



Fammi

"Vem bryr sig?"

Distriktssköterskans förebyggande och hälsofrämjande
arbete

-

ett svårprioriterat uppdrag och en outnyttjad resurs

Malou Lindberg Med.dr, projektledare
Susan Wilhelmsson Med.dr, projektledare
December 2005

Förord

Familjemedicinska institutets (FAMMI:s) uppdrag är att skapa förutsättningar för landstingens och kommunernas primärvård att utvecklas till en väl fungerande bas i hälso- och sjukvården och att vara katalysator för förändring, innovation och utveckling inom primärvård. Verksamhetsidén är att stärka och tydliggöra svensk familjemedicin och att stärka primärvårdens identitet. Fokus ligger på den specifika yrkeskompetens som innehas av primärvårdens generalister, allmänläkaren och distriktssköterskan.

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting menar att FAMMI i sitt arbete har god potential för att utveckla det sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbetet inom primärvård. Att stärka det förebyggande och hälsofrämjande arbetet ligger i linje med FAMMI:s övergripande mål och interagerar positivt med andra insatsområden.

Projektet fokuserar på distriktssköterskans förebyggande och hälsofrämjande arbete samt inom vilka områden det finns evidens för att interventioner leder till effekter. Projektet utgör en del av de Dagmarmedel som Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting anslagit för specifika insatser avseende folkhälsoarbetet inom primärvård.

Rapporten ges ut i två former. En version som inte innefattar bilagor, denna ges ut av FAMMI (bilagorna går att rekvirera från FAMMI) och en fullständig version som publiceras av FAMMI och FoU-enheten för Närsjukvården i Östergötland gemensamt som en FoU-rapport (Rapport-FoU-urnalen 2005:3).

Stockholm december 2005

Malou Lindberg
Med.dr/FoU-handledare
FoU-enheten för Närsjukvården
i Östergötland
581 85 Linköping
e-post: malou.lindberg@lio.se

Susan Wilhelmsson
Med.dr/FoU-handledare
FoU-enheten för Närsjukvården
i Östergötland
581 85 Linköping
e-post: susan.wilhelmsson@lio.se

Sammanfattning

Distriktssköterskan har en lång tradition då det gäller att arbeta med förebyggande och hälsofrämjande insatser. Från början av 1920-talet till nutid har olika organisatoriska och strukturella förändringar samt den samhälleliga utvecklingen påverkat innehållet i arbetet. Folkhälsoproblem idag är annorlunda än de som var aktuella i början av seklet. Föreliggande studie startades på grund av att en kartläggning, genomförd av FAMMI, visade att distriktssköterskor upplevde att de inte kunde arbeta med folkhälsa i den omfattning de önskade.

Syftet med föreliggande studie var att kartlägga inom vilka områden det fanns evidens för att interventioner leder till effekter i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet inom hälso- och sjukvård, relaterat till distriktssköterskans uppdrag. Ytterligare ett syfte var att beskriva distriktssköterskans förebyggande och hälsofrämjande arbete i nutid. För att besvara det första syftet genomfördes en systematisk litteratursökning, och för att få svar på det andra syftet genomfördes dels telefonintervjuer med folkhälsoansvariga och dels personliga intervjuer med distriktssköterskor.

Erfarenheten av litteratursökningen var att denna utgjorde ett nödvändigt underlag för den fortsatta datainsamlingen. Genom litteratursökningen framkom det att få studier höll en hög vetenskaplig kvalitet och att detta i sin tur ledde till begränsad evidens för interventioners effekt. Ofta hade studierna allvarliga metodbrister och det var ovanligt att de redovisade effekter. SBU:s rapportserie och Cochranes kunskapsöversikter bedömdes ge värdefull information där vissa delar var relevanta för distriktssköterskans uppdrag.

Av intervjuerna med folkhälsoansvariga framgick det att de av regeringen uppsatta nationella folkhälsomålen fått genomslagskraft på tjänstemannanivå. Målbeskrivningar och dokumentation avseende folkhälsoarbetet fanns tillgängliga men organiseringen och ansvaret mellan olika aktörer var bristfälligt beskrivet. Studien visade också att kommunikationen och förståelsen mellan tjänstemanna- och verksamhetsnivå hade brister.

Intervjuerna med distriktssköterskorna visade att mycket förebyggande och hälsofrämjande arbete pågick i primärvård. Distriktssköterskorna själva ansåg att de var den profession som var mest lämpade för uppgiften. Resultatet visade även att det arbete som pågick ofta saknade utvärdering och dokumentation, och att detta inte heller var något som efterfrågades. Många upplevde samarbetsproblem med andra professioner inom primärvård då det gällde dessa frågor. En framgångsfaktor i arbetet som distriktssköterskorna angav var specialiseringen det vill säga att de hade ett eget ansvarsområde exempelvis i form av distriktssköterskeledda mottagningar.

Resultatet från litteratursökningen och från intervjuerna visade på stor samstämmighet. Det förebyggande och hälsofrämjande arbete som distriktssköterskorna bedrev skedde inom områden som var dokumenterat framgångsrika interventionsområden. Problemet som framkom var brister i metodval. Genom studiens resultat framgår det klart att det behövs en tydligare organisering och styrning av det förebyggande och hälsofrämjande arbetet i primärvård om målet är en god kvalitet i folkhälsoarbetet.

Innehållsförteckning

	sida
Förord	2
Sammanfattning	3
Bakgrund	6
Historik	6
<i>Förebyggande- och hälsofrämjande arbete i ett historisk- och nutidsperspektiv</i>	6
<i>Distriktssköterskerollens utveckling</i>	6
<i>Distriktssköterskans specialistutbildning</i>	7
Strukturella och organisatoriska förändringar	8
<i>Normalinstruktion</i>	8
<i>Hälso- och sjukvårdslagen</i>	9
<i>Ädelreformen</i>	9
<i>Husläkarreformen</i>	9
Hälso- och sjukvård inför 90-talet	10
<i>Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården</i>	10
<i>Politikområden</i>	10
<i>Regeringens proposition – Mål för folkhälsan</i>	10
<i>Prioriteringar</i>	12
Målnivåer för förebyggande och hälsofrämjande arbete	12
<i>Individnivå</i>	12
<i>Gruppenivå</i>	12
<i>Befolkningsnivå</i>	12
<i>Samhällsnivå</i>	12
Begrepp och definitioner	12
<i>Hälsa</i>	12
<i>Livskvalitet</i>	14
<i>Att mäta hälsa och livskvalitet</i>	14
<i>Förebyggande arbete (health prevention), hälsofrämjande arbete (health promotion) och hälsoupplýsning (health education)</i>	15
<i>Folkhälsa (public health)</i>	15
<i>Folkhälsoarbete (public health promotion)</i>	16
<i>Preventionsnivåer</i>	16
Folkhälsoproblem idag och faktorer som påverkar folkhälsan	16
<i>Folkhälsoproblem</i>	16
<i>Levnadsvanor</i>	17
Distriktssköterskan i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet	17
Folkhälsoproblem relaterat till distriktssköterskans uppdrag	17
Syfte	18
Del I	18
Del II	18

Material och metod	18
Del I	18
<i>Sökstrategi</i>	18
Resultat	20
Del I	20
Material och metod	25
Del II	25
<i>Bearbetning av data</i>	25
<i>Bortfall</i>	26
Resultat	26
Del II	26
<i>Intervju med nyckelpersoner</i>	26
<i>Intervju med distriktssköterskor – bakgrundsfaktorer</i>	28
<i>Intervju med distriktssköterskor – projektinventering</i>	29
<i>Uppfattningar gällande möjlighet och hinder vid innehållsanalysen</i>	30
Diskussion	35
Metoddiskussion	35
Resultatdiskussion	37
Referenser	41

Bakgrund

Historik

Förebyggande och hälsofrämjande arbete i ett historiskt- och nutidsperspektiv

Förebyggande och hälsofrämjande arbete ur ett medicinskt och socialt perspektiv är inte någon ny företeelse i vårt samhälle. Redan i skrifter från 1700-talet rekommenderades olika förebyggande åtgärder i syfte att förhindra sjukdom i befolkningen, även hälsofrämjande insatser beskrevs. Många läkare skrev böcker under denna tid om hur man på bästa sätt bevarar hälsan. Hälsovillkoren har förändrats över århundradena, detta gör att även det förebyggande och hälsofrämjande arbetet ändrat fokus över tid. På 1700-talets slut, efter det att stora pestepidemier hade härjat i Sverige, fokuserades arbetet på att bekämpa epidemier främst genom att isolera sjuka individer från den övriga befolkningen. Under 1800-talet gjordes stora medicinska upptäckter bland annat kan nämnas att massvaccination mot smittkoppor påbörjades. Denna tids dominerande hälsoproblem i vårt land var olika infektionssjukdomar som med tiden till stor del besegrades med hjälp av antibiotika och vaccinationer. Vid 1900-talet slut var miljö- och livsstilsrelaterade sjukdomar i fokus. [1]

Uppfattningen att samhället hade ett ansvar för och en möjlighet att påverka befolkningens hälsa fick tidigt ett fäste. I mitten av 1700-talet genomfördes reformer i syfte att befolkningens hälsa skulle förbättras. År 1834 tillsattes Sundhetsnämnder i städerna och 1874 upptogs den första nationella hälsovårdsstadgan i Sverige, genom denna fick varje stad en Hälsovårdsnämnd. Myndigheterna har således under lång tid intresserat sig för att skapa förutsättningar för befolkningen att leva ett hälsosamt liv, genom bland annat påverkan, exempelvis folkhälsopropaganda.

Under 1950-, 1960- och 1970-talen var tillväxten stor i sjukvårdssystemet, främst skedde en kraftig utbyggnad av sjukhusvården. Det förebyggande och hälsofrämjande arbetet i den öppna hälso- och sjukvården utanför sjukhusen kom i skymundan. Under 1980-talet aktualiserades det återigen då myndigheterna på nytt intresserade sig för befolkningens hälsovanor. Livsstil och hälsouppllysning blev åter centrala begrepp. År 1983 tilldelades landstingen enligt lag ett ansvar för den förebyggande verksamheten. [2]

Dessa frågor får således olika tyngd under olika tidsperioder i det svenska samhället, bland annat beroende av den ekonomiska situationen. Detta har historiskt även påverkat hur hälso- och sjukvården prioriterat förebyggande och hälsofrämjande arbete. Samtidigt är hälso- och sjukvården en del i ett välfärdsprojekt där påverkansprocesser i form av hälsouppllysning tillhör verktygen. [3]

Distriktssköterskerollens utveckling

Primärvården utvecklades ur tre olika verksamhetsgrenar, tuberkulosvården, epidemisjukvården och Mjölkdroppen. Den första utbildningen för sjuksköterskor i öppen vård statade 1910 på initiativ av Nationalföreningen mot tuberkulos för att sjuksköterskor effektivt skulle kunna bedriva dispensärvård. Under tidigt 1900-tal tillkom distriktssköterskan¹ som yrke, det var kvinnor som anställdes inom

¹ Enligt Bjälming E, Lindström U. 1989: En sjuksköterska med specialutbildning vars arbete omfattar förebyggande arbete, undersökning, vård och behandling av barn och ungdomar i olika utvecklingsstadier, vuxna och äldre inom – i de flesta fall – ett geografiskt avgränsat verksamhetsområde.

epidemisjukvården i hemmen, den nya professionens uppgift bestod till stor del av att bedriva förebyggande och hälsofrämjande arbete. Vid denna tid handlade det om att implementera kunskaper inom bakteriologi, individinriktad allmän hygien, nutrition, reglera skötseln av olika hygieniska förhållanden och att skapa en organisation för förebyggande vård. I detta arbete fick distriktssköterskan en framträdande roll, både i planering och i det praktiska arbetet. [4, 5]

Föregångaren till dagens barnavårdcentral var Mjölkdroppen. En av pionjerna kring hygien- och hälsovårdsfrågor var Nils Rosén von Rosenstein som publicerade råd kring dessa frågor på almanackor redan på 1750-talet [6]. Mjölkdroppen startade efter fransk-engelsk förebild i Stockholm 1897 och bestod av att socialt intresserade kvinnor delade ut mjölk och mjölkblandningar till behövande barnfamiljer. Denna uppgift togs efterhand över av distriktssköterskan. Redan då, liksom nu, fördes det diskussioner om fördelningen av distriktssköterskans arbetsuppgifter då det gällde rent sjukvårdsarbete och förebyggande och hälsofrämjande arbete.

Distriktssköterskans specialistutbildning

Det dåliga hälsoläget i befolkningen och en rad olika epidemier ledde fram till ett regeringsbetänkande 1916 angående den kvinnliga sjukvårdspersonalens utbildning. År 1919 togs ett riksdagsbeslut att starta utbildning för distriktssköterskor och 1920 inrättades Statens distriktssköterskeskola i Stockholm med 16 elever. Eftersom den mest omfattande arbetsuppgiften för distriktssköterskorna under 1920-talet och början av 1930-talet var sjukvård, så anpassades utbildningen till detta. För tillträde till utbildningen krävdes en godkänd sjuksköterskeutbildning. Den 10 månader långa utbildningen bestod till största delen av praktik inom sinnessjukvård, epidemi-, barn- och vanförevård². En mycket liten del av utbildningen var teoretisk innehållande bland annat dispensärvård, bostadshygien, kommunalförvaltning, huslig ekonomi och matlagning. Tillkomsten av Statens distriktssköterskeskola medförde att den svenska distriktssköterskan fick en relativt kvalificerad utbildning jämfört med sjuksköterskor som arbetade i öppen vård i andra länder. [5, 7]

Medicinalstyrelsen föreslog 1933 en förändring av distriktssköterskeutbildningens innehåll till en inriktning mot hälsovård till exempel mödra- och barnhälsovård, sexualhygien samt social- och medicinallagstiftning [7].

År 1938 övergick distriktssköterskeutbildningen till Statens institut för folkhälsa och blev därmed en statlig angelägenhet till skillnad från sjuksköterskeutbildningen som var en angelägenhet för landsting, kommuner och privata stiftelser. Det statliga inflytandet medförde att socialpolitiska mål direkt påverkade distriktssköterskeutbildningen [7].

Sjuksköterskeutbildningen har under årens lopp reformerats ett flertal gånger. Enligt 1952 års studieordning omfattade sjuksköterskeutbildning först en provtjänstgöring och därefter en två år lång allmänutbildning som följdes direkt av en

² Enligt Svensk uppslagsbok 1936 års upplaga: Omhändertagandet av de vanförda omfattar: 1. En medicinsk uppgift att häva eller i möjligaste mån minska orsakerna till funktionsrubbnig. 2. En social uppgift att vidga möjligheten för den vanförde att bli en nyttig och självförsörjande familjemedlem. Vanför enligt Bra böckers lexikon 1982 års upplaga: Gammalt ord som betecknar bestående och avsevärd nedsättning av rörelseapparatusens funktioner.

specialistutbildning. Distriktsvård, barnsjukvård och barnmorskearbete var längre än övriga specialistutbildningar och genomfördes vid särskilda lärosäten. [5, 7]

Sjuksköterskeutbildningen delades mellan grundutbildning och vidareutbildning i och med 1966 års studieordning. Grundutbildningen var fem terminer lång och vidareutbildningarna en till två terminer. Vidareutbildningen i öppen hälso- och sjukvård omfattade två terminer [8]. År 1969 upphörde Statens distriktssköterskeskola och utbildningen övergick i landstingens regi. Flera landsting startade vidareutbildning för sjuksköterskor till distriktssköterska [5, 7]. Sjuksköterskeutbildningen och dess vidareutbildningar blev högskoleutbildning 1977.

En sjuksköterskeutbildning som byggde på en tidigare genomgången gymnasieutbildning, vårdlinjen, genomfördes i 1982 års studieordning. Från senare delen av 1980-talet startade försöksutbildning med direktantagning från gymnasiet teoretiska treåriga utbildningar. Detta intagningskrav gäller fortfarande.

År 1984 fastställdes av Universitets- och Högskoleämbetet och Skolöverstyrelsen, en ny central utbildning för distriktssköterskor som omfattade 40 poäng. I utbildningsplanen finns bland annat följande innehåll:

”de studerande ska förvärva kunskaper och färdigheter för aktivt hälsoarbete, hälsoupplýsning, omvårdnads- och behandlingsarbete, ledning, planering, undervisning och samverkan samt förmåga att utvärdera det egna arbetet och att medverka i forsknings- och utvecklingsarbete” [9].

I en utredning från Utbildningsdepartementet 1993 föreslogs att landstingens vårdutbildningar skulle överföras till statligt huvudmannaskap för att höja utbildningarnas kvalitet och akademiska anknytning. Centralstyrningen upphörde därmed och enligt Högskoleförordningen skulle sjuksköterskan bland annat för att få specialistsjuksköterskeexamen som distriktssköterska ha:

”förmåga att inom specialområdet självständigt bedöma, planera och genomföra de åtgärder som behövs för att främja den fysiska, psykiska och sociala hälsan i alla åldrar och förebygga uppkomsten av sjukdom och sjukdomskomplikationer” [10, bilaga 2 sida 21].

Strukturella och organisatoriska förändringar

Distriktssköterskans arbete har historiskt sett påverkats av dels ändrade hälsopolitiska mål och dels av hur den öppna hälso- och sjukvården är organiserad [7]. Nedan redovisas de styrdokument som har haft eller har inflytande på hur distriktssköterskans arbete utformats.

Normalinstruktion

Normalinstruktionen från 1964 [11] reglerade tidigare distriktssköterskans verksamhet. Socialstyrelsen utfärdade 1995 allmänna råd om kompetenskrav för tjänstgöring som sjuksköterska och barnmorska [8] och som komplement därtill kompetensbeskrivningar, dessa ersatte Normalinstruktionen [12]. I kompetensbeskrivningarna beskrevs distriktssköterskans specialområde som distriktsvård. I och med införandet av en ny specialistsjuksköterskeexamina i

Högskoleförordningen år 2005 är dessa inte längre aktuella. Socialstyrelsen arbetar nu med en revidering av kompetensbeskrivningarna [13].

Hälso- och sjukvårdslagen

Hälso- och sjukvårdslagen är den ramlag som styr inriktningen på hälso- och sjukvården i landet. Målet är:

”en god hälsa för hela befolkningen och en vård på lika villkor för hela befolkningen” [2].

I lagen står att hälso- och sjukvården har ansvar för befolkningens hälsa och att hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa samt ge upplysning om metoder för att förebygga sjukdom och skada. Lagen fastslår att hälso- och sjukvården har en viktig roll i folkhälsoarbetet, vikten av att systematiskt integrera hälsofrämjande och förebyggande arbete betonas också. Primärvården nämns särskilt ha en viktig uppgift i folkhälsoarbetet. [2]

Ädelreformen

År 1992 infördes Ädelreformen. Syftet med reformen var att överföra det lagstadgade ansvaret för hälso- och sjukvården för äldre från landstingen till kommunerna [14]. Kommunerna ska ansvara för hälso- och sjukvård vid de särskilda boendeformerna för service och omvårdnad, vid bostäder med särskild service och vid de kommunala dagverksamheterna. Ansvaret ska vara av samma art och kvalitet som den landstinget gav tidigare med begränsningen att inte omfatta läkarinsatser.

Drygt 10 år efter reformens genomförande beslöt regeringen om en översyn. Denna hade i uppdrag att ur ett individperspektiv analysera hur vården och omsorgen, riktad mot äldre med sammansatta behov och/eller snabbt föränderliga behov av vård och omsorg, bäst kan organiseras. I uppdraget ingick även att bedöma om huvudmannaskapsgränsen var ändamålsenlig. Översynens resultat visade att ansvarsfördelningen mellan landsting och kommuner är otydlig och konstaterar revirstrider mellan huvudmännen [15]. Utredningen har varit ute på remiss och svaren håller på att sammanställas av Socialdepartementet.

Husläkarreformen

En husläkarlag infördes i Sverige 1994 [16]. Lagen innebar att varje innevånare skulle ha rätt till en egen husläkare i vars grundåtagande ingick mottagningsverksamhet, jour, hembesök, samverkan med andra service- och vårdgivare, kvalitetssäkring och rapportering om ohälsa och risker. I husläkarens uppgifter ingick även att se till att patienterna fick upplysning om metoder för att förebygga sjukdom eller skada. Samtidigt infördes fri etableringsrätt för husläkare och ersättning utgick beroende av antalet invånare som valt att ”lista sig” hos husläkaren. I tilläggsåtagandet ingick distriktssköterskeverksamhet, barnhälso- och mödrahälsovård. Det geografiska områdesansvaret som tidigare utgjort basen inom primärvården skulle bevaras för distriktssköterskorna. Lagen upphörde att gälla vid årsskiftet 1995/1996 [17]. Det är idag varje landsting som själv beslutar om vilket hälso- och sjukvårdssystem som ska gälla.

Spri genomförde en verksamhetsuppföljning i primärvården och noterade att antalet distriktssköterskor och sjuksköterskor minskat påtagligt efter både Ädelreformen och Husläkarreformens genomförande [18].

Hälso- och sjukvård inför 90-talet

Hälso- och sjukvård inför 90-talet är ett underlag för planering av den hälsopolitiska utvecklingen för 1990 och 2000-talet. För att primärvården ska kunna leva upp till honnörsbegreppen är det nödvändigt att bedriva hälsoupplýsning och annan prevention fastslår utredningen [19]. De honnörsbegrepp som formulerades var följande; helhetssyn, primärt ansvar, närhet/tillgänglighet, kontinuitet, kvalitet, säkerhet och samverkan. Ett förslag lämnades på olika personalkategoriernas ansvars- och arbetsfördelning inom primärvården. För distriktssköterskan angavs följande:

”distriktssköterskan får även i framtiden en central roll i primärvårdens utbildnings- och hälsoupplýsningsverksamhet. Genom att vårdlag och andra samverkansformer introduceras, kommer distriktssköterskan i större utsträckning att bedriva sitt arbete tillsammans med andra. Hon blir också arbetsledare för undersköterskor, vårdbiträden och hemsamariter. För många distriktssköterskor kan därför arbetssituationen förändras radikalt. Dessutom har distriktssköterskan till uppgift att arbeta med mer samhällsmedicinska och miljörelaterade problem” [19, sida 75].

Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården

I den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården [20] anges att hälso- och sjukvården har en viktig uppgift i folkhälsoarbetet men att den inte ensam ska svara för alla åtgärder. Primärvården har en central roll att i patient- och anhörigmötet integrera förebyggande och hälsofrämjande aspekter. I slutrapporten från Socialstyrelsen som utkom 2005, framkom det att den nationella handlingsplanen inte fått det genomslag som förväntats [21].

Politikområden

Om vi koncentrerar oss på nutid så är den statliga verksamheten i Sverige numera indelad i politikområden för att skapa förutsättningar för en koppling mellan mål, kostnader och resultat. År 2001 startade politikområdet Folkhälsa som arbetar med insatser för att främja hälsa och förebygga sjukdom. Detta politikområde är ett av flera som är viktiga om det övergripande nationella folkhälsomålet ska nås, se under nedanstående rubrik Regeringens proposition 2002/03:35, ett annat är politikområde Hälso- och sjukvårdspolitik. [22]

Regeringens proposition - Mål för folkhälsan

Den Nationella folkhälsokommitténs slutbetänkande ”Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan” utkom år 2000 [22], i regeringens proposition behandlas folkhälsokommitténs förslag. Regeringen lämnade följande förslag till övergripande nationellt folkhälsomål:

”Att skapa samhällliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Det är särskilt angeläget att folkhälsan förbättras för de grupper i befolkningen som är mest utsatta för ohälsa” [23, sida 1].

Vikten av att motverka ojämlikheter i hälsa mellan olika grupper betonades. Grupper som propositionen särskilt lyfte fram är barn, ungdomar, äldre och invandrare.

Ansvar för folkhälsan delas av flera samhällsaktörer och inom olika politikområden. I propositionen preciserade regeringen elva målområden för att förbättra folkhälsan;

- Delaktighet och inflytande i samhället.
- Ekonomisk och social trygghet.
- Trygga och goda uppväxtvillkor.
- Ökad hälsa i arbetslivet.
- Sunda och säkra miljöer och produkter.
- En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård.
- Gott skydd mot smittspridning.
- Trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa.
- Ökad fysisk aktivitet.
- Goda matvanor och säkra livsmedel.
- Minskat bruk av tobak och alkohol, ett samhälle fritt från narkotika och doping samt minskade skadeverkningar av överdrivet spelande. [23]

Målområde sex rör sjukvården, En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Inom detta område konstaterades att:

”Ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektiv ska genomsyra hela hälso- och sjukvården och vara en självklar del i all vård och behandling. I det hälsofrämjande arbetet har primärvården en viktig roll”
[23, sida 67].

I propositionen läggs detta ansvar för såväl individ-, grupp- och befolkningsnivå, som för primär-, sekundär- och tertiärpreventionsnivå, på hälso- och sjukvården. Samtidigt betonades folkhälsopotentialen i det vardagliga mötet med patienten. Även ansvar för utarbetning av förebyggande och hälsofrämjande strategier, som i sin tur väntas leda till en mer effektiv hälso- och sjukvård, läggs på hälso- och sjukvårdens ansvarsområde. Som ett skäl till detta anges en allt mer åldrande befolkning. I en välfärdsstat är människors hälsa en av de viktigaste frågorna och folkhälsan bör prioriteras inom de flesta politikområdena och vid utformning av förslag ska konsekvenserna avseende folkhälsan beaktas. För att bland annat primärvården ska kunna arbeta förebyggande och hälsofrämjande krävs förändrat fokus i hälso- och sjukvårdspersonalens grund- och vidareutbildningar. Primärvårdens roll i folkhälsoarbetet ska även stödjas av FAMMI vars roll är nationell.

I propositionen fastslogs att det nationella folkhälsomålet skulle följas upp, analyseras och utvärderas varje mandatperiod genom Statens Folkhälsoinstitut i en sektorsövergripande folkhälsopolitisk rapport. Institutet ska även samordna och stödja det sektorsövergripande folkhälsoarbetet och vara ett kunskapscentrum i frågor rörande folkhälsoarbete. Det betonas att ett samarbete krävs mellan nationell, regional och lokal nivå av olika aktörer, samt att för att nå ett effektivt folkhälsoarbete bör det ingå såväl sjukdomsförebyggande som hälsofrämjande åtgärder. [23]

Prioriteringar

Villkoret för att prioriteringar i vården ska aktualiseras är att det råder brist av något slag. Det förhållande som råder i vården måste även det förebyggande och hälsofrämjande arbetet i hälso- och sjukvården sättas in i och påverkas av.

År 1995 kom slutbetänkandet från prioriteringsutredningen ”Vårdens svåra val” [24] och 1996 regeringens proposition ”Prioriteringar inom hälso- och sjukvården” [25]. Riksdagen ställde sig bakom de riktlinjer avseende prioriteringar som föreslogs i propositionen, och vars utgångspunkter kom från slutbetänkandet från prioriteringsutredningen, i april 1997. Prioriteringar kan därmed sägas vila på en etisk plattform som utgörs av; människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Den första principen är överordnad de övriga två, den andra överordnad den tredje [26]. Därefter har man fastslagit en prioriteringsgruppering i fyra nivåer som är de etiska principerna omsatta på sjukdomstillstånd och patientgrupper. Här återfinns bland annat livshotande akuta sjukdomar, vård av svåra kroniska sjukdomar och palliativ vård i prioriteringsgrupp I. I prioriteringsgrupp II prevention och habilitering/rehabilitering, i grupp III vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar, och i grupp IV vård av andra skäl än sjukdom eller skada. Behoven ska enligt Sverige riksdag fyllas i fallande ordning. [27]

Enligt riksdagsbeslutet avser prevention breda förebyggande program riktade till befolkningsgrupper eller riskgrupper och att åtgärderna ska göra nytta och utvärderas.

Målnivåer för förebyggande och hälsofrämjande arbete

Individnivå

Individuell rådgivning och stödjande åtgärder, kan ges generellt eller ges till individer som bedöms ha en specifik risk [28]. Distriktssköterska som arbetar med rökavvänjning eller astmapatienter är exempel på detta.

Gruppenivå

Information eller stöd till olika grupper, riskgrupper eller åldersgrupper [28]. Distriktssköterska som arbetar med föräldrautbildning, diabetiker eller äldre är exempel på detta.

Befolkningsnivå

Arbetet bedrivs i ett geografiskt område för att aktivera grupper eller organisationer med stöd av kännedom om befolkningens hälsa eller ohälsa och förutsättningar [28]. Exempelvis en distriktssköterska som arbetar som hälsoplanerare med skadeförebyggande program regionalt eller lokalt.

Samhällsnivå

Arbetet sker samhällsinriktat genom lagstiftning eller i avtal mellan företag och organisationer på nationell eller regional nivå [28]. Exempelvis lagstiftning om åldersgräns för att få inhandla tobak och alkohol.

Begrepp och definitioner

Hälsa

Haglund och Svanström [28] konstaterar att det inte finns någon entydig, av alla godkänd definition av begreppet hälsa, och att definitionen som använts i ett sammanhang inte kan användas i ett annat. De menar att det på grund av detta är

nödvändigt med flera definitioner som utvecklas med tiden och beroende av kultur. Utgångspunkt och synsätt av hälsobegreppet är beroende på vetenskaplig tradition exempelvis medicinsk, psykologisk, pedagogisk eller filosofisk [29]. Den mest internationellt spridda definitionen av begreppet hälsa måste anses vara Världshälsoorganisationens (WHO:s) från 1947:

”Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte bara frånvaro av sjukdom eller svaghet”.

WHO:s hälsodefinition skiljer således på medicinskt definierad sjukdom och individens egen uppfattning om sin hälsa. [28]

Hälsobegreppet kan ges innebörd dels utifrån ett lekmanperspektiv och dels utifrån ett professionellt perspektiv. Tegern [30] har undersökt människors vardagliga föreställningar om hälsa och funnit att synen på hälsa kan indelas i fem kategorier; som frånvaro av sjukdom, som välbefinnande, som jämvikt (att vara i form), som styrka och som god hälsa som ideal. Tegerns informanter såg på hälsa och sjukdom som motsatser, hälsa som något gott och sjukdom som något ont [30]. Enligt Medin och Alexandersson [29] har det däremot varit svårt att finna studier som beskriver hälso- och sjukvårdsprofessionernas uppfattning av begreppet hälsa.

I hälsoteoretisk litteratur kan två inriktningar identifieras, den biomedicinska och den humanistiska. Den biomedicinska inriktningen har traditionellt fokuserat på sjukdomsdelen, det så kallade biostatiska synsättet, vilket innebär att hälsa är frånvaro av sjukdom. Men det finns även en humanistisk inriktning, där hälsa är primärt och sjukdom ses som processer som minskar hälsan. [29]

Det biostatiska synsättet företräds främst av Boorse [29, 31] som under 1970-talet utvecklade den biostatiska teorin om hälsa. Hälsa är enligt Boorse en normal funktionell förmåga och sjukdom ett inre tillstånd som reducerar förmågan under det arttypiska. Den normala funktionsförmågan är statistiskt beräknad med hänsyn till ålder och kön. Somatisk hälsa är individens överlevnad och reproduktion. En frisk person är den vars funktioner är inom det för människan statistiskt normala. [29, 31]

I den humanistiska inriktningen definieras hälsa som något mer än frånvaro av sjukdom. Whitbeck, Pörn och Nordenfelt företräder ekvilibriumsteorin som är en holistisk hälsoteoribildning. Hälsa består, helt eller delvis, av att en person har förmåga att eller potential för att utföra vissa handlingar eller förverkliga vissa mål. Om personen kan utföra alla handlingar och förverkliga alla mål är hon fullständigt frisk. Finns det däremot relevanta mål eller handlingar som personen inte kan utföra har hon någon grad av ohälsa. [32] En annan känd humanistisk teoretiker är Antonovsky som representerar ett salutogent perspektiv. Salutogenes innebär faktorer som leder till hälsa i motsats till patogenes som betyder faktorer som leder till sjukdom. Enligt Antonovsky uppstår hälsa när individen har en känsla av sammanhang (KASAM). Tre komponenter är betydelsefulla i KASAM; begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Det är sambandet mellan och styrkan i dessa komponenter som har betydelse för hur individen klarar av stressfulla situationer som inträffar i varje människas liv. En stark KASAM är något som bidrar till att upprätthålla hälsa men är inte det enda som påverkar hälsa [33].

Den teleologiska ansatsen beskrivs av Eriksson [34]. I denna ansats utökas hälsobegreppet med hälsans betydelse för individen. Det är hälsans eller sjukdomens mening som står i fokus och här innefattas biologiska-, psykologiska- och sociala aspekter men även en existentiell aspekt. Eriksson har även utvecklat det så kallade "hälsokorset". På den vertikala axeln i modellen återfinns motpolerna "känsla av välbefinnande" och "känsla av illabefinnande" och på den horisontella axeln "förekomst av objektiva dysfunktionella yttringar" och "frånvaro av objektiva dysfunktionella yttringar". Individen kan inta olika positioner i hälsokorset där Eriksson skiljer mellan "verklig" och "upplevd" hälsa. [34]

För att folkhälsoarbetet ska få en meningsfull inriktning är det viktigt att finna en hälsodefinition [35].

Livskvalitet

Livskvalitet är ett multidimensionellt begrepp vilket introducerades i medicinska sammanhang under 1980-talets senare hälft. Begreppet har definierats av flera filosofer och forskare utifrån lycka, välbefinnande och tillfredsställelse.

Livskvalitetsbegreppet kan ha både en allmän innebörd och en hälsorelaterad. [36]

WHO definierar livskvalitet, utifrån den allmänna innebörden, som:

"individual's perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns" [37, sida 1405].

Hälsorelaterad livskvalitet fokuserar på sjukdom och behandling. Det innebär en bedömning av vilken inverkan sjukdom och behandling har på individens fysiska, psykiska och sociala funktion [36].

Bevarad eller ökad livskvalitet är ett centralt mål inom hälso- och sjukvården [32]. Om livskvalitet ges en sådan betydelse är det nödvändigt att kunna bestämma och mäta livskvalitet.

Att mäta hälsa och livskvalitet

Ingen av de ovan beskrivna hälsoteorierna ger förslag på hur en individs hälsotillstånd ska kunna göras mätbart. Det finns en rad olika instrument som mäter hälsa men det är inte alltid klart om de verkligen mäter hälsa eller om de mäter hälsorelaterad livskvalitet [38]. The Nottingham Health Profile (NPH) utvecklades i England under senare delen av 1970-talet och är ett instrument som är mycket använt och översatt till flera språk. Enligt Nordenfelt mäter NPH både subjektiv hälsa och livskvalitet [32]. Ytterligare ett mycket använt instrument är The Sickness Impact Profile (SIP), utvecklat i USA i början av 1970-talet, även det översatt till flera språk. Instrumentet avser att mäta upplevd ohälsa och effekter på det dagliga livet [32, 38]. I båda dessa instrument ingår faktorer som inte direkt hör till en persons livskvalitet och någon genomtänkt definition av begreppen har inte varit vägledande vid konstruktionen [38]. Andra väletablerade livskvalitetsinstrument som används inom hälso- och sjukvården är EuroQol [39] och SF-36 [40]. Ur EuroQol har en kortversion utvecklats, EQ-5D, som omfattar 5 frågor och en skala där individen får skatta sin egen hälsa. SF-36 omfattar 36 frågor i 8 dimensioner och här skattar individen sin hälsa och funktionsförmåga.

Förebyggande arbete (health prevention), hälsofrämjande arbete (health promotion) och hälsoupplýsning (health education)

Det förebyggande arbetet bygger på kunskaper om de processer som orsakar sjukdom och där avsikten är att förhindra att en specifik sjukdom bryter ut. Till skillnad från hälsofrämjande arbete som handlar om kunskap om processer som leder till hälsa [41]. Detta är två dimensioner av samma helhet, dessutom är hälsofrämjande arbete och hälsoupplýsning två begrepp som samexisterar. Hälsoupplýsning kan sägas vara en del av det hälsofrämjande arbetet, som i sin tur är en term för olika åtgärder som främjar hälsosamma handlingar och levnadsvillkor [3]. Människors möjlighet att ha kontroll över sin hälsa och att kunna förbättra den är viktiga faktorer i det hälsofrämjande arbetet, att utgå från individen och den egna delaktigheten. Detta synsätt speglar ett positivt hälsobegrepp [42].

Medin och Alexandersson [29] har vid litteratursökning funnit att begreppet hälsofrämjande arbete ofta används utan begreppsförklaring. WHO:s definition från 1986 är den de flesta relaterar till:

”Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. To reach a state of complete physical, mental and social well-being, an individual or group must be able to identify and to realise aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment” [43].

Nordenfelt [31] som företräder en holistisk syn på hälsa och definierar hälsofrämjande som åtgärder en individ utför i avsikt att bevara eller förbättra hälsan. Han skiljer också på indirekt och direkt hälsofrämjande åtgärder. Indirekt hälsofrämjande är de lagar och förordningar som underlättar för individen att leva på ett sådant sätt som främjar hälsan medan direkt hälsofrämjande arbete är det som hälso- och sjukvården gör genom att påverka människans kropp eller psyke [44].

Hälsoupplýsning har traditionellt omfattat attityd- och beteendeförändringsinsatser som varit individriktade. Hälsofrämjande arbete innefattar insatser i samhället som har som mål att förbättra folkhälsan. Hälsoupplýsning är således en viktig del, av flera, i det hälsofrämjande arbetet [45]. I ett globalt perspektiv finns det olika sätt att se på vilken nivå det hälsofrämjande arbetet kan ske på. Ur ett skandinaviskt perspektiv menar man att hälsofrämjande arbete kan ske på både individ-, grupp- och samhällsnivå [29].

Folkhälsa (public health)

Med begreppet folkhälsa avses hälsotillståndet i ett samhälle eller i olika grupper i befolkningen. Begreppet har analyserats av olika forskare och samhällsdebattörer under de senaste årtiondena [3]. Enligt Nationella folkhälsokommittén omfattar begreppet inte bara summan av alla människors hälsa utan också mönstret av olikheter i hälsa mellan olika grupper i befolkningen, där samhället har ett ansvar för folkhälsan [42]. Åsikterna om vem som har huvudansvaret för folkhälsan går isär, dels finns uppfattningen att detta ansvar ligger på samhället, dels finns uppfattningen att ansvaret ligger på individen och att samhällets ansvar bör minskas [28].

Folkhälsoarbete (public health promotion)

Enligt Bing är folkhälsoarbetet allt det planerade förebyggande och hälsofrämjande arbete som bedrivs inom ett samhälle, där målet är att bibehålla, bevara, förbättra och främja folkhälsan genom att befolkningen erhåller en jämlik hälsa. Folkhälsoarbete ska således gagna många. [41]

I folkhälsoarbetet idag ingår både prevention och hälsofrämjande verksamhet [29] där prevention utgår från en biomedicinsk definition och hälsofrämjande från en humanistisk. Om hälso- och sjukvården skulle använda en humanistisk definition kunde folkhälsoarbetet inkludera ”health education”, genom att uppmuntra människor att ta ansvar för sin hälsa och att göra det utifrån en tvåvägskommunikation [29].

Preventionsnivåer

Primär-, sekundär-, och tertiärprevention är begrepp som används inom förebyggande och hälsofrämjande arbete. Betydelsen av begreppen är beroende av om de utgår från ett folkhälsovetenskapligt eller medicinskt perspektiv. Primärprevention är åtgärder som sätts in innan sjukdom i syfte att förhindra uppkomst av sjukdom.

Sekundärprevention är åtgärder som har som mål att tidigt diagnostisera sjukdom i syfte att bota eller att bromsa sjukdomsförloppet. Tertiär prevention är åtgärder som har som syfte att åstadkomma en begränsning av handikapp, även rehabiliteringsåtgärder kommer in här. [28, 46] Detta kan sägas vara ett folkhälsovetenskapligt perspektiv, se illustration i figur 1. Under senare år har utvecklingen i Sverige gått mot att de hälsofrämjande åtgärderna även sträcker sig över hela sjukdomsförloppet [42].

Sjukdomens naturliga förlopp				
Före sjukdom		Under sjukdom		
Allmänna hälsofrämjande åtg.	Speciella hälsofrämjande åtg.	Tidig diagnostik	Begränsning av handikapp	Rehabilitering
Primärprevention		Sekundärprevention	Tertiärprevention	

Figur 1. Förebyggande och hälsofrämjande arbete, illustrerar begreppen primär-, sekundär-, tertiärprevention [28, sida 25].

I ett medicinskt perspektiv innebär primärprevention även behandling av riskfaktorer och i sekundärprevention innefattas åtgärder i syfte att minska risken för försämring av sjukdomstillståndet [46]. I primärvårdens arbetsområde ingår alla preventionsnivåer, där balansen mellan dem är viktig [47].

Folkhälsoproblem idag och faktorer som påverkar folkhälsan

Folkhälsoproblem

År 1987 utgavs den första Folkhälsorapporten av Socialstyrelsen, sedan dess har ytterligare fyra rapporter utkommit. Den senaste publicerades 2005 [48]. I dessa har följande folkhälsoproblem beskrivits; diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar, psykisk ohälsa, tumörsjukdomar, rörelseorganens sjukdomar, allergisjukdomar, skador, infektionssjukdomar och tandhälsa.

Rapporten från 2005 visar att befolkningen i Sverige blir friskare och lever längre. Särskild positiv utveckling ses bland pensionärer, som lever längre, men fler drabbas av långvariga sjukdomar. Psykisk ohälsa är vanligare i yngre åldrar, särskilt bland

kvinnor. Individens socioekonomiska situation ger stora skillnader i hälsa. Barn och ungdomar har relativt sett en god hälsa, dock har psykosomatiska symtom ökat fortlöpande. Övervikt ökar i alla åldrar, främst bland yngre vuxna [48].

Levnadsvanor

Av 2005 års folkhälsoberättelse framgår att folkhälsan påverkas av vilka levnadsvanor som befolkningen har, det vill säga livsstilsrelaterade vanor. Drygt hälften av kvinnorna och 42 procent av männen har hälsosamma levnadsvanor. Det är vanligare att arbetare, lågutbildade och ekonomiskt utsatta personer har ohälsosamma levnadsvanor. I Sverige har alkoholvanorna förändrats radikalt under 1900-talet. Alkoholkonsumtionen har ökat med 29 procent under perioden 1996-2003. Rökning har minskat i befolkningen, men däremot ökar andelen snusare. Narkotika provas av ungdomar i högre utsträckning idag jämfört med tidigare. Bland vuxna ses ökad fysisk aktivitet, inaktiviteten har ökat bland barn och ungdomar. [48]

Distriktssköterskan i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet

Hälso- och sjukvården anses ha stor betydelse för hur folkhälsan utvecklas i Sverige genom att professionerna inom sjukvården besitter en stor kunskap och är en auktoritet i samhället. I och med att medicinska behandlingsframsteg har gjorts har hälso- och sjukvården kunnat bedriva en framgångsrik sekundär- och tertiär prevention. Det framgår inte av Folkhälsoberättelsen huruvida hälso- och sjukvården lyckats i det primärpreventiva arbetet. [48]

Redan på 1980-talet beskrevs distriktssköterskan ha stora möjligheter att arbeta primärpreventivt [19]. Allmänläkare och distriktssköterskor är av tradition primärvårdens hälsoarbetare. Deras utbildning skiljer sig åt, dels ifråga om kunskapssyn och dels den vetenskapsteoretiska grunden. Inom läkarutbildningen utgörs 85 procent av innehållet av biomedicinska kunskaper till skillnad från sjuksköterskornas 25 procent. I sjuksköterskornas utbildning ligger tonvikten på beteendevetenskap, 55 procent, jämfört med läkarutbildningens drygt tio procent [49]. De båda professionerna har således olika vetenskapligt synsätt på hälsa och sjukdom. Omvårdnadsprofessionen fokuserar på relationer och nätverk och sjukdom i ett livssammanhang, medan fokus hos den medicinska professionen är sjukdom/organ och behandling [50].

Målgrupper för distriktssköterskans förebyggande och hälsofrämjande arbete var enligt kompetensbeskrivningen; barn, ungdomar, vuxna och äldre, både på individ- och gruppnivå. I arbetet ingick att identifiera hälsorisker, bedöma nödvändiga insatser, ge information, råd och undervisning. Insatserna skulle inriktas mot fysisk, psykisk och social hälsa. Distriktssköterskan skulle samarbeta och samverka med andra organisationer i samhället, ägna sig åt folkhälsoarbete och forsknings- och utvecklingsarbete. Arbetet skulle präglas av ett omvårdnadsansvar och utgå från vetenskap och beprövad erfarenhet samt ett etiskt förhållningssätt. [11]

Folkhälsoproblem relaterat till distriktssköterskans uppdrag

Sett i ett internationellt perspektiv publicerade WHO:s regionkontor i Europa 1993 riktlinjer för hur Europas länder skulle stärka sjuksköterskors och barnmorskors arbete med hälsovård. Där betonades vikten av att utbilda sjuksköterskor som är generalister. Dessa sjuksköterskor skulle inte ställas i motsatsförhållande till, eller ges företräde

framför specialistsjuksköterskan, utan var menat som att framhålla behovet av en sjuksköterska som kunde verka i primärvård. [51]

År 1981 skrev Vårdfacket en kommentar till att distriktssköterskor i Västerbotten ansåg att de i framtiden hoppades på satsningar i det förebyggande arbete. I denna framhölls att distriktssköterskan hade både hälsovårdande och sjukvårdande uppgifter samt att de hade mycket att lära ut till andra personalkategorier om sättet att arbeta inom primärvård [52]. En studie publicerad av Spri 1987 visade att distriktssköterskorna ansåg att den viktigaste arbetsuppgiften i en utbyggd primärvård var förebyggande arbete och hälsovård [53]. Landstingsförbundet utgav 1989 en skrift som handlade om hur distriktssköterskor, administratörer och läkare såg på distriktssköterskas arbete och möjligheter. I denna skrift framkom att distriktssköterskorna ville ägna mera tid åt i första hand förebyggande arbete [54]. I en nyligen genomförd studie på uppdrag av FAMMI uppgav distriktssköterskorna att de även idag anser sig ha för lite tid för folkhälsoarbete [55]. Enligt en marknadsundersökning, som genomförts på initiativ av Landstingsförbundet, har allmänheten stort förtroende för hälso- och sjukvården. Förtroendet är störst för distriktssköterskor, 56 procent av de tillfrågade personerna svarade att de hade mycket eller ganska stort förtroende för distriktssköterskorna [56].

Med stöd av ovanstående litteraturgenomgång kommer föreliggande projekt att fokusera på distriktssköterskans arbete med primär-, sekundär- och tertiärprevention på individ-, grupp- och befolkningsnivå. Interventionerna ska vara riktade till barn, ungdomar, vuxna eller äldre i syfte att förändra levnadsvanor, förebygga skador och förebygga och lindra konsekvensen av kronisk sjukdom. Målet är att besvara; Hur arbetar distriktssköterskan förebyggande och hälsofrämjande? Hur bör hon/han arbeta? Vilka är möjligheterna och hindren? Hur blir arbetet framgångsrikt?

Syfte

Del I

Genom en systematisk litteraturgenomgång kartlägga inom vilka områden det finns evidens för att interventioner leder till effekter i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet inom hälso- och sjukvård, relaterat till distriktssköterskans uppdrag.

Del II

Syftet är att beskriva distriktssköterskans förebyggande och hälsofrämjande arbete i nutid.

Material och metod

Del I

För att besvara det första syfte genomfördes en systematisk litteratursökning genom denna erhöles en kunskapssammanställning.

Sökstrategi

Litteratursökningen skedde i följande databaser; CINAHL, Cochrane Library, Karolinska Institutets bibliotekskatalog, Medline Ovid, PubMed, PsycINFO, Social Sciences Citation Index (SSCI) och SweMed. Inklusionskriterierna var följande; ursprung i västvärlden, relevant för distriktssköterskans uppdrag och svensk

population, omfatta en eller flera interventioner och redovisa en eller flera effekter. Sökning efter rapporter skedde på följande webb platser; SBU, Socialstyrelsen och Statens Folkhälsoinstitut. Sökningarna begränsades till tidsperioden 1993-01-01 – 2003-11-28, i de internationella databaserna begränsades sökningarna till engelskspråkig litteratur. Sökorden som användes redovisas i tabell 1. I Karolinska Institutets bibliotekskatalog och i SweMed användes även textordet distriktsköterska som sökterm.

Litteratursökningen startade med en testsökning med hjälp av en erfaren bibliotekarie vid Hälsouniversitetets bibliotek i Linköping. Vid sökningen fördes protokoll över vilka kombinationer och i vilka databaser de olika kombinationerna hade använts. För att katalogisera de identifierade arbetena användes referenshanteringssystemet EndNote 7.0.

Tabell 1. Redovisar sökord och kombinationer som användes vid litteratursökningen.

Steg	Olika kombinationer		
1 ↓	Prevention ↔OR↔	Promotion ↔OR↔	Education
AND	Söktes som textord	Söktes som textord	Söktes som textord
2 ↑↓	Public health	Public health	Public health
AND	Söktes som ämnesord	Söktes som ämnesord	Söktes som ämnesord
3 ↑↓	Primary health care	Primary health care	Primary health care
AND	Söktes som ämnesord	Söktes som ämnesord	Söktes som ämnesord
4 ↑	Nurses	Nurses	Nurses
	Söktes som ämnesord	Söktes som ämnesord	Söktes som ämnesord

De arbeten som identifierades bedömdes i första hand genom arbetets titel, därefter lästes dessa arbetens abstrakt av båda författarna oberoende av varandra och de som efter detta bedömdes som relevanta, enligt inklusionskriterierna, beställdes i sin helhet. Samtliga kunskapsöversikter lästes och bedömdes av båda författarna genom att ett kvalitetsprotokoll användes [57]. Originalartiklarna lästes även dessa av båda författarna i sin helhet och bedömdes återigen enligt ovanstående inklusionskriterier.

Därefter skedde en kvalitetsbedömning med hjälp av ett kvalitetsprotokoll av de originalartiklar som båda författarna ansåg uppfylla kriterierna [58]. Vid detta tillfälle åsattes studierna ett bevisvärde enligt nedan, med stöd av SBU:s tidigare använda kriterier [59, 60]:

- **Hög** = Tillräcklig stor studie, lämplig studietyp, väl genomförd och analyserad. Inga avgörande metodbrister. Kan vara en stor randomiserad kontrollerad studie (RCT) när det gäller utvärdering av intervention. Ska redovisa effektmått. Uppfyller till stor del på förhand uppställda kvalitetskriterier.
- **Medel** = Randomiserade studier med avgörande brister i randomisering, blindning, uppföljning av bortfall eller liknande. ”Små” randomiserade studier med adekvat design. Vägjorda observationsstudier eller fall- kontrollstudier. Uppfyller delvis på förhand uppställda kvalitetskriterier.
- **Låg** = Randomiserade studier, observationsstudier eller fall- kontrollstudier med stora brister. Kan inte ligga som enda grund för slutsatser, t.ex. studier med selekterade kontroller (retrospektiv jämförelse mellan patientgrupper som fått respektive inte fått intervention), stort bortfall eller andra osäkerheter. Uppfyller dåligt på förhand uppställda kriterier.

Även kvalitetsbedömningen genomfördes av båda författarna oberoende av varandra, därefter skedde en diskussion i syfte att nå samständighet.

De svenska rapporternas relevans bedömdes i första hand genom arbetenas titel, därefter lästes, i de fall det fanns, arbetenas sammanfattningar och de som efter detta bedömdes som relevanta beställdes i sin helhet. I det fall det inte fanns sammanfattningar beställdes hela rapporten direkt. Rapporterna lästes av någon av de två författarna och en bedömning skedde om de skulle inkluderas.

Resultat

Del I

Följande resultat gav den tidigare redovisade sökstrategin. Totalt erhöles 393 ”träffar”. Efter det att hänsyn tagits till dubletter och relevans enligt titel återstod 61 arbeten. Av dessa var 40 originalartiklar, 16 kunskapsöversikter och 5 rapporter, se tabell 2.

Tabell 2. Redovisar resultat från sökningarna i respektive databas.

Databas	Antal träffar	Dublett i PubMed	Kvar att bedöma	Relevant enl. titel	Relevant enl. abstrakt
CINAHL	17	4	13	9	3
Cochrane Library	42	0	42	25	16
Karolinska Institutets bibliotekskatalog	2	0	2	0	-
Medline	98	98	0	-	-
PubMed	211	-	211	110	32
PsycINFO	1	0	1	1	1
SSCI	13	1	12	8	4
SweMed	9	0	9	9	5
Summa	393	103	290	162	61

Efter genomläsning av de 40 originalartiklarna exkluderades 25, dessa redovisas i tabell 3 (bilaga 1). De 15 artiklar som inkluderades, tabell 4 (bilaga 2), kvalitetsbedömdes enligt formulär som publicerats av Statens Folkhälsoinstitut [58]. Av artiklarna bedömdes 10 besitta låg kvalitet, 4 medelkvalitet och 1 hög kvalitet. De 5 artiklar som besatt medel respektive hög kvalitet behandlade följande ämnesområden och preventionsnivåer:

- Alkoholrådgivning, 1 styck, primärprevention
- Diabetes, 1 styck, sekundärprevention
- Kardiovaskulär sjukdom, 3 stycken, sekundärprevention

Hög kvalitet bedömdes artikeln angående alkoholrådgivning besitta. Författarna visade att evidens förelåg för att screening och en kort rådgivning som riktades till

högriskkonsumenter och som gavs av sjuksköterskor eller läkare i primärvård sänkte alkoholkonsumtionen [61].

Resultatet från artiklarna som hade medelhög kvalitet var följande; Kinmonth et al. visar att gruppundervisning, i huvudsak ledd av sjuksköterskor, till nyligen diagnostiserade diabetiker, förbättrar kommunikationen med läkaren, och patienterna var i högre grad nöjda med behandlingen och upplever högre välbefinnandet än vid traditionell vård [62].

Murchie et al. visar att både medicinska faktorer och livsstilsfaktorer förbättrades för patienter med hjärtkärlsjukdom om de besöker sjuksköterskeledda mottagningar. Den totala mortaliteten och insjuknande frekvensen sjönk [63].

Moher et al. undersökte tre olika strategier att följa upp patienter med hjärtkärlsjukdom. Deras resultat visar att patientregister och att patienten kallas till återbesök ökar sannolikheten att planerade återbesök blir av. De drar slutsatsen att återbesök hos sjuksköterskor verkar vara mer effektivt jämfört med återbesök hos allmänläkare [64].

Jolly et al. fann att en samordningssjuksköterska är värdefull för kommunikationen mellan sjukhus och primärvård då det gäller patienter som drabbats av hjärtinfarkt eller kärlkramp [65].

Av originalartiklar fanns ingen representerad i Cochranes kunskapsöversikter.

Sökningen i Cochrane Library gav totalt 22 träffar, av dessa var 6 ”protocols”, dessa exkluderades på grund av att de var pågående studier och således inte redovisade några resultat. Övriga 16 Cochrane kunskapsöversikter inkluderades och bedömdes enligt kvalitetsprotokoll för kunskapssammanställning utarbetat av Statens Folkhälsoinstitut [57]. Bedömningen redovisas i tabell 5 (bilaga 3). Efter denna bedömning återstod 10 kunskapsöversikter som bedömdes relevanta. Dessa 10 kunskapsöversikter behandlade följande ämnesområden och preventionsnivåer:

- Amning, 1 styck, primärprevention
- Astma, 1 styck, sekundärprevention
- Diabetes, 1 styck, sekundärprevention
- Fallskadeprevention, 1 styck, primär- och sekundärprevention
- Kardiovaskulär sjukdom, 2 stycken, primär- och sekundärprevention
- Rökavvänjning, 4 stycken, primärprevention

En klar evidens för att amningstiden ökar med professionell rådgivning är visad, men det behövs ytterligare forskning om hur man på bästa sätt tränar de som ska stödja ammande mödrar [66].

Egenvårdsprogram som riktas till barn med astma förbättrar flera symtom, minskar frånvaron från skolan och dagar med begränsning i aktivitet. Författarna rekommenderar att egenvårdprogram ska inkluderas som en rutin i astmavården för barn [67].

En välorganiserad diabetesvård i primärvård kan vara lika bra eller bättre i jämförelse med öppenvård på sjukhus, åtminstone i det korta perspektivet [68].

Evidens föreligger att fallskadeprevention i hemmet hos äldre har effekt. Följande åtgärder gav positiva resultat; riskbedömning och anpassning av bostaden, muskel- och balansträningsprogram och utsättande av psykofarmaka [69].

En liten men betydelsefull riskminskning påvisades vid dietråd gällande minskning av mättat fett i kosten till riskpatienter för kardiovaskulärsjukdom [70]. Livsstilsråd riktade mot befolkningen visar sig ge en begränsad effekt. Medan livsstilsrådgivning riktad mot högriskpatienter individuellt eller till familjer ger bättre effekt [71].

Individuell rådgivning given av en utbildad tobaksinformatör kan hjälpa rökare att sluta röka [72]. Ingen evidens påvisades för att grupprådgivning gav bättre effekt än individuell rådgivning, grupprådgivning har dock visat sig vara bättre än självhjälpssystem. Det är begränsad evidens för att grupprådgivning som inkluderar kognitiva metoder eller beteendemodifikation gav bättre effekt än om dessa metoder inte ingick [73]. Enkla råd som ges av läkare till rökare ger potentiella fördelar. Utmaningen ligger i om läkarna systematiskt identifierar rökare bland sina patienter och inför rådgivningen som en rutin [74]. Att träna vårdpersonal att ge rökslutarstöd förändrar personalens beteende och gör dem mer uppmärksamma och de erbjuder oftare rådgivning till rökare [75].

Få internationella arbeten stödjer sitt resultat på studier som är producerade i Norden. Av de inkluderade originalartiklarna och Cochranes kunskapsöversiktens originalartiklar framgår att Norden är representerat genom Finland, Norge och Sverige, dessa utgör tillsammans cirka 7 procent av artiklarna. Vidare har cirka 45 procent sitt ursprung i USA och cirka 18 procent i Storbritannien följt av Australien cirka 8 procent och Kanada cirka 7 procent.

En mindre del av rapporterna utgivna i Sverige har sjuksköterskor som huvudförfattare. Av 13 rapporter är en skriven av sjuksköterskor. Ingen av originalartiklarna eller Cochranes kunskapsöversiktens originalartiklar med ursprung i Norden har svenska sjuksköterskor som författare.

Den kompletterande sökningen i Karolinska institutets bibliotekskatalog och i SweMed med söktermen ”distriktssköterska” gav totalt 39 träffar, 2 av dessa var dubletter, 18 av de resterande bedömdes med ledning av titeln som relevanta och inkluderades. Efter genomläsning av abstrakt inkluderades 5 av dessa, som lästes i sin helhet. Alla fem exkluderades på grund av att de inte innehöll någon intervention med effektutvärdering, tabell 6 (bilaga 4).

Sökningen via SBU:s webbsida, rapportserie (2004-01-13) identifierade 111 rapporter utgivna mellan 1993-2003, 20 rapporter bedömdes med ledning av titeln som relevanta. Efter genomläsning av sammanfattningarna inkluderades 13 originalrapporter. Dessa beställdes i sin helhet och efter genomläsning inkluderades 9, tabell 7 (bilaga 5), och exkluderades 4, tabell 6 (bilaga 4). De inkluderade rapporterna tog upp följande områden:

- Kardiovaskulär sjukdom
- Rökavvänjning
- Hypertoni
- Hemsjukvård och hemrehabilitering

- Urininkontinens
- Astma- och KOL-sjukdom
- Alkohol- och narkotikaproblem
- Fetma
- Osteoporos

De befolkningsstudier som ingår i SBU:s granskning och vars syfte var att förebygga kardiovaskulär sjukdom, har inte varit upplagda på ett sådant sätt att resultaten kunnat värderas. SBU anser att det finns ett stort behov av metodutveckling och att det är viktigt att utifrån vetenskapligt baserad kunskap söka förebygga sjukdom. Befolkningsstudierna kan dock ligga till grund för att genomföra mindre omfattande och bättre fokuserade studier [76].

Enkla frågor om rökvanor av sjukvårdspersonal kombinerade med upplysning om att sluta röka och råd angående nikotinersättningsmedel är kostnadseffektiv som rutin. SBU menar att det är viktigt att såväl personal som beslutsfattare inom primärvården tar ett ansvar för rökavvänjning. Ett flertal hinder för detta har identifierats såsom personalens egna rökvanor, en bristande tilltro till sin egen förmåga att bidra till förändring och en upplevelse av bristande resurser och tid. SBU:s slutsats är att rökare som kommer i kontakt med sjukvården bör tillfrågas om rökvanor och uppmanas att sluta, erbjudas rådgivning och rekommenderas att använda nikotinersättningsmedel [77].

En sjuksköterska med speciellt avsatt tid för patienter med hypertoni kan medföra en besparing av läkartid och en bättre följsamhet till läkemedelsbehandlingen och kontrollbesök samt större möjlighet till prevention. SBU anser att lokala vårdprogram kan utgöra ett stöd i omhändertagandet av patienter med hypertoni och att sjuksköterskor och annan berörd personal behöver utbildning i andra behandlingsalternativ än läkemedel. I rapporten påpekas ett ökat behov av vidare forskning om sjuksköterskans roll i vården av patienter med hypertoni [78].

Valfrihet och en god och effektiv vårdorganisation med lättillgängliga slutenvårdsplatser krävs för att avancerad hemsjukvård ska fungera. Patienter och anhöriga är mer nöjda med palliativ hemsjukvård jämfört med vård på sjukhus men för övrigt har inga skillnader påvisats. Vid planering av avancerad hemsjukvård bör enligt SBU valfrihet och kvalitet vara styrande. Ytterligare forskning behövs för att bland annat studera svenska förhållanden, anhörigas insatser och kostnaden för informell vård [79].

För patienter med urininkontinens har primärvården en väsentlig roll och ansvarar för den basala vården. Enligt SBU är det viktigt att evidensbaserade vårdprogram får en ökad spridning och tillämpning och att primärvården satsar på träningsmetoder och andra behandlingsformer. Att få hjälp eller behandling vid urininkontinens har stor betydelse för patientens livskvalitet. Ytterligare forskning och utvärdering behövs [80].

Ett gediget vetenskapligt underlag föreligger för underhållsbehandling med beta-2-stimulerare och inhalationsteroider vid behandling av patienter med astma. För patienter med KOL är rökstopp den viktigaste åtgärden. Ett stort behov finns för att utvärdera speciella astmamottagningar enligt SBU [60].

Det finns ett vetenskapligt underlag för att kortvariga förebyggande insatser inom sjukvården – att identifiera riskfylld konsumtion, att ge information och motivationshöjande insatser och stöd – minskar alkoholkonsumtionen och leder till färre alkoholproblem. Psykosociala behandlingsmetoder med klar struktur och välbeskrivna åtgärder visar tydlig effekt medan flera metoder som används i svensk missbruksvård saknar vetenskapligt underlag [81].

Rådgivning för att förändrade kostvanor kan leda till viktreduktion, åtminstone på kort sikt, och regelbunden motion bidrar till viktminskning. Problemet är enligt SBU att viktminskningen i regel inte består och därför behöver långsiktiga behandlingsmetoder utvecklas och utvärderas [82].

Osteoporos är bara en av flera riskfaktorer för fraktur. Faktorer som är möjliga att påverka för att minska frakturrisken är fysisk inaktivitet, låg vikt, tobaksrökning, hög alkoholkonsumtion, fallbenägenhet, nedsatt syn, låg solexponering och kortisonbehandling. Hos barn och ungdomar har fysiskt aktivitet visat sig ha positiv inverkan på bentätheten. Hos äldre har följande åtgärder visat effekt för att förebygga fallskador; muskelstyrke- och balansträning, åtgärder mot fallrisker i hemmet, kombination av träning och modifiering av fallrisker och nedtrappning av medicinering [59].

Sökningen via SoS:s webbsida (2004-01-13), under publikationer, samtliga år, gav 50 träffar utgivna 2001-2003. Fem av dessa bedömdes med ledning av titeln som relevanta och beställdes i sin helhet. Efter genomläsning exkluderades samtliga, tabell 6 (bilaga 4).

Sökningen via Statens Folkhälsoinstituts webbsida, rapportserie (2004-01-13) identifierade 313 utgivna rapporter mellan 1993-2003. Trettiofem rapporter bedömdes med ledning av titeln som relevanta, en av dessa var även utgiven av SBU och redan inkluderad, således återstod 31 rapporter. En av dessa fanns inte att tillgå, följaktligen återstod 30 rapporter. Efter genomläsning av sammanfattningar inkluderades 4 rapporter, tabell 7 (bilaga 5), och exkluderades 26 rapporter, tabell 6 (bilaga 4). De inkluderade rapporterna tog upp följande områden:

- Hälsovägledning
- Äldre
- Skadeprevention
- FYSS

”Du bestämmer” är en metod utarbetad för att användas i hälsovägledning till ungdomar. De signifikanta effekter som uppnåtts med metoden är att ungdomarna har klargjort ett eget hälsobegrepp, att de konkret tagit itu med egna hälsoproblem, att de upplever att de kan påverka saker omkring dem och en självvärdering, det vill säga värdera den bild de har av sig själva [83].

Rapporten ”Bättre hälsa för äldre” är en kunskapssammanställning som beskriver olika hälsoproblem hos äldre och folkhälsoprojekt som goda exempel. Metoder och arbetssätt, med fokus på äldre, redovisas [84].

En översikt av studier om effekter och effektivitet i det olycksfalls- och skadepreventiva arbetet och säkerhetsfrämjande insatser redovisas i rapporten ”Evidensbaserad skadeprevention”. Rapporten är tänkt att fungera som undervisningsmaterial och som faktabas för att stimulera till forskning [85].

En kunskapssammanställning om fysisk aktivitet för att förebygga och behandla olika sjukdomstillstånd återfinns i rapporten ”FYSS”. I rapporten poängteras att sjukvården har en nyckelroll för att öka den fysiska aktiviteten i befolkning och att det borde vara lika naturligt att ordinera fysisk aktivitet som andra behandlingsmetoder [86].

Material och metod

Del II

För att besvara det andra syftet genomfördes dels telefonintervjuer med folkhälsoansvariga (våren 2004) och dels personliga intervjuer med distriktssköterskor (våren 2005) i de arton landstingen och i de två regionerna samt i Gotlands kommun.

Vid telefonintervjuerna med de folkhälsoansvariga inventerades mål, planering och organisation av det förebyggande och hälsofrämjande arbetet. Folkhälsoansvariga på tjänstemannanivå och/eller politikernivå identifierades genom varje områdes Internet hemsida. I de fall ingen ansvarig person kunde hittas på detta sätt, tillfrågades områdets tjänstemannaledning via telefon eller e-post. Ett semistrukturerat intervjuformulär för telefonintervju användes (bilaga 6). Vid telefonintervjuerna efterfrågades även uppgifter avseende distriktssköterskor som bedriver förebyggande och hälsofrämjande aktiviteter alternativt efterfrågades hjälp med någon kontaktperson som kunde ge denna upplysning.

Kontakt togs även med Inger Rising, distriktssköterskeföreningens ordförande och genom henne erhöles namn på personer som ingick i nätverket för folkhälsa för distriktssköterskor. Detta i syfte att ytterligare identifiera distriktssköterskor som arbetar eller har arbetat med olika förebyggande och hälsofrämjande aktiviteter. I samband med en föreläsning på FAMMI:s distriktssköterskedagar i mars 2004, efterfrågades kontakter med distriktssköterskor som arbetade med förebyggande och hälsofrämjande projekt.

Urvalet av distriktssköterskor kontaktades via telefon och tid för personlig intervju avtalades. Samtliga intervjuer genomfördes på respektive informants arbetsplats. Intervjuerna delades upp mellan två intervjuare (författarna). Två semistrukturerade intervjuformulär användes (bilaga 7, 8) där distriktssköterskornas personliga erfarenhet av förebyggande och hälsofrämjande arbete efterfrågades. Längden på intervjuerna varierade mellan 35 till 90 minuter. Intervjuerna bandinspelades och därefter avlyssnades inspelningarna samtidigt som intervjuformulären fylldes i av respektive intervjuare.

Bearbetning av data

Frågorna från telefonintervjuerna med de folkhälsoansvariga har sammanställts och redovisas i absoluta frekvenser. Resultatet från intervjuerna med distriktssköterskorna har sammanställts kvantitativt och kvalitativt. I den kvantitativa delen redovisas resultaten i absoluta och relativa frekvenser. Den kvalitativa delen genomfördes som

en manifest innehållsanalys inspirerat av Berg och Graneheim och Lundman [87, 88]. Efter genomläsning av textmaterialet av de båda intervjuerna togs meningsbärande enheter fram, därefter kondenserades materialet genom konsensusdiskussion i koder och efter detta skapades kategorier och utifrån dessa subkategorier.

Bortfall

Inget externt och ett mindre internt bortfall på enstaka frågor förekom vid telefonintervjuerna och vid de personliga intervjuerna.

Resultat

Del II

Här redovisas resultatet från intervjuerna med folkhälsoansvariga och distriktssköterskor. Citat är skrivna med kursiv stil.

Intervju med nyckelpersoner

Den övervägande delen av de 21 personer som intervjuades var tjänstemän. Drygt hälften av de intervjuade arbetade heltid med folkhälsofrågor och av dessa hade 14 huvudansvaret inom sina respektive verksamheter, flera av de intervjuade betonade även det politiska ansvaret för folkhälsofrågor, tabell 8.

Tabell 8. Bakgrundsdata avseende de intervjuade folkhälsoansvariga.

Bakgrundsdata	Antal N=21
Uppdrag	
Tjänsteman	19
Politiker	2
Befattning	
Folkhälsochef	6
Folkhälsostrateg	9
Utredare	2
Samhällschef	2
Politiskt uppdrag	2
Tjänstgöringsgrad	
Heltid	20
Deltid (%)	1 (80)
Tjänstgöringsgrad folkhälsofrågor	
Heltid	11
Deltid (%)	4 (80)
	1 (75)
	1 (33)
	1 (20)
Vet ej	3
Huvudansvarig folkhälsofrågor	
Ja	14
Nej	5
Delat ansvar	2

De flesta intervjuade sa att det fanns uttryckta mål för verksamhetens folkhälsoarbete och av dessa var 16 dokumenterade i någon form. De 5 som inte hade någon dokumentation uppgav att detta var under utarbetning. Mer än hälften av de intervjuade refererade till de av regeringen uppsatta nationella folkhälsomålen. Plan för hur folkhälsoarbetet skulle organiseras, exempelvis mellan kommuner respektive

den egna verksamheten, fanns hos drygt hälften av sjukvårdshuvudmännen. Av 11, som hade någon plan för hur folkhälsoarbetet skulle organiseras, uppgav 9 att det var dokumenterat i någon form, tabell 9.

Tabell 9. Redovisning av mål, planering och organisering av folkhälsoarbetet.

Folkhälsoarbete	Antal
	N=21
Mål	
Ja	19
Nej	2
Dokumenterat	
Ja	16
Nej	5
Hur?	
Pappersform	6
På webben	4
Pappersform och webb	6
Målområden*	
Nationella	13
Livsstilsfaktorer	9
Skadeprevention	3
Övrigt	3
Plan för organisering	
Ja	11
Nej	6
Delvis	4
Dokumenterat	
Ja	9
Nej	12
Hur?	
Pappersform	5
På webben	3
Pappersform och webb	1

*Flera svarsalternativ möjliga

Primärvården tilldelades ett stort ansvar av de intervjuade då det gällde folkhälsofrågor, framförallt på individnivå. Det första mötet med individen poängterades och att primärvården vid detta möte hade en unik möjlighet att arbeta förebyggande och hälsofrämjande med bland annat livsstilsfrågor, det vill säga primärpreventivt, tabell 10.

Tabell 10. Folkhälsoansvarigas syn på primärvårdens uppdrag i preventionsarbetet.

Primärvårdens uppdrag*	Antal
	N=21
Individnivå	18
Gruppenivå	5
Befolkningsnivå	3
Samhällsnivå	4
Hälsofrämjande arbetssätt	12
Hälsofrämjande arbetsplats	2

*Flera svarsalternativ möjliga

De 16 "folkhälsoprogram" som genomlästs är tryckta från år 1996 till 2004, samtliga som har tryckts under senare år tar upp och förhåller sig till regeringens nationella

folkhälsomål. Övervägande delen lyfter fram hälsans bestämningfaktorer och vikten av samarbete mellan olika organisationer och aktörer då det gäller folkhälsoarbetet. Primärvården betonas som en viktig bas i folkhälsoarbetet då det gäller att förmedla kunskaper, främst avseende livsstilsfaktorer. Distriktssköterskans roll i folkhälsoarbetet poängteras i två av programmen, i ett rollen som hälsoinformatör och i det andra som hälsosamordnare.

De folkhälsoansvariga ombads att själva definiera vad de lade i begreppet folkhälsoarbete, följande framkom:

- Ett brett begrepp som riktar sig mot hela befolkningen, på individ-, grupp- och samhällsnivå och alla åldrar
- Innefattar hälsa och jämlikhet, att främja hälsa, att peka på samband
- Systematiskt och målinriktat arbete
- Egenvårds- och livsstilsråd
- Innefattar demografiska faktorer
- Flera aktörer, ett samhällsansvar, samverkan

Intervju med distriktssköterskor - bakgrundsfaktorer

Totalt genomfördes 54 personliga intervjuer med distriktssköterskor, 2-5 per sjukvårdshuvudmannaoområde. Av de intervjuade distriktssköterskorna hade övervägande delen genomgått någon fortbildning/utbildning efter sin distriktssköterskeexamen, 45 personer. Av dessa var det 42 som hade universitets/högskoleutbildning, mellan 2 och 180 poäng, medelvärde 41 poäng. Vanligast var att man genomgått farmakologi och sjukdomslära (20 personer), därefter diabetessjukvård (11 personer) och folkhälsovetenskap (9 personer). Några hade utbildning i pedagogik, vårdvetenskap och ledarskap. Enstaka utbildningar riktade sig mot specifika sjukdomstillstånd. Två av distriktssköterskorna genomgick en forskarutbildning. Flera av dem som inte genomgått någon fortbildning/utbildning hade nyligen avslutat sin utbildning till distriktssköterska.

De flesta distriktssköterskorna uppgav att de arbetade både på individ- och gruppnivå, några på befolkningsnivå men ingen uppgav att de arbetade på samhällsnivå. De interventionsområden som framkom riktades både till barn, ungdomar, vuxna, äldre och personal inom den egna vårdenheten. Främst handlade det om att ge stöd och råd i egenvård och till att förändra levnadsvanor (fysisk aktivitet, kostrådgivning, alkoholrådgivning, rökavvänjning, viktreducering), därefter att förebygga och lindra konsekvenser av kronisk sjukdom (astma och KOL, bensår, diabetes, hypertoni, urininkontinens), några få arbetade med att förebygga skador (fallskadeprevention i hemmet). De angivna förebyggande och hälsofrämjande primärpreventiva interventionerna var exempelvis arbete på barnvårdscentral, det sekundärpreventiva interventionsarbetet bedrevs ofta vid distriktssköterskeledda mottagningar.

Då det gäller samarbetsmiljön för förebyggande och hälsofrämjande arbete inom primärvård, framkom det att 29 av distriktssköterskorna inte upplevde några samarbetsproblem med övriga professioner, resterande upplevde svårigheter eller stora svårigheter. Den stora svårigheten som uttalades var att allmänläkargruppen hade ett mera sjukdomsinriktad synsätt och upplevdes motsträviga till det förebyggande och hälsofrämjande arbetet, professionerna arbetade var för sig. Distriktssköterskorna uttryckte att det kändes som om detta arbete enbart rörde distriktssköterskor, som om de var ensamma i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet.

Av distriktssköterskorna uppgav 42 att de samarbetade med någon och 12 att de inte hade någon de samarbetade med i dessa frågor. Den vanligaste samarbetsparten fanns inom den egna vårdcentralen med exempelvis en distriktssköterskekollega, eller hos sjukvårdshuvudmannen, därefter personal inom kommunen och frivilligorganisationer. Enskilda distriktssköterskor hade även etablerat ett samarbete med annan personal, exempelvis inom Apoteksbolaget, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen med flera.

Distriktssköterskorna ombads att själva definiera vad de lade i begreppet folkhälsoarbete, följande framkom:

- Ett brett begrepp som riktar sig mot hela befolkningen och alla åldrar
- Innefattar även hälso- och livskvalitetsbegreppen
- Omfattar helheten, fysiskt, psykiskt och socialt
- Flera aktörer, ett samhällsansvar
- Främst primär- och sekundärpreventivt arbete
- Egenvårds- och livsstilsråd, på individ och gruppnivå
- Arbeta med folkhälsosjukdomar
- Innefattar att ge information och att förmedla kunskap

Intervju med distriktssköterskor - projektinventering

Distriktssköterskorna tillfrågades om något av det arbete som de tidigare nämnt drivits i projektför. Av distriktssköterskorna var det 32 som var eller hade varit engagerade i projekt den senaste femårsperioden, totalt 43 projekt, 23 pågående och 20 avslutade. Av dessa hade 25 som syfte att förändra levnadsvanor och resterande handlade om organisatoriska frågor. Områden som aktualiserades var olika åldersgrupper, olika riskgrupper, befolkningen i upptagningsområdet eller personal inom primärvården. Samtliga projekt var primärpreventiva eller primär- och sekundärpreventiva. För att genomföra projekten hade man olika tillvägagångssätt exempelvis att arbeta med samtalsmetodik, genomföra hälsoprofiler, organisationsförändringar eller olika hälsoaktiviteter. Finansieringen skedde oftast genom sjukvårdshuvudmannen och/eller inom den egna verksamheten, endast en mindre andel var externt finansierade.

I 22 av projekten fanns en externt samarbetspartner, vanligtvis kommunen, därefter frivilligorganisationer. Även andra externa samarbetspartners förekom som exempelvis Apoteksbolaget och universitet eller högskola. I 13 av projekten samarbetade man inte med någon och det var ovanligt att man hade något internt samarbete inom vårdcentralen. Initiativet togs i 24 av projekten av distriktssköterskorna själva, i 10 var det genom en extern förfrågan och i 9 kom initiativet från landstings- eller vårdcentralledning.

I 26 av projekten hade man eller planerade man någon form av utvärdering, i resterande projekt hade man inte genomfört eller planerade man inte någon utvärdering. I de fall någon utvärdering förekom var den oftast svårtillgänglig. I 14 fall hade distriktssköterskorna inte kännedom om vilket resultat projektet ledde till, resten av projekten, förutom ett, hade lett till någon form av förändring.

Vanligast var att resultaten dokumenterades internt via sjukvårdshuvudmannen eller internt inom vårdcentralen, vilket gjorde dem svårtillgängliga. I 13 fall uppgav distriktssköterskorna att ingen dokumentation planerades eller att de inte hade kännedom om hur dokumentationen skulle ske. Spridningen av resultaten skedde främst internt inom sjukvårdshuvudmannans område, även presentationer vid

konferenser förekom och som avhandlingsarbete i 2 fall. Distriktssköterskorna uppgav i 10 fall att de inte hade kännedom om hur resultaten spreds.

Uppfattningar gällande möjligheter och hinder vid innehållsanalysen

Vid innehållsanalysen framkom följande sex kategorier som belyser möjligheter och hinder i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet och tillhörande subkategorier, se tabell 11.

Tabell 11. Kategorier och subkategorier som framkom vid innehållsanalysen av distriktssköterskeintervjuerna.

Kategori	Subkategori
Profilering	Specialisering
	Samordning
Kartläggning	Uppdrag
	Individnivå
	Befolkningsnivå
Stöd	Ledning
	Kollegor
	Utbildning
	Mål
Intresse	Valfrihet
	Egenskaper
Förhållningssätt	Bemötande
	Påverkan
Organisation	Resurser
	Struktur
	Avgränsning

Kategorin **profilering** omfattade subkategorierna **specialisering, samordning och uppdrag**. Specialisering i form av distriktssköterskeledda specialistmottagningar med avsatt tid riktade mot riskgrupper, exempelvis i form av diabetesmottagningar, ansågs göra det sekundärpreventiva arbetet framgångsrikt och ge nöjda patienter. Här poängterades även arbetet med barnhälsovård och föräldrastöd genom barnavårdscentral och familjecentral. Även en profilering mot äldre och andra riskgrupper betonades.

Jag tror att distriktssköterskans arbetsansvar är för stort, det är viktigt att det är tillåtet att specialisera sig som exempelvis diabetessjuksköterska, astma, BVC med mera. Man måste få arbeta så här även inom primärvård för att orka hålla sig engagerad och ha den kunskap som behövs för att kunna arbeta med förebyggande och hälsofrämjande arbete på ett bra sätt.

Distriktssköterskan ansågs inneha en samordningsfunktion i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet, att hon var spindeln i nätet, en nyckelperson. Som exempel nämndes en samordningsfunktion i folkhälsorådsarbetet. Även som vårdutvecklare och i nätverk för specialistmottagningar och i tobaksprevention kunde distriktssköterskan ha en samordningsfunktion. Om samordningsfunktionen saknades så uppkom ett hinder i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet.

Att samverka inte bara med patienten utan även med andra professioner. I X primärvård finns på varje vårdcentral en hälsogrupp, ordförande är en distriktssköterska eller distriktsläkare.

Astma har inte alls blivit så accepterat, jag tror att det delvis kan bero på att nätverk och samordningsfunktion saknas.

Det framkom att bristande samordning och byråkrati var ett hinder i arbetet.

Ett hinder kan vara att olika yrkesgrupper inte bestämt vem som ska göra vad.

Sjukvården är så byråkratisk så det förebyggande kommer i andra hand, för mycket att skriva.

Då det gällde distriktssköterskans uppdrag så uppfattades det vara otydligt och ge utrymme för olika tolkningar, samtidigt ansågs det vara för omfattande, och i många avseenden osynligt. Distriktssköterskans roll och status upplevdes ha förändrats i och med Husläkarreformen och ÄDEL-reformen. Distriktssköterskorna gav uttryck för att de var rätt profession för att arbeta med förebyggande och hälsofrämjande arbete och att det var ett viktigt uppdrag som ingen annan gjorde. För att lyckas med detta behövdes en positiv syn hos yrkeskåren. Det förebyggande och hälsofrämjande arbetet ansågs vara ett ensamarbete och vara beroende av vad man själv lade för tyngd i arbetet.

För det första skulle man vilja ha reda på vilket uppdrag har distriktssköterskan, det har vi också alltid undrat, tycker inte att det är tydligt. Hur många uppdrag ska vi mäta med? Vi tar ju hand om alla patienter. Du kan titta i vilken bok som helst från Socialstyrelsen, det finns ingen beskrivning hur vårt uppdrag är. Det behövs en mer detaljerad beskrivning.

Jag kan tycka att vi har ett uppdrag men vi ges ju inte möjligheter att arbeta med detta, det tycker jag nog går som en röd tråd genom mitt yrkesliv.

När det gäller distriktssköterskans arbete så tycker jag att distriktssköterskan håller på att blekna bort. Den traditionella rollen med att ha ett helhetsansvar runt den enskilda individen. Jag vet egentligen inte när det började men jag tror att det var i samband med husläkarreformen och ÄDEL.

Nästa kategori var **kartläggning** som inrymde två subkategorier **individnivå** och **befolkningsnivå**. Här betonades vikten av att ha en bild över folkhälsosituationen inom sitt geografiska område och att denna bild skulle finnas på individ- och befolkningsnivå. Med detta menade man att för att nå framgång krävs inte bara kännedom om livsstilsfaktorer på individnivå utan även folkhälsorisker i befolkningen.

Inte göra saker bara för att man tycker det är roligt, det har vi inte råd med, börja med en kartläggning, fundera och ifrågasätta.

Ligga steget före i tankarna, vad finns i området för folkhälsorisker?

I kategorin *stöd* framkom fyra subkategorier **lednings- och kollegialtstöd, utbildning och mål**. Ledningsstödet innefattade både stöd och förankring från politisk-, tjänstemanna- och verksamhetsnivå, även chefens viktiga roll betonades. Stödet innefattade dels att man delade grundsyn och värdering och dels innefattade stödet ett engagemang och uppmuntran. Informanterna betonade vikten av att detta stöd fanns om målet var att nå framgång i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet. De uppgav samtidigt att det ofta saknades, och detta utgjorde således ett hinder i arbetet.

Beror mycket på chefen hur tillåtande han är, att ledningen är inne på det här tänket, hur han prioriterar arbetet, tyvärr är det nog så.

Från ledningshåll är det ju förstås aldrig populärt att vi arbetar preventivt, det upplever jag, både på vårdcentralsnivå och centralt från landstinget.

Efterlyser lite klarare direktiv och regler. Att det ska komma uppifrån, från ledningen att man som distriktssköterska ska arbeta med vissa saker. Vi behöver stöd och uppmuntran att arbeta med detta.

Viktigt att all personal som har patientansvar har samma förhållningssätt och synsätt och att det ska ingå naturligt i varje möte, individmötet.

Även vikten av ett kollegialt stöd och samarbete betonades, samtidigt som uppfattningen till stor del var att detta saknades. Det kollegiala stödet innefattade såväl allmänläkarna som distriktssköterskorna.

Många läkare är mer intresserade av sjukdom och sjukvård vilket försvårar det förebyggande arbetet.

Läkarna är ju väldigt medicinskt inriktade så det är svårt att få gehör, man möts av negativitet när man kommer med idéer.

Läkargruppen remitterar inte patienter till oss distriktssköterskor, exempelvis har vi något vi kallar för xx-mottagning, det är x kan man säga. Ett år har vi varit igång men vi har inte fått någon patient från läkargruppen, de skriver ut recept på egen aktivitet istället.

Jag undrar om läkarna vet att vi har den här utbildningen för att arbeta med dessa frågor. Att det är bland annat detta som distriktssköterskor ska arbeta med. Om man fick ett bättre samarbete med dom, de träffar ju jättemycket patienter de också, så skulle dom kunna hänvisa en del patienter till oss.

Kollegornas (distriktssköterskor) okunskap eller ointresse.

Primärvården arbetar väldigt traditionellt det är ett konserverat arbetssätt, alla yrkesgrupper arbetar för sig själva de flesta är inte intresserade att arbeta förebyggande och hälsofrämjande.

Då det gällde utbildning gav denna kunskap och kompetens som i sin tur ansågs leda till verktyg så att man kunde nå framgång i arbetet. Fördjupade kunskaper inom ett specifikt område gjorde att distriktssköterskan kände sig kompetent och därigenom fick bekräftelse, vilket i sin tur ledde till att hon orkade mer. Att vara den på vårdcentralen som hade den djupaste kunskapen inom ett specifikt område kunde dock leda till att andra kollegor inte skaffade sig fördjupade kunskaper. Det kunde även göra att distriktssköterskan upplevdes som ett hot hos enskilda allmänläkare. Att ha dokumenterade gemensamma mål och en långsiktig planering, en samsyn och samarbete bland annat gällande prioriteringsfrågor, att inspirera och ge varandra kunskap beskrevs som viktiga nyckelfaktorer. En del tyckte att utbildningen på senare år lyfte fram folkhälsoarbetet men att i verkligheten fungerade det annorlunda. Vilket ledde till att det blev en diskrepans mellan utbildning och verklighet. Uppfattningen var att en utbildning i folkhälsovetenskap breddar synsättet, och ökar möjligheten för att arbeta förebyggande och hälsofrämjande.

Det behövs kunskap hur man som distriktssköterska kan påverka människor, att man får utbildning i detta hur man kan hjälpa människor att byta levnadsvanor. Att man som distriktssköterska har verktyg, främst individbaserat, men även grupper, men det tar mera tid att planera.

Att distriktssköterskan ges möjlighet att vidareutbilda sig, både från ledning och kollegor, nischas sig och fördjupa sig, acceptans från ledning.

Genom att jag gått distriktssköterskeutbildningen ganska sent så lägger jag stor vikt vid folkhälsoarbete. Det är ju många poäng som är det i utbildningen och sedan när man kommer ut så ges det så lite tid till det.

I kategorin **intresse** ingick två subkategorier **valfrihet** och **egenskaper**. Distriktssköterskorna ansåg att de hade ett intresse och en valfrihet, det vill säga möjlighet till ett eget val att arbeta förebyggande och hälsofrämjande.

Alla möjligheter, vid varje möte finns en möjlighet oavsett var man jobbar.

Som distriktssköterska har jag en flexibilitet att själv styra mitt arbete, möjligheter är att även kunna visa att det ger resultat, det kan man väl också säga är en möjlighet.

Möjligheter det finns det, vi har verkligen underlag, många fysiskt inaktiva i X-län med högt blodtryck.

Om distriktssköterskan hade någon eller några av egenskaperna; att vara modig, att ha inlevelseförmåga, att vara prestigelös, att vara visionär och en eldsjäl, fanns stora möjligheter att lyckas i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet. Andra faktorer som ansågs betydelsefulla var; att vara känd, vara en förebild, vara trovärdig och att inge förtroende. Saknades intresset för förebyggande och hälsofrämjande arbete så arbetade man som distriktssköterska inte med detta. Orsaker som nämndes kunde påverka intresset var osäkerhet, bristande kunskaper, dålig FoU- kunskap, att man som person inte var lyhörd och att man saknade inlevelseförmåga. Underlaget av personer som behövde förebyggande och hälsofrämjande insatser fanns, men svårigheter uppkom på grund av att den sjukvårdande delen tog stora resurser.

Man skulle önska att det var någon på vårdcentralen som bara arbetade med förebyggande och hälsofrämjande arbete. Det måste vara en eldsjäl som kan stå emot alla motverkande krafter som endast är medicinskt inriktade och som tycker att man inte hinner med.

Det ligger på en själv att man avsätter den tid som behövs annars blir det inget och att man har kunskap naturligtvis. Att man förstår själv vikten att jobba med det. Intresset är centralt.

Fördjupa sig i ett område man är intresserad av, att våga komma med förslag. Man gömmer sig bakom tidsbrist.

Många distriktssköterskor är för sjukdomsinriktade, när man börjar med folkhälsoarbete så måste man vända på allting, det blir som tvärtom alltså. Om man arbetar som distriktssköterska år efter år då kanske du inte orkar ändra på dig. Är du ung distriktssköterska och kanske inte har de här kunskaperna så är det svårt. Som ung behöver du lära dig rutiner.

Okunskap i att utvärdera och skriva projektplan, det borde finnas stöd.

Kategorin **förhållningssätt** hade två subkategorier **bemötande** och **påverkan**. Att lyssna och samverka med patienten var förhållningssätt som lyftes fram. Att bemöta patienten respektfullt och ge patienten ett eget ansvar. Arbetet försvårades om patienten hade en negativ attityd, exempelvis att personen inte var motiverad till förändring.

Tro på patienten, inte enbart ge information. Få patienten att hitta egna vägar till att gå ner i vikt, sluta röka med mera.

Förhållningssätt, att inte ta över från patienten, att se patientens möjligheter, stärka individen.

Attityden hos patienten, betalat skatt med mera, man har förväntningar på sjukvården. Föra dialog, förstå vad som är hälsa för den personen. Hjälpa till att få insikt men bestämma själv. Delge kunskaper, lyssna på personen och stödja och utveckla det, få människor att förstå och vilja förändra. Visa respekt, individuellt anpassad, men grunden generell, acceptera människors olikheter.

Att påverka till förändring genom att lyssna, stödja, motivera och ha en helhetssyn, framförallt vid det individuella mötet men även på gruppnivå ansågs viktig. Att sanningarna växlar, att råden förändras och samhälliga influenser, var faktorer som påpekades försvåra det förebyggande och hälsofrämjande arbetet.

Kartlägga patientens livsstil för att patienten själv ska få insikt. Styrka patienten, ge en känsla av att patienten själv bestämmer, genom stöttning och allmän kunskapsinformation från distriktssköterskan.

Att i det enskilda individmötet ta upp exempelvis livsstilsfrågor med patienterna, att arbeta med motivationen.

Att man ser helheten, en helhetssyn på patienten, både individ och gruppmöten exempelvis föräldragrupper, att motivera till hälsosamma val och egenvård.

Beror på vad man jobbar med det är så mycket influenser från massmedia, reklam, utlandsresor, modesvängningar med mera. När de är positiva kan man rida på det. Det ska helst hända någonting för att personen ska bli motiverade.

I kategorin **organisation** framkom tre subkategorier, **resurser, struktur och avgränsningar**. För att ha möjlighet att arbeta förebyggande och hälsofrämjande krävdes en organisation som hade resurser, struktur och avgränsning. Att det fanns ”öronmärkta” pengar, att möjlighet gavs att arbeta i projekt, att det skedde en uppföljning av resultat och att handledningsresurser fanns. En brist på tid och ett för stort patientunderlag uttrycktes som hinder i detta arbete, delvis på grund av bemanningssituationen. Orsaken var till stor del resursbrist det vill säga att ekonomiska förutsättningar saknades, vilket ledde till tillgänglighetsproblem.

Distriktssköterskan syns inte tydligt nog och de resurser som finns utnyttjas inte, organisationen är enbart inriktad på läkare. Man tar inte vara på distriktssköterskans kompetens vilket är ett slöseri med resurser.

Att drunkna i det övriga sjukvårdsarbetet, tidsbrist, bemanningssituationen, vi har nästan alltid personalbrist på grund av sjukdom och semestrar. Som det är nu är det mera hinder än möjlighet att arbeta med detta.

Man vågar inte satsa utan handlar här och nu. Kommer ett beslut om pengar så rullar det igång och blir tillåtet på ett annat sätt. Vårdcentralen är inriktad på snabba besök, tänker inte alls förebyggande.

Jag gjorde en projektplan och sökte pengar som möjliggjorde arbetet.

Tiden är ett stort hinder och att prioritera vilka vi ska arbeta med, att bestämma oss för gemensamma mål för detta arbete. Det sjukvårdande går alltid först. Brist på strukturerat arbetssätt, organisationen kan vara ett hinder. Ekonomiska begränsningar och besparingar.

Som exempel på struktur som underlättade det förebyggande och hälsofrämjande arbetet nämndes vårdprogram och handlingsprogram. Försvårande faktorer var avsaknad av mål, planering och långsiktighet och detta ledde till brist på struktur i arbetssättet.

Stärka distriktssköterskerollen, skapa tydlighet i distriktssköterskegruppen, använda vårdprogram. Distriktssköterskan själv måste tydliggöra sin profession.

På en vårdcentral är det viktigt att det finns möjlighet att följa upp det man har gjort och kanske utvärdera det. Att reflektera över om det är ”rätt” arbetssätt.

Mer struktur önskvärt, samordna olika inriktningar tobak, alkohol, FYSS, mat. Vissa bitar är lika.

Jag har en möjlighet genom det projekt som vi bedriver och genom de lokala program för diabetes och hjärta/kärl, det finns ju mål i varje fall.

I och med att Hälsotorget kom att bli ordinarie verksamhet blev det mer accepterat att arbeta med detta både i min egen kår och bland läkarna.

I subkategorin avgränsning låg en önskan om ett avgränsat distriktssköterskeuppdrag med ett områdesansvar och att synliggöra, lyfta fram och stärka distriktssköterskans arbetsätt och roll. Upplevelsen var att det förebyggande och hälsofrämjande arbetet hade en låg prioritet av ledningen på vårdcentralen och även på en högre ledningsnivå. Fokus på arbetsplatsen var inte det förebyggande och hälsofrämjande arbetet och man ansåg att det gjordes felprioriteringar som ledde till att distriktssköterskans tid begränsades exempelvis att distriktssköterskor utför elementära sjukvårdsuppgifter.

Lyfta fram distriktssköterskerollen, i husläkarsystemet finns det inte plats.

Inget tydligt uppdrag både från vårt landsting och nationellt, i och med att det nya familjeläkaresystemet kom till så finns ju inte vi med någonstans.

Man behöver också stöd uppifrån, från ledningen, att de anser att det är viktigt och att de satsar på detta arbete. Man pratar om att prioritera detta från landstingsledningshåll men här nere på golvet ser vi inte mycket av det.

Distriktssköterskan får göra elementär sjukvård vilket tar mycket tid från det förebyggande.

Ett riktat folkhälsoarbete tar tid och det ska distriktssköterskan användas till, det är den yrkeskategori som har störst kompetens och möjlighet att klara det. Det gäller att ta tillvara den resurs som finns.

Diskussion

Huvudresultatet från studien visar att mycket förebyggande och hälsofrämjande arbete pågår i primärvård och att detta arbete berör dokumenterat framgångsrika interventionsområden. I de fall distriktssköterskor är engagerade så initieras arbetet oftast av distriktssköterskorna själva, samtidigt som inte resultat efterfrågas av det arbete de utför. Det framgår klart att det behövs en tydligare organisering och styrning av det förebyggande och hälsofrämjande arbetet. Bland annat beroende på att studiens resultat visar att kommunikationen och förståelsen mellan tjänstemanna- och verksamhetsnivå och även mellan professionerna inom verksamheten har brister. Detta medför troligtvis negativa konsekvenser i det praktiska folkhälsoarbetet.

Metoddiskussion

Litteratursökningen var den första delen av studien som genomfördes. Kunskapen som kom ur denna del var ett bra underlag för den fortsatta datainsamlingen. Valet av sökord och kombinationer i de olika databaserna påverkar resultatet vid litteratursökningar. Sökorden och kombinationerna måste därför väljas med stor noggrannhet och kunskap. I föreliggande studie kartlades vilka ord som fanns inlagda som ämnesord i de olika internationella databaserna som skulle användas, därefter valdes ämnesorden och textorden till litteratursökningen. Sökstrategin testades och förankrades tillsammans med en erfaren bibliotekarie. Detta förarbete gör att sökstrategin får anses adekvat. Det bör framhållas att indexeringsarbetet i de olika databaserna är en viktig faktor som får stor påverkan på sökresultat. De nyckelord som

anges av författarna till artiklar indexeras inte artiklarna efter per automatik. Erfarenheten från denna studie är att artiklar kan vara "dolda" på grund av att de är indexerade med ord som inte täcker hela innehållet.

Genom litteraturgenomgången framkom det att få studier besitter en hög vetenskaplig kvalitet, detta leder till en begränsad evidens för interventioners effekt. Av de 40 originalartiklar som bedömdes relevanta uppfyllde endast 15 de för studien uppsatta inklusionskriterierna. Resultatet påverkas naturligtvis av de uppsatta kriterierna och dessa går alltid att diskutera. Vår bedömning är dock att de kriterier som är satta i studien är relevanta för att kunna besvara den första delen av syftet. Det bör påpekas att författarna med stöd av sin erfarenhet bedömde om områdena som beskrevs var förenliga med distriktssköterskans arbetsuppgifter. Detta påverkade vilka artiklar som inkluderades. En metodsvaghet skulle således kunna vara en subjektivitet i urvalet, å andra sidan kan författarnas erfarenhet ses som en styrka i metoden. Dessutom var orsaken till att artiklar exkluderades i samtliga fall, utom ett, avsaknad av intervention.

De 15 artiklar som slutligen inkluderades visade sig ofta besitta en låg vetenskaplig kvalitet. Detta fynd är uppseendeväckande eftersom de redovisar studier som har allvarliga metodbrister. Efter kvalitetsbedömningen återstod 5 artiklar som har hög eller medelhög kvalitet vilka alla redovisar någon eller några effekter. Här påverkas naturligtvis resultatet av kriterierna i det kvalitetsformulär som används. De formulär som användes i föreliggande studie var framtagna för att bedöma interventioner inom folkhälsoområdet och är väl anpassade för ändamålet [57, 58]. Ytterligare en styrka är att bedömningarna har utförts av båda författarna oberoende av varandra. Resultatet stöds även av att det i Cochranes kunskapsöversikter och SBU:s rapportserie framkommer att få originalartiklar besitter en hög vetenskaplig kvalitet.

Den andra delen av studien var intervjudelen. För att identifiera de folkhälsoansvariga hos respektive sjukvårdshuvudman användes Internethemsidor, detta var en adekvat metod. Även metoden att genom dem identifiera distriktssköterskor som arbetade med förebyggande och hälsofrämjande arbete var framgångsrikt. Att använda sig av ett semistrukturerat frågeformulär i distriktssköterskeintervjuerna var ett lämpligt sätt att samla in data. Detta möjliggjorde att delar av data kunde användas till en kvantifiering och delar till en kvalitativ analys. Inspelningen av utsagorna gjorde det möjligt för författarna att gå tillbaka och lyssna av materialet och på så sätt säkerställa att den data som användes var tillförlitlig. Innehållsanalys som metod är strukturerad för att tillvarata den information som finns i utsagorna [87]. Inga egna tolkningar är gjorda av intervjusvaren då en manifest innehållsanalys är utförd. Författarnas olika förståelse påverkar säkerligen kategoriseringen som är utförd, men detta är inget unikt det ligger i själva metoden. En styrka i denna del är den konsensusdiskussion mellan författarna som fördes fortlöpande under analysarbetet. Valet att använda en kvalitativ analys gjorde att mångfalden i svaren framträdde, kvantifieringen gav viktig bakgrundsinformation. En styrka i föreliggande studie är att de intervjuade i båda grupperna representerar samtliga sjukvårdshuvudmannaoområden vilket gör resultaten trovärdiga.

Resultatdiskussion

Resultatet från litteraturgenomgången visar att det är få förebyggande och hälsofrämjande interventioner det finns evidens för ger positiva effekter och att dessa täcker in ett begränsat antal områden. Samtidigt som det genom intervjuerna med distriktssköterskorna framkommer att det i den praktiska verksamheten pågår ett omfattande arbete. Ett alarmerande resultat var att projekt som genomförs ofta saknar utvärdering och dokumentation. Detta får till följd att kunskap och erfarenhet som förvärvas i projekt inte är åtkomliga och således genereras ingen ny kunskap som kan tas tillvara i det fortsatta arbetet. En slutsats som kan dras av studien är att det i framtiden är viktigt att arbeta nationellt, systematiskt för att publicera resultat och sprida kunskap om olika interventioner och deras effekter. Genom de nationella kvalitetsregister som på senare tid utvecklats har detta arbete till viss del påbörjats, men fortfarande får man anse att det är i sin linda när det gäller patientens egen bedömning av sin hälsa. Det har inte funnits någon tradition inom hälso- och sjukvårdens olika vårdinrättningar att använda sig av resultatmått som visar på hälsoutvecklingen hos patienter utan fokus har legat på produktivitetmått [89].

Svenska rapporter tar i regel upp ett ämne och belyser detta ur flera olika aspekter. Ett exempel är SBU:s rapportserie. Där finns en skillnad i jämförelse med Cochranes kunskapsöversikter som i regel belyser en eller ett par frågeställningar i ett ämne. Resultatet från kunskapsöversikterna baseras i huvudsak på kunskap erhållen från kontrollerade kliniska försök, det vill säga de har oftast ett randomiserat urval. Det innebär att den evidensbaserade kunskapen som erhålls inte automatiskt kan överföras i praktisk verksamhet då det är vanligt att patienter har en mera komplex situation, exempelvis äldre med flera diagnoser. Både Cochranes kunskapsöversikter och SBU:s rapporter utgör dock värdefull kunskap där vissa delar är relevanta för distriktssköterskans uppdrag. Problemet är att denna kunskap är svårtillgänglig i det praktiska arbetet. Detta gör att de nationella riktlinjer som Socialstyrelsen ger ut och som delvis baseras på ovanstående kunskapssammanställningar har förutsättningar att få en betydelsefull roll. För att det ska kunna ske är det viktigt att sjukvårdshuvudmännen tar ett ansvar för att producera lokala vårdprogram som baseras på Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Bedömningen är att detta i dagsläget görs i alltför liten omfattning.

I kunskapsöversikterna ingick få studier med kvalitativ ansats på grund av översiktens inklusionskriterier. Detta gör att kunskap från bland annat omvårdnadsforskning, som ofta använder sig av en kvalitativ ansats, inte tas tillvara. Distriktssköterskornas praktiska erfarenhet, den så kallade förtrogenhetskunskapen, är en annan kunskapskälla som inte heller är tillgänglig [90].

Vid sökningen efter svenska rapporter identifierades bland annat rapporter utgivna av Socialstyrelsen och Statens Folkhälsoinstitut. De flesta av dessa publikationer kan närmast bedömas som populärvetenskapliga och de var därför inte användbara i föreliggande arbete. En fråga som aktualiseras är vilken målgrupp dessa rapporter är skrivna för och vad de är tänkta till för användningsområde. Anledningen till att de flesta av rapporterna uteslöts ur föreliggande studie var att de inte nådde studiens inklusionskriterier som hade en vetenskaplig intention.

Genom intervjuerna med de folkhälsoansvariga framgick det att de av regeringen uppsatta nationella folkhälsomålen fått genomslagskraft på tjänstemannanivå oavsett

hur sjukvårdshuvudmannaskapet organiserats. Det framkom vid intervjuerna att målbeskrivningar och dokumentation avseende folkhälsoarbetet fanns tillgängliga, men organiseringen och ansvaret mellan olika aktörer beskrevs endast hos hälften av sjukvårdshuvudmännen. Konsekvenserna av detta kan man fundera kring, då resultatet från intervjuerna med distriktssköterskorna visar att de känner sig ensamma i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet. De upplever att de saknar stöd från sjukvårdshuvudmannen och från ledningen på vårdcentralen. Det faktum att ungefär hälften av distriktssköterskorna upplevde samarbetsproblem i dessa frågor, framförallt med allmänläkargruppen, påverkar säkerligen deras upplevelse. Förklaringar som distriktssköterskorna själva gav var att de saknade teamarbete och att allmänläkargruppen hade ett mera sjukdomsinriktat synsätt. Då läkarutbildningen har sin kunskapsbas i biomedicin är vår slutsats att det sjukdomspreventiva arbetet är naturligt för allmänläkaren, medan distriktssköterskans kunskapsbas till stor del är beteendevetenskaplig och därmed arbetar de också utifrån det hälsofrämjande perspektivet [49, 50]. Samtidigt är det viktigt att poängtera att över hälften av distriktssköterskorna inte uppgav några samarbetsproblem.

Utformningen av de ekonomiska ersättningsmodellerna var en annan faktor som distriktssköterskorna ansåg påverka möjligheten för att arbeta förebyggande och hälsofrämjande. En förklaring kan vara att det är vanligt med produktions-effektivitetsersättning inom vården. Trots detta upplever de att de beroende av sitt eget intresseområde kan välja vilket eller vilka förebyggande och hälsofrämjande insatser de ska prioritera. De såg ett behov och en möjlighet att arbeta med detta i varje individmöte. Ett hinder som framkom var återigen traditionen på arbetsplatsen, det vill säga att sjukvårdande och administrativa arbetsuppgifter gavs företräde.

Ett annat hinder som kom fram var okunskap och ointresse från distriktssköterskans sida. Det faktum att resultatet från det förebyggande och hälsofrämjande arbetet inte efterfrågades varken på tjänstemanna- eller ledningsnivå, trots att en stor andel bedrevs i projektform finansierat av sjukvårdshuvudmannen och/eller av den egna verksamheten, påverkar förmodligen engagemanget.

Primärvården ansågs av de folkhälsoansvariga ha en självklar roll i folkhälsoarbetet, men det var ovanligt att någon speciell yrkesprofession lyftes fram som ansvarig. Det fanns en diskrepans mellan styrande målbeskrivningar, dokument, folkhälsoansvariga och vad distriktssköterskorna uttryckte. Ett exempel på detta är att distriktssköterskorna menade att det var de som hade kompetensen och huvudansvaret för folkhälsoarbetet i primärvård. Denna uppfattning delar de med Riksföreningen för Distriktssköterskor, FAMMI och Vårdförbundet [91]. De distriktssköterskor som intervjuades i studien måste som grupp anses vara mycket välutbildade, då de efter sin distriktssköterskeutbildning genomgått studier på universitets- eller högskolenivå motsvarande 2-180 poäng. Denna grupps representativitet kan naturligtvis ifrågasättas då urvalet i studien inte var slumpmässigt utan strategiskt, men syftet var att fånga distriktssköterskor som hade erfarenhet av att arbeta förebyggande och hälsofrämjande.

Oroväckande var att de sjuksköterskor som genomgått specialistutbildning till distriktssköterska på senare år uttryckte en diskrepans mellan utbildningens mål och innehåll och den praktiska verkligheten då det gäller förebyggande och hälsofrämjande arbete. De nyligen utexaminerade beskrev denna skillnad som ett hinder för dem att

kunna arbeta med uppdraget. Resultatet visar att en beredskap saknas för att ta tillvara ny kunskap i verksamheten, vilken kan leda till att utvecklingen inom området stagnerar.

Folkhälsoarbete definierades delvis olika av de både intervjuade grupperna. Skillnader som framkom var att de folkhälsoansvariga ansåg att begreppet innefattade förebyggande insatser på samhällsnivå till hela befolkningen och att även demografiska faktorer skulle beaktas. Distriktssköterskornas definition var mera inriktad på förebyggande och hälsofrämjande arbete på individnivå, där de även beskrev olika preventionsnivåer, begrepp som helhet, hälsa och livskvalitet betonades. Samtidigt som man underströk vikten av att "känna" sitt område det vill säga att man kartlagt invånarnas behov. Resultatet visar att dessa professioner fokuserar på och har olika uppdrag i folkhälsoarbetet. Hur distriktssköterskorna definierade folkhälsoarbete stämmer också väl överens med deras praktiska arbete, som beskrivs främst ske på individ- och gruppnivå och till en del på befolkningsnivå.

En framgångsfaktor för det förebyggande och hälsofrämjande arbetet som distriktssköterskorna upplever var specialisering, det vill säga att de har ett eget ansvarsområde exempelvis i form av distriktssköterskeledda mottagningar. De intervjuade upplever inte någon svårighet med att vara både generalist och att specialisera sig. Tvärtom anser de att detta förhållande ger dem styrka att orka med det dagliga arbetet på sikt. Resultatet är intressant eftersom det under lång tid har förts en allmän diskussion om distriktssköterskan ska inrikta sig på ett specifikt område och om detta leder till att generalistrollen på sikt riskerar att försvinna. En utveckling mot ökad specialisering för distriktssköterskegruppen beskrevs av en del ge en maktförskjutning på den egna arbetsplatsen. Distriktssköterskor upplever att deras fördjupade kunskap kan uppfattas som ett hot av andra professioner, främst allmänläkargruppen [92].

En faktor som framkom var att i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet finns det så många andra aktörer än hälso- och sjukvården som har möjlighet att påverka individer. Det finns inget uttalat huvudansvar för hälso- och sjukvården inom detta område vilket försvårar arbetet. Individer får beroende på var de söker kunskap olika råd. Detta gör att distriktssköterskor upplever att deras förhållningssätt gentemot patienten är extra betydelsefullt då strävan är att motivera och påverka till förändring. Deras trovärdighet har också stor betydelse [56].

De strukturella och organisatoriska förändringar som lyftes fram av distriktssköterskorna var ÄDEL- och Husläkarreformen. Reformerna ansågs ha haft en negativ påverkan i deras uppdrag i folkhälsoarbetet, förutsättningarna förändrades bland annat beroende på att det geografiska områdesansvaret togs bort [14, 16]. Detta resultat måste vägas in i framtida föreslagna strukturella och organisatoriska förändringar [93]. Det är viktigt att inte enbart fokusera på enskilda professioner i primärvård utan att se olika professioners kompetens och betydelse för helheten. En förutsättning måste vara att sjukvårdshuvudmännen har kunskap om detta och uttrycker det i dokument som tar fram det förebyggande och hälsofrämjande arbetet. Förvånande är att i en nyutkommen rapport från Sveriges Kommuner och Landsting omnämns endast läkarrollen i detta arbete och distriktssköterskans roll diskuteras inte alls [94].

Genom resultatet från litteratursökningen och resultatet från intervjuerna med distriktssköterskorna framkom det en samstämmighet. Det distriktssköterskorna arbetade med inom det förebyggande och hälsofrämjande arbetet fanns det dokumenterade erfarenheter av som framgångsrika interventionsområden. Brister som framkom var att trots att det fanns utvärderade metoder så användes inte dessa eller att metoder som användes inte var utvärderade. Distriktssköterskornas ambition var inte heller att utvärdera dem. En orsak som distriktssköterskorna själva lyfte fram var otillräcklig FoU- kunskap, en annan orsak var återigen att de upplevde att inte någon efterfrågade resultat eller utvärdering. En fråga som aktualiseras genom studien är vad det är som gör att en metod får genomslag. Motiverande samtal och Fysisk Aktivitet på Recept är två metoder som genom föreliggande studie har visat sig spridits över hela Sverige. I litteratursökningen påträffades inte något arbete som innehöll någon metodutvärdering gällande dessa. Under de senaste åren har dock studier publicerats som analyserat den motiverande samtalsmetodikens effekt inom vissa områden. Metoden har visat sig ha moderat effekt och ytterligare forskning rekommenderas [94, 95]. Naturligtvis kan det trots avsaknad av detta vara befogat att använda en ny metod men då måste en metodutvärdering ske parallellt. Att ta tillvara kunskap om olika metoders effekter som finns att tillgå genom publicerade resultat måste vara ett krav innan de införs. Att utifrån detta organisera arbetet genom att skapa en struktur och en tydlig strategi för det förebyggande och hälsofrämjande arbetet genom exempelvis vårdprogram kan vara en väg att komma åt problemet. Även Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen lyfter fram behovet av mer struktur och systematik i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet för att nå en bättre folkhälsa [96, 97]. De ekonomiska resurserna är begränsade vilket gör att underlaget för att göra prioriteringar inom området blir ännu viktigare.

Frågor vi ställer oss efter att ha genomfört studien är:

- Vem bryr sig om distriktssköterskans förebyggande och hälsofrämjande arbete?
- Hur ska distriktssköterskan prioritera mellan sjukvårdande och förebyggande och hälsofrämjande arbete?
- Hur kan man bättre ta tillvara den kompetens distriktssköterskan innehar?

Referenser

1. Carlsson G, Arvidsson O. Kampen för folkhälsan. Prevention i historia och nutid. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur; 1994.
2. Svensk författningssamling (SFS). Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763. Stockholm: Socialdepartementet; 1982.
3. Olsson U. Folkhälsa som pedagogiskt projekt. Bilden av hälsouppllysning i statens offentliga utredningar [akademisk avhandling]. Uppsala: Uppsala universitet Pedagogiska institutionen; 1997.
4. Bjälming E, Lindström U. Distriktssköterskans offensiva hälsoarbete. En jämförande studie från 1930-talet till 1980-talet. Jönköping: Hälsohögskolan; 1989.
5. Utterström G. Distriktsvårdens utveckling. Socialmedicinsk tidskrift 1979; 56(9): 489-494.
6. Palmblad E. Medicinen som samhällslära. Göteborg: Bokförlaget Daidalos; 1989.
7. Emanuelsson, A, Wendt, R. I folkhälsans tjänst. Sju decennier med den svenska distriktssköterskan. Stockholm: Vårdförbundet SHSTF FoU-rapport; 1994.
8. Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1995:15). Om kompetenskrav för tjänstgöring som sjuksköterska och barnmorska; 1995.
9. Universitets- och högskoleämbetet. Utbildningsplan för påbyggnadslinjen Utbildning i öppen hälso- och sjukvård fastställd av Universitets- och högskoleämbetet; 1984-03-10.
10. Högskoleförordningen 1993:100. Stockholm: Utbildningsdepartementet; 1993.
11. Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1964:68) Normalinstruktion för distriktssköterskor; 1964.
12. Socialstyrelsen. Kompetensbeskrivningar för sjuksköterskor och barnmorskor. Allmänna råd från Socialstyrelsen; 1995.
13. Socialstyrelsen. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska, februari 2005, <http://www.socialstyrelsen.se> {2005-03-21}.
14. Statens offentliga utredningar (SOU) 1990/91:9. Ädelreformen. Stockholm: Socialdepartementet; 1990.
15. Socialdepartementet. Sammanhållen hemvård SOU 2004:68. Betänkande av Äldrevårdsutredningen. Stockholm: Socialdepartementet; 2004.
16. Svensk författningssamling (SFS). Lag om husläkare SFS. 1993:100. Stockholm: Socialdepartementet; 1993.
17. Lag om upphävande av lagen om husläkare SFS 1995:836. Stockholm: Socialdepartementet; 1995.
18. Einevik-Bäckstrand K, Johansson B. Effekter av husläkarreformen - en primärvårdsuppföljning. Förändringar 1990-1995. Sprirapport 454. Stockholm: Spris förlag; 1997.
19. Statens offentliga utredningar (SOU) 1984:47. Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet. Stockholm: Socialdepartementet; 1984.
20. Regeringens proposition. Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården. Regeringens proposition 1999/2000:149. Stockholm: 2000.
21. Socialstyrelsen. Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården. Slutrapport. Stockholm: juni 2005.
22. Statens offentliga utredningar (SOU) 2000:91. Hälsa på lika villkor-Nationella mål för folkhälsan. Stockholm: Socialdepartementet; 2000.
23. Regeringens proposition. Mål för folkhälsan. Regeringens proposition 2002/03:35. Stockholm: 2002.

24. Statens offentliga utredningar (SOU) 1995:5. Prioriteringsutredningen. Vårdens svåra val. Stockholm: Socialdepartementet; 1995.
25. Regeringens proposition. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Regeringens proposition 1996/97:60. Stockholm:1996.
26. Waldau S. Prioritering i hälso- och sjukvården-att hushålla för rättvisa. Lund: Studentlitteratur; 2001.
27. Statens offentliga utredningar (SOU) 2001:8. Prioriteringsdelegationen. Prioriteringar i vården. Stockholm: Regeringskansliets förvaltningsavdelning; 2001.
28. Haglund B, Svanström L. Samhällsmedicin-en introduktion. 2:a upplagan. Lund: Studentlitteratur; 1995.
29. Medin J, Alexandersson K. Begreppen hälsa och hälsofrämjande-en litteraturstudie. Lund: Studentlitteratur; 2000.
30. Tegern G. Frisk och sjuk. Vardagliga föreställningar om hälsan och dess motsatser [akademisk avhandling]. Linköping: Linköpings universitet Tema hälsa och samhälle. Linköpings studies in Arts and Science vol. 1:1; 1994.
31. Nordenfelt L. On the nature of health. An action-theoretic approach. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company; 1987.
32. Nordenfelt L. Quality of life, health and happiness. Newcastle upon Tyne: Athenaeum press Ltd; 1993.
33. Antonovsky A. Hälsans mysterium. Stockholm: Natur och Kultur; 1991.
34. Eriksson K. Hälsans ide. Vol. 2:a upplagan. Stockholm: Almqvist & Wiksell; 1984.
35. Brülde B, Tengland P-A. Hälsa och sjukdom-en begreppslik utredning. Lund: Studentlitteratur; 2003.
36. Sjöden PO. Livskvalitetsmätning i onkologisk forskning och vård. I: Tishelman C, Ploug-Hansen H, editors. Komplexitet och varieret. En antologi om svensk-dansk psykosocial onkologi. Studentlitteratur: Lund; 1997.
37. WHO group. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the world health organization. Social science in medicin 1995;41:1403-1409.
38. Brülde B. Teorier om livskvalitet. Lund: Studentlitteratur; 2003.
39. Brooks R. With the EuroQol Group. EuroQol: the current state of play. Health Policy 1996;37:53-72.
40. Sullivan M, Karlsson J, Ware JE. Sf-36 Hälsoenkät. Svensk manual och tolkningsguide. International Quality of Life Assessment 1994.
41. Bing V. Små, få och fattiga- om barn och folkhälsa. Lund: Studentlitteratur; 2003.
42. Nationella folkhälsokommittén. En hälsoinriktad hälso- och sjukvård. Rapport från arbetsgruppen för analys av hälso- och sjukvårdens roll för folkhälsa. Stockholm: 2000.
43. WHO. Ottawa charter for health promotion. WHO Europe: Köpenhamn: 1986.
44. Nordenfelt L. Om hälsofrämjande etik. Ett försök till systematik som bas för etisk analys. I Carlsson G, Arvidsson O, editors. Kampen för folkhälsan. Borås: Natur och Kultur; 1994.
45. Ewles L, Simnett I. Hälsoarbete- n praktisk vägledning. Lund: Studentlitteratur; 1994.
46. Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdsrapport. 2001. Linköping: Linköpings tryckeri AB; 2001.
47. Ovhed I. Primary care as an Arena for Primary, Sekundary, and Tertiary Cardiovascular Disease Prevention [akademisk avhandling]. Malmö: Lund University Department of Community Medicine; 1998.
48. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2005. Stockholm: Edita Norstedts; mars 2005.

49. Samuelsson B. Övervinn "de två kulturerna" inom vård, utbildning och lärande. *Läkartidningen* 1999; 96(41): 4440-4444.
50. Eriksson N. Friska vindar i sjukvården. Stöd och hinder vid förändringar i professionell organisationer [akademisk avhandling]. Göteborg Sverige: Förvaltningshögskolan Göteborgs universitet. Kompendiet; 2005.
51. WHO regional publications European series; 48. Nursing in action: strengthening nursing and midwifery to support health for all. Copenhagen: 1993.
52. Lindgren K. Distriktssköterskor vill ha mer tid till förebyggande vård. *Vårdfacket* 1981; 5(16):18-19.
53. SPRI. Distriktssköterskan. Spri rapport 214. Stockholm: 1987.
54. Landstingsförbundet, Spri. Distriktssköterskan. Kunskap, Kontakt, Kontinuitet. Stockholm: 1989.
55. Familjemedicinska institutet. Problem Detection Study. Läkare och Distriktssköterskor. Stockholm:2003.
56. Landstingsförbundet. Störst förtroende för distriktssköterskor. Pressmeddelande 2000-11-01; 2000.
57. Hedin A, Kjällestål C. Kunskapsbaserat folkhälsoarbete. Del 1. Handbok för sammanställning av redan gjorda kunskapsöversikter om interventioner inom folkhälsoområdet. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut; 2002.
58. Kjällestål C, Hedin A. Kunskapsbaserat folkhälsoarbete Del 2. Handbok för framställning av kunskapsöversikter om interventioner inom folkhälsoområdet. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut; 2003.
59. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Osteoporos - prevention, diagnostik och behandling. Stockholm: SB Offset AB; 2003.
60. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Behandling av astma och KOL. En systematisk kunskaps-sammanställning. Stockholm: SB Offset AB; 2000.
61. Ockene J, Adams A, Hurley TG, Wheeler EV, Hebert JR. Brief Physician- and Nurse Practitioner- Delivered Counseling for High-Risk Drinkers. *ARCH INTERN MED* 1999;159:2198-2205.
62. Kinmonth A-L, Woodcock A, Griffin S, Spiegel N, Campbell MJ. Randomised controlled trial of patient centred care of diabetes in general practice: impact on current wellbeing and future disease risk. *BMJ* 1998;317:1202-08.
63. Murchie P, Campbell NC, Ritchie LD, Simpson JA, Thain J. Secondary prevention clinics for coronary heart disease: four year follow up of a randomised controlled trial in primary care. *BMJ* 2003;326:84-7.
64. Moher M, Yudkin P, Wright L, Turner R, Fuller A, Schofield T, Mant D. Cluster randomised controlled trial to compare three methods of promoting secondary prevention of coronary heart disease in primary care. *BMJ* 2001;322:1-7.
65. Jolly K, Bradley F, Sharp S, Smith H, Mant D. Follow-up in general practice of patients with myocardial infarction or angina pectoris: initial results of the SHIP* trial. *Family Practice* 1998;15(6):548-55.
66. Sikorski J, Renfrew MJ, Pindora S, Wade A. Support for breastfeeding mothers. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.: The Cochrane Library 2003 Issue 4.
67. Wolf FM, Guevara JP, Grum Cm, Clark NM, Cates Cj. Educational interventions for asthma in children. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.:The Cochrane Library Issue 4 2003.
68. Griffin S, Kinmonth AL. Systems for routine surveillance for people with diabetes mellitus Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.: The Cochrane Library 2003 Issue 4.

69. Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH. Interventions for preventing falls in elderly people. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.: The Cochrane Library 2003 Issue 4.
70. Hooper L, Summerbell CD, Higgins JPT, Thompson RL, Clements G, Capps N, Davey Smith G, Riemersma RA, Ebrahim S. Reduced or modified dietary fat for preventing cardiovascular disease. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.: The Cochrane Library 2003 Issue 4.
71. Ebrahim S, Davey Smith G. Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.: The Cochrane Library, 2003 Issue 4.
72. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smokers cessation. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.: The Cochrane Library 2003 Issue 4.
73. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.: The Cochrane Library 2003 Issue 4.
74. Silagy C, Stead LF. Physician advice for smoking cessation. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.: The Cochrane Library 2003 Issue 4.
75. Lancaster T, Silagy C, Fowler G. Training health professionals in smoking cessation. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.: The Cochrane Library 2003 Issue 4.
76. Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU). Att förebygga sjukdom i hjärta och kärl genom befolkningsinriktade program-en systematisk litteraturöversikt. SBU-rapport nr. 134. Stockholm: SB Offset AB; 1997.
77. Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU). Metoder för rökavvänjning. SBU-rapport nr. 138. Stockholm: SB Offset AB; 2000.
78. Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU). Evidensbaserad omvårdnad vid behandling av patienter med måttligt förhöjt blodtryck. Stockholm: SB Offset AB Rapport nr. 2;1998.
79. Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU). Avancerad hemsjukvård och hemrehabilitering. SBU-rapport nr. 146. Stockholm: SB Offset AB; 1999.
80. Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU). Behandling av urininkontinens. SBU-rapport nr. 143. Stockholm: SB Offset AB; 2000.
81. Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU). Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapssammanställning. SBU-rapport nr. 156. Stockholm: Elanders Graphic Systems; 2001.
82. Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU). Fetma-problem och åtgärder. En systematisk litteraturöversikt. SBU-rapport nr. 160. Göteborg: Elanders Graphic Systems AB; 2002.
83. Arborelius E. Du bestämmer! En annorlunda hälsovägledning. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut; Rapport 2002:43.
84. Berleen G. Bättre hälsa hos äldre. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut; 2003:41.
85. Haglund BJA, Svanström LO. Evidensbaserad skadeprevention. Om effekter och effektivitet i skadeförebyggande och säkerhetsfrämjande arbete. Stockholm: Folkhälsoinstitutet; 1999:22.
86. Yrkesföreningen för fysisk aktivitet. FYSS. Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut; Rapport nr 2003:44.
87. Berg BL. Qualitative research methods. For the social sciences. ⁵ed Boston: Pearson Education, INC; 2004.
88. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today 2004; 24:105-12.

89. Statens folkhälsoinstitut. På väg mot en mer hälsofrämjande hälso-och sjukvård. Sammanfattning av utredningsunderlag, proposition, riksdagsbeslut, indikatorförslag och exempel på tillämpning. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut; 2005.
90. Socialstyrelsen. Förtroghetskunskap i vård och omsorg. SoS-rapport 1992:3. Modin Tryck: Stockholm; 1992.
91. Riksföreningen för Distriktssköterskor, Familjemedicinska Institutet, Vårdförbundet. Distriktssköterskans uppdrag. Stockholm; 2005.
92. Wilhelmsson S, Ek A-C, Åkerlind I. Opinions about district nurses prescribing. Scandinavian Journal of Caring Science 2001; 15: 326-330.
93. PROTOS. Nationellt Familjeläkarsystem. Underlag för handlingsprogram. <http://www.protos.se> {2005 09 08}.
94. Burke BL, Arkowitz H, Menchola M. The efficacy of Motivational Interviewing: A Meta-Analysis of Controlled Clinical Trials. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2003; 71(5): 843-861.
95. VanWormer JJ, Boucher JL. Motivational Interviewing and Diet Modification: A Review of the Evidence. The Diabetes Educator 2004; 30(3): 404-419.
96. Sveriges Kommuner och Landsting. Att hitta skatten i sitt eget hus-erfarenheter från samtal med landstingsledning om en hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Stockholm: KLF Edita; 2005.
97. Socialstyrelsen. Hälsofrämjande hälso- och sjukvård? En kartläggning av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. www.socialstyrelsen.se, september 2005.



I enlighet med Familjemedicinska institutets uppdrag att samla och sprida kunskap inom primärvården, erbjuder vi våra rapporter i tryckt form till självkostnadspris. De finns också att ladda ner på www.fammi.se. Rapporterna får helt eller delvis kopieras under förutsättning att man anger källan.

Fammi började sin verksamhet den 1 april 2002, vill du veta mer besök www.fammi.se

© Familjemedicinska institutet