem. Där lyfts att många personalkategorier och verksamheter påverkas och för att kunna stödja införandet innefattar projektet bland annat utvecklande av ett IT-baserat utbildningsmaterial till olika yrkeskategorier samt stöd av metodutvecklingen kring det sjukdomsförebyggande arbetet. Enligt Socialstyrelsen (2011b) har det på flera håll i landet startats upp livsstilmottagningar, men ännu har dessa ej utvärderats. Socialstyrelsen önskar att vården provar olika organisatoriska former för det sjukdomsförebyggande arbetet och att erfarenheter utvärderas

och sprids (a.a.).

På Socialstyrelsens hemsida (Socialstyrelsen, 2011a) finns en checklista för införandet av nationella riktlinjer om sjukdomsförebyggande metoder på landstings-, region- och kommunnivå. Där finns åtta punkter rangordnade. Punkt fem belyser att det sjukdomsförebyggande arbetet ska konkretiseras för hälso- och sjukvårdspersonalen och tar upp behovet av tydliggörande kring vilka yrkeskategorier som ska utföra olika åtgärder. Punkt sex lyfter behovet av en analys för hur verksamheten ska förankra och införa det nya arbetssättet med levnadsvanor hos chefer och medarbetare.

Tidigare forskning kring sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete

I en svensk studie av Grahm och Friberg (2011) undersöktes verksamhetschefers resonemang kring införandet av de nya nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder. Cheferna beskrev ett intresse hos personalen att arbeta hälsopromotivt och en av cheferna poängterade att framförallt distriktssköterskorna ansåg detta arbete som stimulerande. De trodde också att det kunde öka arbetsglädjen hos personalen. Ekonomiska resurser beskrevs ha en stor roll för implementering. Några chefer tyckte att tillräcklig kunskap, resurser och synsätt fanns medan andra beskrev ett utbildningsbehov hos ordinarie personal, samt behov av organisatoriskt gemensamma visioner och tydliga rutiner. En chef uttryckte att de behövde en extra resurs som enbart arbetar med detta för att driva frågan bland personalen och befästa arbetssättet. Han ansåg att fler professioners kompetens skulle tas tillvara såsom sjukgymnaster och dietister. Någon önskade utöka omfattning av den befintliga verksamheten. Distriktssköterskornas betydelse i det hälsopromotiva arbete betonades av samtliga verksamhetschefer.

I en svensk rapport av Lindberg och Wilhelmsson (2005) som behandlade distriktssköterskors förebyggande och hälsofrämjande arbete, framgick att det behövdes tydligare organisation och styrning. Distriktssköterskorna beskrev bristande stöd från chefen som ett hinder för arbetet. I studien framkom även att sjuksköterskor som gått sin distriktssköterskeutbildning på senare år upplevde en skillnad mellan utbildningens innehåll och mål gällande det förebyggande och hälsofrämjande arbetet och den praktiska verksamhetens. Denna skillnad var en sak som de nytexaminerade distriktssköterskorna upplevde hindra deras arbete.

Rapportens resultat pekade på en brist att tillvarata ny kunskap i verksamheten, vilket i sin tur kan medföra bristande utveckling inom det förebyggande och hälsofrämjande området. Det framkom även att distriktssköterskorna upplevde samarbetsproblem mellan olika professioner gällande det hälsofrämjande arbetet.

Betydelsefulla yrkeskategorier vid arbete med sjukdomsförebyggande metoder

Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjukgymnaster ska en legitimerad sjukgymnast bland annat kunna ta initiativ till och genomföra förebyggande och hälsobefrämjande insatser. Sjukgymnasten ska även följa, använda och medverka i forsknings- och utvecklingsarbete samt kunna arbeta i grupp och samverka med företrädare för andra yrken (Socialstyrelsen, 1999). Arbetsterapeuten ska enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för arbetsterapeuter bland annat kunna initiera och genomföra hälsobefrämjande åtgärder både på individ- som samhällsnivå. Arbetsterapeuten ska kunna planera och prioritera arbetet och samverka med kollegor och företrädare för andra yrken (Socialstyrelsen, 2001). En legitimerad sjuksköterska ska enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning bland annat ha förmågan att arbeta med att förebygga hälsorisker och vid behov motivera till förändrade livsstilsfaktorer. Sjuksköterskan ska delta i verksamhetsplanering gällande bland annat team och vårdkedjan. Sjuksköterskan ska också ha förmågan att organisera och delta i teamarbete gällande patienter (Socialstyrelsen, 2005). En distriktssköterska ska enligt distriktssköterskans kompetensbeskrivning (Distriktssköterskeföreningen i Sverige, 2008) ha fördjupade kunskaper och veta tillvägagångssätt för att kunna bedriva hälsofrämjande arbete på individ-, grupp- och samhällsnivå. Distriktssköterskan ska ha tillräckliga kunskaper inom ledarskap för att bland annat kunna nå resultat, organisera och utveckla arbetet för att leda en mottagningsverksamhet. För specialistläkare inom allmänmedicin finns kompetenskrav som anger att läkaren ska ha kunskap om hälsans bestämningsfaktorer, folkhälsoaspekter och metoder för sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser (Svensk Förening för allmänmedicin, 2008). Dietister, kuratorer, psykologer, och undersköterskor är andra yrkeskategorier som utifrån sitt specifika kompetensområde kan arbeta för att stärka patientens möjlighet att förbättra sina levnadsvanor. I en avhandling av Johansson (2010) ansåg sig framförallt psykologer, sjukgymnaster och arbetsterapeuter vara intresserade av att utveckla sin roll i det hälsofrämjande arbetet. Enligt Johanssons avhandling har även

ledningens stöd stor betydelse vid utvecklingsarbete. Enligt Olsson & Svensson (2005) räcker det inte enbart med stöd från ledningen när det gäller förbättringsarbete, chefer måste även själva ta en aktiv roll i arbetet.

Samverkan

Samverkan kan definieras som när en person eller grupp arbetar eller utövar verksamhet tillsammans för att uppnå ett gemensamt eftersträvat mål (Samverkan, u.å.). Ökad samverkan är en av de åtgärder som behövs vid införandet av riktlinjerna (Socialstyrelsen, 2011b). De nationella riktlinjerna begränsar inte samverkan till att gälla inom hälso- och sjukvården, utan samverkansformer med externa aktörer efterlyses också. Socialstyrelsen lyfter hälso- och sjukvårdens kanske viktigaste roll vid extern samverkan som förmedlare av kunskap om levnadsvanors betydelse för hälsan, något som i sig kan leda till aktivt sjukdomsförebyggande arbete hos externa aktörer. Det interna arbetet inom hälso- och sjukvården med ohälsosamma levnadsvanor berör i stort sett alla verksamhetens delar. Socialstyrelsen bedömer att vårdgivarna bör se över och utveckla former för samverkan. Olsson och Svensson (2005) beskriver att det är viktigt att kombinera många kompetenser genom samverkan. De menar att de olika professionerna behöver ta del av varandras perspektiv och kunskaper för att patienterna ska kunna gynnas av den samlade kompetens som finns i hälso- och sjukvården. Vidare tar de upp att en fungerande samverkan bygger på kunskap om, och förståelse för, de olika professionernas perspektiv och psykologiska drivkrafter. Då ingen ensam profession kan förstå helheten menar de att det krävs en ökad förmåga inom hälso- och sjukvården att samarbeta i tvärprofessionella och tvärfunktionella team för att kunna förbättra vården (a.a.). Att ta tillvara de olika yrkeskategoriernas kompetens i det hälsofrämjande har beskrivits som betydelsefullt i flera studier (Grahm & Friberg, 201; Andersen, Göransson & Petersson, 2003; Johansson, 2010). Ett sätt att ta tillvara olika yrkeskategoriers kompetens gällande arbetet med sjukdomsförebyggande metoder är att ta reda på hur de önskar arbeta med detta. Det finns ett önskemål om en sådan kartläggning på en vårdcentral med ett pågående arbete med implementering av Socialstyrelsens riktlinjer.

Syfte

Beskriva olika yrkeskategoriers önsknings kring sjukdomsförebyggande arbete på en vårdcentral utifrån Socialstyrelsens riktlinjer.

Metod

Studien utgår ifrån kvalitativ metod med induktiv ansats. Kvalitativ metod är användbar för att beskriva personers tankar och förväntningar samt för att ge en djupare förståelse för det som ska studeras (Malterud, 2009). Metoden kan användas inom områden där det finns liten kunskapsbas och där det önskas mångfaldiga svar (a.a.). Kvalitativ forskningsmetod ansågs vara lämplig för denna studie eftersom riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoderna är nya och det finns en begränsad kunskapsbas om hur arbetet med dessa ska bedrivas.

Inom kvalitativ forskning kan författarnas förförståelse vara både en förutsättning och ett hinder (Malterud, 2009). Förförståelse innefattar författarnas tidigare erfarenheter och teoretiska grund och används för att tolka resultatet. Förförståelsen får dock inte påverka objektiviteten och författarna måste före och under hela forskningsprocessen tydliggöra och vara medvetna om sin egen förförståelse för att kunna sätta den åt sidan (a.a.). I föreliggande studie har båda författarna tidigare erfarenhet av arbete på vårdcentral, varav en av författarna även erfarenhet av att arbeta på en vårdcentral med flera hälsofrämjande projekt. Författarna har under hela studiens gång diskuterat och medvetengjort förförståelsen för att denna i så låg grad som möjligt skulle påverka resultatet.

Urval av undersökningsgrupp

Urvalet av informanter gjordes från en vårdcentral i södra Sverige som nyligen startat upp en hälsomottagning, och som efterfrågade hjälp i denna process. Inklusionskriterierna i urvalet för studien var medarbetare på vårdcentralen som kunde tänkas arbeta med sjukdomsförebyggande metoder för patienter med ohälsosamma levnadsvanor. Yrkeskategorier som tillfrågades för att vara med i studien var läkare, distriktssköterska,

sjuusköterska, sjukgymnast, psykolog, kurator, arbetsterapeut, undersköterska och verksamhetschef som arbetade på vald vårdcentral. För att täcka in samtliga yrkeskategorier och få en jämn fördelning av dessa gjordes ett urval av informanter utifrån yrkeskategori, specifika ansvarsområde och yrkeserfarenhet. De 12 utvalda informanterna uppfyllde inklusionskriterierna för studien. I urvalet ingick en till två personer från i princip samtliga yrkeskategorier. Av etiska skäl redovisas inte vilka yrkeskategorier som slutligen deltog i studien. Informanterna hade arbetat på den aktuella vårdcentralen mellan tre månader till 23 år och inom primärvården fem månader till 38 år.

Undersökningsinstrument

För att säkerställa att vissa specifika ämnen inkluderas i samtliga intervjuer skedde datainsamling med semistrukturerade intervjuer. Denna intervjutyp ger informanterna möjlighet att ge beskrivningar och illustrationer av ämnet såsom de själva önskar, samtidigt som författarna får ta del av den information de eftersträvar (Polit & Beck, 2012). Utifrån den intervjuguide (bilaga 1) som användes uppmuntrades informanterna att prata fritt om ämnena.

Genomförande av datainsamling

Kontakt med intresserad vårdcentral erhöles genom forskningskoordinatorm på Centrum för Primärvårdsforskning. Informationsbrev skickades till vårdcentralens verksamhetschef (bilaga 2) som gav sitt samtycke till genomförandet av studien. Efter överenskommelse med verksamhetschefen besökte en av författarna vårdcentralen och informerade informanterna om studien. Informationsblad med svarsblankett (bilaga 3) lämnades ut till informanterna som vid intresse av att delta i studien lade ifyllt svarsdel i en speciell låda på arbetsplatsen. Till studien anmälde 14 informanter sitt intressera av att delta. Utav dessa 14 valdes 12 ut att delta i studien. De två som ej valdes ut var i samma yrkeskategori och hade likvärdiga ansvarsområden som redan inkluderade informanter. Dessa två informerades via mail eller telefon. De informanter utvalda att delta i studien kontaktades via mail eller telefon och bokades för intervju på den tid och plats de önskade.

Enligt Polit och Beck (2012) rekommenderas en pilotintervju för att pröva intervjuguidens relevans för studien. Författarna genomförde en pilotintervju med en av de utvalda informanterna. Intervjuguiden följdes, men under intervjun upplevdes att vissa delar inte kom fram varför intervjun i slutet kompletterades med dessa frågor. Efter genomförd pilotintervju justerades intervjuguiden till att även omfatta ”Distriktssköterskans roll”. Dessutom specificerades att samtliga av de fyra olika levnadsvanorna i Socialstyrelsens riktlinjer om sjukdomsförebyggande metoder skulle inkluderas. Pilotintervjun ansågs vara tillräckligt relevant för att kunna inkluderas i studien.

Samtliga intervjuer genomfördes på vårdcentralen enligt informanternas önskemål och intervjuerna tog mellan 25 och 45 minuter. Före intervjuns början informerades informanten om studiens syfte samt att fokus låg på att beskriva hur han eller hon önskar arbeta. Informanten uppmanades att bortse från yttre begränsningar såsom resurser och tid. Informanten fick även ännu en gång information om att deltagandet i studien var frivilligt, att studien närsomhelst kunde avbrytas samt att konfidentialitet utlovades. Kontroll gjordes av att samtyckesblanketterna (bilaga 2) var ifyllda. Båda författarna deltog vid samtliga intervjuer. Under intervjun var en av författarna styrande, den andra observerade och gjorde inlägg för att säkerställa datainsamlingens innehåll vid behov. Intervjuerna spelades in på band. Enligt Polit och Beck (2012) möjliggör det för författarna att fokusera på ämnet och dynamiken i intervjuerna. En annan fördel med inspelning är att författarna kan lyssna på intervjuerna i efterhand.

Intervjun utgick ifrån intervjuguiden (bilaga 1) som inleddes med frågor om informanternas bakgrund. Därefter bads informanten fritt beskriva hur de önskar arbeta med riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder. De ämnen i intervjuguiden som inte besvarats med denna fråga kompletterades under intervjun. Vid några tillfällen framkom, efter att banspelaren stängts av, ytterligare material som var intressant för studiens syfte. Författarna frågade då om detta material fick användas och skrev sedan omedelbart ner det som sagts. Författarna transkriberade intervjuerna ordagrant.

Genomförande av databearbetning

Det insamlade materialet analyserades med Burnards innehållsanalys i 14 steg, för att få en detaljerad och systematisk beskrivning av materialet i intervjun (Burnard, 1991). Efter intervjuerna började författarna skriva ner vilka ämnen som kommit upp under intervjun. Efter transkribering lästes hela materialet igenom och fraser som summerar texten noterades. I nästa steg samlades dessa fraser i kategorier som sedan lästes igenom flertalet gånger för att gruppera dem ytterligare till färre kategorier och teman. Författarna valde att utesluta steg sex där kollegor bjuds in att göra en oberoende kodning av materialet. Istället genomförde författarna kodning av materialet separat från varandra och jämförde uppkomna kategorier och subkategorier. Det framkom där att kategoriseringen genomförts likvärdigt. Olikheter diskuterades och justerades. Handledaren var även delaktig i struktureringen av kategorier. För att kontrollera att det slutliga kategoriseringssystemet täckte in all data lästes åter materialet igenom och jämfördes med kategorierna. Därefter markerades all text med olika färger beroende på vilken kategori den tillhörde, dessa färgsektioner klipptes sedan ut och klistrades in i ett nytt dokument för respektive kategori. Författarna uteslöt steg elva där någon utvald informant ombeds kontrollera lämpligheten i kategorierna. Utifrån dokumenten med det kategoriserade materialet skrevs sedan resultatet.

Etisk avvägning

Författarna har utgått från de tre etiska principerna respekt för människans värdighet, godhetsprincipen och rättvis principen (Polit och Beck, 2012), vid upplägget av studien. Informanterna fick muntlig och skriftlig information om studien samt information om att deras deltagande var frivilligt och de kunde avbryta utan motivering närhelst de önskade. För att kunna fatta ett genomtänkt beslut om deltagandet i studien gavs medarbetarna möjlighet att fundera, minst ett par dagar, på om de önskade delta eller inte. Lådan där svarsblanketten lämnades var konstruerad så att inlämnade blanketter inte kunde läsas. Den eventuellt blivande informanten fick själv ange hur han/hon önskade bli kontaktad. För att tillvarata informanternas konfidentialitet har deras personuppgifter och yrkeskategorier inte redovisats i resultatet. Banden och utskriften har kodats och en kodnyckel upprättades, datamaterial och kodnyckel har förvarats åtskilda och inlåsta, samt endast funnits tillgängliga för författarna och författarnas handledare. Materialet kommer att sparas i ett låst skåp i ett år och kommer därefter destrueras.

Studien erhöill ett rådgivande yttrandet från Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) 2012-03-19 (VEN 62-12). I enlighet med detta gjordes enstaka förändringar i informationsbrevet till informanterna.

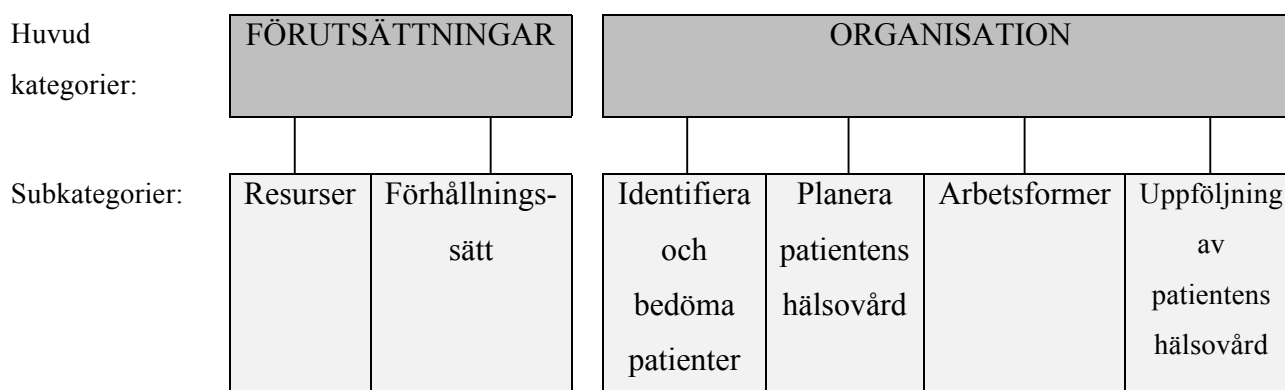
Resultat

De 12 utvalda informanterna hade varierande kunskapen om riktlinjernas innehåll. Alla informanterna hade tagit del av information som givits om riktlinjerna, fem uppgav att de hade läst delar av dem och två hade god kännedom om riktlinjerna.

I föreliggande studie har informanterna använt olika ord för att beskriva samma sak. Informanterna använde livsstils-mottagning och hälsomottagning synonymt, vidare i studien kommer hälsomottagning att användas. Personen ansvarig för hälsomottagningen beskrevs av informanterna som hälsocoach, hälsopedagog, hälsosköterska samt distriktssköterska med inriktning mot hälsopromotion, men kommer vidare benämnas som hälsospecialist.

Materialet utmynnade i huvudkategorierna förutsättningar och organisation med totalt sex subkategorier (tabell 2).

Tabell 2. Kategorier



Huvudkategorier och subkategorier

Förutsättningar

Resurser

Flertalet informanter upplevde det som mycket betydelsefullt att ha en hälsomottagning med en hälsospecialist. Hälsospecialisten ansågs innefatta minst en heltidstjänst som enbart fokuserar på det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet på vårdcentralen. Det upplevdes som bra att ha en hälsospecialist som fokuserar på ohälsosamma levnadsvanor, även för patienter med sjukdomar. Hälsomottagning beskrevs vara ett professionellt sätt att arbeta med levnadsvanor som knyter ihop hela vårdcentralens sjukdomsförebyggande arbetet.

”...det är faktiskt så att man behöver en kategori som... för vi är så splittrade, vi är på så många olika håll och när vi fick en hälsospecialist så föll det liksom på sin plats.” (H)

Hälsospecialisten önskades vara någon med speciellt intresse för och vidareutbildning inom hälsopromotion. Flertalet informanter beskrev distriktssköterska eller sjuksköterska vara en lämplig yrkeskategori för detta, men en informant föreslog även läkare. Andra ansåg att läkare enbart ska vara ett stöd till hälsomottagningen, liksom flera andra yrkeskategorier.

“...läkare måste ju finnas som back-up /.../ men att det finns back-up på kurator, psykolog, dietist och sjukgymnast också.” (G)

Informanterna beskrev att hälsospecialisten ska ha egen mottagning med patienter för bedömning, hälsosamtal och uppföljning. Hälsospecialisten ska vara uppdaterad inom området och vara påläst om Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Vidare ska hälsospecialisten ansvara för fortbildning och vid behov delge sin kunskap på exempelvis avdelningsmöten, samt ha en koordinerande och rådgivande roll. Informanterna ansåg att hälsospecialisten även ska ha som uppgift att motivera och inspirera personalen, samt arbeta fram metoder och riktlinjer för arbetet inom området på vårdcentralen. Hälsospecialisten ska samverka externt och exempelvis vara representant i kommunens folkhälsoråd, kartlägga vad som erbjuds i kommunen inom området och samverka med motionsanläggningar.

“...en sån där spindel i nätet är jätteviktig, som också har kontakt med kommunen, andra enheter, fysanläggningar...” (I)

Informanter beskrev vikten av att arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande och utöver hälsomottagning framkom flera andra betydelsefulla förutsättningar för detta arbete. Tillräckligt med tid avsatt för detta arbete nämndes som betydelsefullt av flertalet informanter. Ett förslag var att, utöver arbete med levnadsvanor integrerat i det ordinarie arbetet, ha speciell mottagningstid avsatt för att arbeta med patienters levnadsvanor. Informanter uppgav även att primärvården behöver förbättra sin tillgänglighet för att underlätta för patienterna att sköta om sin hälsovård.

“Den här möjligheten för folk att gå till doktorn, sköta sina kontroller, hålla reda på sitt blodtryck och ta prover och sådant efter jobb/.../att man haft andra öppettider, till och med en vanlig vårdcentral som hade varit öppen på lördagar.” (G)

Informanterna önskade att alla vårdcentralens yrkeskategorier får sitta tillsammans för att personalen ska lära känna varandra, få kunskap om kollegors arbete och kompetens och för att underlätta samverkan. Informanterna ansåg att det är en tillgång att ha flera olika yrkeskategorier på vårdcentralen. En informant beskrev även betydelsen av att ha både män och kvinnor i arbetslaget.

“Sitter man tillsammans allihopa i samma hus så är det lite lättare, för då har man tillgång till varandra på ett annat sätt.” (F).

Det lyftes fram att de som ska arbeta med sjukdomsförebyggande arbete bör ha särskild vidareutbildning inom detta ämne med till exempel motiverande samtal. En informant beskrev även vikten av att dels få handledning i det praktiska arbetet med förändring av patienternas levnadsvanor, men även vägledning och stöd i hur arbetet med riktlinjerna kan gå till. Det sågs som betydelsefullt att personalen är intresserad av och tycker det är roligt att arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande. Informanterna ansåg även att chefen har en betydelsefull roll i att stimulera arbetet och skapa förutsättningar för att arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande. För att motivera personalen är det viktigt med en chef som är

innovativ, vågar ta snabba beslut och ger medarbetarna mandat att göra saker. Chefen för vårdcentralen ska enligt informanterna även vara aktiv i extern samverkan och till exempel uppmärksamma utvecklingsprojekt och se till att det finns nätverk med kommunen.

”Jag tror att mycket av detta är en ledningsfråga och vi har ju en bra chef som inte är rädd för att börja rycka i nya saker...har man en chef som är negativ till sånt här så är det ju svårt att jobba med det.” (H)

Förhållningssätt

Informanterna ansåg att patientens motivation är styrande för hela det sjukdomsförebyggande arbetet. De betonade vikten av att låta patienten själv ta tag i sina problem och att värna om patientens egenansvar och autonomi. Informanterna beskrev olika faktorer som kan inverka på motivationen såsom att patienten kan påverka behandlingstider, stödja och hjälpa patienten utan att ge pekpinor samt skapa möjligheter att ge hjälp just när patienten har hög motivationsgrad. Informanterna beskrev också vikten av att vänta in patienten tills den är motiverad, att låta förändringen ta tid och ta en sak i taget.

”Motivationen är ju det som är grunden till förändring, har man ingen motivation så kommer man inte till någon förändring heller...” (F)

Informanterna framhöll att all personal ska ha ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande förhållningssätt i alla möte med patienterna. De betonade betydelsen av att se till hela människan och dennes livssituation, både familjesituation och sysselsättning lyftes fram. I förhållningssättet gentemot patienterna beskrevs även vikten av att ta sig tid att lyssna på patienten och att ha patientens medgivande vid diskussion kollegor emellan. Det uppgavs att det kan vara svårt att samtala om levnadsvanor med patienterna, särskilt om alkohol och om unga patienters ohälsosamma levnadsvanor. Informanterna lyfte också fram betydelsen av anpassade hälsoåtgärder utifrån ett kulturellt perspektiv, exempelvis information på olika språk.

“Alla som jobbar gentemot patienter ska ha det här hälsoinriktade arbetssättet /.../ det är ju sjukgymnast, arbetsterapeut, det är kuratorer, psykolog, alltså egentligen alla yrkeskategorier, vem de än träffar .” (L)

Alla informanter poängterade vikten av att tänka på att tillvarata varandras kompetens och att den personen med rätt kompetens för patientens specifika problem ska involveras. En förutsättning för detta beskrevs som kännedom om sin egen och andras kompetens och ansvarsområde. Informanterna uppgav att det är viktigt med ett informellt förhållningssätt, utan revirtänk, inom personalgruppen.

“Det är ganska ofta som vi går och rycker tag i våra kollegor, där man ser sina egna begränsningar och om patienten behöver fler/.../ Man plockar ut guldskörden av varje kategori av profession.” (A)

Informanterna beskrev olika former av samverkan mellan yrkeskategorier. De föreslog parsamverkan mellan till exempel sjukgymnast och kurator, läkare och kurator samt arbetsterapeut och sjuksköterska eller distriktssköterska. De beskrev även samverkan genom teamarbete vilket ansågs kunna skapa ökad medvetenhet om de olika yrkeskategoriernas kompetens. Vidare beskrevs teamarbete kunna vara ett givande och tryggt arbetssätt som möjliggör tvärprofessionella bedömningar, samt beskrevs det som positivt att patienten kan prata med olika yrkeskategorier eftersom de kan ha olika sätt att uttrycka sig. Teamen kan även ha en funktion vid planering av utvecklingsarbetet på vårdcentralen.

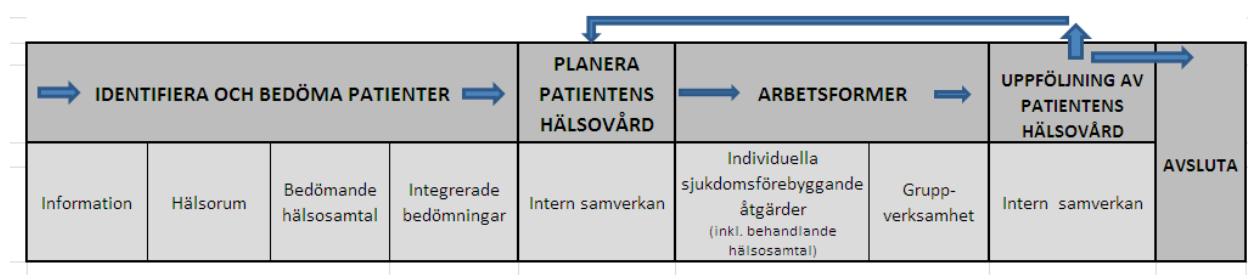
”Då kan vi samlas i ett team, en utav varje yrkeskategori och planera /.../ kanske ett öppet hus.” (D)

Informanterna beskrev flera olika former av teamarbete, ett av dessa är ett team bestående av distriktssköterska, undersköterska, läkare och sekreterare som tillsammans både ska arbeta med patienter individuellt och i grupp. Ett annat förslag var ett team bestående av en person från varje patientnära yrkeskategori. Det beskrevs att de olika yrkeskategorierna i teamen ska ansvara för sina olika områden men att de i vissa fall också ska kunna ersätta varandra och stötta varandra vid behov. Informanterna beskrev även vikten av att använda redan

existerande tvärprofessionella team som finns på vårdcentralen vilka samverkar kring olika patientkategorier, till exempel resursteamet och smärteamet.

Organisation

Tabell 3. Organisation



En översikt av den praktiska arbetsprocess som subkategorierna under huvudkategorin organisation utgör.

Identifiera och bedöma patienter

Informanterna ansåg det viktigt att göra patienter uppmärksamma på betydelsen av hälsosamma levnadsvanor samt informera om vilken hjälp vårdcentralen har att erbjuda patienterna. Detta föreslogs kunna göras genom till exempel information på vårdcentralens hemsida samt genom att ha en öppen mottagning dit personer som börjat fundera på sina levnadsvanor kan vända sig. Informanterna föreslog även speciella temaveckor inom hälsa och informationskvällar med olika teman som till exempel kost, diabetes och hypertoni. Information om dessa kvällar uppgavs kunna spridas via affischer och tidning. Information om olika levnadsvanor beskrevs kunna sättas upp i väntrummet för att få patienter att själva identifiera ohälsosamma levnadsvanor.

“...att vi la ut frågor på vårdcentralen, sätta upp en liten affisch om rökning, och att man själv då kan tala om hur mycket man röker och testa sig själv...” (H)

Informanterna föreslog att vårdcentralens personal även kan informera om hälsa och om vårdcentralens verksamhet via olika föreningar, institutioner och skolor, till exempel på

Svenska För Invandrare. Extern samverkan med skolan via exempelvis skolsköterskan ansågs bra för att fånga ungdomar med ohälsosamma levnadsvanor. Informanterna önskade också öppet hus på vårdcentralen där besökarna ges möjlighet att träffa de olika yrkeskategorierna på olika stationer, där information lämnas om vårdcentralens resurser samt om hur besökarna kan söka vidare hjälp. På öppet hus kan enkla kontroller erbjudas och kort information ges till besökarna.

“Det kan vara att man har öppet hus vid vissa tillfällen./.../Att man då kan komma och ta ett blodtryck eller blodsocker och att man i samband med detta kan berätta om kosten och rökningens inverkan, och alkoholen.” (C)

Informanterna beskrev flera olika sätt att mer specifikt identifiera patienternas levnadsvanor. De föreslog ett hälsorum dit patienten kan gå själv för att till exempel kontrollera blodtryck eller få en bedömning av sina levnadsvanor på en dator. För denna bedömning kan Livsstilsanalys.se användas som är ett webbaserat screeninginstrument, vilket visar vilka hälsorisker patienten har och utifrån det ger behovsanpassad information. Livsstilsanalysen är till för patienten själv men kan även användas av personalen som utgångspunkt vid ett hälsosamtal. När livsstilsanalysen görs av patienten själv i hälsorummet ansågs det betydelsefullt att individen själv tar ansvar för resultatet och att det därför i rummet ska finnas information om var patienten själv kan söka hjälp, till exempel genom uppföljning på hälsomottagningen.

“Jag vill att vi ska ha terminaler som patienterna kan göra det själv utan att vi ser det/.../också kan de få skriva ut det om de vill ha det själva /.../ och att där finns ordentliga informationstavlor och papper att känner du att du vill diskutera dina svar så skriv här så kommer vi kalla dig...” (E)

Många informanter beskrev så kallade integrerade bedömningar. Dessa beskrevs dels innefatta att enbart vara uppmärksam på ohälsosamma levnadsvanor samt att dels ta upp en mer ingående anamnes angående alla de fyra levnadsvanorna (tobak, alkohol, fysisk aktivitet och matvanor) vid patientens besök. Den mer ingående anamnesen ansågs framförallt vara viktig för patienter med diabetes, astma och KOL, hypertoni, stroke och demens. Informanterna hade olika uppfattning om dessa integrerade bedömningar ska göras vid alla

möten med patienten eller endast då det anses relevant. Integrerade bedömningar kan även innebära att patienter med ohälsosamma levnadsvanor identifieras via de redan existerande tvärprofessionella team som finns på vårdcentralen, genom att dessa team kan vara observanta på patienters levnadsvanor.

“Jag tycker att man alltid ska identifiera om det finns någonting kring de här fyra levnadsvanorna där det finns risker/.../ att man först scannar av patienten man har framför sig om det finns några risker.” (J)

Informanterna föreslog även särskilt bokade besök för bedömande hälsosamtal för att göra en bedömning av patientens levnadsvanor och utifrån det ge enkla råd och erbjuda eventuell vidare hjälp. Alla yrkeskategorier föreslogs kunna ha dessa samtal och en del av informanterna tryckte på att detta framförallt är en uppgift för distriktssköterska, hälsospecialist eller läkare. Dessa samtal kan erbjudas alla patienter, men det förslogs även att de kan riktas till specifika patientgrupper såsom alla patienter som behandlas i Multimodala Smärtteamet eller alla sjukskrivna.

“Sen tycker jag också att man skulle kunna erbjuda vanliga hälsosamtal rakt av /.../ som är på en halvtimme till en timme, där man går igenom alla levnadsvanor /.../ samtidigt så informerar man ju, de här och de här rekommendationerna finns när det gäller matvanor och kost, rökning, alkohol och fysisk aktivitet /.../ och behöver du mer hjälp finns telefonnummer här...” (J)

Informanterna föreslog även här Livsstilsanalys.se som ett screeninginstrument vid de bedömande hälsosamtalen, men var öppna för att pröva andra instrument. Bedömningen och informationen härifrån kan skrivas ut och ges till patienten, och det nämndes även som en fördel att patienterna kan göra testet själv hemma. De bedömande hälsosamtalen föreslogs kunna kompletteras med till exempel kontroll av vikt, längd, BMI, blodvärde, blodsocker, förenklad typ av spirometri och konditionstest. Vid alla dessa bedömningar av patienter föreslogs att skriftlig kort information delas ut till patienten angående identifierade problem, förslag på generella hälsoåtgärder och information om var patienten kan vända sig för att få hjälp.

Planera patientens hälsovård

Eftersom informanterna ansåg det viktigt att tillvarata alla yrkeskategoriers kompetens beskrev många vikten av att konsultera och remittera till varandra vid planering av patientens hälsovård. Likaså betonades det att medarbetarna efter utvärdering av en given behandling ska kunna remittera till varandra för att få hjälp i svåra fall. Hälsospecialisten beskrevs ha en koordinerande och rådgivande roll vid planering av patienters hälsovård. Hälsospecialisten kan genom att informera personalen om vilken hälsovård som finns att erbjuda patienterna, ge personalen själv möjlighet att diskutera lämpliga alternativ med sin patient.

”Jag kanske är huvudansvarig, men jag skickar ju dem till rätt ställe om de behöver annan hjälp som inte jag kan ge /.../ för det gäller ju hela tiden att tänka utefter patienten var den får bäst hjälp /.../.” (E)

Samverkan mellan yrkeskategorierna uppgavs kunna ske genom konsultation och remittering genom muntlig kontakt, meddelande via journalsystemet och läsande av journalanteckningar. Den informella muntliga kontakten var den som uppgavs vara att föredra. Vid planering av patientens hälsovård föreslogs även att de redan existerande tvärprofessionella teamen kan användas. Fortsatt planering med patienten beskrevs sedan ske antingen genom att ansvarig person kontaktar patienten, eller att patienten själv ansvarar för att ta kontakt.

”Så ger man patienten telefonnumret eller så frågar man vill du hellre att jag lägger ett meddelande till sköterskan så att hon ringer dig? Så att man på det viset inte bara puttar vidare utan ser till så att de får den uppföljningen de ska ha.” (F)

Arbetsformer

Individuella sjukdomsförebyggande åtgärder

Informanterna beskrev individuella sjukdomsförebyggande åtgärder dels som särskilt bokade besök och dels som en integrerad del i andra besök patienten gör på vårdcentralen. Denna

integrerade del innebär att alla yrkeskategorier ansvarar för att samtala om levnadsvanor med patienten vid ordinarie besök. Dessa samtal beskrevs kunna innefatta att endast nämna patients ohälsosamma levnadsvanor eller ta upp och diskutera ett samband mellan levnadsvanorna och hälsostillstånd.

“Vi vet ju det att om man frågar om rökning så sår det någonstans ett frö.” (H)

De särskilt bokade besöken beskrev informanterna innefatta framförallt olika former av behandlande hälsosamtal för att hjälpa patienten till förändrade levnadsvanor. Det fanns varierande åsikter om vilken yrkeskategori som ska ha dessa hälsosamtal för olika patientgrupper. De som ansågs ha mest betydande roller var hälsospecialisten, som kan ta hand om de flesta patienter med ohälsosamma levnadsvanor, samt sjuksköterskor och distriktssköterskor med framförallt inriktning mot till exempel hypertoni, diabetes, astma/KOL och alkohol, som kan ta hand om patienterna tillhörande deras mottagning.

“...distriktssköterskan är en jättebra bakgrund med då vidareutbildning i något av de här områdena.” (I)

Enstaka informanterna ansåg att även läkaren ska ha de behandlande hälsosamtalen med patienterna. Andra tyckte att mycket kan skötas utan läkare som endast konsulteras vid behov. Kurator och psykolog ansågs kunna vara delaktiga i alla former av rådgivande samtal, men vara speciellt lämpade för de kvalificerat rådgivande samtalen genom sin kompetens inom kognitiv beteendeterapi (KBT) och motiverande samtal. Undersköterskan beskrevs som en resurs vid teamarbete som kan ge råd och information till patienterna, samt bistå med kontroller och provtagning. Informanterna föreslog att två olika yrkeskategorier vid behov har samtal tillsammans med patienten, om denne känner sig bekväm med detta, för att få en gemensam bild av situationen.

“...finns det något sjukt i det hela, att det fått medicinska följder, då är det viktigt att läkaren kopplas in, annars tror jag man kan sköta detta väldigt mycket utan läkare, med övriga personalkategorier.” (I)

Informanterna beskrev olika sätt att arbeta med de olika levnadsvanorna. För patienter med tobaksbruk ansågs Astma/KOL-sjuksköterska och hälsospecialist, med särskild rökavvänjningsutbildning, vara lämpliga att ansvara för till exempel rökavvänjning. Sjukgymnasten föreslogs även ha en roll här.

”... kan man lägga om livsstilen, komma igång med mer fysisk aktivitet så kan man sluta röka av den anledningen.” (I)

För patienter med riskbruk av alkohol ansåg informanterna att samtliga yrkeskategorier kan ha hälsosamtalen eftersom de enligt riktlinjerna ska var rådgivande och inte kvalificerat rådgivande. Informanterna önskade även att det finns en intresserad specialistutbildad alkoholsjuksköterska ansvarig för patienter med alkoholproblem, en informant nämnde även att kurator eller sjukgymnast kunde ha denna funktion. Kurator och psykolog beskrevs ha en stor och viktig roll med dessa patienter på grund av psykosociala aspekter samt för att göra en mer grundläggande bedömning och ansvara för extern samverkan. Det sågs som betydelsefullt att kurator och alkoholsjuksköterska har ett nära samarbete. Läkare ansågs vara delaktiga vad gäller provtagning, uppföljning av provtagningsresultat, läkemedelsförskrivning samt för att ge information. Webbaserad rådgivning som beskrivs i riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder uppgavs eventuellt kunna passa vissa patientkategorier, till exempel yngre patienter som redan är vana vid datorer.

”Jag vill jättegärna ha en alkoholsjuksköterska, speciellt för missbruk /... /någon som de kan gå och hämta Antabus hos /... /, uppföljande samtal, stödsamtal, kontakt med kommunen eller vuxenenheten, följa upp läkemedelsbehandling...” (I)

Vid otillräcklig fysisk aktivitet beskrev informanterna att sjukgymnast och hälsospecialist har en betydelsefull roll genom att lägga upp träningsprogram och slussa ut patienten till egen träning. Samverkan mellan dessa två beskrevs också som viktigt. En informant ansåg att alla yrkeskategorier kan vara aktiva i att ge rådgivande samtal vid otillräcklig fysisk aktivitet men informanterna nämnde även specifikt kurator, distriktssköterska, diabetessköterska, hypertonsjuksköterska och arbetsterapeut som viktiga yrkeskategorier.

”Hälsospecialisten har varit ute på alla gymmen, vet vad de kan erbjuda /.../han kan lägga upp schema hur de ska träna för viss del och när han inte klarar det så tar han ju sjukgymnasten.” (K)

Fysisk aktivitet på recept (FAR) ansågs vara ett verktyg som bör användas i stor utsträckning av flera yrkeskategorier, till exempel sjukgymnast, psykolog, distriktssköterska och läkare. Kontinuerlig uppföljning av patienter med otillräcklig fysisk aktivitet föreslogs kunna göras genom uppföljning av FAR, blodtryckskontroller, viktcurvor och konditionstest. Pulslocka var ett förslag på sätt att öka patientens motivation samt som utvärdering av träningen.

”Tar man tillbaka dem rätt så snart för att kontrollera att de har påbörjat någonting /.../och så försöker man med motiverande samtal och få dem och öka sin fysiska kondition.” (E)

Informanterna identifierade ett stort problem i att patienterna inte har råd att köpa träningskort och därför har svårt att utnyttja FAR och följa råden om ökad fysisk aktivitet. Det sågs som en vinst om träning för denna patientkategori kan vara gratis eller subventionerad, till exempel genom olika former av stöd från kommunen.

”Jag tänker att på lång sikt kunde det kanske vara billigare om de gick och simmade kostnadsfritt till exempel.” (B)

För patienter med ohälsosamma matvanor beskrev informanterna både rådgivande och kvalificerat rådgivande samtal med framförallt en person med goda kostkunskaper till exempel hälsospecialist, dietist, distriktssköterska eller annan speciellt intresserad sjuksköterska, till exempel diabetessjuksköterskan. Kurator beskrevs också kunna ha dessa samtal. Informanterna ansåg även att tillgång till dietist är betydelsefullt för rådgivning och remittering. Förslag på kompletterande verktyg till hälsosamtalen var matdagbok för att tydliggöra för patientens vad den äter under till exempel tre dagar. Kontinuerlig uppföljning beskrevs bland annat via genomgång av matdagbok och kontroll av vikten.

”...kuratorn kan jobba... speciellt inom KBT-behandlingar kan man jobba rätt så strukturerat, man kan göra veckoschema, dagsschema, där kan ju ingå maten som en del också /.../ så det är rena beteendeförändringar istället för att man bara tänker att jag ska äta nyttigt.” (F)

Gruppverksamhet

Informanterna uppgav en önskan om att arbeta med patientgrupper, vilket sågs både kunna var motiverande för patienten samt gynna vårdcentralen ekonomiskt och tidsmässigt.

”Att man kunde ha dem i grupp i träningslokalen det tror jag hade gett en ganska förstärkt motivation och sen gruppsammanhållningen.” (A)

Informanterna beskrev att riktlinjer ska tas fram angående rekrytering av patienter till grupper. Rekryteringen önskades göras utifrån patienternas behov och motivation efter individuella bedömningar av de olika yrkeskategorierna. Vid gruppverksamhet föreslogs förutom det första individuella rekryteringsmötet, även individuellt möte i mitten och i slutet av den planerade behandlingsperioden. En informant föreslog att en ny grupp kan starta när 10 patienter rekryterats alternativt att det finns en höst- och en vårgrupp.

”Jag vill ha en individuell bedömning /.../ så att man vet lite vad de är ute efter, för man har lite olika behov.” (K)

Gruppverksamhet beskrevs utgå från olika former av team, där varje yrkeskategori ansvarar för sitt område. Två olika förslag framkom, varav ett var att ha fasta team bestående av till exempel arbetsterapeut, sjukgymnast, kurator, hälsospecialist, distriktssköterska och läkare. Dessa team kan arbeta med olika grupper som är sammansatta utifrån ett specifikt problem.

” Att man har utbildning i rökavvänjning eller kosthantering eller om man lägger in patienterna i olika grupper beroende av deras behov.” (A)

Ett annat förslag var ett grundteam bestående av hälsospecialist och sjuksköterskor eller distriktssköterskor med olika specialiteter. Vid behov bjuds andra yrkeskategorier in till exempel sjukgymnast samt dietist eller kock vid matlagning. Patienterna sågs ofta ha flera ohälsosamma levnadsvanor som hör ihop. Detta team föreslogs därför arbeta med grupper bestående av patienter med olika ohälsosamma levnadsvanor och om en patient inte har behov av en specifik gruppaktivitet kunde den avstå från den. Det föreslogs även specifika diabetesgrupper. Gruppverksamhet beskrevs kunna bestå av flera olika aktiviteter.

”...samla någon grupp för att få ut dem och gå, eller till exempel och lära sig att laga mat. Om man lånar något skolkök eller någonting och tar dit en dietist /.../ eller professionell kock /.../ håller föreläsningar om nyheter /.../ gå ut på ICA och titta på matvaror, alltså studiebesök.” (K)

Uppföljning och avslut av patientens hälsovård

Flertalet informanter beskrev vikten av att följa upp patienternas hälsovård och det framkom olika åsikter om vem som ska ansvara för uppföljningen. Dels beskrevs att den medarbetare som initierar en åtgärd eller remitterar en patient ska ansvara för uppföljning och säkerställa att ny planering görs vid behov. Andra beskrev att den medarbetare som tar ansvar för åtgärden ska ansvara för uppföljning. Framförallt betonades distriktssköterskans och hälsospecialistens roll vid uppföljningsarbetet. Informanterna hade även olika åsikter om i vilken utsträckning läkare ska ta ansvar för uppföljning av patienternas hälsoåtgärder.

”Den patienten jag remitterar har jag det slutliga ansvaret för. Alltså jag menar att tar jag första intervjun så har jag också avslutningsintervjun.” (K)

Uppföljningen beskrevs utgå från olika former av samtal samt i aktuella fall kompletteras med olika typer av kontroller till exempel vikt och blodtryck. Samtalen uppgavs både kunna ske individuellt av medarbetarna eller i team.

Diskussion

Diskussion av vald metod

I föreliggande studie inkluderades i stort sett samtliga av vårdcentralens tillfrågade yrkeskategorier vilket möjliggjort att de olika yrkeskategoriernas perspektiv och önskemål kunnat samlas i studien. Studiens syfte med att beskriva olika yrkeskategoriers önskemål uppfylls därmed.

Under intervjuerna tillfrågades informanterna att beskriva hur de i den bästa av världar önskar arbeta med riktlinjerna om sjukdomsförebyggande metoder. Faktumet att detta var utgångspunkten, och informanterna dessutom ombads att bortse från begränsningar i resurser, gör att resultatet inte speglar någon form av prioriteringar i de framförda önskemålen. Det är således inte heller möjligt att utläsa prioriteringar gällande vilken yrkeskategori informanterna anser ska arbeta med vad. Då avsikten med föreliggande studie var att fånga nya tankar och idéer anser författarna att detta var ett relevant förfarande för studien.

Informanterna visade sig ha olika kunskap om Socialstyrelsens riktlinjer om sjukdomsförebyggande metoder. Detta tror författarna påverkat intervjumaterialet till att i varierad grad överensstämma med de prioriterade åtgärderna i riktlinjerna. En jämförelse av informanternas beskrivna arbetssätt och de arbetssätt som enligt riktlinjerna ska prioriteras görs därför i resultatdiskussionen. Författarna har uppmärksammat att förslag på arbetssätt gällande patienter med gravare problematik än vad riktlinjerna omfattar har inkluderats i intervjumaterialet. Även detta tror författarna kan bero på den varierade kunskapen om riktlinjerna. Ett alternativ för att säkerställa informanternas kunskap om riktlinjerna hade varit att ge grundläggande information om riktlinjerna före intervjuerna. Ett annat alternativ för att undvika varierad kunskap kring riktlinjerna hos informanterna hade varit att ha ett inklusionskriterie i studien gällande minimikrav på informanternas kunskap om dessa riktlinjer. Författarnas begränsade erfarenhet av forskningsintervjuer påverkade även möjligheten att guida informanterna till prioriterade ämnen under intervjuerna.

Användandet av semistrukturerade intervjuer i studien baserades på möjligheten att, enligt Polit och Beck (2012), kunna erhålla informanternas egna beskrivningar av ämnet i kombination med författarnas möjlighet att ta del av den information de eftersträvar.

Författarna har under studiens gång uppmärksammat komplexiteten med att genomföra en kvalitativ studie med utgångspunkt från specifika riktlinjer som exempelvis Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Författarna tror att de genom att använda en mer strukturerad intervjuform hade varit mindre beroende av informanternas förkunskap om riktlinjerna och kunnat erhålla information i ökad enlighet med de prioriterade åtgärderna i Socialstyrelsens riktlinjer.

För att säkerställa en adekvat datainsamling deltog båda författarna vid samtliga intervjuer. Det upplevdes som betydelsefullt av författarna att kunna ställa förtydligande frågor till informanterna vid behov. Steg ett till fem i Burnards innehållsanalys (1991) gjorde författarna individuellt för att inte påverkas av varandras tankemönster och förförståelse. De kategorier som framkom var liknande hos författarna vilket säkerställde dess relevans. Handedarens delaktighet i arbetet med kategoriseringen förstärkte ytterligare kategoriseringens korrekthet och därmed studiens resultat. Författarna uteslöt steg elva där någon utvald informant ombeds kontrollera lämpligheten i kategorierna. Detta då Burnard, Gill, Stewart, Treasure och Chadwick (2008) angav att detta steg är tidskrävande, det finns en risk att informanterna har ändrat sina åsikter samt att alla informanter inte känner igen vissa kategorier eftersom de kanske endast bidragit till en del av alla data. Användandet av Burnards innehållsanalys (1991) upplever författarna möjliggjorde en djup och adekvat analys och bearbetning av intervjumaterialet.

I studien redovisas inte vilka yrkeskategorier som slutligen deltog, trots att detta hade kunnat vara av intresse för tolkningen av resultatet samt för att kunna replikera studien. Anledningen till detta är att författarna i sin ansökan till Vårdvetenskapliga etiknämnden angav att informanternas personuppgifter inte skulle avslöjas samt att författarna givit sitt löfte till informanterna att bevara deras konfidentialitet i studien.

Diskussion av framtaget resultat

Flera olika önskemål för hur arbetet med riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder kan bedrivas framkom ur intervjumaterialet i föreliggande studie. Detta anser författarna vara särskilt intressant då det i nuläget saknas studier kring implementering av Socialstyrelsens riktlinjer (Socialstyrelsen, 2011b) Den praktiska arbetsprocessen för patienter med

ohälsosamma levnadsvanor uppgav informanterna i studien inledas med identifiering och bedömning av patientens behov. Det ansågs sedan viktigt att planera patientens hälsovård så att patienten kan gynnas av den samlade kompetens som finns bland de olika yrkeskategorierna. Informanterna beskrev att arbetet med patientens hälsovård ska utvärderas så att nya arbetsformer kan initieras vid behov. Förutom den organisatoriska beskrivningen av det sjukdomsförebyggande arbetet beskrevs olika förutsättningar för arbetet, såsom personalens förhållningssätt. I enlighet med Socialstyrelsen (2011b) uppgav informanterna vidare att ökade resurser och kunskap behövs för implementering av riktlinjerna. I Grahms och Fribergs studie (2011) beskrevs ett behov av en extra resurs som enbart arbetar med införandet av Socialstyrelsens riktlinjer om sjukdomsförebyggande metoder för att driva frågan bland personalen och befästa arbetssättet. I föreliggande studie beskrivs en av hälsospecialistens arbetsuppgifter vara just implementering av det sjukdomsförebyggande arbetet, men även arbetsuppgifter som att driva och koordinera arbetet lyftes fram. Lindberg och Wilhelmsson (2005) uppgav avsaknad av samordningsfunktion i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet som ett hinder. Det kan därför vara fördelaktigt att primärvården satsar på hälsospecialister som driver arbetet med sjukdomsförebyggande metoder. En annan intressant aspekt av hälsospecialistens roll, som beskrivs i föreliggande studie, är den framträdande rollen vid fysisk aktivitet med exempelvis ansvar för hänvisning av patienter till friskvården. Eventuellt skulle hälsospecialisten även ha möjlighet att arbeta för att patienter ska få subventionerad träning, eftersom det framkom att patienter har svårt att lösa träningskort på grund av ekonomiska begränsningar. I tidigare forskning har distriktssköterskans betydelse betonats i det hälsopromotiva arbetet (Grahm & Friberg, 2011). I Lindbergs och Wilhelmssons studie (2005) beskrevs distriktssköterskan som en nyckelperson med samordningsfunktion i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet. I föreliggande studie uppgav flera informanter att de ansåg distriktssköterskor vara lämpliga att arbeta som hälsospecialister.

I riktlinjerna (Socialstyrelsen, 2011b) beskrivs livsstilmottagning som ett exempel på en organisatorisk lösning av arbetet med sjukdomsförebyggande metoder där vårdpersonal samlat kan ge patienter stöd till förändringar med sina levnadsvanor. I en studie av Ohlsson (2011) beskrevs en livsstilmottagning som delvis liknar den informanterna föreslagit i denna studie, utvärderingen utav den livsstilmottagningen visade att det sannolikt är en lämplig och kostnadseffektiv satsning för vårdcentraler i allmänhet. I Johanssons (2010) avhandling beskrevs hälsofrämjande specialistmottagningar som nödvändiga. Även i föreliggande studie

beskrivs hälsomottagning som nödvändig, men dock inte som den fullständiga lösningen för hur det sjukdomsförebyggande arbetet ska organiseras. Utöver hälsomottagning med hälsospecialist, beskrev informanterna att alla yrkeskategorier med patientkontakt behöver involveras i det sjukdomsförebyggande arbetet. Detta genom bland annat gemensamt arbete med att identifiera patienter med ohälsosamma levnadsvanor och ge dem information om hur de ska göra för att få stöd och hjälp på vårdcentralen. För att lyckas med det sjukdomsförebyggande arbetet framkom, i enlighet med Olsson och Svensson (2005), att god samverkan mellan yrkeskategorierna är nödvändigt. Olssons och Svensson (2005) beskrev även att fungerande samverkan bygger på kunskap och förståelse för olika professioners perspektiv och psykologiska drivkrafter. Detta överensstämmer med föreliggande studie där informanterna uttryckte önskemål om att sitta tillsammans för att kunna ta del av de olika yrkeskategoriernas kunskap och underlätta samverkan. I studien beskrivs att undersköterskan kan vara delaktig i det sjukdomsförebyggande arbetet. Ett sätt att tillvara den tid patienter spenderar på vårdcentralers laboratorium skulle enligt författarna kunna vara att ge intresserade undersköterskor möjligheten att delta i arbetet med de åtgärder Socialstyrelsen (2011b) beskriver som enkla råd. Socialstyrelsens riktlinjer begränsar inte samverkan till att gälla inom hälso- och sjukvården, utan extern samverkan efterlyses också. Informanterna i föreliggande studie beskrev flera olika förslag på extern samverkan. I riktlinjerna beskrivs hälso- och sjukvårdens kanske viktigaste funktion vid extern samverkan som förmedling av kunskap om levnadsvanornas betydelse för hälsan. Detta var något som flera informanter framförde önskemål om och ansåg vara viktigt. Resultatet visar därmed att det finns en önskan hos personal i primärvården att sprida sin kunskap.

Ledningens stöd är en annan förutsättning för det sjukdomsförebyggande arbetet som beskrivs av informanterna i studien. I Johanssons avhandling (2010) togs också ledningens stöd upp som en betydande faktor för utveckling av sjukdomsförebyggande arbete. Lindberg och Wilhelmsson (2005) beskrev i sin studie att distriktssköterskor upplevde bristande stöd som ett hinder för det förebyggande och hälsofrämjande arbetet och chefens viktiga roll i detta betonades. En annan förutsättning som beskrivs i föreliggande studie är att patienternas egenansvar ska värnas i det sjukdomsförebyggande arbetet och att egenansvar ses som en viktig del i arbetet med patientens motivation. Även Lindberg och Wilhelmsson (2005) samt Johansson (2010) beskrev vikten av att tillvarata patientens egenansvar och motivation.

I föreliggande studie beskrev informanterna förslag gällande samtliga av de tre åtgärdsnivåerna Socialstyrelsen (2011b) redovisat för sjukdomsförebyggande metoder. Informanterna uppgav att information som överensstämmer med Socialstyrelsens enkla råd exempelvis ska ges vid uppmärksammande av ohälsosamma levnadsvanor under de ordinarie patientbesöken. Flera olika typer av hälsosamtal framkom under intervjuerna. Informanterna beskrev både samtal som kan kategoriseras som rådgivande samtal och som kvalificerat rådgivande samtal, dock var det inte alltid tydligt vilken av dessa samtalstyper informanterna syftade på i sina beskrivningar. De tre åtgärdsnivåerna som Socialstyrelsen (2011b) anger förutsätter att patienten konstaterats ha ohälsosamma levnadsvanor. Hälsosamtalen som informanterna beskrev har två olika karaktärer, bedömande och behandlande. I likhet med de hälsosamtal som Lingfors, Lindström, Persson, Bengtsson och Lissner (2003) utvärderat i sin studie önskar flera informanter även kombinerade bedömande och behandlande hälsosamtal. Informanterna visar således på ett behov av att i praktiken göra en bedömning av patientens ohälsosamma levnadsvanor som en inkluderad del av de sjukdomsförebyggande åtgärderna i Socialstyrelsens riktlinjer (Socialstyrelsen, 2011b).

Socialstyrelsen (2011c) har tagit fram indikatorer som bland annat kan användas för att mäta patienters levnadsvanor. Indikatorerna består av frågor gällande en persons levnadsvanor. Informanterna uppgav att de önskar använda ett datorbaserat screeningverktyg som Livsstilsanalys.se i hälsorummet. Livsstilsanalys.se (AlexIT – E-hälsa applikationer, u.å.) överensstämmer med Socialstyrelsens indikatorer (2011c). Utvärderingar av Livsstilsanalys.se har gjorts i denna typ av miljö och visat sig vara effektiv på ökning av fysisk aktivitet och minskning av alkoholkonsumtion (Bendtsen et al., 2011, Leijon et al., 2011) och kan därför ses som ett lämpligt verktyg att använda sig av för att förändra patienters ohälsosamma levnadsvanor. Det vore dock önskvärt med studier angående effekten även på övriga levnadsvanor inkluderade i testet.

Informanter i föreliggande studie menade att arbetet med sjukdomsförebyggande metoder hänger ihop och att patienter ofta har flera olika ohälsosamma levnadsvanor som de behöver få hjälp med. För att hjälpa dessa patienter föreslogs gruppverksamhet med aktiviteter gällande samtliga levnadsvanor. I riktlinjerna (Socialstyrelsen, 2011b) beskrivs att det är särskilt angeläget att personer med flera olika ohälsosamma levnadsvanor får hjälp att ändra sitt beteende. Hur arbetet för patienter med flera olika ohälsosamma levnadsvanor ska struktureras ger Socialstyrelsen, på grund av avsaknad av studier inom det specifika området, inga rekommendationer om. De åtgärder som beskrivs i riktlinjerna kan genomföras både

individuellt och i grupp, men rådgivning i grupp har inte använts i lika stor utsträckning som individuell rådgivning (a.a.).

De arbetssätt som presenterats i föreliggande studies resultat överensstämmer i varierad grad med de prioriterade åtgärderna i Socialstyrelsens riktlinjer om sjukdomsförebyggande metoder (2011b). För vuxna som röker dagligen anger Socialstyrelsen att kvalificerat rådgivande samtal individuellt eller i grupp ska prioriteras. Därefter rekommenderar riktlinjerna proaktiv telefonrådgivning (a.a.). Samtliga informanter i studien framhöll betydelsen av att hänvisa patienter med tobaksbruk till sjuksköterska med särskild rökavvänjningsutbildning. Vidare information om hur denna person arbetar, och om proaktiv telefonrådgivning är en av arbetsmetoderna, framgår dock inte av studiens resultat.

Vid riskbruk av alkohol ska enligt riktlinjerna rådgivande samtal och webb- och datorbaserad rådgivning prioriteras (Socialstyrelsen, 2011b). I studien beskrivs att webb- och datorbaserad rådgivning kan gynna vissa grupper av patienter med denna problematik. Informanterna uppgav önskemål om förbättrad organisation kring uppföljningen av patienter med ohälsosamma alkoholvanor och en specialistutbildad sjuksköterska med ansvar för just detta önskades. Vidare beskrevs önskemål om samarbete mellan kurator och sjuksköterska specialinriktad på alkoholvanor. Både denna specialinriktade sjuksköterskan och kuratorn framställdes kunna samarbeta med kommun och socialtjänst vid behov.

Kvalificerat rådgivande samtal som åtgärd för riskbruk av alkohol hos vuxna ger Socialstyrelsen (2011b) rekommendationen en sju med motiveringen att åtgärden inte har säkerställt bättre effekt än rådgivande samtal med rekommendationen en fyra. Dessutom uppges kostnaden för åtgärden sannolikt vara större jämfört med rådgivande samtal (a.a.). Med tanke på de åtgärder som föreslogs av informanterna anses det troligt att vissa av dessa åtgärder är avsedda för patienter med alkoholberoende och inte enbart med riskbruk av alkohol. Enligt riktlinjerna (Socialstyrelsen, 2011b) omfattas inte personer med alkoholberoende. Det är således viktigt att göra en bedömning av patientens alkoholkonsumtion så att dessa riktlinjer inte appliceras på patienter som överstiger konsumtionen för riskbruk. De indikatorer som Socialstyrelsen (2011c) beskriver för bedömning av riskbruk av alkohol baseras på patientens veckovolym och intensivkonsumtion. Enligt Statens Folkhälsoinstitut (FHI, 2011) finns det i nuläget inte någon internationellt eller nationellt vedertagen definition för riskbruk av alkohol. Detta faktum kan ha bidragit till ovanstående problematik. Denna studies resultat bör läsas med hänsyn tagen till eventuell

syftning på alkoholberoende patienter. Det skulle vara intressant att fördjupa kunskapen om olika yrkeskategoriers tankar kring just riskbruk av alkohol enligt Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder (2011b).

För vuxna personer med otillräcklig fysisk aktivitet ska rådgivande samtal med tillägg av skriftlig ordination av fysisk aktivitet eller stegräknare samt särskild uppföljning prioriteras (Socialstyrelsen, 2011b). Informanternas önskan i föreliggande studie om att flera yrkeskategorier ska använda FAR i stor utsträckning och att alla yrkeskategorier kan ge råd vid otillräcklig fysisk aktivitet överensstämmer således väl med riktlinjerna. Informanterna framförde önskemål om träning av patienter i grupp, bland annat med patienter i träningslokal och med grupper som promenärer. Enligt riktlinjerna (Socialstyrelsen, 2011b) får fysisk träning inom hälso- och sjukvårdens ramar för vuxna med otillräcklig fysisk aktivitet rekommendationen en tia. Denna rekommendation motiveras av att det saknas vetenskapligt underlag för att åtgärden har effekt på fysisk aktivitet och att det finns andra effektiva åtgärder som har vetenskapligt stöd. Informanterna i studien beskrev fördelar med samarbete mellan sjukgymnast och kurator i arbetet med patienter med otillräcklig fysisk aktivitet. Kvalificerat rådgivande samtal för vuxna med otillräcklig fysisk aktivitet har i riktlinjerna fått rekommendationen en åtta (Socialstyrelsen, 2011b).

För vuxna personer med ohälsosamma kostvanor lämnar Socialstyrelsen (2011b) kvalificerat rådgivande samtal rekommendationen en trea, vilket är den högsta rekommendationen för denna levnadsvana. Motiveringen som lämnas är att tillståndet har stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt. Vidare får rådgivande samtal vid ohälsosamma kostvanor prioriteringen en nia och enkla råd rekommendationen en tia. I föreliggande studie beskrevs både rådgivande och kvalificerat rådgivande samtal för personer med ohälsosamma kostvanor. Dietist, hälsospecialist och diabetessjuksköterska föreslogs vara lämpliga personer att arbeta med detta, men även kuratorn önskades vara delaktig i detta arbete. Informanter lyfte betydelsen av adekvat kompetens inom kost för att kunna erbjuda kvalificerat rådgivande samtal för patienter med ohälsosamma kostvanor.

Konklusion

I föreliggande studie beskrivs det som önskvärt att all personal på en vårdcentral är aktiva i det sjukdomsförebyggande arbetet och har ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande förhållningssätt i den dagliga verksamheten. För att kunna arbeta utifrån Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder (Socialstyrelsen, 2011b) kan det vara betydelsefullt med en hälsomottagning med en hälsospecialist. Identifiering av patienter med ohälsosamma levnadsvanor kan göras genom information till allmänheten, ett hälsorum på vårdcentralen samt att personalen gör såväl integrerade som separata bedömningar av patientens hälsotillstånd. Arbetsformer för att förändra levnadsvanor kan vara individuella i form av framförallt olika former av hälsosamtal samt gruppverksamhet där personalen arbetar i team kring patienterna. Patientens motivation och eget ansvar är viktigt i hela detta arbete. Alla yrkeskategoriers kompetens kan tas tillvara genom bland annat arbete i team och remittering samt konsultering av varandra.

I föreliggande studie presenteras olika idéer på sjukdomsförebyggande verksamhet. Då det i nuläget saknas studier om implementering av Socialstyrelsens riktlinjer om sjukdomsförebyggande metoder (2011b) är förhoppningen att denna studie ska kunna vara till hjälp för vårdcentraler som arbetar med implementering av riktlinjerna. Det skulle vara intressant att undersöka vilka av alla de önskemål som presenteras i föreliggande studie som olika yrkeskategorier önskar prioritera vid implementering av riktlinjerna på vårdcentral. Detta skulle kunna göras i form av en studie med förslagsvis fokusgruppintervjuer där informanterna kan ta tillvara på varandras åsikter och komma fram till önskat tillvägagångssätt. I händelse av en sådan studie vill författarna uppmana till riktat fokus på de åtgärder Socialstyrelsen (2011b) rekommenderar i riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder.

Referenser

- AlexIT – E-hälsa applikationer. (u.å.). *Livsstilsanalys*. Hämtad 15 oktober, 2012, från AlexIT – E-hälsa applikationer, <http://www.livsstilsanalys.se/>
- Andersen, P., Göransson, A. & Petersson, C. (2003). *Hälsa och hälsofrämjande arbete: En studie av vårdpersonal och landstingspolitikernas uppfattningar* (FoU-rapport 2004:2). Växjö: Landstinget Kronoberg. Från http://www.ltkronoberg.se/upload/Dokument/Om_landstinget/Arbetsomraden/Forskning/Hälsa%20och%20hälsofrämjande%20Pia%20A.pdf
- Bendtsen, P., Stark Ekman, D., Johansson, A-L., Carlford, S., Andersson, A., Leijon, M., Johansson, K. & Nielsen, P. (2011). Referral to an Electronic Screening and Brief Alcohol Intervention in Primary Health Care in Sweden: Impact of Staff Referral to the Computer. *International Journal of Telemedicine and Applications*, 2011(2011)
doi:10.1155/2011/918763
- Burnard, P. (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, 11(6), 461-466.
- Burnard, P., Gill, P., Stewart, E., Treasure, E., & Chadwick, B. (2008). Analysing and presenting qualitative data. *British dental Journal*, 204(8), 429-432.
doi:10.1038/sj.bdj.2008.292
- Danielsson, M. & Talbäck, M. (2009). *Folkhälsan översikt*. I *Folkhälsorapport 2009* (s. 17-39). Stockholm: Socialstyrelsen
- Distriktssköterskeföreningen i Sverige. (2008). *Kompetensbeskrivning: Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska* [Broschyr]. Stockholm: Danagårds.

- Graham, M. & Friberg, S. (2011). *Att samtala om levnadsvanor: Ny utmaning för primärvården*. Examensarbete, Gymnastik- och idrottshögskolan. Från http://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/22711/1/gupea_2077_22711_1.pdf
- Johansson, H. (2010). *En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård: Hinder och möjligheter utifrån professionernas perspektiv*. Doktorsavhandling, Umeå universitet, Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin. Från <http://umu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2:369438>
- Leijon, M., Arvidsson, D., Nielsen, P., Stark Ekman, D., Carlford, S., Andersson, A., Johansson, A-L. & Bendtsen, P. (2011). Improvement of Physical Activity by a Kiosk-based Electronic Screening and Brief Intervention in Routine Primary Health Care: Patient-Initiated Versus Staff-Referred. *Journal of medical internet research*, 13(4), e99. doi:10.2196/jmir.1745
- Lindberg, M. & Wilhelmsson, S. (2005). "Vem bryr sig?" *Distriktssköterskans förebyggande och hälsofrämjande arbete: ett svårprioriterat uppdrag och en outnyttjad resurs*. (Rapport-FoU-urnalen 2005:3). Linköping: FoU-enheten för Närsjukvården i Östergötland. Från http://www.lio.se/pages/138425/2005_3_Vem_bryr_sig.pdf
- Lingfors, H., Lindström, K., Persson, L-G., Bengtsson, C. & Lissner, L. (2003). Lifestyle changes after a health dialogue: Results from the Live for Life health promotion programme. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2003(21) 248-252. doi:10.1080/02813430310003282
- Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning* (2. rev. och utök. uppl.), (M. Midenstrand, övers.). Lund: Studentlitteratur. (Original publicerad)
- Norberg, M. & Danielsson, M. (2009). *Övervikt, hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes*. I *Folkhälsorapport 2009* (s. 201-242). Stockholm: Socialstyrelsen
- Ohlsson, T. (2011). *Hälsoekonomisk utvärdering av livsstilsinterventioner: Enligt modell från Livsstilmottagningen på Vårdcentralen Ramlösa*. Examensarbete, Lunds Universitet,

Nationalekonomiska institutionen. Från
<http://www.lu.se/o.o.i.s?id=19464&postid=2150366>

Olsson, J. & Svensson, C. (2005) *Gör och lär - Ett smakprov på förbättringskunskapens teori och praktik i hälso- och sjukvården*. (2a upplagan) Stockholm: Sveriges kommuner och landsting. Från http://brs.skl.se/brsbibl/kata_documents/doc37448_1.pdf

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (9. rev. och utök. uppl.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Samverkan (u.å.) I *Svenska akademiens ordbok*. Hämtad 7 januari, 2012, från
<http://g3.spraakdata.gu.se/saob/>

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Fakta Info Direkt.

Socialdepartementet. (2008). *Regeringens proposition 2007/08:110: En förnyad folkhälsopolitik*. Hämtad från Regeringskansliet den 2 februari 2012
<http://www.regeringen.se/content/1/c6/10/09/78/2ee01484.pdf>

Socialstyrelsen. (1999). *Kompetensbeskrivningar för sjukgymnaster* (ISBN 91-7201-328-1, nr 1999-03-001) Stockholm: Socialstyrelsen. Från
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/11986/1999-3-1.pdf>

Socialstyrelsen. (2001). *Kompetensbeskrivningar för arbetsterapeuter* (ISBN: 91-7201-521-7, nr 2001-105-2) Stockholm: Socialstyrelsen. Från
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/11307/2001-105-2_20011053.pdf

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivningar för legitimerad sjuksköterska* (artikelnr 2005-105-1) Stockholm: Socialstyrelsen. Från
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Socialstyrelsen. (2011a). *Checklista: vid införandet av nationella riktlinjer om sjukdomsförebyggande metoder på landstings-, region- och kommunnivå*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-11-11/Documents/checklista-sjukdomsforebyggande.pdf>

Socialstyrelsen. (2011b). *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/publikationer2011/2011-11-11/Documents/inikatorbilaga-sjukdomsforebyggande.pdf>

Socialstyrelsen. (2011c). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011: Indikatorer Bilaga*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-11-11/Documents/inikatorbilaga-sjukdomsforebyggande.pdf>

Socialstyrelsen. (u.å.) *Stöd till införandet av Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder*. Hämtad 28 januari, 2012, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/stodtillinforandetavnationellariktlinjerforsjukdomsforebyggandemetoder>

Statens folkhälsoinstitut. (2011). *Riskbruk*. Hämtad 15 oktober, 2012, från Statens folkhälsoinstitut (FHI), <http://www.fhi.se/Vart-uppdrag/Alkohol-narkotika-dopning-tobak-och-spel/Alkohol1/Riskbruk/>

Statens folkhälsoinstitut. (2010). *Levnadsvanor: Lägesrapport 2010* (Statens folkhälsoinstitut, nr A 2010:3). Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Svensk Förening för allmänmedicin. (2008). *Allmänmedicin: Läkarnas specialisttjänstgöring*. Hämtad från <http://www.sfam.se/media/documents/pdf/malbeskr2010juni.pdf>

World Health Organization. (1998). *Health promotion Glossary*. (WHO/HPR/HEP/98.1). Geneva: WHO. Från http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf

World Health Organization. (2009). *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. (ISBN 978 92 4 156387 1) Geneve: WHO. Från http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf

Intervjumall för semistrukturerade intervjuer

Inledande frågor:

1. Yrkeskategori
2. Anställningstid på vårdcentralen och totalt inom primärvården
3. I vilken grad har du kommit i kontakt med Socialstyrelsens riktlinjer om sjukdomsförebyggande åtgärder?
4. Beskriv hur du, i den bästa av världar, vill arbeta med riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder för att på bästa sätt hjälpa patienter med ohälsosamma levnadsvanor. Det är meningen att du nu ska bortse från yttre begränsningar som resurser, lokaler och tid, beskriv hur du önskar att det skulle vara.

Ämnen att beröra:

- Vad kan din yrkeskategori bidra med?
 - Vad kan andra yrkeskategorier bidra med?
 - Samverkan mellan yrkeskategorier?
 - Distriktssköterskans roll
 - Patientfokus
 - Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011:
 - Tobaksbruk
 - Riskbruk av alkohol
 - Otillräcklig fysisk aktivitet
 - Ohälsosamma matvanor
 - Samtalet och kompletterande verktyg och hjälpmedel
5. Är det något mer du vill tillägga som vi inte har tagit upp?



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

INFORMATIONSBREV

2012-11-09

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Till verksamhetschef XXX

Förfrågan om tillstånd att genomföra studien ”Primärvårdens yrkeskategoriers tankar kring arbete med patienters ohälsosamma levnadsvanor utifrån Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011”.

Socialstyrelsen kom 2011 ut med ”*Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011: Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Stöd för styrning och ledning*”. Implementering av riktlinjerna pågår inom hälso- och sjukvården, på er vårdcentral bland annat genom startandet av en hälsomottagning. I riktlinjerna framgår inte varken hur hälso- och sjukvården praktiskt ska arbeta med de nya riktlinjerna eller vilka yrkeskategorier som ska arbeta med dem. Inom primärvården finns flera yrkeskategorier som är viktiga i arbetet med patienters ohälsosamma levnadsvanor och samverkan dessa emellan är viktigt för att fullständigt kunna använda den kunskap som de tillsammans besitter.

Denna studie syftar därför till att beskriva hur yrkeskategorier på vårdcentralen Centrum önskar arbeta och samverka kring riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder för att på bästa sätt hjälpa patienter till mer hälsosamma levnadsvanor.

Studien planeras att genomföras utifrån kvalitativ ansats med semistrukturerade intervjuer utifrån en intervjuguide (bilaga 1, Projektplanen). Urvalet av respondenter önskar vi utgöra av yrkeskategorierna distriktssköterska, sjuksköterska, läkare, undersköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, dietist, psykolog, kurator och verksamhetschef, på vårdcentralen. Vi önskar intervjua minst 10 respondenter, varav minst en från varje yrkeskategori. Intervjuerna planeras att genomföras på er vårdcentral och kommer att spelas in på band, för att sedan skrivas ut och troligtvis analyseras med Burnards innehållsanalys.

Vi önskar få komma till er vårdcentral för att informera berörda yrkeskategorier om studien och lämna ut informationsblad med svarsblankett, där det framgår att deltagandet är frivilligt och kan avbrytas utan motivering när respondenten själv önskar. Intresserade respondenter lägger svarsblanketten i en låda på vårdcentralen sedan kontaktar vi dem som vi tar med för bokning av intervjutid. För att ta tillvara respondenternas konfidentialitet kommer deras personuppgifter inte att

redovisas i resultatet, endast deras svar kommer att användas och redovisas. Banden och utskrifterna kommer att koda och en kodnyckel kommer att finnas, datamaterial och kodnyckel kommer att förvaras åtskilda och inlåsta och endast tillgängliga för oss och vår handledare. Materialet kommer att sparas i ett låst skåp i ett år och kommer därefter att förstöras.

Ansökan kommer att skickas till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttrande innan den planerade studien genomförs.

Studien ingår som ett examensarbete i Distriktsköterskeprogrammet.

Om Du/ni har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller till vår handledare.

Med vänlig hälsning

Carolin Emond
Sjuksköterska

Jenny Lindgren
Sjuksköterska

Marie Edwinson-Månsson
Barnsjuksköterska, Ph.D, Lektor
Institutionen för hälsa, vård och samhälle,
Medicinska fakulteten, Lunds Universitet.

Bilagor

1. Samtyckesblankett

2. Projektplan (se separat bifogad fil)

Blankett för medgivande av verksamhetschef eller motsvarande

”Primärvårdens yrkeskategoriers tankar kring arbete med patienters ohälsosamma levnadsvanor utifrån Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder”

Er anhållan

- Medgives
- Medgives ej

Ort

Datum

Underskrift

Namnförtydligande och titel

Verksamhetsområde

INFORMATIONSBREV

2012-11-09

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Information till medarbetare på XXX

Primärvårdens yrkeskategoriers tankar kring arbete med patienters ohälsosamma levnadsvanor utifrån Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående studie.

En stor del av Sveriges befolkning har ohälsosamma levnadsvanor. För att hälso- och sjukvården ska kunna införa mer enhetliga, och vetenskapligt utvärderade, arbetssätt gav Socialstyrelsen förra året ut riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Enligt Socialstyrelsen ska dessa riktlinjer nu implementeras i hälso- och sjukvården.

Syftet med denna studie är att beskriva hur yrkeskategorier, som finns representerade på Din arbetsplats, önskar arbeta och samverka kring riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder för att på bästa sätt hjälpa patienter till hälsosamma levnadsvanor. Metoden är intervju som beräknas pågå cirka 30 minuter och genomförs av distriktssköterskestudenterna Jenny Lindgren och Carolin Nilmond. Intervjun kommer att äga rum på din arbetsplats om inte önskemål finns om annan plats.

Med Din tillåtelse vill vi gärna spela in intervjun. Inspelningen kommer att förvaras inlåst så att ingen obehörig kan ta del av den. Efter att arbetet har slutförts förvaras materialet i ett år och förstörs därefter.

Deltagandet är helt frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser för Din anställning. Resultatet av vår studie kommer att redovisas så att Du inte kan identifieras, inte heller kommer din yrkeskategori att specificeras till specifikt delgiven information.

Om Du vill delta ber vi Dig underteckna samtyckesblanketten och lägga den i den specifika lådan som finns på din arbetsplats så kontaktar vi Dig sedan för överenskommelse om intervjutid.

Studien ingår som ett examensarbete i Distriktssköterskeprogrammet.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller till vår handledare.

Med vänlig hälsning,

Carolin Nilmond

Sjuksköterska,

Jenny Lindgren

Sjuksköterska,

Marie Edwinson Månsson

Handledare

Barnsjuksköterska, Ph.D, Lektor

Institutionen för hälsa, vård och samhälle,

Medicinska fakulteten, Lunds Universitet.

Samtyckesblankett

Jag har tagit del av informationen om ”Primärvårdens yrkeskategoriers tankar kring arbete med patienters ohälsosamma levnadsvanor utifrån Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011”

Jag har också tagit del av informationen att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser för min behandling.

Vänligen ange hur Du i första hand önskar bli kontaktad:

Härmed ger jag mitt samtycke till att bli intervjuad och att intervjun spelas in på band.

Underskrift av undersökningsperson

Ort, datum

Telefonnummer

Underskrift

Mailadress

Underskrift av studenter

Ort, datum

Ort, datum

Underskrift

Underskrift

Telefonnummer

Telefonnummer