



MALMÖ HÖGSKOLA
Hälsa och samhälle

SJUKSKÖTERSKAN= HÄLSOFRÄMJARE?

En kvalitativ studie om sjuksköterskans hälsofrämjande arbete.

ANNA CAPPELIN
GUNILLA EKSTRÖM ARILDSSON

Examensarbete
Kurs HT02
Sjuksköterskeprogrammet
Januari 2005

Malmö högskola
Hälsa och samhälle
205 06 Malmö
e-post: postmasterhs.mah.se

SJUKSKÖTERSKAN= HÄLSOFRÄMJARE?

En kvalitativ studie om sjuksköterskans hälsofrämjande arbete.

Anna Cappelin
Gunilla Ekström Arildsson

Cappelin, A & Ekström Arildsson, G. Sjuksköterskan=hälsofrämjare? En kvalitativ studie om sjuksköterskans hälsofrämjande arbete. *Examinationsarbete i omvårdnad 10 poäng*. Malmö högskola: Hälsa och Samhälle, Utbildningsområde omvårdnad, 2005.

Hälsofrämjande arbete definieras enligt WHO som den process som möjliggör för människor att öka kontrollen över sin hälsa och förbättra den. En av Hälso- och sjukvårdens uppgifter är att förebygga ohälsa. WHO har introducerat hälsofrämjande sjukhus där hälsa är i fokus snarare än sjukdom. Syftet med studien var att undersöka hur sjuksköterskor arbetar hälsofrämjande på ett hälsofrämjande sjukhus. Författarna ville även undersöka om resultatet var i överensstämmelse med Carnevalis omvårdnadsteori. Studien är kvalitativ och intervjuer genomfördes med åtta legitimerade sjuksköterskor vid ett hälsofrämjande sjukhus. Innehållsanalys användes för bearbetning och analys av materialet. Resultatet har indelats i nio kategorier med underkategorier och visar att sjuksköterskan arbetar hälsofrämjande genom att: vara en förebild, bedriva hälsoprevention, inspirera, informera, utnyttja befintliga resurser, planera utifrån datainsamling, genomföra patientsamtal, utvärdera genom reflektion samt att i sitt arbete stimuleras av sjukhusets hälsofrämjande satsningar. Författarna anser att resultatet är väl förankrat i det omvårdnadsarbete som Carnevali beskriver i sin omvårdnadsteori. Förhoppningsvis kan studien inspirera sjuksköterskor till att reflektera över sitt hälsofrämjande arbete samt väcka tankar kring sjuksköterskans roll, vilken i framtiden måste bli mer inriktad på hälsofrämjande arbete för att förebygga den ökande ohälsan i samhället.

Nyckelord: Carnevali, hälsofrämjande arbete, hälsofrämjande sjukhus, intervju, kvalitativ studie, omvårdnadsteori, sjuksköterska.

NURSE= HEALTHPROMOTOR?

A qualitative study about nurses' healthpromoting work.

Anna Cappelin
Gunilla Ekström Arildsson

Cappelin, A & Ekström Arildsson, G. Nurse=Healthpromotor? A qualitative study about nurses' healthpromoting work. *Degree Project, 10 Credit Points*. Nursing Programme, Malmö University : Health and Society: Department of Nursing, 2005.

Health promoting is defined according to the World Health Organisation (WHO) as the process which allows people to increase control over their health and to make improvements. One of the principles in healthcare and nursing is to prevent unhealth. The WHO has introduced Health Promoting Hospitals where health is in focus rather than illness. The aim of the study was to investigate how nurses work with healthpromotion at a health promoting hospital. The researchers also wanted to find out if the result of the study was in accordance with Carnevali's nursing theory. The study is qualitative and interviews were conducted with eight registered nurses from a health promoting hospital. Interview transcripts were analyzed accordingly with concept analyze. The result is divided into nine categories and subcategories and shows that the nurse works healthpromoting by: being a model, conducting health prevention, inspiring, informing, using available resources, planning from data collection, talking with patients, evaluating through reflection and becomes stimulated by the healthpromoting acts at the hospital. The result is in line with the way of caring which Carnevali describes in her nursing theory. Hopefully the study can inspire nurses to reflect on their healthpromoting work and the role of the nurse, which in the future must be adjusted for more health-promotion to prevent the increasing unhealth in our society.

Keywords: Carnevali, healthpromotion, healthpromoting hospitals, interview, nurse, nursingtheory, qualitative study.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	6
Diagram 1	6
BAKGRUND	6
Utbildning i hälsofrämjande arbete	7
Figur 1	7
Sjuksköterskans hälsofrämjande roll	8
Hälsofrämjande Sjukhus	9
Tidigare forskning	9
TEORETISK REFERENSRAM	10
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING	10
METOD	10
Urval	10
Datainsamling	11
Databearbetning och analys	12
Etiska överväganden	12
RESULTAT	13
Tabell 1	13
Kategori 1: "Att vara en förebild"	14
"Budskapets betydelse"	14
"Att föregå med gott exempel"	14
Kategori 2: "Att bedriva hälsoprevention"	14
"Förebygga sjukdom"	14
"Mildra sjukdom"	14
"Gynna ett hälsosammare liv"	15
"Förbättra livskvalitet"	15
Kategori 3: "Genom att inspirera"	15
"Motivera och uppmuntra"	15
"Hjälp till självhjälp"	16
Kategori 4: "Genom att informera"	16
"Muntlig information"	16
"Övrig information"	16
Kategori 5: "Genom att utnyttja befintliga resurser"	17
"Interna resurser"	17
"Externa resurser"	17
Kategori 6: "Genomför datainsamling"	17
Kategori 7: "Genomför patientsamtal"	18
"Försöker skapa en relation"	18
"Försöka möta på rätt nivå"	19
"Försöker ta hänsyn till känslor"	19
"Försöker vara tillgänglig"	20
Kategori 8: "Genom reflektion"	20
"Löpande uppföljning av patienten"	20
"Löpande uppföljning av eget arbete"	21

Kategori 9: ”Stimuleras av hälsofrämjande satsningar”	21
”Rökfritt sjukhus”	21
”Personalhälsobefrämjandeåtgärder”	22
DISKUSSION	22
Metoddiskussion	22
Urval och etiska överväganden	22
Datainsamling	23
Analys	24
Resultatdiskussion	25
SLUTSATS	28
FRAMTIDA VÄRDE	28
REFERENSER	29
BILAGOR	30
Informationsbrev	31
Intervjufrågor	32

INLEDNING

Dagligen belyser media den alltmer ökande förekomsten av ohälsa i samhället och de därtill relaterade livsstilssjukdomarna. Diagram 1 visar tydligt att de flesta dödsorsaker i Sverige idag till stor del beror på sjukdomar som har med individens livsstil att göra. Sjukdomar i cirkulationsorganen, t ex hjärt-kärlsjukdomar och stroke, orsakar hela 45 % av dödsfallen i Sverige. Tumörer utgör den näst största dödsorsaksgruppen med 23 % där exempelvis lungcancer och coloncancer är sjukdomar som i många fall hade kunnat förebyggas. En stor sjukdomsgrupp som drabbar andningsorganen är KOL, kronisk obstruktiv lungsjukdom, vilken i hög grad går att undvika (Dödsorsaker 2002, Socialstyrelsen). Samhällets olika delar som exempelvis skola och arbetsgivare men framförallt sjukvården måste ta sitt ansvar och bli bättre på att främja hälsa. Här har sjuksköterskan en viktig roll att fylla då hon är ansvarig för omvårdnaden och bör vara den som har goda förutsättningar att bedöma vilka resurser patienten besitter för att möta de krav en livsstilsförändring innebär. Carnevali (1996) beskriver förekomsten av en balans som bidrar till välbefinnande och livskvalitet oavsett hälsotillstånd som definition av hälsobegreppet, inte huruvida individen är sjuk eller frisk. Som blivande sjuksköterskor känns det därför angeläget att ta reda på hur detta hälsofrämjande arbete bedrivs i verkligheten.

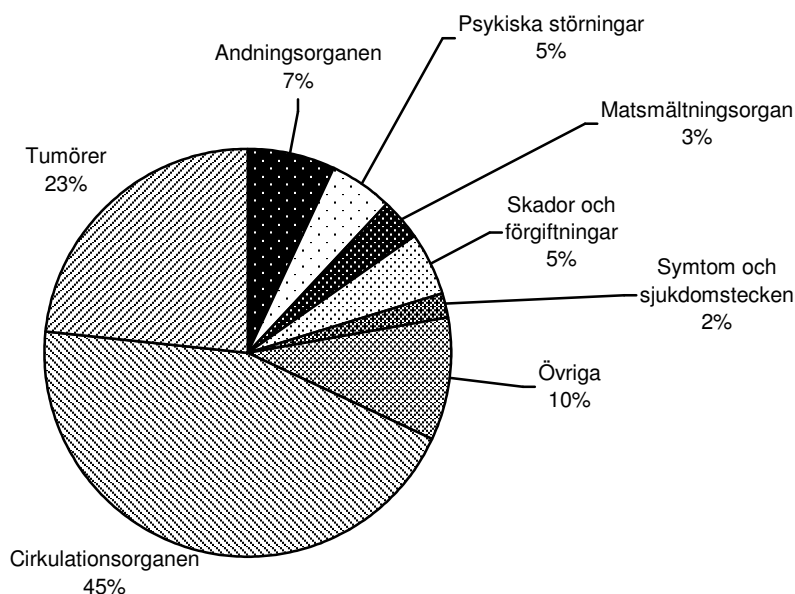


Diagram 1. Dödsorsaker 2002 för samtliga kvinnor och män i Sverige. Efter Dödsorsaker (2002, s 27).

BAKGRUND

WHO definierar hälsofrämjande arbete som den process vilken möjliggör för människor att öka kontrollen över sin hälsa och förbättra den (WHO, 1986). I sin studie definierar Herbert (1994) kliniskt hälsofrämjande arbete såsom hälsounder-

visning och patientrådgivning som syftar till beteendeförändringar hos patienter i riskzonen för livsstilsrelaterade sjukdomar eller med sjukdomar där livsstilsförändringar kan förbättra funktion och utveckling.

Regeringen har i sin proposition 2002/03:35 föreslagit elva målområden för det samlade folkhälsoarbetet. Ett av målområdena är en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård, där ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektiv skall vara en självklar del i all vård och behandling (Regeringsproposition, 2002).

I hälso- och sjukvårdslagen 2 c § står att hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa och att den som vänder sig till hälso- och sjukvården skall när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada (SFS, 1982:763).

Utbildning i hälsofrämjande arbete

För att tillgodose hälso- och sjukvårdslagens anvisningar har sjuksköterskeutbildningen kommit att inriktas allt mer på hälsofrämjande arbete och friskvård. I utbildningsplanen för sjuksköterskeutbildningen är ett av målen att studenten ska förvärva kännedom om förhållanden i samhället som påverkar kvinnors och mäns hälsa samt kunna initiera och delta i hälsobefrämjande och förebyggande arbete (Utbildningsplan för sjuksköterskeutbildningen, 2004). På Malmö Högskola har detta inneburit undervisning i tobaksprevention, identifiering av riskfaktorer för våra vanligaste folksjukdomar och fördjupade studier inom det hälsofrämjande området. Sextio poäng av sjuksköterskeutbildningen är inriktad på karaktärsämnet omvårdnad. Under författarnas studieperiod åren 2002-2005 har framförallt omvårdnadsteoretikerna Doris Carnevali och Madeleine Leininger använts i undervisningen (Kursplan för omvårdnad, 2004).

Carnevali (1996) förespråkar en modell som kallas Dagligt Liv ↔ Funktionellt Hälsotillstånd. Modellen beskriver en struktur för balans i dagligt liv avseende funktionell förmåga med inre och yttre resurser gentemot de krav som finns. Den kan användas för att organisera patientdata i diagnoser och för att planera omvårdnaden. I modellen framgår att liv och funktionellt hälsotillstånd förenas med varandra och är beroende av varandra. Genom att använda modellen kan man aldrig ta hänsyn till den ena kategorin utan att ta hänsyn till den andra.

I sjuksköterskans hälsofrämjande arbete kan modellen vara till hjälp för att identifiera riskfaktorer i patientens dagliga liv och utifrån dessa kunna planera information och eventuella åtgärder. För att kunna implementera förändringar i patientens livsstil måste sjuksköterskan beakta hans/hennes inre och yttre resurser.

Dagligt Liv ← Omvårdnadssamband → Funktionellt Hälsotillstånd

Figur 1. Modell av Carnevali (1996) som illustrerar ömsesidigt beroende.

Carnevali poängterar att diagnoser inte är slutpunkter utan utgångspunkter för beslut om prognoser, mål och behandlingsåtgärder. Omvårdnadsdiagnoser handlar om de svårigheter patienten kan uppleva till följd av sitt hälsotillstånd i hantering och planering av aktivitet i sitt dagliga liv. De handlar också om reaktioner på

sjukdom, trauma, funktionshinder och behandlingssituationer samt om hälsofrämjande miljö. Sjuksköterskan har ansvaret för diagnostisering och behandling inom det specifika omvårdnadsområdet. För att kunna verka för befrämjande av optimal hälsa behöver sjuksköterskan kunskap inte bara om individen, utan också om vad och vilka som omger och påverkar individen. Hon behöver kunskap om de hälsoproblem som kan kopplas till olika åldrar och utvecklingsstadier, om de faktorer som ökar risken för specifika typer av patologiska tillstånd eller hälsorelaterade problem samt om hur patogener överförs från en person till en annan. Sjuksköterskan behöver också kunskap om förhållanden och omständigheter som hindrar människor från att leva sitt dagliga liv på sådant sätt att risker förebyggs, samt bidrar till beteenden som ökar risken för sjukdom eller skada (Carnevali, 1996).

Sjuksköterskans hälsofrämjande roll

Sjuksköterskans yrkesroll gentemot patienterna består av fyra delar: en förebyggande, en behandlande, en lindrande samt en rehabiliterande funktion.

Nedan beskrivs sjuksköterskans förebyggande arbete då det i första hand förknippas med hälsofrämjande arbete. Den förebyggande funktionen riktar sig till friska människor eller till individer som är speciellt utsatta för hälsosvikt eller av olika anledningar förväntas få komplikationer. Centralt för delfunktionen är att sjuksköterskan ska uppmärksamma och stärka positiva hälsoresurser hos individen. Förebyggande åtgärder kan indelas i primär, sekundär och tertiär nivå. På primär nivå är målet att förhindra hälsosvikt hos friska och/eller identifierade riskgrupper genom att påverka eller avlägsna hälsorisker eller skadliga faktorer innan hälsosvikt har uppstått. Förebyggande arbete på sekundär nivå kännetecknas av att identifiera hälsosvikt eller ökad risk för hälsosvikt på ett tidigt stadium och vidta åtgärder för att begränsa en vidareutveckling av risk för hälsosvikt eller sjukdom. Den tertiära nivån innebär att sjuksköterskan tar sikte på att förhindra komplikationer vid akut sjukdom, skada och behandling. Arbete med att förhindra att nya hälsoproblem uppstår hos personer med kronisk sjukdom eller funktionssvikt ingår även i denna nivå. Att förebygga hälsosvikt kan konkret beskrivas som kartläggning av riskfaktorer, hälsoupplýsning, rådgivning, motivationsstöd samt miljöförbättrande åtgärder. Förebyggande åtgärder kan också vara alltifrån tryckavlastande åtgärder för sängbundna patienter till att i palliativ vård förhindra ytterligare lidande. All god omvårdnad innehåller en förebyggande aspekt. Viktigt är att förebyggande åtgärder inte är förknippade med vissa åldersgrupper. För äldre patienter är förebyggande åtgärder av stor vikt för att bevara patienternas egna resurser på bästa sätt. Detta är sjuksköterskans uppgift att tillgodose (Jahren Kristoffersen, 1998).

McBride (1994) undersöker i sin studie hälsofrämjande arbete på sjukhus och sjuksköterskans attityd, uppfattning samt utövning i samband med detta arbete. I studien framkommer att 93,7 procent av sjuksköterskorna tycker att de befinner sig i en idealisk position för att bedriva hälsoutbildning till patienterna. Dock känner 80,6 procent av sjuksköterskorna att de inte har tillräcklig träning i hälsofrämjande arbete. Tidsbrist uppger 67,6 procent av sjuksköterskorna vara ett hinder för att utöva effektivt hälsofrämjande arbete. McBride drar slutsatsen att trots många korta sjukhusvistelser kan inläggning på sjukhus fungera som en katalysator för att förändra och öka patientens motivation till livsstilsförändringar.

Reeve et al (2004) summerar sin studie med att påstå att så länge sjuksköterskor fortsätter att fokusera på behandling av kroniska sjukdomar hellre än att bedriva hälsofrämjande arbete kommer samhällskostnaderna att öka. Sjuksköterskor kan i

sitt patientvårdande arbete signifikant påverka folkhälsan genom återkommande hälsofrämjande arbete i klinisk verksamhet.

Hälsofrämjande sjukhus

WHO har introducerat ett koncept för hälsofrämjande sjukhus där hälsa sätts i fokus snarare än sjukdom. Här finns två aspekter, dels sjukvårdspersonalens roll gentemot patienterna samt arbetsmiljön på sjukhuset (McBride, 1994). Konceptet etablerades 1988 och inkluderar mer än 700 sjukhus i 25 olika länder. WHO menar att man genom att ta vara på sjukhusens kompetens, auktoritet och kontaktyta kan stärka arbetet med att förebygga våra stora folkhälsoproblem (WHO, 2004).

Ottawadeklarationen antogs vid en WHO-konferens i Ottawa 1986. Deklarationen beskriver en strategi för en bättre hälsa hos befolkningen där hälsofrämjande arbete ska ge människor möjlighet att öka kontrollen över sin egen hälsa och förbättra den. För att möjliggöra detta måste stödjande miljöer skapas för att uppmuntra och hjälpa. Sjukhusen måste bli mer medvetna om de hälsoproblem som finns i samhället för att bättre kunna bemöta dem och vara mer involverade i förebyggande arbete. Ett pilotprojekt med 20 europeiska sjukhus startade 1993 för att genom olika projekt visa möjligheterna för sjukhus att arbeta hälsofrämjande. I Sverige var Universitetssjukhuset i Linköping ett pilotsjukhus (HFS, Hälsofrämjande sjukhus, 2004).

År 1997 etablerades i Sverige nätverket för Hälsofrämjande sjukhus och Folkhälsovetenskapligt centrum i Linköping står som koordinator. I dagsläget har det svenska nätverket 23 medlemmar. För att få ingå i nätverket krävs att sjukhuset utvecklar sin organisation mot en hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Ett beslut om medlemskap måste vara förankrat hos sjukhusledningen som driver arbetet i denna riktning. Ett kontrakt skrivs med WHO där sjukhuset förbinder sig att driva minst tre projekt som berör patienter, medarbetare och befolkningen i stort. Det som främst är utmärkande för det Hälsofrämjande Sjukhuset är ett bredare samhällsligt perspektiv samt att målsättningen för sjukvården – en bredare hälsa – tydligare lyfts fram (HFS, Hälsofrämjande sjukhus, 2004).

Tidigare forskning

En litteratursökning gav många resultat gällande hälsofrämjande arbete. De artiklar som ansetts vara användbara med hänsyn till denna studies syfte har alla varit kvantitativa undersökningar. Emellertid hittades inga artiklar som behandlade sjuksköterskans hälsofrämjande arbete på hälsofrämjande sjukhus. Flera av artiklarna belyste sjuksköterskans hälsofrämjande arbete i öppenvård snarare än slutenvård vilket styrkte behovet av denna studie.

En engelsk studie som granskades undersökte sjuksköterskors attityder, övertygelser och praktiska utförande av hälsofrämjande arbete på sjukhus. Studiens syfte var att undersöka sjuksköterskors attityder till hälsofrämjande arbete och hur dessa påverkar deras arbete. Bland annat redovisas att 95,5 procent av sjuksköterskorna i studien kände att de skulle vara "hälsoadvokater". Av sjuksköterskorna tyckte 62,3 procent att rökning borde förbjudas bland personalen och 54,7 procent ansåg att förbudet borde gälla för patienter också. Tidsbrist uppgavs som en förhindrande omständighet (McBride, 1994).

En annan artikel belyste hälsofrämjande attityder och tillämpningar bland öppenvårdspraktiserande sjuksköterskor i Texas, USA. Här visade det sig att 92 procent

tyckte att det var viktigt att vara en förebild genom att utöva återkommande fysisk aktivitet, inte röka och hålla idealvikt. Av informanterna i studien tyckte 99,5 procent att hälsofrämjande arbete var en viktig aspekt av sjuksköterskans roll. Även här framkom att brist på tid var ett hinder i arbetet (Reeve et al, 2004).

TEORETISK REFERENSRAM

I sin hälsofrämjande utövning måste sjuksköterskan ta hänsyn till patientens individuella förutsättningar. För att effektivt kunna förmedla sitt budskap måste hon utgå ifrån varje enskild individs krav och resurser. Denna teori kan beskrivas som en väg där en balans ska råda mellan det dagliga livets krav och de inre och yttre resurser som finns tillgängliga för att tillgodose dessa krav. Sjuksköterskan måste beakta individens inre och yttre resurser i sitt hälsofrämjande arbete. Viktigast i detta sammanhang är framförallt att vara medveten om patientens inre resurser beträffande kunskap och motivation (Carnevali, 1996). Carnevalis omvårdnadsteori skulle kunna vara ett användbart redskap och ett hjälpmedel i sjuksköterskans planering, genomförande och utvärdering av hälsofrämjande arbete. Författarna ville därför granska hur resultatet kunde förankras i Carnevalis omvårdnadsteori.

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

Syftet var att undersöka på vilket sätt allmänsjuksköterskor beskriver att de arbetar hälsofrämjande på ett hälsofrämjande sjukhus. Syftet utmynnade i följande frågeställning:

På vilket sätt arbetar kliniskt verksamma sjuksköterskor hälsofrämjande vid ett hälsofrämjande sjukhus?

METOD

Undersökningen genomfördes som en kvalitativ studie. Författarna valde att använda sig av innehållsanalys, en metod för att analysera transkriberade kvalitativa intervjuer. Analysmetoden innebär i huvuddrag en steg-för-steg-process. Forskaren måste arbeta systematiskt och vara öppen inför svårigheterna i arbetet med att förstå andra människors uppfattningar (Burnard, 1991).

Urval

Sjukhuset där studien genomfördes har sedan hösten 2003 varit medlem i nätverket för hälsofrämjande sjukhus. Övergripande mål för verksamheten är att sprida kunskap om hälsofrämjande sjukhus inklusive folkhälsomålen, arbeta för en hälsofrämjande arbetsplats, rökfritt sjukhus samt samarbete med andra intressenter såsom sjuksköterskeprogrammet på högskolan, kommunen och primärvården.

Information om studien och inbjudan om att delta skickades ut till sjukhusets samtliga vårdavdelningar (bilaga 1). Målsättningen var att om möjligt få en spridning i urvalet så att deltagarna inte representerade samma avdelning. De sjuksköterskor som var intresserade av att delta i studien ombads att fylla i ett formulär

och vidarebefordra detta i ett förslutet kuvert till kontaktpersonen på sjukhuset. När anmälningstiden gått ut hämtades svaren vilka då endast var två till antalet. Kontaktpersonen på sjukhuset ombads då att försöka värva fler deltagare till studien. Då det dröjde några dagar innan ytterligare svar inkom ombads även den första informanten att försöka värva fler kollegor. Detta skedde snabbt och två informanter till värvades från samma avdelning. Efter några dagar hade även kontaktpersonen ordnat fler deltagare. Antalet intresserade var nu uppe i tio sjuksköterskor. Då målet var att genomföra studien med 6-8 intervjuer fanns en nödvändighet att begränsa antalet. Författarna valde att genomföra studien med hjälp av åtta informanter. Med hänsyn till den tidspress som nu uppstått fick informanterna väljas utifrån tillgänglighet att delta inom bestämd tidsplan. Trots detta representerades fyra avdelningar, dock inte med samma antal informanter ifrån varje. Två avdelningar representerades av två informanter vardera, resterande avdelningar deltog med tre respektive en informant. Något genusperspektiv i studien kunde inte belysas då det endast var kvinnliga sjuksköterskor som anmälde sig.

Inklusionskriterier för deltagande i studien var legitimerad sjuksköterska med anställning vid det hälsofrämjande sjukhuset. Informanternas yrkesverksamma tid som sjuksköterska varierade inom ett intervall på 30 år. Samtliga sjuksköterskor, utom en, hade varit anställda vid sjukhuset i minst ett år.

Datainsamling

Målet var att insamla datamaterial genom semistrukturerade intervjuer med 6-8 allmänsjuksköterskor vid ett hälsofrämjande sjukhus. Kvale (1997) förespråkar att antalet intervjuer bör vara 5-25 stycken i en kvalitativ studie. Antalet bestäms av undersökningens syfte samt den tid och de resurser som finns tillgängliga. När syftet är att utforska och beskriva en företeelse kan nya intervjuer genomföras ända tills mättnad uppnås och då bidrar inte nya intervjuer med ny kunskap. Även Polit et al(2001) beskriver att många kvalitativa forskare använder mättnadsprincipen vilken uppstår när teman och kategorier i datamaterialet upprepas så att ingen ny information framkommer. På grund av studiens tidsbegränsning samt författarnas oerfarenhet begränsades antalet intervjuer i förväg.

Författarna valde att utföra intervjuerna var för sig. Detta beslut grundades dels på övertygelsen att informanten vid intervjutillfället säkerligen känner sig mer avslappnad i ett samtal med endast en person. Uppfattningen stärktes genom Kvales (1997) uttalande om intervjusituationen: "Forskningsintervjun är en mellanmännisklig situation, ett samtal mellan två parter om ett tema av ömsesidigt intresse. Det är en specifik form av mänskligt samspel där kunskap utvecklas genom en dialog". (s 118). Båda författarna ville prova på att intervju och var överens om att det var lättare att gå in i den rollen om intervjuerna skedde enskilt. Med deltagarantalet i åtanke fanns också en viss tidsaspekt att ta hänsyn till. Varje författare intervjuade samma antal informanter och följde en intervjuguide (bilaga 2). Noggranna överenskommelser gjordes i förväg för att försäkra att betingelserna kring intervjun skulle bli så likartade som möjligt.

Samtliga intervjuer spelades in på band och författarnas intention var att intervju-längden skulle vara mellan 30 och 40 minuter. Intervjuernas längd varierade mellan 32 och 53 minuter och genomfördes alla i samma lokal vilken är belägen i anslutning till sjukhuset. Intervjuerna kunde där genomföras i en lugn och ostörd miljö.

Databearbetning och analys

Som tidigare beskrivits användes innehållsanalys (Burnard, 1991) som metod att analysera och bearbeta materialet.

Anteckningar gjordes efter varje intervju om vilka ämnen som avhandlats i intervjun. Löpande minnesanteckningar skrevs efterhand om det som tilldrog sig författarnas uppmärksamhet i intervjuerna. När intervjuerna transkriberats lästes de igenom i fördjupande syfte och anteckningar gjordes om allmänna teman. Intervjuerna lästes upprepade gånger av författarna var för sig och så många rubriker som möjligt skrevs ner för att försöka beskriva alla aspekter på innehållet.

Kategorierna var i detta skede av studien många till antalet och beskrev nästan allt intervjumaterial, vilket benämns öppen kodning. I syfte att reducera antalet, granskades listan över kategorier och grupperades under högre klassificerade rubriker. Den nya listan över kategorier arbetades igenom och väldigt lika rubriker reducerades. Detta upprepades tills en slutlig lista erhållits.

Utskrifterna lästes återigen jämsides med den slutliga listan över kategorier för att fastställa hur väl kategorierna täckte alla aspekter av intervjuerna. Varje utskrift arbetades igenom och kodades enligt listan med kategorirubriker. Olikfärgade pennor användes för att urskilja varje sektion tillhörande en kategori. Sektioner klipptes ut ur utskriften och samlades under respektive kategori. De urklippta sektionerna sattes samman med lämpliga rubriker.

En informant ombads att kontrollera tillämpbarheten i kategorisystemet.

Allt material sparades för att kunna användas i refereringssyfte vid rapportutskriften. Sektion för sektion bearbetades och kommentarer skrevs för att länka samman kategorierna.

Författarna valde att redovisa resultatet separat samt att illustrera detta avsnitt med citat. Under rubriken "Resultatdiskussion" länkades studiens resultat samman med tidigare litteratur i ämnet och författarna gjorde jämförelser samt åtskillnader i materialen.

Etiska överväganden

Ansökan om tillstånd för undersökningen lämnades till etiska kommittén vid Malmö Högskola. Ansökan godkändes vilket verifierades genom beslut med diarienummer HS 60-04/1270. Sjukhuschefen vid det hälsofrämjande sjukhus där studien genomfördes tillfrågades också och godkände studiens genomförande.

Deltagande i undersökningen var frivilligt. Information om undersökningens syfte samt frågeställningar delgavs deltagarna dels skriftligt men också muntligt i samband med undertecknande av samtycke. Kassetbanden kommer att förstöras efter transkribering. Deltagarna blev informerade om att de efter studiens genomförande kommer att få ta del av resultaten.

Tidigare nämndes under rubriken urval att endast ett fåtal informanter anmälde sitt intresse från början. Detta innebar i sin tur att vid värvningen av fler informanter uppstod det brister i anonymitetsgarantin. Dessa brister uppstod i flera led. Kontaktpersonen fick muntligen namnet på flertalet nya informanter av respektive avdelningsföreståndare. Informanternas kollegor på avdelningarna hade känne-

dom om deras deltagande då intervjuerna skedde under arbetstid. Några informanter returnerade informationsbrevet i ett förslutet kuvert enligt anvisningarna men hade skrivit avsändare på kuvertet. Samtliga informanter informerades muntligen om dessa brister i samband med undertecknande av samtycke.

RESULTAT

Resultatet framställs separat för varje ställd fråga. Svaren redovisas i olika kategorier med underrubriker som belyser informanternas åsikter. I tabell 1 presenteras de kategorier med underrubriker databearbetning och analys utmynnat i.

Tabell 1. Kategorier och underrubriker i resultatet.

1. Att vara en förebild	1.1 Budskapets betydelse
	1.2 Att föregå med gott exempel
2. Att bedriva hälsoprevention	2.1 Förebygga sjukdom
	2.2 Mildra sjukdom
	2.3 Gynna ett hälsosammare liv
	2.4 Förbättra livskvalitet
3. Genom att inspirera	3.1 Motivera och uppmuntra
	3.2 Hjälpa till självhjälp
4. Genom att informera	4.1 Muntlig information
	4.2 Övrig information
5. Genom att utnyttja befintliga resurser	5.1 Interna resurser
	5.2 Externa resurser
6. Genomför datainsamling	
7. Genomför patientsamtal	7.1 Försöker skapa en relation
	7.2 Försöker möta på rätt nivå
	7.3 Försöker ta hänsyn till känslor
	7.4 Försöker vara tillgänglig
8. Genom reflektion	8.1 Löpande uppföljning av patienten
	8.2 Löpande uppföljning av eget arbete
9. Stimuleras av hälsofrämjande satsningar	9.1 Rökfritt sjukhus
	9.2 Personalhälsobefrämjande åtgärder

Informanternas åsikter styrks genom en mängd citat under varje avsnitt. Författarna har gjort ett ställningstagande att genom citering försöka ge läsaren en inblick i materialet och understryka de uttalanden som framkommit. Sandelowski (1994) säger att citat används för att stödja forskarens påstående, illustrera idéer, belysa erfarenheter samt väcka känslor och respons. Med skickligt användande av citat kan författaren öka det dokumentära och estetiska värdet av en forskningsrapport och dra mer uppmärksamhet till de människors röster som annars kanske förblivit ohörda. Citat bevisar att forskaren talar sanning och underlättar läsarens identifikation med deltagarna och deras åsikter. Citat visar mångfalden inom det generella.

Beträffande sjuksköterskans hälsofrämjande roll utkristalliserades två kategorier: ”Att vara en förebild” och ”Att bedriva hälsoprevention”.

1. Att vara en förebild

Vikten av att vara en förebild har informanterna uttryckt i olika sammanhang under intervjuerna. Alla utom två sjuksköterskor nämner att de försöker vara en förebild för patienter och kollegor.

”/.../ man skall vara en förebild för ja patienter och sina kollegor.”(Ssk 2)

1.1 Budskapets betydelse

I rollen som förebild framkom betydelsen av det budskap som sjuksköterskan förmedlar till sina patienter och kollegor. Svårigheten att som rökande sjuksköterska bedriva trovärdig tobaksprevention har framkommit som ett exempel.

”/.../ att man inte röker själv som sjuksköterska för det är just det här med budskapet.”(Ssk 2)

”/.../ är man rökare själv har man kanske svårt att gå in och prata med patienten om rökning.”(Ssk 1)

1.2 Att föregå med gott exempel

Ett hälsofrämjande synsätt måste implementeras hos personalen så att de kan agera som föredöme för patienter och kollegor.

”/.../ även hälsofrämjande för min avdelning, eftersom jag är hälsoinspirator.”(Ssk 3)

”/.../ vi har ett väldigt ansvar att nå ut till våra patienter och medarbetare framförallt/.../ det är jätteviktigt att vi inom sjukvården föregår med gott exempel för våra patienter.”(Ssk 7)

”/.../ var ska man börja med att vara hälsofrämjande om inte hos personalen.”(Ssk 4)

2. Att bedriva hälsoprevention

Betydelsen av hälsoprevention förekommer i många olika skeden, alltifrån att förebygga den sjukdom som ännu inte uppkommit till att lindra sjukdom hos den redan insjuknade individen. Det preventiva arbetet kan också bestå av att uppmuntra till ett hälsosammare liv och att främja en högre livskvalitet.

”Befrämja den livsstil som leder till varaktig hälsa.”(Ssk 3)

2.1 Förebygga sjukdom

Att arbeta preventivt i syfte att förhindra sjukdomsuppkomst.

”/.../ det är ju preventivt arbete så att man förebygger istället för att bota.”(Ssk 6)

2.2 Mildra Sjukdom

En stor del av det hälsopreventiva arbetet bedrivs mot individer som redan lider av hälsosvikt och en viktig uppgift blir då att begränsa sjukdomen.

”Man kan ju mildra sjukdomar också på nåt vis, man kan stoppa sjukdomens progress.”(Ssk 4)

”/.../ behandla sjukdom när den uppkommit för att återfå sin hälsa då.” (Ssk 1)

”/.../ man skall försöka förhindra att det inträffar igen/.../ så det är ju sekundärprevention.”(Ssk 2)

2.3 Gynna ett hälsosammare liv

Att gynna ett hälsosammare liv är att nyttja och främja patientens resurser för att undanröja risken för framtida sjukdom.

”/.../ personalen jobbar med ankomstsamtal under ankomstsamtalet har vi börjat med att fråga alla patienter om dom röker, spritvanor och motion osv just med tanke på att få hälsotänkande i patienterna också.”(Ssk 7)

”/.../ de får behålla den här hälsan längre än om de liksom fortsätter med sitt gamla sätt att röka .” (Ssk 5)

2.4 Förbättra livskvalitet

Det hälsopreventiva arbetet strävar efter och bidrar till att förbättra patientens livskvalitet och välbefinnande.

”/.../ just det här att förhindra att man känner sig sjuk/.../man kan ju ha en sjukdom men ändå känna sig frisk/.../det handlar ju lite om livskvalitet.”(Ssk 8)

”/.../ ha det så bra som möjligt i sin sjukdom.”(Ssk 1)

”/.../ livskvalitet, jag menar man måste se lite längre.”(Ssk 4)

När informanterna tillfrågades på vilket sätt de arbetar hälsofrämjande utmynnade svaren i tre kategorier: ”Genom att inspirera”, ”Genom att informera” och ”Genom att utnyttja befintliga resurser”.

3. Genom att inspirera

I studien framkommer att sjuksköterskor på varierande sätt arbetar hälsofrämjande genom att inspirera patienter men även sina kollegor. Uttryck såsom att sporra, råda och introducera är återkommande i materialet. Att uppmuntra patienter till att hjälpa sig själva samt att i personalgruppen leva sundare och måna om varandra belyses också.

3.1 Motivera och uppmuntra

Sjuksköterskan försöker att styrka och stimulera individen för att en förändring skall kunna genomföras.

”/.../du måste ju dels se till att patienten förstår varför det har drabbat mig och sedan skapa motivationen.” (Ssk 3)

”/.../ vi försöker ju motivera dem till att ta ett plåster istället.” (Ssk 8)

”/.../ kanske man då försöker uppmuntra dom till att under operationen ha nikotinplåster och kanske försöka att fortsätta att uppmuntra till det efteråt.” (Ssk 6)

”/.../ och liksom peppa dom.” (Ssk 1)

”/.../ att få personalen till att leva lite sundare/.../ att dom ska använda friskvårdstimmen/.../ och att vi propagerar för viktgrupperna som nu har startat.” (Ssk 7)

3.2 Hjälptill självhjälp

Sjuksköterskan hjälper individen att komma till insikt om sin egen förmåga att förändra sin livsstil och därigenom öka sin hälsa.

”/.../ man lägger över mycket kraft på patienten, att de själva ska komma till insikt.” (Ssk 3)

”/.../ få dem att förstå att de faktiskt har mycket att vinna.” (Ssk 2)

4. Genom att informera

En stor del av allmännsjuksköterskans hälsofrämjande arbete innebär att informera.

”/.../ det är mycket information, så klart både muntligt, skriftligt/.../ och att dom får se film.” (Ssk 2)

4.1 Muntlig information

Informanterna anger olika sätt att informera på, där muntlig information utan tvekan är den huvudsakliga metoden.

”/.../ om vi tar t ex hjärtpatienter har vi sjuksköterskor alltid på avdelningen ett samtal.” (Ssk 1)

4.2 Övrig information

I vissa fall användes också skriftlig information som komplement men även som utgångspunkt för den muntliga informationen. På en av sjukhusets avdelningar kompletteras informationen visuellt i form av en filmvisning. Att använda olika tillvägagångssätt i informationsarbetet underlättar för sjuksköterskan att få ut sitt budskap och för patienten att tillgodogöra sig det.

”/.../vi har en informationsbroschyr/.../ lämna den till patienten och låta dem själva läsa igenom den, låta anhöriga också läsa igenom den och sedan följa upp vad dom nu hade läst och gå igenom den broschyren egentligen tillsammans med patienten via samtal.” (Ssk 1)

”Vi har ju en pärm ... på avdelningen inne på vart rum och där är ju en del, står ju en del information.” (Ssk 5)

”/.../ dessutom är det ju vår kurator som har filmvisningen, så det är ett tillfälle att träffa henne också.” (Ssk 2)

5. Genom att utnyttja befintliga resurser

På det hälsofrämjande sjukhuset finns en mängd olika resurser som sjuksköterskan kan använda sig av i sitt hälsofrämjande arbete. Dessa resurser finns dels tillgängliga inom sjukhuset och dels ute i samhället.

”/.../ att man tar till sig alla resurser som finns.”(Ssk 4)

”/.../ hänvisa dem vidare om de vill ha hjälp.”(Ssk 1)

5.1 Interna resurser

Resurser som finns att tillgå på sjukhuset är dietist, kurator, diabetessjuksköterska, kranskärlssjuksköterska, hjärtsviktssjuksköterska, sjukgymnast, gymnastikgrupper, KOL-sjuksköterska och rökavvänjningsgrupper. Det är av yttersta vikt att patienten får tillgång till befintliga resurser och att allmänsjuksköterskan med sin breda kunskap och kompetens inte glöms bort i sammanhanget. En hel del av resurserna kan patienterna nyttja även efter utskrivning. Personalen kan själva utnyttja och uppmuntra varandra till att använda sig av för dem avsedda resurser t ex viktgrupper och rökavvänjningsgrupper.

”/.../ att tillgå dietist...vi har sjukgymnast...sjukgymnastik kanske.”(Ssk 5)

”/.../ efter en hjärtinfarkt så får man alltid träffa vår kranskärlssjuksköterska också.”(Ssk 3)

”/.../ då kan man också koppla in kuratorn som de får prata med och kan hålla kontakten med sen.”(Ssk 7)

”/.../ det är patientens val till syvene och sist och att jag är mer där som en resurs.”(Ssk 6)

5.2 Externa resurser

Externa resurser nämns såsom sluta-rökalinjen och viktväktarna. På en av sjukhusets avdelningar ligger sjuksköterskorna i startgrupparna till att använda fysioteksrecept och har börjat fundera på hur detta ska ske rent praktiskt.

”/.../ sluta-rökalinjen brukar jag hänvisa till för det är ju jättebra, det är dygnet runt.”(Ssk 7)

”/.../ vi som är legitimerade sjuksköterskor får ju lov att skriva ut fysioteksrecept/.../ det är ett nytänkande att man kanske tänker på det här när man har patienter som borde tänka på...lite mer att röra sig.”(Ssk 8)

På frågan ”hur planerar du inför mötet med patienten” framkom tydligt följande kategori.

6. Genom datainsamling

Sjuksköterskan börjar samla in data om patienten och dennes situation redan före det första mötet. Sex av informanterna anger att de inhämtar fakta genom skriftlig information i form av läkaranteckningar och journalanteckningar. Syftet är att få en bakgrundsbild och att med hjälp av informationen kunna förbereda mötet med patienten. Med hjälp av bakgrundsbilden kan mötet planeras utifrån relevanta fak-

torer. Sjuksköterskan får också en uppfattning om när mötet bör ske samt kan anpassa informationen efter patientens behov.

”/.../ ofta har man redan då en bild av patienten, hur patienten är och då lägger man upp det kanske lite efter det. Eh alltså de yngre yrkesverksamma männen och kanske man kan lägga upp det på något annat sätt till en äldre tant.”(Ssk 3)

”/.../ tänker över en extra gång vad är viktigt för denna patienten och vad är viktigt för mig att tänka på innan jag går in till denna patienten. Är det rätt läge att gå in nu, kanske ska vänta till imorgon för det är ju inte det att man rusar in dag 2 eller dag 1 efter en hjärtinfarkt och börjar mäska om blodfetter.”(Ssk 2)

”/.../ att läsa på patientens bakgrund/.../ så man kanske kan få ytterligare argument.”(Ssk 6)

”/.../ då går jag ju in och läser journalen innan jag träffar patienten och där kan man ju redan där ehh få en uppfattning om patienten och vad man bör ta upp.”(Ssk 7)

En fråga till informanterna riktades mot hur de rent konkret agerar hälsofrämjande i mötet med patienten. En annan fråga behandlade hur de tänker i mötet. Svaren på dessa frågor redovisas gemensamt under kategori 7. Genomför patientsamtal.

7. Genomför patientsamtal

Informanterna belyser vikten av samtal och att svara på frågor, visa öppenhet och lyssna på patientens funderingar. För att nå patienten i samtalet menar informanterna att sjuksköterskan måste försöka skapa en relation, möta patienten på rätt nivå, ta hänsyn till känslor samt vara tillgänglig.

”/.../ hur jag börjar samtalet och då alltså går jag in och presenterar mig vem jag är och vad jag kan hjälpa patienten med och informerar/.../ och man lyssnar ju alltså mycket tid går ju åt till att lyssna.”(Ssk 8)

”/.../ att ställa öppna frågor där patienten själv kan berätta.”(Ssk 1)

7.1 Försöker skapa en relation

En av informanterna börjar bygga sin relation till patienten med att denne själv får berätta om sin sjukdom och vad han/hon känner. En annan informant avsätter mycket tid åt att just lyssna till patienten, en ställer öppna frågor där patienten själv kan berätta. Att vårda relationen till patientens anhöriga anser en annan informant vara av stor vikt. Två av informanterna försöker redan vid ankomstsamtalet att påverka patienten till en bättre livsstil. Att det är viktigt att ”känna av patienten” nämns men betydelsen av att bygga upp en relation eller ett förtroende framkommer inte lika tydligt som hos övriga informanter. En informant nämner överhuvudtaget ingenting om skapandet av relationer.

”/.../ så hälsar man på dom och liksom umgås lite med olika situationer innan en sån här sak kommer så att man har en relation redan/.../ man måste skapa en relation först innan man kan komma med förslag som skulle kunna leda till något...det ger oss förslaget lite extra tyngd att om man har lyckats bli en person som dom trivs med och kanske litar lite på i det här annorlunda sammanhanget som dom befinner sig i.”(Ssk 6)

”/.../ och komma dom inpå livet lite grann innan man börjar med sina moraliseranden.”(Ssk 4)

”/.../ hon fick förtroende för mig sa hon i alla fall. Så att vi pratade länge och väl under tiden för då hade jag henne under några dagar. Och hon sa varje gång när jag kom att det är bra det är du och att du kom idag också så man slipper dra alla saker.” (Ssk 1)

7.2 Försöker möta på rätt nivå

Informanterna nämner bland annat att människor är väldigt olika och så även deras kunskap om saker och ting. Stor vikt bör läggas vid att känna av individen och att göra en avvägning av dennes inre och yttre resurser. Bland individens yttre resurser anges främst anhöriga som en tillgång.

”/.../ människor är så väldigt olika så att man måste försöka att möta dom där dom är/.../ att människors kunskap om saker och ting är väldigt olika och om det är en undersköterska som är patient så möter man ju henne på en helt annan nivå än om det är en som kanske inte har någon utbildning eller så inom vården.” (Ssk 6)

”/.../ man måste ta varje person för det den är och känna av/.../ alla människor är inte lika starka/.../ det är tuffare för en del att ändra sin livsstil.” (Ssk 2)

”Känna sig för, man ska inte gå på för burdust.”(Ssk 5)

”/.../ man får ju alltid när man möter en patient...när man tänker hälsofrämjande...man får ju se patienten.”(Ssk 4)

”/.../ har man då en fru som röker och själv ska sluta det är ju det är svårt men då kanske man skulle kunna se det istället som att då gör vi detta tillsammans, så får frun också följa med att man utnyttjar det.”(Ssk 2)

7.3 Försöker ta hänsyn till känslor

Informanterna beskrev de olika känslor som kan uppstå i mötet med patienten. Både patienternas och sjuksköterskans känslor beskrivs i materialet. Enligt informanterna förmedlar patienterna ofta känslor som skuld, försvar, aggressivitet, oro och rädsla. Två informanter nämner mer positiva känslor som tacksamhet och tillfredsställelse hos patienten. Informanterna uppger att sjuksköterskans känslor representeras av hopplöshet, frustration och en känsla av begränsning. Däremot förekommer också positiva känslor som hopp, glädje och bekräftelse.

”/.../ liksom riktig försvarsställning – kom inte och prata med mig om det...” (Ssk 1)

”/.../ man är ju utlämnad som patient/.../ det kan ju vara att man blir ledsen...och att man kanske känner sig påhoppad.”(Ssk 2)

”/.../ de kommer ju med anklagelser mot oss. Men ofta är det ju liksom inte gentemot oss egentligen utan det är ju liksom sjukdomen i sig.”(Ssk 5)

”/.../ alltså jag tycker nog att de blir väldigt alltså tillfredsställda, de blir...ja de blir nöjda.”(Ssk 8)

”/.../ jag kan ju bli frustrerad men jag försöker att inte visa det.”(Ssk 7)

”/.../ synd men jag kan inte göra mycket mer än så. En hopplös känsla. Men patienter där man känner att man får dem med sig lite grann i alla fall så känns det som att – det är bra, kom igen nu! Liksom att man känner ett hopp.”(Ssk 1)

7.4 Försöker vara tillgänglig

Informanterna beskriver tillgänglighet med ord som ”ge patienten tid”, ”sitta enskilt och ostört”, ”skapa en rofylld atmosfär” och ”att gå in med en öppenhet och inte ha förutfattade meningar”. En informant nämner inga av ovanstående begrepp eller gör något uttalande som skulle kunna härledas till underkategorin.

”/.../ man kanske sätter sig lite bekvämt i en stol och försöker skapa lite rofylld atmosfär, stänger dörren och man försöker vara lite tillgänglig.” (Ssk 3)

”/.../ försöker få ett rum där man sitter själva så att inte där blir någon störning. Och att man sitter i lugn och ro.../ att det inte är någon som jagar en hela tiden utan just att man har en liten stund...där man är ostörd.”(Ssk 8)

”/.../ det viktiga är ju att man känner att man har tid att det inte bara hafsas över för då kan man nästan lika bra låta det vänta till ett bättre tillfälle.../ och sen att man sitter ner och ja, låter patienten få tid att smälta in vad man har diskuterat.” (Ssk 2)

”/.../ att inte ha förutfattade meningar.”(Ssk 8)

På frågan om utvärdering har svaren utmynnat i en kategori och i två underkategorier.

8. Genom reflektion

Sjuksköterskan utvärderar genom att kontinuerligt reflektera dels över patientens hälsotillstånd och dels över sitt eget arbete.

8.1 Löpande uppföljning av patienten

Löpande uppföljning sker under vårdtiden och ett exempel på det är utvärdering vid användning av nikotinplåster. Det kan också innebära att sjuksköterskan förmedlar till sina kolleger vad som har informerats om och vad som eventuellt behöver kompletteras eller följas upp. Korta vårdtider upplevs som en försvårande omständighet och sjuksköterskorna vet sällan hur det går för patienten i ett längre perspektiv. Huruvida dokumentation genomförs varierar. Vanligast är att hälsofrämjande arbete dokumenteras då något speciellt har inträffat vid mötet med patienten eller om denne har valt att prova på nikotinhjälpedel.

”/.../ja man förmedlar ju vidare till sina kollegor som skall ta över att detta här i stora drag har jag pratat om och han/hon reagerade så här ehh och i och med det kanske blir en egen utvärdering att fortsätta, ni kanske får prata mer med honom om det just för det kände jag att jag inte kom in på eller typ så.” (Ssk 1)

”/.../ nu har man då lämnat ut den här broshyren t ex och sedan utvärderar man den i samtalet ehh och sen så är ju ofta patienten hemma. För att det går så fort, men visst man kan ju bara ta dagen efter – har du funderat mer på vad vi pratade om igår ehh Hur går det nu med att inte röka – har du fortfarande varit rökfri nu i tre dagar och hur känns det?” (Ssk 1)

”/.../ man hinner ju inte så mycket på de två dagarna... det gör man ju inte.” (Ssk 4)

”då skriver jag även i Melior att under kunskap och utveckling att har fått muntlig information angående det eller det – eller man kan ju t ex skriva att man tillägger då att dom kanske inte är tillgängliga, är väldigt alltså krisartade eller tar inte till sig och ja. .. om dom inte är motiverade till att sluta röka eller att dom vill och att vi har erbjudit nikotinplåster Ja, det försöker vi väl göra, i alla fall jag.” (Ssk 3)

8.2 Löpande uppföljning av eget arbete

Sjuksköterskan utvärderar sitt eget arbete, framförallt om det av någon anledning inte har gått som förväntat eller planerat. Här framkommer också att varje möte är unikt och att det erfarenhetsmässigt alltid kan ge något inför kommande möten.

”/.../ ett nytt möte är ju ett nytt möte. Och man lär sig ju någonting nytt hela tiden. Man är ju aldrig fullärd.” (Ssk 5)

”/.../ då utvärderar man såtillvida att man tänker att nu gick jag lite fort fram eller jag tänkte mig inte för eller alltså i sådana situationer kan det ju vara att man utvärderar ehh annars så vet man ju sällan hur det går i längden men man tänker efter om det är någonting som har hänt men om det inte om allting liksom löper fortlöper bara så tänker så utvärderar man inte.” (Ssk 6)

”Ja, man sätter sig ju och funderar.” (Ssk 7)

Avslutningsfrågan behandlar hur sjuksköterskan påverkas i sitt hälsofrämjande arbete av att arbeta på ett hälsofrämjande sjukhus.

9. Stimuleras av sjukhusets hälsofrämjande satsningar

Två underkategorier framkom tydligt vid granskning av materialet. Satsningen på ett rökfritt sjukhus uppskattas och ger positiva effekter i sjuksköterskans hälsofrämjande arbete. Sjukhusets personal ges möjlighet till personalhälsobefrämjandeåtgärder för att öka sin hälsomedvetenhet vilket troligen underlättar deras arbete med att entusiasmera patienterna. En informant berättar att hälsofrämjande arbete bedrivits länge på hennes avdelning men menar att det ger en ytterligare ”kick” att vara ett hälsofrämjande sjukhus. Svaret från en informant blir att hon inte påverkas alls.

9.1 Rökfritt sjukhus

Fem informanter anser att konceptet med det rökfria sjukhuset är det som främst är utmärkande och som de kan dra nytta av i sitt hälsofrämjande arbete.

”/.../ jo men det skall väl vara i så fall av det här att sjukhuset ställer lite krav också i hälsofrämjande riktning att som personal får man inte lov att gå ut och röka i arbetskläder.”(Ssk 6)

”/.../ det här med rökningen är ju väldigt så bra det märker man eh att man inte får röka inomhus, att man måste byta om nu, man har speciella ställen man ska gå och där man får röka och att vi nu har blivit rökombud på avdelningen/.../ att man inte får lov att röka på sin arbetstid.”(Ssk 1)

9.2 Personalhälsobefrämjande åtgärder

Informanterna hade väldigt många åsikter kring de personalhälsobefrämjande satsningarna. I grund och botten var informanterna positivt inställda till friskvårdssatsningarna men hade många förslag på förbättringar och önskemål om ytterligare aktiviteter.

” I stället för att bara sitta och dega i kafferummet kan man gå ut en promenad eller någonting.” (Ssk 4)

”/.../att man lär känna personalen på ett annat vis när vi är i små grupper i taget som går och promenerar och pratar med varandra utanför jobb...” (Ssk 6)

DISKUSSION

Metod och resultat diskuteras nedan under respektive rubrik.

Metoddiskussion

Metoddiskussionen redogör i tur och ordning för urval och etiska överväganden, datainsamling samt analys.

Urval och etiska överväganden

Författarnas intention var att informationsbrevet skulle finnas tillgängligt för alla sjuksköterskor på avdelningen. I efterhand har det framgått att dessa brev inte spreds ut bland samtliga sjuksköterskor. Det beror troligtvis på ottydlighet och dålig information från författarna till kontaktpersonen som ombesörjde distributionen av breven. Då kontaktpersonen samt den första informanten engagerade fler deltagare innebar detta som tidigare nämnts att deltagarnas identitet inte förblev anonym. Inför varje intervju uppmärksammades informanterna om problemet. Samtliga sjuksköterskor valde att medverka i studien ändå och menade att kollegorna ändå fått kännedom om deras medverkan då intervjuerna skett under arbetstid. För att undvika ovanstående problem kunde författarna personligen ha uppsökt samtliga avdelningsföreståndare, informerat om studiens syfte och överlämnat ett tiotal informationsbrev för spridning bland sjuksköterskorna. Härigenom hade säkerligen ett större antal intressenter framkommit och med största sannolikhet hade också deras anonymitet skyddats.

Författarna övervägde vid planeringsstadiet risken med att frågeställningarna skulle kunna väcka olika känslor hos deltagarna. Sjuksköterskan skulle kunna känna sig provocerad, mer stressad, osäker inför ämnet samt att hon inte uppfyllde ställda förväntningar och krav. Författarna upplevde vid några tillfällen att frågorna skapade osäkerhet hos de intervjuade. Informanterna ville vid upprepade tillfällen styra in samtalet på andra delar av sjuksköterskans roll än just den hälsofrämjande funktionen.

En förtjänst för deltagarna däremot skulle kunna vara att medvetenheten och intresset för hälsofrämjande arbete ökade och att den redan hälsofrämjande sjuksköterskan kände sig bekräftad. Det visade sig att tre av sjuksköterskorna i slutet av intervjuerna själva uttryckte att det var bra att få reflektera över sitt arbete och verkligen penetrera hur det utförs. En av de tre nämnde dessutom att hon genom att få sätta egna ord på det hon dagligen utför också fick en bekräftelse på sitt arbete.

Författarna är medvetna om att två av informanterna valt att delta i studien på grund av sitt engagemang för hälsofrämjande arbete. En av informanterna har av sin avdelningsföreståndare valts ut av samma skäl. Det är för författarna okänt huruvida resterande deltagare själva önskat att delta i studien eller om de handplockats av sina avdelningsföreståndare och i så fall av vilka skäl.

En vinkling i resultatet kan ha uppstått då åtminstone tre av deltagarna är entusiastiska inför hälsofrämjande arbete. De har åtagit sig uppdrag såsom t ex rökombud och hälsoinspiratör på sin avdelning vilket talar för ett stort intresse inom området. I kvalitativa studier är det en fördel att inkludera informanter som är kunniga och engagerade inom området.

Faktorer som informanternas utbildning och yrkesverksamma tid kan också ha inflytande på resultatet. Fyra av informanterna har avslutat sin utbildning inom de senaste fyra åren. Här kan också finnas en möjlighet att tämligen nyutbildade sjuksköterskor i sin grundutbildning fått mer hälsofrämjande utbildning än tidigare utbildade kollegor. De informanterna med längre yrkesvana har däremot mer erfarenhet vilket skulle kunna innebära att ett effektivare tillvägagångssätt i arbetet har utkristalliserats genom åren. En informant uttryckte att nya sjuksköterskor till en början har fullt upp med att finna sig till rätta i sin nya roll, att de knappt hinner ägna sig åt hälsofrämjande arbete.

Författarnas intention var från början att endast engagera allmänsjuksköterskor som inte var i chefsposition. Det visade sig emellertid att en av de intresserade sjuksköterskorna innehade en sådan befattning. Efter genomfört analysarbete konstaterade författarna att denna sjuksköterskas deltagande berikade och vidgade materialet, så att hälsofrämjande arbete gentemot medarbetarna belystes utifrån ytterligare en synvinkel.

Alla avdelningar på sjukhuset är inte representerade i materialet. Samtliga informanter representerar somatiska vårdavdelningar med olika inriktningar. En möjlighet finns att materialet sett annorlunda ut i fall avdelningar som t ex Psykiatriska avdelningen och Intensivvårdsavdelningen varit representerade.

Ovan nämnda faktorer som kan ha inverkat på resultatet ifrågasätter givetvis studiens överförbarhet. Författarna anser att materialets storlek, en spridning i urvalet avseende informanternas yrkesverksamma tid och erfarenhet, eftersträvan att under så likartade förhållande som möjligt genomföra intervjuerna samt informativa deltagare som ansträngt sig att utförligt besvara frågorna i studien är förtjänster som bör framhållas och som också kan ha motverkat eventuella bias.

Datainsamling

Kvale (1997) säger ”att genomföra pilotintervjuer före de egentliga projektintervjuerna ökar förmågan att skapa ett tryggt och stimulerande samspel”. (s 137).

Författarnas intention var att följa denna rekommendation och hade avtalat tid med en sjuksköterska ur bekantskapskretsen. Dessvärre kunde inte intervjun genomföras på grund av sjukdom. En pilotintervju hade givetvis möjliggjort ett bra tillfälle för författarna att stämma av olika detaljer i själva förfarandet i och omkring intervjun. Författarna försökte istället att grundligt gå igenom och komma överens för att försöka arbeta så identiskt som möjligt. Den första intervjun fick dock fungera som "trendsättare" då författarna märkte att vissa detaljer ändå inte diskuterats. Var i rummet teknisk utrustning skulle placeras, var informanten respektive intervjuaren skulle sitta och förfarande vid muntlig information om studien är exempel på sådana detaljer. Beträffande intervjufrågorna hade en pilotintervju troligen inte förändrat dem på något sätt. Frågorna kändes lika relevanta under intervjun som vid framtagandet av desamma.

En farhåga var att intervjuerna skulle bli för korta d v s att den avsatta tiden på 30-40 min inte skulle kunna fyllas med relevant datamaterial. Denna farhåga besannades ej och i vissa fall kände författarna att en tidsbegränsning fick göras istället.

Analys

Huvudfrågan under begreppen validitet och reliabilitet vid en kvalitativ studie är om den metod forskaren använt för att producera data återspeglar sanningen. Många forskare inom hälso- och sjukvård som valt en kvalitativ forskningsmetod utvärderar kvalitén på sina resultat genom ett tillvägagångssätt som blivit uppskisserat av Lincoln och Guba (1985). De har föreslagit att vissa kriterier används för att fastställa tillförlitligheten på kvalitativ data och därpå följande analys. Dessa kriterier behandlar bl a materialets trovärdighet, överförbarhet och bekräftar dess tillförlitlighet (Polit et al, 2001)

I innehållsanalysen beskrivs hur två kollegor ska inviteras för att skapa egna kategorilistor utifrån materialet oberoende av och utan att ha sett författarens slutliga lista. Listorna ska sedan diskuteras och nödvändiga justeringar utföras. Syftet med detta är att öka validiteten i kategoriseringsmetoden samt att undgå författarbias. Ingen möjlighet fanns att invitera några kollegor för att tillgodose den delen i analysarbetet. Däremot är det troligen en mindre risk att författarbias uppstår då två författare är involverade. Författarna gjorde i inledningsskedet separata listor som sedan jämfördes för att så långt det var möjligt försöka uppfylla denna del av analysarbetet.

Noggranna forskare vidtar åtgärder för att förbättra och utvärdera materialets trovärdighet. Det kan utföras i två steg, dels genom att utföra undersökningen på ett sådant sätt att trovärdigheten ökas samt att vidta åtgärder för att påvisa trovärdigheten. Lincoln och Guba (1985) föreslår olika tekniker för förbättring och dokumentering av trovärdigheten i materialet. Ett exempel kan vara att forskaren investerar tillräckligt med tid i datainsamlandet för att få en fördjupad förståelse för kulturer, språk eller uppfattningar i gruppen som studeras.

Det är också viktigt att bygga upp ett förtroende gentemot informanterna (Polit et al, 2001). Författarna anser sig ha lagt ner tid och engagemang i arbetet med intervjuerna och kände att ömsesidig kontakt uppnåddes med informanterna under intervjuerna.

Vid kontinuerligt iakttagande fördjupas undersökningen och forskaren fokuserar på de aspekter i en situation som är relevanta i förhållande till de fenomen som

studeras. Triangulering, en annan metod som ökar trovärdigheten, innebär att använda många referenser för att dra slutsatser om vad som utgör sanningen. Exempel på detta kan vara att intervjua flera informanter om samma ämne, att mer än en person insamlar och analyserar data, att använda mångfaldiga perspektiv för att tolka data samt att använda flera olika metoder t ex observation och intervju (Polit et al, 2001). Att vara ett författarpär möjliggör ett mångfaldigt perspektiv såväl vid insamlande av data som vid analys. Flera metoder har dock inte använts vid datainsamlingen utan materialet grundar sig helt på intervjuer.

Externa kontroller kan vara peer debriefing, ett möte med jämlika objektiva personer för att granska och upptäcka olika aspekter av undersökningen. Vid ”member-checks” får deltagare i studien ge feedback beträffande preliminärt resultat och tolkningar. Det kan utföras informellt medan datainsamlandet pågår eller mer formellt efter det att all data är insamlad och analyserad. Forskarens trovärdighet måste också beaktas. I kvalitativa studier är forskaren instrumentet för datainsamlandet och även skaparen av den analytiska processen. Därför är forskarens utbildning, kvalifikationer och erfarenhet viktiga i fastställandet av förtroende för materialet (Polit et al, 2001). En informant ombads att granska materialet efter analys genomförts vilket även ingår som ett led i innehållsanalysen. Informanten tyckte resultatet var väl överensstämmande med hennes uttalanden i intervjun och den information hon då ville förmedla. Hon ansåg också att hon kände väl igen sig i materialet och att rätt bild förmedlades i arbetet. Det faktum att studien är författarnas första kvalitativa undersökning innebär att oerfarenhet kan bidra till att trovärdigheten försvagas.

Confirmability – bekräfta tillförlitligheten – refererar till objektiviteten och neutraliteten i materialet så att två eller fler oberoende individer är samstämmiga angående materialets relevans och/eller innebörd. Författarna har låtit fyra personer med skilda erfarenheter och bakgrund granska materialet. Gruppen bestod av tre kvinnor varav en sjuksköterska, en mentalskötare och en biomedicinsk analytiker samt en manlig ingenjör. Gruppens medlemmar har inte läst allt material utan endast den färdiga studien med redan analyserat material. Författarna anser att objektivitet endast kan uppnås om allt material granskas inklusive transkriberade intervjuer. Däremot kom gruppens medlemmar fram till samma innebörd i materialet.

Resultatdiskussion

Författarnas strävan var också att jämföra om det resultat som framkom beträffande sjuksköterskors hälsofrämjandearbete var förenligt med den omvårdnadsteori som presenteras av Doris Carnevali. Här nedan redogörs för författarnas tolkning av resultatet och hur det förhåller sig till Carnevalis teori.

Kategorin ”Att vara en förebild” är förenlig med följande påstående av Doris Carnevali. Vårdpersonal möter dagligen en stor mängd patienter vilket ställer speciella krav på dem. Det faktum att varje upplevelse mellan sjuksköterskan och patienten kan ha ett positivt eller negativt inflytande på hälsorelaterat ”Dagligt Liv” medför ett stort ansvar för sjuksköterskan som utövar eller ansvarar för omvårdnaden (Carnevali, 1996).

Carnevali (1996) menar att prevention endast kan uppnås om sjuksköterskan identifierar riskfaktorer som är relaterade till ett specifikt hälsotillstånd alternativt ”Dagligt Liv” eller patientens inre och yttre resurser, för att kunna ge förebyggan-

de omvårdnad innan problem uppstår. Kategorin ”Att bedriva hälsoprevention” innefattar enligt informanterna att förebygga sjukdom, mildra sjukdom, stoppa sjukdomsförloppet samt att gynna ett hälsosammare liv. Dessa uppfattningar är förenliga med Carnevalis definition då sjuksköterskans identifiering av riskfaktorer krävs för att förhindra sjukdom men även begränsa den sjukdom som redan uppstått vilket ofta är fallet då patienten kommit till sjukhuset. Att förbättra livskvalitet och välbefinnande måste alltid vara en strävan i omvårdnadsarbetet. Beträffande hälsofrämjande arbete är det möjligen så att livskvalitet inte relateras till i första hand utan mer fysiska aspekter på hälsa såsom t ex rökning, kost och motion. Informanterna beskriver i underkategorin ”förbättrad livskvalitet” att det är viktigt att se patienten och vad hälsa innebär för henne/honom. Carnevali (1996) uttrycker att hälsa är en balans mellan krav och resurser där välbefinnandet befrämjas och individen känner tillfredsställelse med sin livskvalitet.

Informanternas svar på hur de arbetar hälsofrämjande utmynnade i tre kategorier: ”Genom att inspirera”, ”Genom att informera” och ”Genom att utnyttja befintliga resurser”. Informanterna ansåg att de arbetade hälsofrämjande bl a genom att inspirera både patienter och kollegor. För att kunna inspirera behöver sjuksköterskan såsom Carnevali uttrycker det vissa färdigheter för att utöva omvårdnad. Kunskap om inlärning och motivation är en av dessa (Carnevali, 1996). Att informera angavs som ytterligare ett sätt att arbeta hälsofrämjande på. Vid informationsöverföring är det av vikt att känna till människors olika förmåga att tillgodogöra sig informationen. Carnevali beskriver att en individs inre resurser bland annat kan bestå av sinnesförmågor vilket definieras som förmågan att tolka den information som förmedlas utifrån via sinnesorganen. Hjärnans förmåga att tolka den mottagna informationen innefattas också i detta begrepp (Carnevali, 1996). Författarna anser att patientens sinnesstämning och läggning kan vara avgörande för hur information om livsstilsförändringar tas emot och kommer till uttryck känslomässigt. Även sjuksköterskans upplevelser speglas säkerligen av hennes grundläggande inställning. I en kategori beskrivs hur sjuksköterskan tar hjälp av de befintliga resurser som finns att tillgå. Det är viktigt för patienten att få information om och tillgång till de specialister och övriga resurser som finns både på sjukhuset och ute i samhället. För att nå en balans mellan krav och resurser är det naturligtvis viktigt att bli medveten om den hjälp som finns tillgänglig. Carnevali (1996) menar att andra människor är en av de viktigaste yttre resurserna för individen/familjen. I denna grupp inkluderas också bland annat hälso- och sjukvårdspersonal.

Under kategorin ”Genom datainsamling” framkom endast att sjuksköterskan inhämtar information om patienten genom att ta del av skriftlig information om den samme. Kategorin har av den anledningen ingen underkategori. Författarna tror emellertid att datainsamling även i stor utsträckning sker genom muntlig rapportering. Detta är dock inget som har visat sig i materialet. Förhandsdata om patienter och deras situationer kan inhämtas från en mängd olika källor (Carnevali, 1996).

På frågan hur sjuksköterskan tänker och agerar rent konkret i patientmötet bildade svaren huvudkategorin ”Genomför patientsamtal” med underkategorierna ”Försöker skapa en relation”, ”Försöker möta på rätt nivå”, ”Försöker ta hänsyn till olika känslor” och ”Försöker vara tillgänglig”. Att vid patientsamtal först försöka skapa en relation har informanterna ansett vara viktigt. Att skapa en relation är svårt att beskriva men informanterna har uttryckt det som att t ex lyssna, ställa öppna frågor och inkludera anhöriga. Carnevali säger att sjuksköterskan bör göra det möj-

ligt för patienter och anhöriga att beskriva sig själv, sin situation och sina upplevelser så bekvämt och effektivt som möjligt (Carnevali, 1996). Det är enligt författarnas tolkning i enlighet med de åsikter informanterna hade om hur en relation skapas. Varje människa är unik och sjuksköterskan måste i sitt möte ha det i åtanke. Hon måste också vara medveten om de krav patienten ställs inför och vilka resurser denne har för att hantera kraven i strävan att uppnå en balans. Vikten av att möta på rätt nivå skulle kunna styrkas genom Carnevalis åsikt att individers och familjers förmåga att medverka i aktuella och framtida händelser bör övervägas, med hänsyn till kunskap, färdigheter, energi och egna och andras förväntningar (Carnevali, 1996). Individens eller gruppens sinnesstämning omfattar både det normala och det aktuella tillståndet. En del människor är mer positiva och handlingskraftiga till sin läggning, andra är mer beroende och mindre positiva (Carnevali, 1996). Författarna tror att sjuksköterskan genom denna kunskap också kan ha förståelse för och ta hänsyn till de känslor som kan uppstå i mötet med patienten. En viktig faktor att ta hänsyn till i omvårdnadsbehandling är upplevelser och dess effekter är betydelsefulla i hälsorelaterat dagligt liv. Patienter och anhöriga upplever och reagerar bland annat på sjuksköterskornas fysiska närvaro eller frånvaro, hennes känslomässiga närhet eller distans, verbalt eller icke verbalt förmedlade attityder samt hennes beteende (Carnevali, 1996). Sjuksköterskans strävan att vara tillgänglig är ett sätt att ta hänsyn till ovan nämnda faktorer som inverkar i mötet med patienten. Sjuksköterskorna är fysiskt närvarande genom att avsätta tid och försöka skapa en avslappnad stämning där hon visar sin närhet och inte har några förutfattade meningar.

Kategorin ”Reflektion” med sina underkategorier ”Löpande uppföljning av patienten” och ”Löpande uppföljning av eget arbete” står i förenlighet med följande citat av Carnevali (1996): ”Såväl inledande som löpande bedömning är viktig för patienters och anhörigas välbefinnande. Lika viktigt är det att visa uppmärksamhet och respekt i utvärderingen av behandlingseffekter. Det räcker inte bara att vilja ge god omvårdnad.” (s 229).

Undersökningens sista fråga behandlade hur sjuksköterskan påverkas i sitt hälsofrämjande arbete av att arbeta på ett hälsofrämjande sjukhus. Svaren på frågan bildade kategorin ”Stimuleras av sjukhusets hälsofrämjande satsningar”. Denna kategori kunde författarna inte koppla till Carnevalis omvårdnadsteori vilket kan bero på frågans direkta inriktning på sjuksköterskans arbete vid ett hälsofrämjande sjukhus. För övrigt anser författarna att resultatet har funnit förankring i Carnevalis omvårdnadsteori vilket har redovisats ovan. En möjlighet finns dock att författarnas förförståelse har påverkat kopplingen av resultatet till omvårdnadsteorin. Även om så är fallet anser författarna att en omvårdnadsteori kan vara ett stöd för sjuksköterskan i hennes hälsofrämjande arbete avseende planering, genomförande och utvärdering.

I bakgrunden redogörs för tidigare forskning inom området och paralleller kan dras mellan dessa resultat och resultatet som framkommit i denna studie. Sjuksköterskans roll som en förebild ansåg flertalet sjuksköterskor vara av stor vikt i studien av Reeve et al (2004). I en studie av McBride (1994) uttryckte 95,5 procent av sjuksköterskorna att de skulle vara hälsoadvokater. Samma resultat som i ovan nämnda studier framkom även i aktuell studie under kategori 1. Att vara en förebild. Korta vårdtider som ger lite tid för uppföljning var en försvårande omständighet som framkom i McBrides studie från 1994 såväl som i studien av Reeve et al (2004). Liknande uppfattningar framkom i genomförd studie då informanterna

tillfrågades om utvärdering beträffande sitt hälsofrämjande arbete. Informanternas uppfattningar återfinns under kategori 8. Genom reflektion. Betydelsen av ett rökfritt sjukhus stimulerar sjuksköterskan i hennes hälsofrämjande arbete vilket kan utläsas i underrubrik 9.1 Rökfritt sjukhus. Även i studien av McBride (1994) framkom liknande åsikter där 62,3 procent av sjuksköterskorna uttrycker att rökning borde förbjudas bland personalen medan 54,7 procent ansåg att detta även borde gälla för patienter. Ovanstående resultat ger indikationer på överrensstämmelse mellan de olika studierna, trots deras olika forskningsmetoder.

SLUTSATS

Författarnas intention var att undersöka hur sjuksköterskan arbetar hälsofrämjande på ett hälsofrämjande sjukhus samt hur detta resultat skulle kunna förankras i Carnevalis omvårdnadsteori. Ett uttömmande resultat erhöles som redovisades i nio kategorier väl speglades sjuksköterskans hälsofrämjande arbete. Tidigare forskning i ämnet belyser främst hälsofrämjande arbete i öppenvård. Trots detta kunde paralleller dras i vissa avseende. Resultatet har visat sig vara väl förankrat i i Carnevalis omvårdnadsteori. Med denna teori som bakgrund anser författarna att sjuksköterskan kan få hjälp i planering, genomförande och utvärdering av sitt hälsofrämjande arbete.

FRAMTIDA VÄRDE

Förhoppningsvis kommer studien att inspirera sjuksköterskor till att reflektera över hur de kliniskt utövar hälsofrämjande arbete. En förhoppning är också att undersökningen kan bidra till att sjuksköterskor tar hjälp av omvårdnadsteorier för att finna stöd i sitt hälsofrämjande arbete. Studien kan också väcka tankar kring sjuksköterskans roll, vilken i framtiden måste bli mer inriktad på hälsofrämjande arbete för att förebygga den ökande ohälsan i samhället.

Ett förslag på framtida forskning skulle vara en studie som jämför sjuksköterskors hälsofrämjande arbete på olika hälsofrämjande sjukhus. En jämförelse skulle kunna bidra till en ökad kunskap och medvetenhet samt till att kunna inspirera sjuksköterskor och bidra med nya idéer inom det hälsofrämjande området.

REFERENSER

Burnard, P (1991) A method of analyzing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, 11, 461-466

Carnevali, D (1996) *Handbok i omvårdnadsdiagnostik*. Falköping: Liber AB.

Dödsorsaker 2002. ><http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/05714583-0572-4EDF-9E1C-96E5DC0DA947/2721/2004425reviderad.pdf>< 2004-11-15.

Herbert, C P (1994) Clinical health promotion and family physicians: a Canadian perspective. *Patient Education and Counseling*, 25, 277-282.

HFS (2004) Hälsöfrämjande Sjukhus. ><http://natverket-hfs.se/1HFSSmer.php>< 2004-12-12.

Jahren Kristoffersen, N (1998) *Allmän omvårdnad 1*. Stockholm: Liber AB.

Kursplan för omvårdnad 6-10p, 2004. Malmö Högskola, Hälsa och Samhälle. ><http://webzone.hs.mah.se/projects/OV1012/cmt02/default.asp><2004-12-14.

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

Lincoln, Y & Guba, E (1985) *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage.

McBride, A (1994) Health promotion in hospitals: the attitudes, beliefs and practises of hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 92-100.

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

Reeve, K, Byrd, T & Quill, B (2004) Health promotion attitudes and practises of Texas nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 16(3), 125-133.

Regeringsproposition 2002/03:35.
><http://www.social.regeringen.se/content/1/c4/12/59/ce6a4da9.pdf>< 2004-09-28.

Sandelowski, M (1994) The use of quotes in qualitative research. *Research in Nursing & Health*, 17, 479-482.

SFS 1982:763 Hälsö- och sjukvårdslag.

Utbildningsplan för sjuksköterskeutbildning, 120p, 2004. Malmö Högskola, Hälsa och Samhälle. ><http://utbildning.mah.se/utb/FMPro?-db=prg.fp3&-format=utbplanut.htm&-lay=utbpl...><2004-09-28.

WHO (1986) >http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2<2004-09-27.

WHO (2004) ><http://www.euro.who.int/healthpromohosp><2004-09-28.

BILAGOR

Bilaga 1: Informationsbrev

Bilaga 2: Intervjuguide

Är du intresserad av att bli intervjuad om sjuksköterskans roll som hälsofrämjare?

Vi är två studenter som går sista året på sjuksköterskeprogrammet vid Malmö Högskola. Vi skall under hösten skriva vårt examensarbete och har valt att inrikta oss på hälsofrämjande arbete. Med hänsyn till en alltmer hälsofrämjande inriktning på sjuksköterskeutbildningen och samhällets ökade krav på hälsofrämjande fokusering inom sjukvården är vi intresserade av att ta reda på hur detta omsätts i "verkligheten".

Vår frågeställning är:

På vilket sätt arbetar kliniskt verksamma sjuksköterskor hälsofrämjande vid ett hälsofrämjande sjukhus?

Vi kommer att göra en studie som bygger på intervjuer och vi behöver därför **ER** hjälp. Vi vill komma i kontakt med sjuksköterskor för en 30-40 minuter lång intervju som kommer att äga rum på lasarettet. Vi kommer att använda bandspelare för att spela in intervjuerna. Dessa kassetband kommer att förstöras efter studien är slutförd. I slutrapporten kommer varken sjukhusets eller ditt namn att nämnas, alltså garanterar vi fullkomlig anonymitet. Deltagande i studien är frivilligt och kan avbrytas när som helst. Projektet har blivit godkänt av den lokala etikprövningskommittén vid Hälsa och Samhälle, Malmö Högskola.

Om Du är intresserad av att delta i vår studie ber vi Dig fylla i nedanstående uppgifter och skicka detta i ett **förslutet** kuvert märkt "Examensarbete" med internpost till XX, Administrativa avdelningen, senast 2004-10-29. Brevet kommer sedan att öppnas endast av oss personligen.

Med förhoppning om stort gensvar.

Vänligen Anna Cappelin och Gunilla Ekström Arildsson.

1. Namn _____
2. Avdelning _____
3. Vilket år avslutade Du din sjuksköterskeutbildning _____
4. Hur länge har du arbetat som sjuksköterska?
5. Har Du varit anställd vid lasarettet det senaste året? _____

INTERVJUGUIDE

Öppningsfrågor

Jag vill intervjua dig om sjuksköterskans hälsofrämjande roll. Vad tänker du när du hör det?

På vilket sätt arbetar du hälsofrämjande på din arbetsplats?

Följdfrågor

Hur planerar du inför mötet med patienten?

Hur gör du rent konkret i mötet med patienten?

Hur tänker du i mötet med patienten?

Hur utvärderar du mötet med patienten?

Hur påverkas du i ditt hälsofrämjande arbete av att arbeta på ett hälsofrämjande sjukhus?

Avsluta med att summera och fråga om det är något den intervjuade undrar över samt om någon fråga var oklar.