



En hälsofrämjande livsstilmottagning nu och i framtiden

- Sett ur livsstilssköterskors perspektiv

Monika Bäckman

Masterarbete
Hälsofrämjande
2015

MASTERARBETE	
Arcada	
Utbildning:	Hälsofrämjande (HYH)
Identifikationsnummer:	17093
Författare:	Monika Bäckman
Arbetets namn:	En hälsofrämjande livsstilsmottagning nu och i framtiden – sett ur livsstilssköterskors perspektiv
Handledare (Arcada):	Pamela Gray
Uppdragsgivare:	Ålands Hälso- och Sjukvård
<p>Sammandrag:</p> <p>Syftet med studien är att ta reda på hur framtidens hälsofrämjande livsstilsmottagning ser ut ur livsstilssköterskors perspektiv. Genom att ta reda på vad det finns för fördelar och eventuella hinder på en livsstilsmottagning, kan man utveckla livsstilsmottagningarna för att motsvara patienternas behov. Studien görs ur ett hälsofrämjande perspektiv och som teoretiskt referensram används Aaron Antonovskys hypotes om salutogenes och KASAM (känsla av sammanhang). Problemområdet avgränsas till livsstilssköterskornas tankar om livsstilsmottagningens viktigaste uppgifter och deras syn på hur den idealiska hälsofrämjande livsstilsmottagningen kan se ut. Som insamlingsmetod används semistrukturerade intervjuer och enkäter. Studien analyseras genom en kvalitativ innehållsanalys med ett induktivt tankesätt. Informanterna jobbar som livsstilssköterskor på Åland, Gotland och Öland. De valdes ut på basen av att de jobbar i ö-samhällen och därmed har liknande geografiska utgångslägen. Resultatet visar att den idealiska hälsofrämjande livsstilsmottagningen skulle bestå av ett team som tillsammans med samarbetspartners utanför organisationen ger patienten en möjlighet att ta kontroll över sin hälsa. För att nå dessa mål krävs det en organisationsledning som prioriterar och ser livsstilsmottagningen likvärdig andra sjukvårdsmottagningar.</p> <p>Studien är ett projekterat examensarbete i samarbete med Ålands Hälso- och Sjukvård.</p>	
Nyckelord:	Hälsofrämjande, hälsofrämjande livsstil, lifestyle changes, health promotion, Ålands Hälso- och Sjukvård
Sidantal:	66
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	25.8.2015

MASTER'S THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Health promotion
Identification number:	17093
Author:	Monika Bäckman
Title:	A health promoting lifestyle department today and in the future - from the view of lifestyle nurses.
Supervisor (Arcada):	Pamela Gray
Commissioned by:	Ålands hälso- och sjukvård (Åland Health Care)
<p>Abstract:</p> <p>The purpose of the study is to find out what the health promoting lifestyle departments of the future look like from the view of lifestyle nurses. By investigating the advantages and possible obstacles at a lifestyle department, it is possible to develop the lifestyle department to meet the needs of the patients. The study is conducted in a health promotion perspective and as a theoretical framework Aaron Antonovsky's hypothesis regarding salutogenesis and SOC (sense of coherence) is used. The problem definition is limited to the lifestyle nurses thoughts regarding the most important tasks of the lifestyle department and their views on how the ideal lifestyle department should be. Semi structured interviews and questionnaires were used as data collection methods. The study is analyzed through a qualitative content analysis with an inductive perspective. The informants are working as lifestyle nurses on Åland, Gotland and Öland. They were chosen based on them working in island communities and thereby having similar geographical starting points. The result shows that the ideal health promoting lifestyle department should consist of a team that together with collaborators outside the organization, work to give the patient the opportunity to gain control over their health. To reach these goals, an organizational management that prioritizes and sees the lifestyle department as equal to the other care departments, is needed. The study is a project in collaboration with Ålands Hälso- och Sjukvård.</p>	
Keywords:	Hälsofrämjande, hälsofrämjande livsstil, lifestyle changes, health promotion, Ålands Hälso- och sjukvård.
Number of pages:	66
Language:	Swedish
Date of acceptance:	25.8.2015

INNEHÅLL

1	INLEDNING	8
2	BAKGRUND	11
2.1	FOLKHÄLSOPROGRAMMET HÄLSA 2015	11
2.2	ETT SOCIALT HÅLLBART FINLAND 2020	12
2.3	TIDIGARE FORSKNINGAR	13
2.4	LIVSSTILSMOTTAGNINGAR I FINLAND OCH SVERIGE	22
2.5	LIVSSTILSMOTTAGNINGEN PÅ ÅLAND	23
3	TEORETISK REFERENS RAM	24
3.1	HÄLSOFRÄMJANDE	24
3.2	SALUTOGENES	25
3.2.1	<i>KASAM</i>	26
3.2.2	<i>Generella motståndsresurser</i>	29
4	SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	30
5	METOD	31
5.1	KVALITATIV FORSKNINGSMETOD	31
5.2	DATAINSAMLING	34
5.2.1	<i>Intervjuguide</i>	37
5.2.2	<i>Insamling av material</i>	39
5.3	ANALYS	40
5.3.1	<i>Kvalitativ innehållsanalys</i>	41
5.3.2	<i>Induktivt tänkande</i>	41
6	ETISKA ÖVERVÄGANDEN	43
7	RESULTAT	45
7.1	SVAR PÅ BAKGRUNDSFRÅGOR	45
7.2	LIVSSTILSMOTTAGNINGARNAS FUNKTION	46
7.3	FÖR- OCH NACKDELAR MED LIVSSTILSMOTTAGNING	49
7.4	FRAMTIDENS HÄLSOFRÄMJANDE LIVSSTILS-	52
	MOTTAGNING	52
8	SAMMANFATTNING OCH DISKUSSION AV RESULTAT	54
8.1	LIVSSTILSMOTTAGNINGENS VIKTIGASTE UPPGIFTER	54
8.1.1	<i>Livsstilssköterskans betydelse för patienten</i>	54
8.1.2	<i>Hälsans betydelse för patienten</i>	55

8.1.3	<i>Livsstilsmottagningens betydelse för organisationen</i>	56
8.2	DEN IDEALISKA LIVSSTILSMOTTAGNINGEN.....	57
8.3	LIVSSTILSMOTTAGNINGENS HINDER IDAG	57
9	DISKUSSION I FÖRHÅLLANDE TILL DEN TEORETISKA	60
	REFERENSRAMEN	60
10	DISKUSSION OCH KRITISK GRANSKNING	63
	Källor	67
	Bilagor	71

Figurer

Figur 1 Ålands livsstilmottagnings uppgifter.....	9
Figur 2 Komponenterna som påverkar KASAM.....	28
Figur 3 Studiens uppbyggnad.....	33
Figur 4 Modell över de betingelser som påverkar kommunikationen i intervjun.....	34
Figur 5 Induktiva utförandet.....	42
Figur 6 Livsstilmottagningar på Åland, Öland och Gotland.....	45
Figur 7 Livsstilmottagningarnas upplägg idag.....	48
Figur 8 För- och nackdelar med livsstilmottagning på ö.....	51
Figur 9 Sammanfattning av resultat.....	59

Tabell

Tabell 1 Livsstilssköterskans betydelse för patienten
Tabell 2 Hälsans betydelse för patienten
Tabell 3 Livsstilmottagningens betydelse för organisationen
Tabell 4 Den idealiska hälsofrämjande livsstilmottagningen
Tabell 5 Livsstilmottagningens hinder idag

FÖRORD

Studietiden har varit intensiv, intressant och lärorik. Jag vill tacka överlärare Bettina Stenbock-Hult som fått mig att se vikten av ett hälsofrämjande tankesätt ur olika synvinklar samt min handledare Pamela Gray hjälp mig under den mest intensiva perioden av min studietid.

Tack till mina arbetskamrater och vänner som har varit mina supportrar och aldrig slutat peppa mig under dessa år. Stor tacksamhet känner jag för min man och mina barn som har varit mitt stöd under studietiden. De har accepterat en fru och mor som inte varit närvarande i samma grad som förr och gett mig chansen att koncentrera fullt ut på studierna.

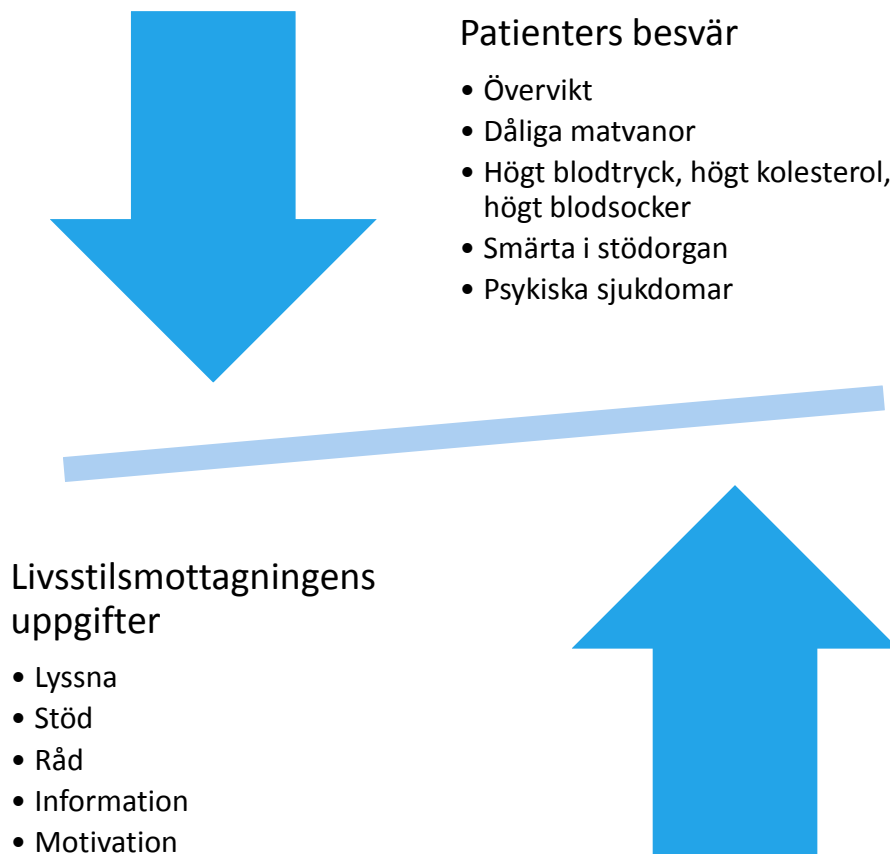
Dessa år har bevisat att jag har valt rätt man, arbetskamrater och vänner.

1 INLEDNING

Statsrådets principbeslut om folkhälsoprogrammet Hälsa 2015 drog upp linjerna för Finlands hälsopolitik under 15 års tid. Huvudvikten i programmet lades vid främjandet av hälsan och inte lika hög grad vid utvecklandet av hälso- och sjukvårdstjänsterna. (SHM 2001 s. 4) Livsstilmottagningarna jobbar för att främja hälsan och finns i olika former, vissa specialiserade på en särskild sjukdom och andra mottagningar tar emot alla som önskar få hjälp med att förändra livsstil. Det finns även kurser via nätet med information om självhjälp.

Skribentens intresse för livsstilmottagningarna vaknade under en diskussion med livsstilssköterskan på Åland. Under diskussionen med livsstilssköterskan kom det fram att det finns ett behov av ett team som består av olika specialister, för att livsstilmottagningen skall motsvara patienternas behov. Som förslag gav livsstilssköterskan ett team som skulle bestå av: sjukskötare, fysioterapeut, läkare, socialarbetare och psykolog på grund av de olika behov patienterna har.

De vanligaste bekymmer patienterna har då de kommer till livsstilmottagningen på Åland är: dåliga matvanor, smärta i stödorgan, psykiska sjukdomar, högt blodtryck, högt kolesterol, högt blodsocker, övervikt. Dåliga matvanor kan leda till metabolt syndrom och patienterna kommer till livsstilmottagningen för att få råd och stöd att förändra sina matvanor. Smärta i stödorgan, på grund av till exempel artros i knäna, kan kräva en operation men före operationen måste patienten gå ner i vikt. Även patienter med psykiska sjukdomar kommer till mottagningen för att få hjälp med metabola syndrom som kan vara en biverkning av medicinering eller inaktivitet. (Figur 1)



Figur 1. Ålands livsstilmottagnings uppgifter

För att kunna åtgärda problemen och hjälpa patienten på bästa sätt krävs det ett samarbete mellan: livsstilsskötare, psykolog, fysioterapeut, dietist, diabetesskötare, socialarbetare och endokrinolog. (Bilaga 1)

Åland är en ö vilket medför fördelar och utmaningar för sjukvården. Det positiva med sjukvården i mindre skala är att det är lättare att samarbeta mellan primär- och specialistsjukvården, samt mellan sjukvårdspersonal och läkare. Utmaningen är det geografiska då det inte finns kapacitet att sköta om viss specialistsjukvård på Åland. Exempel på specialistsjukvård som sköts i Sverige eller Finland är bland annat: strålbehandling, akuta hjärtsjukdomar, akuta neurologiska sjukdomar och infertilitetsbehandling. Alla patientförflyttningarna till Finland och Sverige görs med flyg, båt eller helikopter vilket ökar sjukvårdskostnaderna. Ekonomin styr hur sjukvården kan utvecklas och en kostnadseffektiv sjukvård är av vikt. Genom att införa ett hälsofrämjande tankesätt i

primärvården kan man eventuellt förhindra livsstilsrelaterade sjukdomar och minska belastningen på den specialiserade sjukvården.

Då Åland är en ö vaknade intresset att studera hur livsstilmottagningarna ser ut på andra öar. Eftersom Åland är geografiskt sett nära Sverige kändes det naturligt att välja Gotland och Öland som forskningsobjekt. Syftet med studien är att ta reda på hur framtidens hälsofrämjande livsstilmottagning ser ut ur livsstilssköterskors perspektiv. Genom att ta reda på vad det finns för fördelar och eventuella hinder på en livsstilmottagning, kan man utveckla livsstilmottagningarna för att motsvara patienternas behov.

2 BAKGRUND

Hälsan är ett positivt och dynamiskt koncept. Det är också vardagslivets resurs som bör förstärkas genom att utveckla populationens och människornas livstil. Hälsan är en mänsklig grundrättighet och nödvändig för den sociala och ekonomiska utvecklingen enligt Koskenvuo & Mattila (2009) men enligt Cohen et al (2008) är både förebyggande åtgärder och behandlingar av sjukdomar lika kostsamma för samhället. För att kunna fastställa vilka förebyggande åtgärder eller behandlingar som är mest effektiva bör man identifiera de som inte är fullt utvecklade på bred front samt de som kan betjäna en större population och kan ge en förbättring av hälsan för en acceptabel kostnad. (Cohen et al. 2008)

Primärvårdsklinikerna erbjuder förebyggande åtgärder men det är en utmaning att hjälpa en patient att förändra livsstil. Vanliga åtgärder i dessa hälsoprogram är: gruppundervisning, individuell rådgivning, telefonrådgivning, nätbaserad rådgivning, stödgrupper och att skriva dagbok. I tidigare studier att det kommit fram att motiverande faktorer för att göra en livsstilsförändring är att: ha kontakt med rådgivaren, fira när man når ett mål, uppmuntras till självövervakning, erbjudas gratis medel för att stöda livsstilsförändringar, erbjudas en stödgrupp, skriva ner realistiska mål och att kommunicera regelbundet med andra i samma situation. Livsstilsprogram borde även innehålla stresshantering och copingstrategier då stress associeras till dåliga levnadsvanor. (Courtney et al. 2009)

2.1 FOLKHÄLSOPROGRAMMET HÄLSA 2015

”Hälsa 2015” är ett samarbetsprogram som utgör en ram för hälsofrämjandet i samhället. Grunden till programmet kom från Världshälsoorganisationen WHO:s program ”Hälsa för alla” och det är en fortsättning på det nationella programmet ”Hälsa för alla år 2000”. Det sträcker sig över olika förvaltningssektorer då folkhälsan till stora delar bestäms av faktorer som står utanför den egentliga hälso- och sjukvården. Man räknar med: livsföringen, livsmiljön, kvaliteten på olika produkter samt faktorer i samhället som stöder eller äventyrar hälsan. (SHM 2001 s. 4) Hälsan hos dem som är i arbetsför ålder har utvecklats positivt under årtiondet före programmet startade och de viktigaste utmaningarna var dö-

dsfall i följd av olyckor, våld bland unga vuxna män, sjukfrekvensen vid långtidsarbetslöshet och annan social utslagning. I de yngre åldersklasserna var utmaningen hur arbete och familjeliv kan förenas ur hälsosynvinkel. (SHM 2001 s. 24)

Den positiva utvecklingen man strävar efter inom folkhälsovården förutsätter att alla finländare försäkras en högklassig och lika tillgång till tjänster för att förebygga och sköta sjukdomar, skador samt omvårdnad och vård. Människorna skall själva främja sin hälsa genom att bland annat motionera, äta hälsosamt och sluta röka men de behöver information och stöd som grund för besluten. (SHM 2001 s. 28)

2.2 ETT SOCIALT HÅLLBART FINLAND 2020

Social- och hälsovårdsministeriet i Finland skrev år 2010 en strategi för social- och hälsovårdspolitiken. Målet för strategin var ett socialt hållbart samhälle där människorna behandlas jämlikt, allas delaktighet säkerställs och allas hälsa och funktionsförmåga främjas. Ett socialt hållbart samhälle behandlar alla samhällsmedlemmar rättvist, stärker delaktigheten och gemenskapen, stöder hälsan och funktionsförmågan samt tillhandahåller den trygghet och service som behövs.

Befolkningen i Finland åldras snabbare än i de flesta andra länder under de närmaste åren. I och med det växer utgifterna inom den offentliga ekonomin medan nationalekonomins tillväxtpotentialer försämras på grund av att personer i arbetsför ålder minskar. För att en social- och ekonomisk hållbarhet skall bibehållas måste det finnas friska medborgare, hög sysselsättningsgrad och effektiva social- och hälsovårdstjänster.

Man måste investera i hälsa och handlingsförmåga samt i förebyggande av sociala problem. Tyngdpunkten måste förskjutas från sjukvård till aktivt främjande av välbefinnandet och samhället måste stödja människorna i de val vilka de kan förbättra sin livskvalitet. (SHM 2010 s. 3-6)

Tyngdpunkten inom social- och hälsovården förskjuts, så att den i större utsträckning ligger på förebyggande verksamhet. Servicesystemet måste kunna hjälpa tidigt och effektivt, då de egna resurserna inte räcker till. Alla yrkesgrupper inom social- och hälsovården måste öka sin kompetens inom förebyggande arbete, och tillgången på förebyggande tjänster måste förbättras enligt Social- och hälsovårdsministeriet. (SHM 2010 s. 11)

2.3 TIDIGARE FORSKNINGAR

Centrala begrepp i studien kommer att vara: hälsofrämjande, hälsofrämjande livsstil, lifestyle changes, health promotion.

I tidigare forskning har det kommit fram varierande resultat. Vissa forskning visar att livsstilsförändringar under ledning av sjukvårdspersonal leder till förbättrad hälsa, andra forskning visar att det inte har någon effekt och sedan finns det forskning som visar att det ger effekt under ledning av sjukvårdspersonal men inte utan ledning av sjukvårdspersonal.

Mängden kroniskt sjuka patienter ökar varje år och det beror delvis på ohälsosam livsstil enligt Greense et al (2013). I en holländsk studie ville man forska i vilka hälsofrämjande åtgärder de holländska allmänläkarna och sjukskötarna genomför i primärvården. Genom att intervjua 16 allmänläkare och 9 sjukskötare ville man även ta reda på vad som anses som hinder i utförande av hälsofrämjande arbete. Alla sade att de ger rådgivning eller skriver remiss vidare till sina patienter men att det finns flera hinder. Dessa hinder var relaterade till patienten, till personalen och mottagningen, attityderna, hälsofrämjande programmen och sjukvårdssystemet. De största hindren ansågs vara: tidsbrist, brist på självsäkerhet gällande rådgivning speciellt gällande alkohol och dieter, brist på självsäkerhet gällande effekt av ingripande, dålig ersättning och omotivade patienter.

Att skriva remiss till dietist och fysioterapeut ansågs vara viktigt i denna studie, för att främja en hälsosam livsstil. Antalet hälsofrämjande aktiviteter som organiserades och erbjöds på mottagningarna varierade, men de medverkande föredrog hälsofrämjande program på deras egen mottagning istället för nationella program utanför arbetsplatsen. Studien visar att allmänläkare och sjukskötare i Holland informerar och ger rådgivning om hälsofrämjande aktiviteter men de upplever att det finns hinder som hindrar dem att slutföra sina uppdrag (Geense et al. 2013).

I en dansk studie ville man bland annat se på de hinder som finns för att utöva hälsofrämjande arbete i primärvården. Målet med studien var att ta reda på danska allmänläkares upplevelser av att kunna påverka patienters livsstil och vad det finns för hinder att göra det. Även i denna studie kom det fram liknande hinder som i Greense et

als (2013) studie. Studien gjordes som en fokusgruppintervju av 5 allmänläkare. Majoriteten av läkarna ansåg att de har en viktig roll för att främja hälsa men att de inte fått utbildning som rådgivare vilket gör att endel upplevde att de har brist på självsäkerhet angående livsstilsrådgivning. Läkarna nämnde att det behövs: bra faciliteter och verktyg, lugn plats, träning i kommunikation och diskussion, skolning av personal och en kunskap i att kunna identifiera de patientgrupper som borde prioriteras i preventivt syfte. De kände även att de inte alltid haft framgång i att förändra patienters beteenden och det kom fram en viss frustration över patienter som inte förändrade sin livsstil trots att de fått rådgivning. En läkare beskrev en storrökare som kom till mottagningen endast för att få ta en lungröntgen. Orsaken till detta var att utesluta att patienten hade lungcancer och kunde fortsätta röka. (Jacobsen et al. 2005)

Etiska frågeställningar som kom upp i studien är kopplade till begreppet: "att störa" patienternas livsstil. En läkare nämnde att det största problemet är att läkarna sitter i sin egen värld och patienterna kommer med sin värld – då måste två olika världar mötas. Då är det viktigaste att se patienternas värld före läkarna ger råd, annars finns det en risk att läkarna sitter och predikar som om de vet alla svar. Även om läkarna är medvetna om livsstilens betydelse för att bota sjukdomar, har deras erfarenheter visat dem att förebyggande arbete är ett komplext fenomen där patienternas vardagliga omständigheter har en stor betydelse på deras hälsa och livstil. Det finns även de psykologiska aspekterna att ta i beaktande vid möte med en patient. En läkare i studien ansåg att det finns brist på platser för människor att gå till för att diskutera. Det finns präster patienterna kan tala med - men det gör de inte, enligt läkaren. Många diskussioner under en hälsokontroll slutar med att det blir en diskussion om psykologiska faktorer, som patientens självkänsla eller ännu mera höglyftande saker. På grund av den stora mängden patienter per läkare ansågs det inte möjligt att på allmän basis introducera hälsoförebyggande sållningar eller diskussioner för allmänläkare. (Jacobsen et al. 2005)

Liknande resultat kom fram i en finsk studie där man forskade i hur läkare och sjukskötare i primärvården ser på sin roll i hanteringen av livstilsrelaterade sjukdomar och riskfaktorer. Majoriteten av sjukskötarna och läkarna var ense om att patienterna själva måste acceptera sitt eget ansvar för livstilsförändringarna. Lite mera än hälften av dem som deltog i studien ansåg att de inte hade tillräckliga färdigheter att rådgiva, två tre-

djedelar ansåg att de har kunnat hjälpa patienter att förändra sin livsstil och två tredjedelar av läkarna samt hälften av sjukskötarna svarade att deras tidtabell är för hektisk för att ha tid att gå in i patientens livssituation. Sjukskötarna kände sig oftare obekväma att intervjua avseende övervikt och tobaksvanor. Resultatet i studien visar att informera är en central men otillräcklig del i hälsorådgivning då patienternas motivation och vilighet att förändras lämnas olöst. De som besvarade enkäten ansåg att även om patienterna är ansvariga för sin egen livsstilsförändring, så är majoriteten av patienterna inte kapabla att agera för sitt eget bästa. Dilemmat med denna situation är att det kan vara frustrerande för personalen och kan leda till att vissa försummar livsstilsrådgivning och förlitar sig övervägande på farmakoterapi i behandlingen av livsstilsrelaterade sjukdomar. (Jallinoja et al. 2007)

Primärvårdsklinikerna har ofta kontakt med patienter som har riskfaktorer för kroniska sjukdomar. Primärvårdsklinikernas personal har en möjlighet att påverka patienterna men det finns ett stort gap mellan möjlighet och praktik enligt Laws et al (2008) som forskat i Australiens primärvårdspersonals övertygelser och attityder angående hantering av riskfaktorer relaterade till livstil. Hantering av riskfaktorer har visats vara kopplade till primärvårdspersonalens övertygelser och attityder, samt till hälso- och sjukvårdens struktur och organisationen. För att förbättra metoder som påverkar riskfaktorerna bör man fundera över: hur metoderna passar in i sjukvårdspersonalens roll, det ökar hennes självförtroende och övertygelse om att patienterna tar emot hjälpen, tron på effektivitet och attityder över sin egen livstil.

Bombard et al (2013), Petrogianni et al (2013) Courtney et al (2009) och Knutsen & Foss (2011) har alla bevisat i sina forskningar att det är av stor vikt att sjukvårdspersonal stöder, informerar och ger rådgivning om livsstilsförändringar till patienter. Även Carmona-Terés et al vill analysera effekten av hälsocoaching före kirurgisk behandling.

Bombard et al (2013) forskade i hur sjukvårdspersonal kan sänka fertila kvinnors höga blodtryck genom rådgivning. Majoriteten av kvinnorna, som var i åldern 18-44 år, hade fått råd om motionens, saltintagets och en hälsosam kosts betydelse för att sänka blodtrycket. De hade även följt råden. Endast ca 44% hade fått information om alkoholens betydelse för att sänka blodtrycket, men de som hade fått råd om alkoholens betydelse

hade följt dem. Sammanfattningen i forskningen var att det är av stor vikt att sjukvårdspersonal rutinmässigt informerar och ger rådgivning om livsstilsförändringar för att sänka blodtrycket hos fertila kvinnor.

Petrogianni et al (2013) forskade i livsstilsförändringars påverkan på människan. Forskningens mål var att utvärdera effekten av ett 3-månaders livsstilsförändringsprogram för personer med höga blodfettsvärden. De valde ut 108 personer i åldern 40-60 år som hade höga blodfettsvärden. Under gruppträffar fick de information om kost, motion och sjukdomar. De fick även en stegräknare och skulle sätta ett mål för hur många steg de skulle ta under en viss period. Forskningen visar att implementering av livsstilsprogram har en gynnsam effekt på kvaliteten på näringsintag, fysiska aktiviteten, resultaten av kroppsmätningar och risken för vissa hjärt- och kärlsjukdomar. (Petrogianni et al 2013)

The Game of Health (GOH) skapades av en grupp sjukskötare, läkare och assisterande läkare i Texas för att effektivisera patienter med kroniska sjukdomar att göra livsstilsförändringar. GOH baserar sig på social kognitiv teori som stöder patienters beteendeförmågor och själveffektivisering genom att sätta mål, övervakning och personlig feedback. Syftet med denna pilotstudie var att utvärdera effekten av ett 12-veckors livsstilsförändringsprogram där målgruppen var patienter med kroniska sjukdomar. GOH är uppbyggt som ett metaforiskt baseball-spel där det finns 12 motståndare där en motståndare kan vara till exempel stress. När patienten fått den kunskap och färdighet för att klara av stressen, flyttade de fram till följande motståndare som kunde vara till exempel dåliga matvanor. Patienterna introducerades även i "The Seven Healers" som är sju specifika beteendekområden för att förbättra hälsan. Dessa sju områden är: luft, vatten, sömn, mat, lek (träning), relationer och mening i livet. The Seven Healers koncentrerar sig på positiva beteendekområden och hälsosam livsstil. (Courtney et al. 2009)

Resultatet visade att patienterna uppskattade att skriva ner mål och diskutera sina resultat i grupp samt att lära sig göra livsstilsförändringar genom att koncentrera sig på positiva livsstilsförändringar. Deltagarna hade inte gått med i programmet om de inte fått en remiss av läkare. Endel ifrågasatte även kostnaden, då de var av den åsikten att sjukförsäkringen borde stå för kostanden. Även om GOH var ett populärt program var det klart att sjukvårdsmottagningarna inte hade kapacitet att fortsätta programmet som

krävde engagemang varje vecka. Studien visar att det finns ett behov av att sjukvårdspersonalen finner nya innovativa vägar för att motivera och stöda sina patienter till ett hälsosammare liv. (Courtney et al. 2009)

I Norge har lärande- och behärskningscentrum (Learning and Mastery Centres – LMC) implementerats i flera sjukhus på grund av den växande mängden av kroniska tillstånd. Ideologin bakom LMC grundar sig på ett amerikanskt program där huvudkonceptet bygger på att stärka patienter med kroniska tillstånd och målet är att främja självhjälp. Ett kroniskt tillstånd som ökar i Norge och även i Europa, är fetma. Norge har startat ett nationellt program för att behandla vuxna som lider av fetma. Behandlingsprocessen är indelad i tre steg: en introduktionsdel, en behandlingsperiod och en eftervårdsperiod. I linje med nutida tankar om empowerment ligger betoningen på att patienterna aktivt skall delta i behandlingsprocessen. (Knutsen & Foss 2011)

I Carmona-Terés et als (2015) studie vill man analysera effekten, kostnadseffektiviteten och kostnad av verktyg vid en hälsocoaching-intervention hos patienter med knäartros. Hälsocoaching har definierats som en intervention som gör det lättare att nå hälsomål, minskar ohälsosam livsstil, förbättrar egenvård vid kroniska sjukdomar och förbättrar livskvaliteten för patienterna. De kliniska riktlinjerna för första behandling av knäartros borde vara icke-farmakologiska och borde inkludera viktnedgång, fysisk aktivitet och egenvård vid smärta. Eftersom hälsorådgivning har varit effektivt vid livsstilsförändringar vill studien påverka livsstilen hos de patienter som lider av knäartros genom att en interventionsgrupp får, förutom standard vård, 20 timmar hälsorådgivning och uppföljningsmöten. En kontrollgrupp får endast standardvård vilket innebär kort information av läkare eller sjukskötare om bland annat: smärtlindring, viktkontroll, fysisk aktivitet, rätt kroppshållning och vila. Uppföljningsbesök görs vid 3, 6 och 12 månader. Målet med studien är att förbättra hälsan, hjälpa patienterna förändra livsstil samt upprätthålla hälsosam livsstil. Om studien visar kostnadseffektivitet kan resultaten överföras till de kliniska riktlinjerna och primärvårdsenheterna.

Mellan år 2011-2012 gjordes en studie på Lillåns vårdcentral, Örebro, där man ville ta reda på om det fungerar att ha en livsstilmottagning på en vårdcentral. Det startades ett projekt som kallades KRAMA (kost-, rökning-, alkohol- och motionsvanor) och genom

reklam bjöd man in människor att delta i projektet. De hade svårt att rekrytera individer till hälsokontroll och endast 23 av 4000 personer i åldern 35-58 deltog i projektet, varav 11 var kvinnor och 12 var män. Deltagarna fick fylla i en enkät med frågor om livsstilsvanor och provtagning utfördes. Varje deltagare fick en personligt brev med resultatet och förslag på livsstilsförändringar. De fick även information om att de kan få hjälp av en kostrådgivare, astmasköterska, stresskurs eller alkoholklinik, beroende på vad de skulle göra för livsstilsförändring. Efter 12 månader skickades ett brev hem till deltagarna för uppföljning. Ingen av deltagarna kom till uppföljningen. Projektansvariga tog kontakt per telefon, varav 74% var anträffbara och hälften av dem var nöjda med programmet men kunde ej förklara varför de ej kom på uppföljningsbesöket.

Ett liknande projekt gjordes samtidigt i Örebro, som var riktat till sjuka patienter med till exempel hjärt- och kärlsjukdomar. I detta projekt kom patienterna till uppföljningarna, kanske för att de var sjuka till skillnad mot deltagarna i KRAMA-projektet. Studiens slutsats var att det är tveksamt om primärvården skall satsa på resurser på mera omfattande interventioner mot dåliga levnadsvanor. Enkla upplysningar och råd angående livsstilsförändringar skall ges men de stora insatserna för bättre livsstil borde samhället stå för genom olika åtgärder för att till exempel motverka rökning och alkoholkonsumtion, samt stimulera för ökad fysisk aktivitet och goda kostvanor. (Marin, J. 2012)

En gemensam nämnare kan skribenten se i de beskrivna studierna – det finns en viss osäkerhet när det gäller rådgivning både bland sjukskötare och läkare. De känner att de inte har fått den utbildning som behövs för att kunna rådgiva och motivera patienter i livsstilsfrågor.

När skribenten läste forskning och annan litteratur inom området, nämndes “motiverande samtal” eller “motiverande intervju” som en metod i hälsofrämjande arbete och i en svensk studie ville de beskriva sjukskötares erfarenheter av motiverande samtal som en metod i hälsofrämjande arbete. Motiverande samtal är ett verktyg som kan användas vid hälsofrämjande arbete med livsstilsförändringar. Grundidén med motiverande samtal är att hjälpa patienter att förstå sina livsstilsproblem och att göra positiva livsstilsförändringar. Tjugo sjukskötare som jobbade inom primärvården och använde

motiverande samtal som metod, intervjuades. Sjukskötarna ansåg att motiverande samtal som metod är: krävande, berikande och användbar metod som främjar medvetenhet och vägledning i vårdrelationer. Det är ett värdefullt verktyg i det hälsofrämjande arbetet. (Brobeck et al. 2011)

Motiverande samtal är krävande för den som utför dem. Det krävs professionell erfarenhet, träning och möjlighet att praktisera metoden. Sjukskötarna ansåg att det krävs en säkerhet som man inte har som nyutexaminerad och det går inte att enbart läsa sig in på området, man måste få möjlighet att utöva praktisk träning. Det krävs även ett genuint intresse för att kunna jobba med metoden. För att samtalen skall vara så effektiva som möjligt måste sjukskötarna vara förstående och visa respekt under dialogen. Sjukskö- taren kan inte sätta för stora krav på patienten och måste respektera patientens val, även om sjukskötaren skulle vara av en annan åsikt. (Brobeck et al. 2011)

Vårdrelationen kräver tillit, växelverkan och tolerans. Genom att sjukskötaren håller sig i bakgrunden och visar att patienten är i centrum, skapas en tillit och genom att inte kritisera misslyckanden, utan se dem som en positiv lärdom, ökar man toleransen. Moti- verande samtal ger en medvetenhet om sjukskötarens hälsofrämjande roll, då patienten kommer fram till en slutsats istället för att sjukskötaren berättar hur de skall göra. Det klargör även förändringsstrategier då patienten får en möjlighet att fundera över sin situ- ation. Sjukskötarna ansåg att de motiverande samtalen var: stimulerande, utvecklande och effektiva och att det metoden är användbar i alla dialoger, även korta dialoger och telefonkontakter inom olika områden. (Brobeck et al. 2011)

Enligt Brobeck et al. (2011) är det även nödvändigt att sjukskötaren reserverar adekvat tid för processen för att patienten skall klara av att göra livsstilsförändringar. Den allmänna tanken är att det tar några månader, men det kan ta flera år före en patient klarar av att göra livsstilsförändringar. Studien visade även att patientvård överlag är tidskrävande. Därför är det viktigt att det finns ett stöd för motiverande samtal från sjukvårdsorganisationen, så att sjukskötare får möjlighet att använda metoden i pa- tientkontakter och genom det medverka i utövandet av hälsofrämjande arbete i primärvården. (Brobeck et al. 2011)

Lindgren & Nilmond (2012) vill i sin studie beskriva olika yrkeskategoriers önskningskring sjukdomsförebyggande arbete på en vårdcentral. Tolv semistrukturerade intervjuer genomfördes med olika yrkeskategorier. Yrkeskategorierna som var representerade i studien var: läkare, distriktsjukskötare, sjukskötare, sjukgymnast, psykolog, kurator, arbetsterapeut, undersköterska och verksamhetschef. Flertalet informanter upplevde det som mycket betydelsefullt att ha en hälsomottagning med en hälsospecialist och de flesta ansåg att en distriktsjukskötare med intresse för vidareutbildning inom hälsofrämjande vara en lämplig yrkeskategori för detta. Hälsospecialisten skulle, förutom att implementera det sjukdomsförebyggande arbetet, även driva och koordinera arbetet på vårdcentralen och externa mottagningar. Det ansågs även viktigt att planera patienternas hälsovård så att patienten kan gynnas av den samlade kompetens som finns bland de olika yrkeskategorierna.

Det kommer fram i denna studie att livsstilmottagningar är en kostnadseffektiv satsning för vårdcentraler och hälsofrämjande specialistmottagningar är nödvändiga, men det anses inte vara den fullständiga lösningen för hur det sjukdomsförebyggande arbetet ska organiseras. Informanterna beskrev att det behövs, förutom hälsospecialist, att alla yrkeskategorier med patientkontakt behöver involveras i det sjukdomsförebyggande arbetet. Detta genom att bland annat gemensamt arbeta med att identifiera patienter med ohälsosamma levnadsvanor och ge dem information om hur de kan få hjälp och stöd på vårdcentralen. För att lyckas med detta krävs det ett gott samarbete mellan yrkeskategorierna. (Lindgren & Nilmond 2012)

I en svensk studie intervjuades 12 personer som vårdade patienter med psykiska sjukdomar i öppna vården. Studiens syfte var att utreda personalens erfarenheter av att implementera livsstilsförändringar för att förebygga metaboliskt syndrom hos personer med psykiska sjukdomar. Studien visade att livsstilsförändringarna måste göras på patienternas villkor och att det är en fortgående motivationsprocess som måste upprepas och värderas regelbundet. Det är svårt att implementera livsstilsförändringar hos patienter med psykiska sjukdomar, men det är möjligt enligt deltagarna i studien. De flesta patienterna är medvetna om vikten av att göra livsstilsförändringar med det finns hinder, då de även måste klara av och acceptera sin sjukdom. De största hindren ansågs vara negativa symptom och kognitiv försämring då medicinerna ofta leder till viktuppgång och patienten utvecklar metaboliskt syndrom. Studiens deltagare ansåg att det är viktigt

med fortgående mätningar av metaboliska riskfaktorer under medicinering. De kände att de är satta i ett etiskt dilemma då de är ansvariga över att patienterna tar sin medicin trots att de vet biverkningarna. (Bergqvist et al. 2013)

Det är viktigt att patienterna får en daglig rutin och att tidigare rutiner undersöks för att identifiera hälsofaktorer som: diet, träning, rökning och alkoholkonsumtion. Målet är att samarbeta med patienten och se vad som kan eller bör förändras. Deltagarna i studien ansåg att det är viktigt att arbeta med hälsofrämjande åtgärder i så tidigt skede som möjligt men vårdpersonal arbetar inte alltid hälsofrämjande i ett tidigt skede då hälsofrämjande insatser inte sätts in före det konstaterats försämrad hälsa eller sjukdom. Detta gör det svårt för patienten, då hon måste göra livsstilsförändringar och samtidigt klara av en dålig hälsa. (Bergqvist et al. 2013)

Karolinska Institutet har i samverkan med hjärt- och lungfonden startat en livsstilskurs via nätet. Där får man bland annat information om orsaker, mat, motion, stress och tobak. En del av informationen är gratis, men man kan även delta i kurser som har en viss kostnad (Karolinska Institutet 2015). Man kan se det som en modern och effektiv hälsovård då en stor del av befolkningen i Norden använder nätverk för att få information. Buis (2011) har studerat sociala nätverks för- och nackdelar. Majoriteten av den vuxna befolkningen har tillgång till internet där det finns olika webbplatser som erbjuder hjälp till livsstilsförändringar med bland annat: stegräknare, kalorimätare, grupper som diskuterar hälsa och motion. Det är enkelt att följa upp sin egen hälsa och kondition. Enligt Buis är även validiteten bättre då det inte går att ändra resultaten vilket man kan göra om man skriver ner sina resultat på ett papper. Nackdelen med sociala nätverks webbplatser är att det ger en möjlighet till mobbning, det finns självdestruktiva grupper och alltid en risk för att identiteten framkommer. Även om förmedling av hälsofrämjande insatser och fokusering på autonomi via internet har lett till kortsiktiga livsstilsförändringar, har det inte forskats i de långsiktiga effekterna av dessa program. Eftersom sociala nätverks webbplatser stöder självövervakning, målsättning och prestationsprocesser, kan de bli en effektiv plattform i framtiden för att förmedla hälsofrämjande information grundade i autonomi.

2.4 LIVSSTILSMOTTAGNINGAR I FINLAND OCH SVERIGE

Livsstilsmottagningar eller även kallade levnadsvanemottagningar finns i olika former, vissa specialiserade på en särskild sjukdom och andra mottagningar tar emot alla som önskar få hjälp med att förändra livsstilen. Det finns även kurser via nätet med information om självhjälp. Skribenten skall som följande redogöra för hur de ser ut på några mottagningar i Sverige och Finland.

Vid livsstilsmottagningen i region Gotland, Sverige, kan man ta kontakt med vårdcentralen och boka tid till en specialistutbildad distriktssköterska om man är intresserad av att samtala om sina levnadsvanor. Vid mötet tar man upp områden som matvanor, fysisk aktivitet, tobak och alkohol. (Region Gotland 2014) Även vid livsstilsmottagningen i Korsholms kommun, Finland, erbjuds rådgivning samt uppföljning av patienter med risk att insjukna i hjärt- och kärlsjukdomar, personer med störningar i glukosbalansen och personer med metabolt syndrom. Vid livsstilsmottagningen ges även råd och stöd till personer med missbrukarproblem eller psykisk ohälsa samt till deras anhöriga. Det krävs ingen remiss för att besöka livsstilsmottagningen. (Korsholms kommun 2014) Konceptet är liknande som på Åland förutom att patienterna kan ta kontakt med livsstilsmottagningen utan remiss.

Karolinska Universitetssjukhuset i Sverige har en livsstilsmottagning som är ett samarbete mellan sjukskötare och läkare. De riktar sig till både primärvården och sjukhusansluten vård och är ett samarbete mellan allmänmedicin och kardiologi med hjärtkärlpreventiv inriktning d.v.s för patienter med hjärtkärlsjukdom eller risk för att få sådan sjukdom på grund av övervikt, bukfetma, metabola syndromet, höga blodfetter, högt blodtryck, diabetes, rökning, fysisk inaktivitet med mera. (Karolinska Universitetssjukhuset 2015)

Karolinska Institutet har med stöd av Hjärt- och Lungfonden startat en livsstilskurs på nätet där man får hjälp med att ändra sina levnadsvanor. Informationen om självhjälp är gratis men livsstilskursen har en avgift. (Karolinska Institutet 2015)

2.5 LIVSSTILSMOTTAGNINGEN PÅ ÅLAND

Enligt Ålands livsstilsmottagnings verksamhetsberättelse (ÅHS 2013) arbetar mottagningen med hälsofrämjande sjukvård och har som mål att i varje patientmöte identifiera och främja de livsstilsfaktorer som ökar förutsättningarna till en god hälsa över tid. Vissa kontakter är kortvariga och kretsar kring en specifik livsstilsfaktor och andra kontakter sträcker sig över en längre tid och gäller då flera livsstilsfaktorer.

Livsstilsmottagningen på Åland startade upp hösten 2004 på grund av att andelen prediabetiker ökade markant och primärvårdens diabetessköterska inte hade kapacitet att ta hand om dem. Mottagningen hade öppet två dagar i veckan och sköttes av en sjukskötare som hade omvårdnadshandledarutbildning och gått kurser i diabetes.

Tio år senare krävs det en heltidsanställd sjukskötare och en sjukskötare som jobbar 4 timmar i veckan på livsstilsmottagningen. De samarbetar med specialistsjukvårdens endokrinolog och dietist, primärvårdens och specialistsjukvårdens diabetessköterskor och med externa aktörer. Mottagningen tar emot vuxna personer som riskerar att utveckla livsstilsrelaterade sjukdomar eller som redan har utvecklat livsstilsrelaterade sjukdomar. Patienterna blir remitterade till mottagningen av läkare från primärvården och specialistsjukvården.

Det är inte bara prediabetiker som besöker mottagningen i nuläget. En majoritet av patienterna har övervikt och lider ofta av: förhöjt blodtryck, diabetes typ 2, blodfetsksrubbnings, bukfetma, hjärt- och kärlsjukdomar, hypertoni, sömnapné, muskel- och ledsjukdomar eller infertilitet. Riskbruk av alkohol och tobak, stress och sömnproblem samt psykosociala problem upptäcks ofta vid första besöket och även de tas hand om. Från och med hösten 2014 finns det en sjukskötare på Hälsocentralen som tar hand om tobaksavvänjningen.

Majoriteten av patienterna som remitteras till livsstilsmottagningen har komplexa problem som kräver insatser av både interna och externa aktörer. Andelen överviktiga med psykiska funktionshinder är i majoritet. Även andelen patienter med ekonomiska problem har ökat markant och en del har haft behov av Kyrkans diakoni och Folkhälsans ekonomirådgivning. (ÅHS 2013)

3 TEORETISK REFERENS RAM

Studien görs ur ett hälsofrämjande perspektiv och som teoretisk referensram används Aaron Antonovskys hypotes om salutogenes och KASAM (känsla av sammanhang).

3.1 HÄLSOFRÄMJANDE

Den första internationella konferensen om hälsofrämjande gick av stapeln i Ottawa år 1986. Definitionen på hälsofrämjande enligt Ottawa Charter (1986) är följande:

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 realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment. Health is, therefore, seen as a resource for everyday life, not the objective of living. Health is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities. Therefore, health promotion is not just the responsibility of the health sector, but goes beyond healthy life-styles to well-being. (WHO 2009)

Enligt Ottawa Charter (WHO 2009) är hälsofrämjande en process där man ger människorna en möjlighet att öka kontrollen över, och förbättra, deras hälsa. För att nå ett fullständig fysiskt-, psykiskt- och socialt välbefinnande måste en individ eller en grupp kunna identifiera och inse strävanden, tillgodose behoven, och förändra eller klara av miljön. Hälsan ses som en resurs för det dagliga livet, inte syftet med levandet. Hälsa är ett positivt koncept med betoning på sociala och personliga resurser och även fysisk kapacitet.

Ottawa-manifestet (Ottawa Charter) tar upp tre hälsofrämjande strategier. Den första strategin är att medla (mediate). Förutsättningar och framtidsutsikter för hälsan kan inte vara säkrad av endast hälsovårdssektorn. Hälsofrämjande kräver samordnade åtgärder av alla berörda, av regeringen, hälso-, sociala-, och ekonomiska sektorerna, av frivilliga organisationer, industrier och av media. Människor i alla samhällsskikt är involverade som individer, familjer och samhällen. Professionella, sociala grupper och hälsovårdspersonal har ett stort ansvar att medla mellan olika intressen i samhället.

Hälsofrämjande strategier och program skall vara anpassade för lokala behov och

möjligheter och individuella länder och regioner bör ta i beaktande skillnader i sociala-, kulturella och ekonomiska system. (WHO 2009)

Den andra strategin är att arbeta för (advocate). En god hälsa är stor resurs för den sociala, ekonomiska och personliga utvecklingen och viktig för livskvaliteten. Politiska-, ekonomiska- eller biologiska faktorer kan vara till fördel eller nackdel för en god hälsa. Hälsöfrämjande åtgärders mål är att göra dessa faktorer gynnsamma genom att arbeta för hälsan. (WHO 2009)

Den tredje strategin är att möjliggöra (enable). Hälsöfrämjande fokuserar på att nå jämlikhet i hälsa och målet är att minska skillnaderna i hälsotillstånd och garantera lika möjligheter och resurser för att människor skall ha möjlighet att nå deras fulla hälsopotential. Detta innefattar en stödjande omgivning, tillgång till information, livskunskap och möjlighet att göra hälsosamma val. Människor kan inte nå deras fulla hälsopotential om de inte klarar av att ta kontroll över de saker som påverkar deras hälsa. (WHO 2009)

Enligt Ottawa Charter är hälsöfrämjande en process där man ger människorna en möjlighet att öka kontrollen över sin hälsa. För att nå fysiskt-, psykiskt- och socialt välbefinnande måste människan se sina mål och behov och därefter göra förändringar eller ha resurser att klara av sin nuvarande miljö.

3.2 SALUTOGENES

Det finns flera olika hälsöfrämjande teorier och en av dem är salutogenes av Aaron Antonovsky. Utifrån det salutogena synsättet fokuserar man på hälsans ursprung. Istället för att klassificera människor som friska eller sjuka ser man var de befinner sig på ett multidimensionellt kontinuum från hälsa till ohälsa. Fokus är på copingresurserna och man frågar sig varför människan hamnar vid den positiva polen i dimensionen hälsa-ohälsa eller vad får dem att röra sig mot denna pol. (Antonovsky 1987 s. 16&38-39)

Aaron Antonovsky var professor i medicinsk sociologi och prefekt vid Institutionen för hälsosociologi vid Hälsovetenskapliga fakulteten i Israel. År 1970 forskade Antonovsky i hur israeliska kvinnor i olika etniska grupper anpassat sig till klimakteriet och i forskningen fanns en fråga om kvinnorna varit i koncentrationsläger. När de jämförde den

psykiska hälsan mellan en kontrollgrupp och en grupp överlevande från koncentrationsläger, visade det sig att 29% av de överlevande från koncentrationsläger bedömdes vara vid tillfredsställande fysisk och psykisk hälsa. Detta var den iakttagelse som fick honom att börja formulera den salutogena modellen som publicerades 1979. (Antonovsky 1987 s. 11) Enligt Antonovsky ger det salutogena synsättet:

”Inga garantier för att det går att lösa problemen i den komplicerade väv som människors liv utgör. Men om inte annat så leder det till en djupare kunskap och förståelse, vilket är en förutsättning för att man skall kunna skapa en rörelse i riktning mot den friska polen på kontinuet”

(Antonovsky 1987 s.30).

I stället för att koncentrera sig på en viss sjukdom söker man efter människans totala historia, inklusive dennes sjukdom. Det salutogena synsättet för oss vidare genom att det alltid riktar uppmärksamheten mot de avvikande fallen i de patogena undersökningarna. När de patogena studerar antal och orsak till sjukdomar, studerar salutogena dem som inte insjuknat och varför de inte insjuknat. (Antonovsky 1987 s. 16&38-39)

3.2.1 KASAM

Enligt Antonovsky (1987 s. 42-43) är KASAM (känsla av sammanhang) en mycket viktig faktor bakom upprätthållandet av ens position på kontinuet hälsa-ohälsa och rörelser mot dess friska pol. Utgående från en djupintervju med 51 personer som upplevt ett svårt trauma och ansågs ha klarat av detta anmärkningsbart bra, identifierade han tre centrala komponenter i KASAM. De tre centrala komponenterna var: begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet.

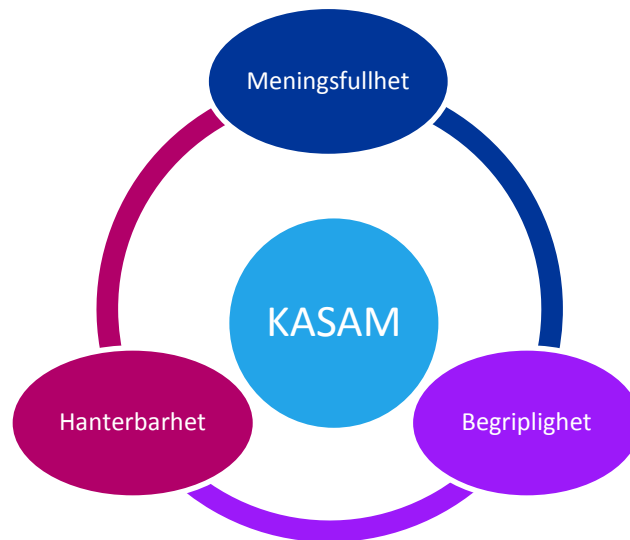
Begriplighet syftar på i vilken utsträckning man upplever inre och yttre utmaningar som förnuftsmässigt gripbara, information som ordnad, sammanhängande, strukturerad och tydlig. En människa med hög känsla av begriplighet förväntar sig att de utmaningar de kommer att möta i framtiden är förutsägbara eller att de, när de kommer som en överraskning, går att ordna och förklara. Livets skeenden upplevs som erfarenheter som man kan handskas med och utmaningar som man kan möta. (Antonovsky 1987 s. 44-46) Förstår klienterna på en livstils-mottagning varför de hamnat i den situation de är i och vad som

är orsaken till detta, gör det att de kan identifiera problemet om det uppkommer igen. Lider de av t.ex fetma på grund av sockerberoende, vet de vad som är orsaken till att de går upp i vikt och kan åtgärda det före det blir för stort problem.

Den andra centrala komponenten i KASAM, hanterbarhet, kan definieras som den grad till vilken man upplever att det står resurser till ens förfogande med hjälp av vilka man kan möta de krav som ställs av de utmaningar som man utsatt för. Får man till exempel den utbildning som krävs för att klara av en arbetsuppgift är hanterbarheten hög, men får man nya arbetsuppgifter utan att få någon utbildning kan hanterbarhetens grad vara låg. (Antonovsky 1987 s. 44-46) En livstilmottagning kan ge klienterna verktyg för att öka hanterbarheten. Lider en klient av fetma på grund av sockerberoende kan det finnas behov av en dietist och eventuellt även en psykolog för att ge verktyg för hur man hanterar olika svåra situationer i livet.

Den tredje komponenten, meningsfullhet, betraktar Antonovsky som begreppets motivationskomponent. Meningsfullhet syftar på i vilken utsträckning man känner att livet har en känslomässig innebörd, att en del av de problem och krav som livet ställer en inför är värda att investera energi i. När olyckliga upplevelser drabbar en, drar man sig inte för att konfronteras med utmaningen, inställda på att söka en mening i den och gör sitt bästa för att med värdigheten i behåll komma igenom den. (Antonovsky 1987 s. 44-46) Man måste känna att det finns en mening i det man gör eller upplever. På en livstilmottagning kan man väcka denna känsla genom att koncentrera sig på klientens resurser och styrkor.

Upplevelsen av förutsägbarhet lägger grunden för komponenten begriplighet, en bra belastningsbalans lägger grunden för komponenten hanterbarhet och delaktighet i resultatet lägger grunden för komponenten meningsfullhet. (Antonovsky 1987 s. 129-130) De tre komponenterna är sammanflätade och nödvändiga även om de är olika starka hos människor men meningsfullhet förefaller vara den viktigaste komponenten. Utan meningsfullhet blir varken hög begriplighet eller hög hanterbarhet långvariga. Den därefter viktigaste komponenten är begriplighet eftersom hög hanterbarhet kräver förståelse. Låg hanterbarhet leder i sin tur till att meningsfullhet minskar, därmed är en framgångsrik problemlösning beroende av KASAM i dess helhet. (Antonovsky 1987 s. 47-50) (Figur 2)



Figur 2 Komponenterna som påverkar KASAM

Kärnan i det salutogena synsättet utgörs av det grundläggande filosofiska antagandet att människan normalt befinner sig i ett rörligt tillstånd av heterostatisk obalans. Våra liv är fyllda av stimuli som vi inte har några automatiska svar på, men vi måste svara på. Budskapet från hjärnan är: ”Du har ett problem”. (Antonovsky 1987 s. 176-177) Antonovsky skrev om känslan av sammanhang som följande:

Känslan av sammanhang är en global hållning som uttrycker i vilken utsträckning man har en genomträngande och varaktig men dynamisk känsla av tillit till att (1) de stimuli som härrör från ens inre och yttre värld under livets gång är strukturerade, förutsägbara och begripliga (2) de resurser som krävs för att man skall kunna möta de krav som dessa stimuli ställer på en finns tillgängliga och (3) dessa krav är utmaningar, värda investering och engagemang (Antonovsky 1987 s. 46).

En person med stark KASAM definierar ofta en stimulus som icke-stressor för att han eller hon har en tillförsikt att saker och ting, nu och i framtiden, kommer att ordna sig. Att det som ser ut som ett problem kommer att visa sig vara oproblematiskt, och går att lösa på ett rimligt sätt. (Antonovsky 1987 s. 180)

3.2.2 Generella motståndsresurser

Det andra kärnkonceptet i salutogenes är generella motståndsresurser som är en livssituation, ett tillstånd eller en egenskap som i stora drag karakteriserar en persons liv. Permanenta och kontinuerliga fenomen som: människans historiska sammanhang, kultur, grupptillhörighet, sociala roll, interpersonella situation, temperament eller personlighet skapar livserfarenheter. (Antonovsky 1987 s. 58) GMR är ett fenomen som ger livserfarenheter som påverkas av entydighet om man får vara delaktig att påverka resultat. Det viktiga med GMR är att det ger livserfarenheter som befrämjar utvecklingen och upprätthållandet av en stark KASAM. (Antonovsky 1987 s. 175) Antonovsky hävdar att GMR för in ökande ordning och struktur i det mänskliga systemet, stressorer för in oordning och KASAM dirigerar det slagfält där dessa krafter frambringar ordning eller oordning. (Antonovsky 1987 s. 217)

De flesta livsstilsmottagningar som skribenten har läst om tar hand om personer som har en sjukdom eller missbruk vilket kan leda till försämring eller förvärrat sjukdomstillstånd. Då kan man se behovet av ett multiprofessionellt team som sköter om de fysiska-, psykiska- och sociala problem som kan ses vara orsaken till sjukdom. Ett salutogent synsätt på en livsstilsmottagning skulle vara att framhäva det friska och resurserna hos klienten. Om livsstilssköterskan sätter all sin kapacitet på att frambringa det positiva och resurserna i klientens liv, ger det en god grund att stå på när de fysiska-, psykiska- och sociala problemen är åtgärdade i samarbete med det multiprofessionella teamet som är specialister inom sitt område.

4 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med studien är att ta reda på hur framtidens hälsofrämjande livsstilsomfattning ser ut ur livsstilssköterskors perspektiv. Genom att ta reda på vad det finns för fördelar och eventuella hinder på en livsstilsomfattning, kan man utveckla livsstilsomfattningarna för att motsvara patienternas behov.

Denna studies frågeställningar är följande:

1. Hur ser livsstilsomfattningen ut idag med för- och nackdelar?
2. Hur ser den idealiska hälsofrämjande livsstilsomfattningen ut i framtiden?

Problemområdet avgränsas till livstilssköterskors tankar om livsstilsomfattningarnas viktigaste uppgifter och deras syn på hur den idealiska hälsofrämjande livsstilsomfattningen kan se ut.

5 METOD

Som insamlingsmetod används en semistrukturerad intervju och enkät. Skribenten har valt ett kvalitativt förhållningssätt för att kunna förstå och redogöra för livsstilssköterskornas personliga åsikter.

5.1 KVALITATIV FORSKNINGSMETOD

Kvalitativ forskning utgår från att varje människa är unik, människans verklighetsuppfattning är individuell och formas och präglas genom hennes tolkningar. En kvalitativ forskning präglas av en grundläggande övertygelse om att allting måste betraktas i sitt sammanhang och att varje del måste betraktas utifrån en helhet. Det är inte tillståndet, sjukdomen eller ohälsan som är i fokus, utan intresset ligger i människans upplevelser och tolkning av sitt tillstånd, sjukdom eller ohälsa. En kvalitativ forskning kan aldrig sträva efter att jämföra eller generalisera utan syftet är att få en detaljerad förståelse för ett fenomen genom att skapa en trovärdig bild, modell eller teori. (Kristensson 2014 s.116) Enligt Yin (2013 s. 19) kan man se fem utmärkande drag hos kvalitativ forskning: den studerar den mening som kan tillskrivas människors liv under verkliga förhållanden, återger de människors åsikter och synsätt som ingår i studien, täcker in de sammanhang och omständigheter människor lever i, ger insikter om rådande eller framväxande begrepp som kan förklara mänskligt socialt beteende, samt strävar efter att använda många källor i stället för en typ av belägg.

Genom att använda en semistrukturerad intervju blir det en social interaktion där informanten inte hämmas av laboratorieliknande miljö eller begränsas av på förhand gjorda frågeformulär. Den kvalitativa forskningen ger informanterna en möjlighet att delge sina egna åsikter och synsätt, istället för forskarens åsikter och förutfattade meningar. De sociala och institutionella villkor och miljön som människan lever i kan påverka allt mänskligt ageranden, vilket den kvalitativa forskningen tar i beaktande. Den drivs av en önskan om att förklara händelser i vardagslivet med hjälp av existeranden begrepp eller nya begrepp. Studier som saknar begrepp eller är tomma på förklaringar, liknar mer journaler eller krönikor än kvalitativ forskning enligt Yin (2013). Den kvalitativa

forskningen strävar efter att samla in, sammanställa och presentera data från en mångfald källor. Slutsatserna kommer att byggas upp av data från olika källor. (Yin 2013 s. 20-22)

Denna studie vill belysa livsstilssköterskornas upplevelser vilket en kvalitativ studie ger möjlighet till. Genom att livsstilssköterna intervjuas enskilt ges de en chans att framföra sina egna åsikter utan att påverkas av någon annan.

Ideen inlämnades våren 2014 och godkändes. I ideén framfördes att skribenten skall göra en kvalitativ studie och skicka enkäter till livsstilmottagningar i Finland och Åland för att ta reda på livsstilssköterskors upplevelser av en hälsofrämjande livsstilmottagning. Det uppdagades att det var för digert jobb att kontakta alla kommuner (320 stycken) i Finland då inte alla sjukvårdsdistrikt (20 stycken) har livsstilmottagning. Planen ändrades till att intervjua två livsstilssköterskor på Gotland, två på Öland och två på Åland. De är alla ö-samhällen vilket intresserade skribenten att se likheter eller olikheter mellan dem.

Tanken var att intervjua Gotland och Öland via nätet och intervjua Ålands livsstilssköterskor personligen. Där gick det igen inte som planerat då endast en livsstilssköterska på två öar önskade delta i studien, samt en önskade delta med enkätsvar. Skribenten valde att skicka enkäter till två livsstilssköterskor och intervjua personligen två livsstilssköterskor. I och med det låga deltagarantalet fanns en chans att materialet skulle bli för litet. På grund av tidsperspektivet och ekonomiska skäl fanns det inte möjlighet att intervjua alla personligen. Enligt Andersson (1994 s. 21) bör man även ta i beaktande tid och kostnad vid val av metod. En datainsamling med någon form av intervju tar oftast längre tid och blir dyrare än användandet av ett frågeformulär.

Planen framfördes i februari 2015 och efter godkännande ansökte skribenten lov från Ålands hälso- och sjukvård för projekterande examensarbete samt ansökte om forskningslov från Åland, Gotland och Öland. (Figur 3) Forskningslov kom per post från Åland och som bilaga i e-post från Gotland och Öland.

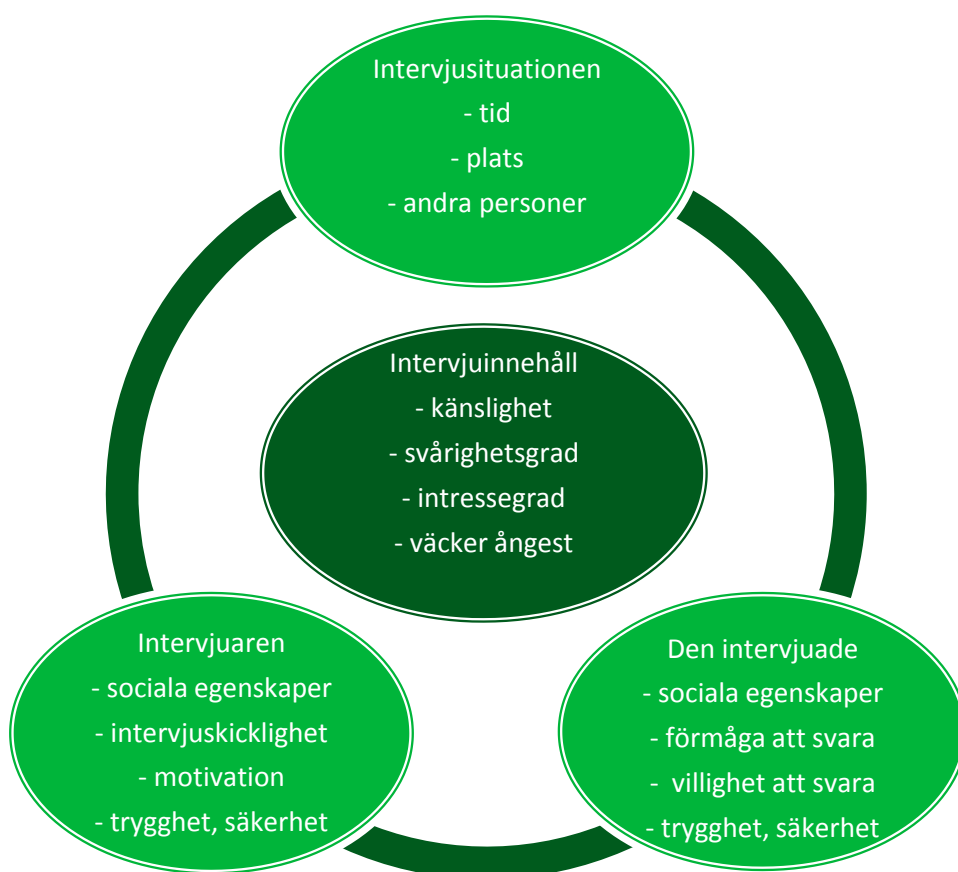


Figur 3 Studiens uppbyggnad

5.2 DATAINSAMLING

Som insamlingsmetod användes semistrukturerad intervju och enkät.

Enligt Andersson (1994 s. 171-172) är framgången i en intervju beroende av kvantiteten och kvaliteten i den information som utbyts mellan intervjuare och intervjuade. Informationsflödet är beroende av fyra samverkade parter och betingelser: intervjuaren, den intervjuade, ämnet som avhandlas och den omedelbara intervjusituationen (Figur 4).



Figur 4 Modell över de betingelser som påverkar kommunikationen i intervjun (Andersson 1994 s. 172)

Skribentens plan var att intervjua sammanlagt 6 stycken livsstilssköterskor – två från varje ö. En på Öland och en på Gotland ville delta i studien, samt två på Åland, vilket gjorde att sammanlagt 4 stycken deltog i studien. Två livsstilssköterskor intervjuades och två besvarade en enkät då en livsstilssköterska önskade svara på en enkät istället för intervju.

Intervjuguiden skrevs och utgående från den formulerades enkätfrågor. Intervjuguiden godkändes av handledaren på Arcada enligt god vetenskaplig praxis (Arcada). Enkäterna skickades ut i mars via e-post och svaren kom även som e-post i april 2015. Före enkäterna skickades ut fick informanterna ett informationsbrev där det framkom studiens syfte, att deltagandet är frivilligt, hur anonymiteten säkras och hur materialet skulle förvaras. Samma information fanns även på enkätblanketten.

Andersson (1994 s.20) anser att det är lämpligt att använda frågor för att klarlägga värderingar, upplevelser och tolkningar. I dessa fall handlar det om så personliga uppgifter att en intervju i de flesta fall, är den mest lämpliga metoden. När man väljer metod skall man i första hand utgå från det problem eller de frågeställningar man vill klarlägga. Utgående från studiens syfte väljer man metod.

Man bör även ta i beaktande tid och kostnad vid val av metod. En datainsamling med någon form av intervju tar oftast längre tid och blir dyrare än användandet av ett frågeformulär. Man måste avväga detta mot den information man får från de olika metoderna. (Andersson 1994 s. 21)

Genom att använda gruppintervju kan man sänka kostnaderna och även spara på tiden, men risker finns vid gruppintervjuer. Nackdelen är att det oftast finns en eller flera som dominerar i en grupp och att det finns personer som inte vågar uttrycka sig i grupp. Detta gör att endels åsikter i gruppen inte blir hörda. (Andersson 1994 s. 24-25) Även Trost (2010 s.67) är av samma åsikt och nämner även att atmosfären för intervjuer inte blir bra om man som intervjuare försöker tysta ner de språksamma. I den aktuella studien har detta beaktats och skribenten har valt personliga intervjuer för att höra den enskilde livsstilssköterskans upplevelser.

Målet med en intervju är att få den intervjuade att känna att det handlar mera om ett samtal än en utfrågning vilket en strukturerad intervju kan upplevas som. Svårigheten vid en ostrukturerad intervju är att intervjuaren kan bli osäker på att hon fått all information som önskats då den intervjuade får diskutera fritt. Vid en semistrukturerad intervju har man inte bestämt den exakta formuleringen av frågorna eller i vilken ordning olika teman skall behandlas. Detta avgörs från fall till fall beroende på hur samtalet utvecklas, vilket i sin tur ställer större krav på intervjuerfarenhet och intervjuförmåga. (Andersson 1994 s. 77)

Enligt Trost (2010 s. 42) är det oklart, och kan betyda olika saker, då man kallar en intervju semistrukturerad. Han rekommenderar att man hellre säger att intervjun är strukturerad (handlar om ett område) och att frågorna är öppna (utan svarsalternativ). Utgående från denna fakta valde skribenten att använda semistrukturerad intervju som metod, där skribenten i förväg bestämt vilka ämnesområden som skall behandlas i intervjun och vilken information som önskas. Skribenten har även valt att kalla intervjun semistrukturerad då det är en allmän benämning inom Arcada.

Trost (2010 s. 143-144) anser att man skall begränsa sig till ett mycket litet antal då man utför kvalitativa intervjuer. Med ett litet antal menar han 4 till 8 stycken intervjuer. Med många intervjuer blir materialet ohanterligt och det blir svårt att få en överblick och samtidigt se alla viktiga detaljer som förenar eller som skiljer. Ett fåtal välutförda intervjuer är mycket mer värda än ett flertal mindre välutförda. Det är även bättre att i förväg bestämma antalet intervjuer och fylla på med flera efterhand om det behövs. Den eller de första frågorna man ställer i en intervju kan vara avgörande för hur resten av intervjun kommer att flyta. Ett sätt att börja är att be den man skall intervjuas att fritt berätta om något i anslutning till intervjuens ämnesområden (Trost 2010 s. 72). Många anser att bakgrundsfrågor eller demografiska uppgifter, skall komma sist i enkäten då dessa frågor är så tråkiga att de skulle minska motivationen att besvara enkäten om de skulle komma först (Trost 2007 s. 94). Skribentens tanke var att de demografiska frågorna skulle vara lätta att svara på, så därför placerades de först i enkäten och intervjun. Om skribenten hade börjat med de mera tidskrävande, tankemässigt krävande frågorna skulle det eventuellt lett till att informanterna kände att det var för svåra frågor att besvara och lämnade enkäten obesvarad eller bristfälligt besvarad. Inför en intervju kan det finnas en viss nervositet från både intervjuarens och den intervjuades sida och skribentens tanke var att börja intervjun med enkla, demografiska frågor för att hjälpa dem att slappna av.

Ibland kombinerar man personliga intervjuer med enkäter, oftast då man tror att vissa frågor är alltför känsliga för att den svarande skall vilja berätta om dem muntligt eller besvara frågorna sanningsenligt (Trost 2007 s. 10). I denna studie handlade det inte om känsliga frågor men de livsstilssköterskor som skulle intervjuas i studien önskade få bekanta sig med enkätfrågorna före intervjun för att kunna förbereda sig inför intervjun.

Trost (2007 s.74 & 76) rekommenderar att man inte har öppna frågor i en enkät på grund av att det är tidskrävande att handskas med de skrivna svaren då en del skriver långa svar, endel stickord som är svår att tyda och vissa skriver ingenting. Det andra problemet med öppna frågor är informanternas synsätt och beteende. Endel kan vara osäkra angående sina åsikter, andra är ovana att skriva eller känner ett ointresse för ämnet vilket gör att de lämnar frågan obesvarad. Trots det rekommenderar han att man använder sig av en öppen fråga i slutet av enkäten där man frågar informanten om hon har något att tillägga.

Skribenten är intresserad av de svenska öarna Gotland och Öland, då de har liknande geografiska utgångslägen som Åland. E-post skickades till Öland och Gotlands sjukvårdsdistrikt (Bilaga 2) med en ansökan om forskningslov (Bilaga 3) samt informationsbrev till livsstilssköterskorna (Bilaga 4) samt ett internt brev med samma information till Ålands Hälso- och Sjukvårds vårdchef där skribenten även ansökte om projekterat examensarbete. Då skribenten fått godkänt forskningslov och kommit överens om en tid för intervju av livsstilssköterskorna på Åland, Gotland och Öland, utfördes de semistrukturerade intervjuerna personligen och enkäterna skickades ut via e-post. Insamlad data förvarades i låst utrymme och transkriberades av skribenten. Efter avslutad studie förstörs alla dokument och de bandande intervjuerna raderas.

5.2.1 Intervjuguide

Enligt Trost (2010 s. 71-72) har man inte frågeformulär med färdigt formulerade frågor då man gör kvalitativa intervjuer. I stället skall man göra upp en lista på frågeområden. Listan bör vara ganska kort och ta upp stora delområden för att intervjuaren har lättare att komma ihåg dem. Dessa frågeområden skall vara klara för den som intervjuar så svaren kan leda till följdfrågor. Det viktigaste är att var inläst på ämnesområdet och ha ett klart och tydligt syfte med intervjun.

Intervjuguiden behöver inte vara strukturerad med någon logisk ordningsföljd. Man gör sin egen guide som passar en själv. Den guide intervjuaren gör skall vara lämplig, ha en logisk ordning och således en struktur som passar intervjuaren. Men själva studien bör vara strukturerad, det vill säga, den bör handla om en och samma sak. Eftersom intervjuguiden är personlig för intervjuaren anser Trost att det på sätt och vis är onödigt

att sätta intervjuguiden som bilaga i examensarbetet. Men om man gör det, anser han att den skall diskuteras i examensarbetet. (Trost 2010 s. 72)

Efter den första intervjun är det bra att se över intervjuguiden. Om den inte passar bör man korrigera den. Förutom att varje intervju är en process är hela intervjuerien en process, och en process kännetecknas av förändringar. (Trost 2010 s. 72)

Intervjuguiden byggdes upp utifrån sju huvudrubriker: inledning, bakgrundsfrågor, livsstilmottagningen idag, för- och nackdelar med livsstilmottagningen, framtidens livsstilmottagning, avrundning och avslut.

I inledningen berättar skribenten om syftet med undersökningen, vem som deltar i studien, etiska aspekter angående intervjun, hur intervjun genomförs praktiskt och planerad tid för intervjun.

Förutom att bakgrundsfrågorna var tänkta att klargöra livsstilssköterskornas och mottagningens bakgrund angående bland annat utbildning och tjänstear, var skribentens tanke att börja intervjun med enkla frågor för att få informanten att slappna av och ge henne en chans att känna av intervjusituationen.

Genom frågan om livsstilmottagningen idag ville skribenten få svar på hur livsstilmottagningen fungerar; hur patienterna hittar till mottagningen, vem som besöker mottagningen, eventuella samarbetspartners och vem/vad de anser att borde prioriteras på dagens livsstilmottagning.

Med frågan om för- och nackdelarna var tanken att få fram eventuella skillnader mellan en livsstilmottagning på en ö och en livsstilmottagning på fastland.

Den viktigaste frågan var frågan om framtidens livsstilmottagning. Skribenten ville få fram vad livsstilssköterskorna associerar till hälsofrämjande samt hur den idealiska livsstilmottagningen skulle se ut enligt informanterna, om det inte fanns några hinder.

Skribenten avrundar intervjun genom att fråga om informanterna vill tillägga något som inte tagits upp under intervjun, vilket ger informanterna en chans att gå tillbaka till tidigare frågeställningar eller berätta något som inte tagits upp i intervjun. Intervjun avslutas genom att tacka informanten för medverkan i intervjun. (Bilaga 5)

Ordet "enkät" kommer från franskan och betyder ordagrant "rundfråga", så i den meningen är även intervjuerna enkäter. Postenkäter kan skickas per post men numera sänds även en hel del enkäter per e-post eller via internet i elektronisk form (Trost 2007 s.9-10).

All kontakt med Gotland och Öland gick via e-post, först med förmännen och sedan fick skribenten e-postadresser till de livsstilssköterskor som ville delta i studien. Genom att svara på en enkät via e-post ger det informanten chans att välja tid och plats när hon besvarar den. E-postadressen som användes var lösenordsskyddad. Genom att skicka enkäten som bilaga ger det skribenten en möjlighet att ta kontakt med informanten och be om tilläggsvar. Detta gjorde skribenten i en fråga, men fick inget svar av informanten. Att interagera via e-post gick snabbt med några och tog längre tid med andra. Detta hade inte skribenten tagit i beaktande så tidtabellen för att utföra masterarbetet blev kortare än beräknat. I eventuella framtida studier kommer skribenten ta i beaktande yttre faktorer som kan påverka tidsschemat.

Skribenten valde att skicka enkäterna via e-post till Öland och Gotland. Enkäten skickades som bilaga som kunde redigeras, vilket gjorde att livsstilssköterskorna kunde skriva svar efter frågorna. Intervjuguiden användes som grund för enkäten. Enkäten börjar med information om syftet med studien och vem som deltar i studien. Här finns även information om att svaren är konfidentiella och att de förvaras i låst utrymme samt raderas när studien är slutförd. Frågorna numrerades och följdfrågor med svarsalternativ lades till för att klargöra frågeställningarna. Öppna frågor har ändrats till olika svarsalternativ. Till exempel på frågan om ålder finns det åldersalternativ informanterna kunde välja mellan. I frågan om informanterna samarbetar med någon finns alternativet "ja" eller "nej". Om de svarat "ja" finns det en följdfråga varför man svarat "ja". (Bilaga 6)

5.2.2 Insamling av material

Intervju valdes som metod då skribenten ansåg den ge rikligare svar då intervjuaren kan ställa frågor tills frågeställningarna är besvarade. Med tanke på kostnader och tidspektivet var skribentens plan att intervjua livsstilssköterskorna på Öland och Gotland via nätet och Ålands livsstilssköterskor personligen. En livsstilssköterska önskade dock delta genom enkätsvar så skribenten valde att skicka enkäter till Öland och Gotland.

Skribenten valde att skicka enkäter till båda informanterna på Öland och Gotland för att kunna jämföra svaren och utvärdera om frågorna kunde tolkas på olika sätt.

Första intervjun tog en timme, varav 45 minuter bandades och 15 minuter var en diskussion efter att bandspelaren stängdes av. Intervjun resulterade i 19 sidor transkriberade sidor. Andra intervjun tog sammanlagt en och en halv timme och resulterade i 21 sidor transkriberat material. Även vid den andra intervjun diskuterades efter att bandspelaren stängdes av. Vid båda intervjuerna fick skribenten lov att använda de svar som kom fram under diskussionen efter att bandspelaren stängdes av. Intervjuerna bandades och banden förvarades i låst utrymme samt raderas då studien slutförts.

Ena enkäten besvarades med korta svar och på tre frågor fanns inget svar. De frågor som inte hade fått något svar var följande: Finns det hinder för den idealiska livsstilmottagningen? Finns det någon patientgrupp som borde prioriteras? Hur skulle den idealiska hälsofrämjande livsstilmottagningen skulle se ut enligt dig om det inte fanns några hinder? Frågor och svar resulterade i en sida text. Sammanlagda sidor blev fem varav fyra sidor bestod av enkätfrågor.

Den andra enkäten besvarades med utförliga svar. Frågor som inte besvarades var följande: Hur många patientkontakter har ni i genomsnitt per vecka? Hur många besök per vecka? Hur många telefonkontakter per vecka? Även frågan om hur den idealiska livsstilmottagningen skulle se ut om det inte fanns några hinder blev obesvarad då frågan redan hade besvarats tidigare i enkäten. Svaren resulterade i sju sidor text. Sammanlagda sidor blev elva, varav fyra sidor bestod av enkätfrågor.

5.3 ANALYS

Studien analyseras genom att göra en kvalitativ innehållsanalys med ett induktivt tankesätt.

5.3.1 Kvalitativ innehållsanalys

Innehållsanalys är en relativt vanlig kvalitativ metod inom hälso- och vårdvetenskaplig forskning och den skapades ursprungligen för att bearbeta stora textmängder. Den kvalitativa innehållsanalysen kan vara mer eller mindre tolkande och den baseras på olika typer av insamlat material. Analysen går ut på att forskaren bearbetar texterna utifrån ett relativt strukturerat arbetssätt för att identifiera mönster, likheter och skillnader. Texten bryts ner i koder, som är en kortfattad sammanfattning av innehållet i en text. Koder som bedöms ha gemensamma nämnare sorteras in i olika kategorier som i sin tur kan ha ett antal underkategorier. Slutligen kan kategorierna forma ett övergripande tema. (Kristensson 2014 s.118)

Den manifesta innehållsanalysen fokuserar på att identifiera de likheter eller skillnader som är uppenbara och synliga i texten medan den latent innehållsanalysen fokuserar på att finna betydelsen, meningen eller det som finns under ytan. Den latent innehållsanalysen är mera tolkande. (Kristensson 2014 s.142)

5.3.2 Induktivt tänkande

Inom vetenskapsteorin är induktion ett sätt att logiskt närma sig någon form av slutledning eller generell slutsats. En induktiv slutledning innebär att en slutsats formuleras genom att gå från delarna till helheten eller att man utgår från fakta och därefter formulerar en teori eller hypotes. (Kristensson 2014 s. 40) En induktiv slutledning leder aldrig till en säker slutsats eller konklusion. Antaganden i en induktiv slutledning stöder tesen med mindre eller större grad av sannolikhet. Det betyder med andra ord att antaganden i en induktiv slutledning inte kan garantera slutsatsens sanning. (Svensson & Starrin 1996 s. 201)

Skribenten har valt ut uttalanden av informanterna som har gemensamma nämnare. Som följande nämns några uttalanden av informanterna och hur skribenten tolkat uttalanden:

“Har jag inte patienten med på tåget så är all information bortkastat” tolkade skribenten som att patienten måste vara intresserad av sin egen hälsa före livsstilssköterskan skall kunna hjälpa henne. Livsstilssköterskans roll är att motivera patienten att intressera sig för sin egen hälsa.

“Man går liksom längre bak, vad är orsaken till allt?” - Genom att lyssna på patienten kan livsstilssköterskan få information om vad är orsaken till patientens besvär.

“Livsstilmottagningen ger patienten en möjlighet att fundera över sin egen roll i behandlingen” - Livsstilssköterskan ger patienten en möjlighet att reflektera över sin egen hälsa.

“Patienten får makt över sitt fortsatta hälsoläge” - Livsstilssköterskan rådgiver och ger patienten de rätta verktygen för att klara av sin situation.

Skribenten har valt fyra gemensamma nämnare utgående från tolkningarna av uttalanden. De gemensamma nämnarna är att: motivera, lyssna, reflektera och rådgiva. För att kunna utföra dessa uppgifter krävs det att livsstilssköterskorna är närvarande och visar intresse för patienten (underkategori). Målet, eller överkategorin, är att livsstilssköterskorna blir medvetna om sin egen betydelse för patienterna. (Figur 4)



Figur 5 Induktiva utförandet

6 ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Henriksen & Vetlesen (2013 s. 274) talar om att vi alla har en etisk förförståelse. I denna förförståelse ligger flera saker. Vi har en förståelse av vår egen roll och ställning i situationen och vad som är våra vanliga professionella uppgifter, vi har ett antagande om vilken roll som motparten befinner sig i och om vad för slags problem det är tal om och utifrån dessa har vi mer eller mindre färdiga antaganden om vad som kan vara goda lösningar på problemen.

Utgående från den givna situationsförståelsen, hur vi omedelbart upplever situationen, försöker vi lägga grunden för ett sätt att arbeta med etiska frågor. Där kan vi använda tidigare erfarenheter och professionell kompetens redan i det sätt på vilket vi uppfattar problemet. (Henriksen & Vetlesen 2013 s. 276)

Det skulle uppstå svårigheter enligt Henriksen & Vetlesen (2013 s. 277) om vi bara använde vår förförståelse inför etiska problem. Vi måste ha den distans som krävs för att utveckla en motivering för det vi gör genom att bearbeta vår förförståelse. Vi kan bearbeta den genom att redogöra för vår förförståelse i mötet med andra och genom att andra kastar nytt ljus över vår situation.

I regel har vi inte ett etiskt problem när vi vet vad vi skall göra. Ett etiskt problem har vi när vi: inte vet vad vi vill göra, vill både och, måste göra något vi inte vill eller vet vad vi vill men inte kan göra det. (Henriksen & Vetlesen 2013 s. 276)

Trost (2010 s. 123) vill understryka vikten av att de etiska aspekterna mycket noga övervägs. Hellre än att riskera att tystnadsplikten bryts skall man lämna bort sina fynd från rapporten. De som intervjuas har rätt till sin egen integritet och sin egen värdighet. Det gäller inte bara i samband med datainsamling, vid första kontakten, vid intervjuerna och vid förvaring av materialet. Det gäller även att man noga skall tänka över vad man eventuellt kan ställa till med genom att göra intervjun.

När planen blev godkänd skickades en förfrågan om forskningslov och avtal om projekterat examensarbete till Ålands Hälso- och Sjukvård, vilket godkändes inom en vecka efter förfrågan. Samtidigt skickade skribenten e-post till Gotlands och Ölands sjukvårdsdistrikt med kort information om masterarbetet och önskan om kon-

taktuppgifter för att be om forskningslov. Som bilaga skickades forskningsplan och informationsbrev till livsstilssköterskorna. När forskningslov godkännts från Gotland och Öland skickades e-post med ett följebrev samt frågeformulär till livsstilssköterskorna. Även de livsstilssköterskor som blev intervjuade personligen, önskade frågeformulären före intervjun, så de kunde förbereda sig inför intervjun.

Alla svar är konfidentiella, personuppgifter kommer inte fram i studien. Intervjuerna bandas och enkäterna skickas via e-post. Anonymiteten kan inte garanteras om det nämns i studien vilken livsstilmottagning som svarar på respektive fråga, då det finns kommuner med endast en livsstilssköterska. Genom att inte namnge informanterna, undviker skribenten detta. Detta gör att man inte kan göra jämförelser mellan svaren, men det viktigaste är att det inte kommer fram vilken livsstilmottagning som besvarat frågorna.

Det är viktigt att man vid redovisningen respekterar den intervjuade och dennes integritet. Det kan uppfattas som integritetskränkande att till exempel göra direkt citat av talpråket. Särskilt viktigt är det att den intervjuades närmaste anhöriga och bekanta inte skall ha någon möjlighet att identifiera den enskildes uttalanden. All citat som kan avslöja identiteten hos den intervjuade skall vara bannlysta enligt Trost. (2010 s. 127&129)

7 RESULTAT

Resultatet baserar sig på fyra livsstilssköterskors svar på enkät och intervju. Alla informanter har jobbat som sjuksköterskor mellan 15-39 år och på livsstilmottagningar mellan 5-11 år. Utbildningar som de gått för att jobba som livsstilssköterskor är: samtalsmetodik, sjukdomsförebyggande metoder, motiverande samtal, omvårdnadshandledare, tobaksavvänjare, interna utbildningar som fortgår minst 2 gånger per år, diabetes- och FaR (fysisk aktivitet på recept) -utbildning. Samtliga har gått kurser i motiverande samtal.

7.1 SVAR PÅ BAKGRUNDSFRÅGOR

Åland har en livsstilmottagning och två livsstilssköterskor varav den ena arbetar 34 timmar/vecka och den andra ca. 4 timmar/vecka, Öland har två livsstilmottagningar och fyra livsstilssköterskor och på Gotland finns 6 livsstilmottagningar, varav 2 är privata livsstilmottagningar, samt en livsstilmottagning inom psykiatri som bemannas av läkare. Livsstilmottagningen inom psykiatri tar emot patienter några timmar per vecka och alla sjukskötare med utbildning inom livstilsrådgivning tar emot patienter på livsstilmottagningarna (Figur 6)



Figur 6. Livsstilmottagningar på Åland, Öland och Gotland

Patientkontakterna varierar mellan informanterna mellan 4 timmar per vecka till 34 timmar per vecka då ingen av dem arbetar heltid som livsstilssköterska.

7.2 LIVSTILSMOTTAGNINGARNAS FUNKTION

Patienterna kommer till livsstilsmottagningarna genom att: själv ta kontakt, med remiss från specialsjukvårdens-, primärvårdens- eller privata läkare samt från sjuksköterskor från olika enheter. Patienterna får information om livsstilsmottagningarna genom primärvårdens och regionernas hemsidor.

Det är mest kvinnor som besöker livsstilsmottagningarna även om två informanter nämnde att männens antal ökar år för år. Åldern varierar mellan under 18 år till 71 år eller äldre, men åldersgruppen mellan 41-50 år nämndes av alla informanter.

Övervikt ansågs vara den största orsaken till besök på livsstilsmottagningarna.

Övervikten beror på olika faktorer, bland annat nämndes: matvanor, motionsvanor, stress, medicinbiverkningar. Patienter remitteras för att gå ner i vikt och förändra livsstil från: ortopedin före en knä- eller höftledsoperation, onkologen eller psykiatrin på grund av medicinbiverkningar, kirurgen före bröstrekonstruktion eller magsäcksoperation, lungläkare på grund av sömnapné, öron-, näs- och halsmottagningen på grund av snarkningar, gynekologen på grund av hormonrubbingar som lätt leder till övervikt och inför infertilitetsbehandling. Patienterna kommer till livsstilsmottagningen för att gå ner i vikt men det viktigaste är att de kommer till insikt och förändrar sin livsstil för att kunna upprätthålla sin vikt.

Förutom övervikt kommer patienterna till mottagningen på grund av det metabola syndromet: högt blodtryck, högt blodsocker och höga blodfetter. Även prediabetes, tobaksberoende, hög alkoholkonsumtion, stress och sömnsvårigheter är orsaker som gör att patienter remitteras eller tar kontakt med livsstilsmottagningarna.

En livsstilssköterska reflekterade över en ny grupp patienter som kommer till mottagningen, nämligen flyktingar och invandrare. De kommer ofta till mottagningen på grund av högt blodsocker eller höga blodfetter och vid besöken kommer det ibland fram att de lider av posttraumatisk stressyndrom och ensamhet vilket leder till osund livsstil.

Vid första patientkontakten reserverar informanterna en tid mellan 60-90 minuter, vid andra besöket 30-60 minuter och där på följande besök 30-45 minuter. Två av informanterna hade reserverat 60 minuter vid första besöket och två hade reserverat 90 minuter vid första besöket. En ansåg att tiden räcker till och tre svarade att den inte räcker till. Orsaker som gjorde att tiden inte räckte till var: finns ingen tid för administration eller planering inför kommande besök, livsstilmottagningen konkurrerar med andra uppdrag - om hälsovårdscentralen är bra bemannat fungerar livsstilmottagningen bra, annars inte.

Patienten kommer till livsstilmottagningarna utan remiss eller med remiss från primärvårdens, specialistsjukvårdens eller privata mottagningars sjukskötare och läkare på Gotland och Öland. På Åland kan man komma till livsstilmottagningen endast med remiss från primär- eller specialistsjukvården. Största orsakerna till att patienterna besöker livsstilmottagningarna är: övervikt, metabolt syndrom, kroniska sjukdomar, tobaksberoende eller för hög alkoholkonsumtion. Ålderskategorierna som besöker mottagningarna är från under 18-åringar till över 75-åringar. Mest representerade är kvinnor mellan 41-50 års ålder. Då patienterna besöker livsstilmottagningen första gången reserveras 1-1,5 timme för besöket. Till andra besöket reserveras en halv timme till en timme och tredje besöket varar 30 minuter till 45 minuter.

Informanterna samarbetar med många instanser. De som nämndes i studien var följande: psykolog, psykiatrin, sjukgymnast, dietist, läkare från primär- och specialistsjukvården, diabetessköterska, motionsförbundet, mångkulturella föreningen, matbanken, Röda korset och Folkhälsan.

På frågan om vad informanterna skulle vilja prioritera på livsstilmottagningen gav varierande svar. Det fanns en önskan om ett ökat teamarbete och kontinuitet. Med kontinuitet menade informanterna en kontinuitet i personalstyrkan. Nu är det ofta personalbyten och både patienter och teamarbetet blir lidande. Patienterna får byta läkare ofta och har sällan en läkare som känner till patientens historia. Teamarbetet blir lidande på grund av personalbyten då personalen inte får möjlighet att samarbeta en längre tid tillsammans. Informanterna skulle även prioritera nätverk med andra livsstilmottagningar för att dela information och upplevelser. Även mera tid för patienten och en önskan om att öka fokus på stress och sömn fanns även med som önskemål om prioriteringar. (Figur 7)



Figur 7. Livsstils-mottagningarnas upplägg idag

7.3 FÖR- OCH NACKDELAR MED LIVSSTILSMOTTAGNING

Fördelar med en livsstilsmottagning på en ö gav varierande svar. Två informanter svarade att det är lika positivt här som överallt och att det är positivt att livsstilsmottagningen finns. Två informanter gick mera in på patienternas vinst av en livsstilsmottagning. Det nämndes att livsstilsmottagningen ger patienten en möjlighet att fundera på sin egen roll i behandlingen och får makt över sitt fortsatta hälsoläge. Den allra största vinsten hittas på individnivå när patienterna upplever att de blivit mera bekräftade som aktiva spelare och de får en syn på vilken stor roll det spelar vad de själva bidrar med. Vinst för samhället är det när t.ex en diabetiker hittar ett sätt att balansera på den säkra sidan för att förhindra följsjukdomar.

Livsstilsmottagningen är en signal utåt mot samhället att det är viktigt och bör prioriteras, men även inåt mot den egna organisationen är det en viktig signal. Livsstilens betydelse för hälsan är något vi ständigt behöver påminna varandra om i personalgrupperna och med motiverande samtal är det lätt att göra rätt. En informant hade även en vision om att forska i effekten av en livsstilsmottagning på en ö.

Det positiva med en livsstilsmottagning på en ö är att den finns, och det bevisar att den behövs. För patienten är det positivt med livsstilsmottagning då patienterna får bekräftelse och de verktyg som behövs för att ta makt över sin egen hälsa. På samhällsnivå är det positivt med en livsstilsmottagning då mottagningen jobbar hälsofrämjande för förhindra sjukdomar och följsjukdomar.

Utmaningar med en livsstilsmottagning på en ö är: småskaligheten och att det finns ett mindre utbud av aktiviteter för patienterna, det finns för få livsstilsmottagningar vilket ger hög arbetsbelastning samt personalbristen leder till ett svårt ekonomiskt läge då hyrpersonal som är dyrare anlitas. En del arbete görs utanför arbetstid på grund av tidsbristen då det finns för få livsstilsmottagningar och för liten personal.

Informanterna ansåg även att det finns ett dåligt samarbete mellan primärvården och specialistsjukvården, primärvården får konkurrera hårt med specialistsjukvården om budgetmedel och riskerar alltid att vara underbudgeterat. Framtiden för livsstilsmottagningen är osäker då det inte finns någon plan på hur mottagningen skall fortsätta eller utvecklas, en utmaning är att skapa nätverk för att stöda livsstilssköterskorna då de arbetar

mycket ensam och informanterna ansåg att det är viktigt att sprida kunskap i organisationen så all personal ger samma information. Personalen behöver kunskap om såväl samtalsmetod som ämnesområden för att arbetet ska ge avsedd effekt.

Lösningar på utmaningarna var att den högsta ledningen i politiken och organisationen börjar prioritera livsstilmottagningen och se den likvärdig andra mottagningar. En lösning är även att sprida kunskap om livsstilmottagningen, öka samarbetet med specialsjukvården samt införa dataprogram som visar statistik och därmed kan bevisa hur mycket jobb som krävs på en livsstilmottagning samt vilka patientgrupper bör prioriteras inom den hälsofrämjande vården.

Det som informanterna ansåg att fungerar på livsstilmottagningarna var närheten till läkare, sjukgymnast och psykolog samt att de hade stöd från högsta ledningen, utbildad personal, ett nätverk av livsstilssköterskor som träffades regelbundet och rutiner som fungerar.

Det som saknades på livsstilmottagningarna var engagerade läkare. Personalbristen gör ofta att andra mottagningar prioriteras och livsstilmottagningen stängs. Det fanns även en saknad efter ett team som skulle arbeta tillsammans och en psykolog skulle inkluderas i detta team. Ett statistikprogram skulle göra att livsstilmottagningarna kunde bevisa vad de arbetar med samt vilka patientgrupper de arbetar med. (Figur 8)



Figur 8. För- och nackdelar med livsstils-mottagning på ö

7.4 FRAMTIDENS HÄLSOFRÄMJANDE LIVSSTILSMOTTAGNING

När livsstilssköterskorna hör ordet "hälsofrämjande" associerar de till förebyggande vård. Informanterna svarade att hälsofrämjande är att arbeta förebyggande i hög utsträckning, innan problemen har utvecklats till sjukdom: *"Man går liksom lite längre bak, vad är orsaken till allt"*, att förebygga sjukdomar. Det främsta syftet är att förhindra sjukdom och patienten får bibehålla hälsan och förbli frisk. Hälsofrämjande är ett bredare begrepp än sjukdomsförebyggande, det kan handla om trafiken, arbetsmiljön, jämlikhet etc. Hälsofrämjande är preventivt arbete med enskilda individer. Livsstilssköterskan hjälper dem med levnadsvanor som påverkas av miljön, vardagsliv och omgivning. Det gäller att stärka personen och uppmuntra till delaktighet och ge kunskap för att kunna göra livsstilsförändringar.

En informant svarade att den idealiska hälsofrämjande livstilmottagningen var den mottagning som informanten arbetar på för tillfället. Hon svarade att de har en fungerande livstilmottagning men ett bekymmer eller glädjeämne finns, nämligen den stora mängden turister sommartid gör att livstilmottagningen måste stängas varje sommar. Hon saknade även ett större utbud av aktiviteter och önskade att patienterna fick reducerat pris när de har FaR-recept (fysisk aktivitet recept).

En annan informant ser den idealiska hälsofrämjande livstilmottagningen med patienten i centrum där patienten har en möjlighet att delta via hälsorum-appar och via nätet. Livsstilssköterskorna borde föra dialog med patienterna hur de vill ha det, så inte patienten känner sig kontrollerad. Man ska bygga in patientens kapacitet i vården på bästa sätt och då patienten inte klarar av det själv ska sjukvården hjälpa till. Det är patientens mål som gäller, inte personalens. Ett hälsorum eller blodtrycksrum där patienterna kan mäta sitt blodtryck själv skulle göra patienterna mera involverade i sin vård. Då kräver det att en läkare har gett patienten målvärden och larmvärden, så patienten vet när hon ska ta kontakt med sjukvårdspersonal. Informanten uttalade sig som följande:

"Sluta frånta patienten rollen som specialist på sitt liv."

”Många inom vården vill ta hand om patienterna och försöka förändra mindre hälsosamma levnadsvanor istället för att vara patientens samtalspartner där hon får möjlighet att själv göra smarta val.”

Informanterna önskade ett team som skulle bestå av: livsstilssköterskor, läkare, diabetessköterska, psykolog, fysioterapeut, endokrinolog, socialkurator samt ett nätverk och studieresor till andra livsstilmottagningar för att få inspiration, mera utbildning och samarbete med föreningar och stödföreningar. Informanterna ansåg att ekonomin, och att ledningen inte prioriterar livsstilmottagningen, vara de största hindren för att genomföra planerna.

Även ett hälsotorg var ett förslag. Hälsotorget skulle vara ett team som samarbetar och har regelbundna möten. Det skulle bestå av: läkare, livsstilssköterskor, psykiatrisk sjuksköterska, psykolog, socialkurator och fysioterapeut. Sjuksköterskor och läkare på hälsocentralen skulle fånga upp riskindivider i ett tidigt skede och skriva remiss till hälsotorget, i stället för att skriva ut mediciner genast. Det borde finnas en livsstilssköterska som går till skolor och föräldramöten samt sprider information i skolor, företag och inom egna organisationen. Den idealiska hälsofrämjande livsstilmottagningen skulle försöka skapa nätverk inom organisationen och utanför genom att det skulle ske regelbunden informationsväxling mellan livsstilmottagningen och hälsocentralen samt ett kontaktnät till grannländers livsstilmottagningar.

På frågan om det finns någon patientgrupp som borde prioriteras lämnade två informanter inget svar. De två andra informanterna svarade att de ansåg att patienter; med flera ohälsosamma vanor, som väntar på operation, som är föräldrar, med psykisk ohälsa och som är dagligrökare, som är under 18 år som rökdebuterat samt patienter med metabolt syndrom borde prioriteras.

8 SAMMANFATTNING OCH DISKUSSION AV RESULTAT

Studiens frågeställningar var: Hur ser livsstilmottagningen ut idag med för- och nackdelar? Hur ser den idealiska hälsofrämjande livsstilmottagningen ut i framtiden? Problemmrådet avgränsades till livsstilssköterskors tankar om livsstilmottagningens viktigaste uppgifter samt deras syn på hur den idealiska hälsofrämjande livsstilmottagningen kan se ut.

Skribenten har valt att dela upp resultatet i tre delområden: livsstilssköterskornas tankar om livsstilmottagningens viktigaste uppgifter idag, deras syn på den idealiska hälsofrämjande livsstilmottagningen, samt livsstilmottagningens hinder.

8.1 LIVSSTILSMOTTAGNINGENS VIKTIGASTE UPPGIFTER

Utgående från enkätsvaren och intervjuerna har skribenten gjort en induktiv innehållsanalys som resulterade i tre huvudkategorier när det gällde frågan om livsstilmottagningens viktigaste uppgifter. Tolv uttalanden angående livsstilssköterskornas viktigaste uppgifter valdes. Uttalandena förkortades och nio gemensamma nämnare tog ut från uttalandena. De nio gemensamma nämnarna sammanställdes till fyra underkategorier (delmål) och de slutligen till tre överkategorier (mål). Livsstilssköterskorna ansåg att deras viktigaste uppgifter var att lyssna, motivera, rådgiva samt ge patienten tid att reflektera över sin livssituation. Förutom interaktion med patienten finns även organisationen som en viktig faktor i livsstilmottagningarnas varande. Livsstilmottagningarna måste medvetandegöra hälsans betydelse för patienten, sin egen betydelse för patienten samt medvetandegöra livsstilmottagningens betydelse för organisationen.

8.1.1 Livsstilssköterskans betydelse för patienten

Livsstilssköterskornas svar angående livsstilssköterskornas betydelse för patienten resulterade i fyra uttalanden som sammanställdes till fyra förkortade uttalanden. Svaren tangerade patientens behov och vad som är orsaken till att hon besöker livsstilmottagningen. (Tabell 1)

Patienten är oftast intresserad av sin egen hälsa och genom att samtala med livsstilssköterskan får hon en chans att reflektera över sin hälsa och livssituation. Ibland kommer en

patient till mottagningen på grund av högt blodtryck som förorsakas av stress och i stället för att påbörja medicinering tar man reda på och försöka eliminera orsaken till stress.

Livsstilssköterskans uppgift är att lyssna på patienten, samt reflektera över situationen. Hon motiverar patienten att förändra livsstil, speglar patientens känslor och tankar samt ger rådgivning utgående från resultaten av besöken. Patienten måste känna att livsstilssköterskan är närvarande vid besöket då det många gånger tas upp känsliga frågor kring patientens liv. Livsstilssköterskan är där för att ge förtroende, stöd och ibland bara vara närvarande. Målet är att livsstilssköterskan är medveten om sin egen betydelse för patienten.

Courtney et al (2009) visade i sin studie att patienterna uppskattade att skriva ner mål och diskutera sina resultat samt göra livsstilsförändringar genom att koncentrera sig på positiva livsstilsförändringar. Det finns ett behov av att sjukvårdspersonalen finner nya innovativa vägar för att motivera och stöda sina patienter. I en svensk studie (Brobeck et al. 2011) beskrev de sjukskötares erfarenheter av motiverande samtal som en metod i hälsofrämjande arbete och sjuksköterna ansåg att motiverande samtal är krävande för den som utför dem. Det krävs professionell erfarenhet, träning och möjlighet att praktisera metoden. För att samtalen skall vara så effektivt som möjligt måste sjukskötaren vara förstående och visa respekt under dialogen enligt Brobeck et al. (2011).

8.1.2 Hälsans betydelse för patienten

Fyra uttalanden tangerade hälsans betydelse för patienten. Livsstilssköterskorna såg att den största vinsten med en livsstilmottagning var på individnivå. Genom att få möjlighet att besöka en livsstilmottagning får patienten en chans att bli bekräftade och kan se vilken stor roll de själv bidrar med för att nå en god hälsa. Även att någon ger dem tid att samtala kring dennes historia och vad som kan vara orsaken till ohälsan, samt visa dem hur de kan ta kontroll över sin egen hälsa igen är av stor vikt. Målet är att göra patienten medveten om den egna hälsans betydelse. (Tabell 2)

En läkare i studien av Jacobsen et al (2005) nämnde att det är viktigt att se patientens värld före man ger råd samt att många diskussioner under en hälsokontroll slutar med att det blir en diskussion om psykologiska faktorer. Läkarens erfarenheter har visat att förebyggande arbete är ett komplext fenomen där patientens vardag har stor betydelse för

dennes hälsa och livstil. Knutsen & Foss (2011) beskriver ett norskt nationellt program för att behandla vuxna som lider av fetma. Behandlingen lägger betoning på att patienterna aktivt skall delta i behandlingsprocessen för att nå bästa resultat och kursledarna främjar autonomi. Huvudkonceptet bygger på att stärka patienter med kroniska tillstånd och målet är att främja självhjälp.

Geense et al. (2013) studerade vilka hälsofrämjande åtgärder läkare och sjuksköterskor genomför i primärvården och det kom fram att det finns flera hinder. De största hindren som var relaterade till patienten var omotiverade patienter och även Jacobsen et al (2005) såg i sin studie att hinder som upplevdes var att inte ha framgång i att förändra patienters beteenden samt det kom fram en viss frustration över att patienterna inte förändrade livstil trots att de fått rådgivning. Sjuksköterskorna och läkarna ansåg även att det inte fanns tillräcklig med tid för patienten (Jacobsen et al. 2005)

8.1.3 Livsstilmottagningens betydelse för organisationen

Så länge det finns patienter som är i behov av en livsstilmottagning så visar det att den behövs, men det kom fram i studien att det saknades ett statistikprogram som skulle visa bland annat patientantal och besöksorsaker. Livsstilmottagningen är en signal till organisationen och mot samhället att den är viktig och bör prioriteras. Det är även en vinst för samhället då patienterna får en bättre hälsa eller sin sjukdom i balans.

För att livsstilmottagningen skall få fortsätta sin verksamhet och inte drabbas av nedskärningar krävs det en interaktion mellan livsstilmottagningen och organisationen. Det krävs även en ledning som stöder livsstilssköterskorna i deras jobb för patienternas hälsa. Organisationen måste bli medveten om livsstilmottagningens betydelse och det krävs en engagerad ledning och organisation. (Tabell 3)

Patientvård överlag är tidskrävande men att göra en livsstilsförändring kan ta flera år. Det är viktigt att det finns stöd från sjukvårdsorganisationen så att sjukskötare får möjlighet att utöva hälsofrämjande arbete i primärvården, enligt Brobeck et al. (2011).

8.2 DEN IDEALISKA LIVSSTILSMOTTAGNINGEN

Frågan om den idealiska hälsofrämjande livsstilsmottagningen resulterade i 20 uttalanden som förkortades till 17 uttalanden. De förkortade uttalandena gav 4 gemensamma nämnare som resulterade i 5 delmål och ett mål. Informanterna hade vinklat svaren från både patienternas perspektiv och livsstilsmottagningens perspektiv. Det kom mycket starkt fram behovet av ett team på livsstilsmottagningen som kunde samarbeta tillsammans kring patienten med patientens godkännande. Även vikten av att skapa nätverk och samarbeta med andra inom och utanför organisationen var en viktig punkt i den idealiska hälsofrämjande livsstilsmottagningen. Ur patienternas synvinkel finns ett behov av livsstilssköterskor som kan vara ett bollplank för patienterna som de kan bolla sina egna tankar och funderingar mot för att komma fram till en lösning själv. Livsstilssköterskan skall ge verktyg för att bygga upp en ny, hälsosam livsstil, men patienten själv skall stå för byggandet. Målet är att bilda ett livsstilsteam som tillsammans med samarbetspartners utanför organisationen ger patienten möjlighet att ta kontroll över sin hälsa. (Tabell 4)

I Lindgren & Nilmonds (2012) studie beskrevs olika yrkeskategoriers önsknings kring sjukdomsförebyggande arbete på en vårdcentral. Det upplevdes betydelsefullt att det finns en hälsomottagning med en hälsospecialist, eller livsstilskoordinator, men att det inte var den fullständiga lösningen för hur det sjukdomsförebyggande arbetet skall organiseras. Förutom hälsospecialisten måste alla yrkeskategorier med patientkontakt involvera sig genom att bland annat gemensamt arbeta med att identifiera patienter med ohälsosamma levnadsvanor och ge dem information om hur de kan få hjälp och stöd på vårcentralen. Det krävs ett gott samarbete för att lyckas med detta.

8.3 LIVSSTILSMOTTAGNINGENS HINDER IDAG

Svar på frågan om den idealiska hälsofrämjande livsstilsmottagningens hinder idag gav 21 uttalanden, 5 gemensamma nämnare, 4 delmål och ett mål. Det finns brist på samarbete mellan specialistsjukvården och primärvården samt en upplevelse av att specialistsjukvården och andra mottagningar prioriteras före primärvården och livsstilsmottagningarna. Livsstilssköterskorna skulle vilja utveckla mottagningen men det finns inte tid för det då de ofta får jobba på sin lediga tid för att klara av nuvarande uppgifter. Tidsbristen anser

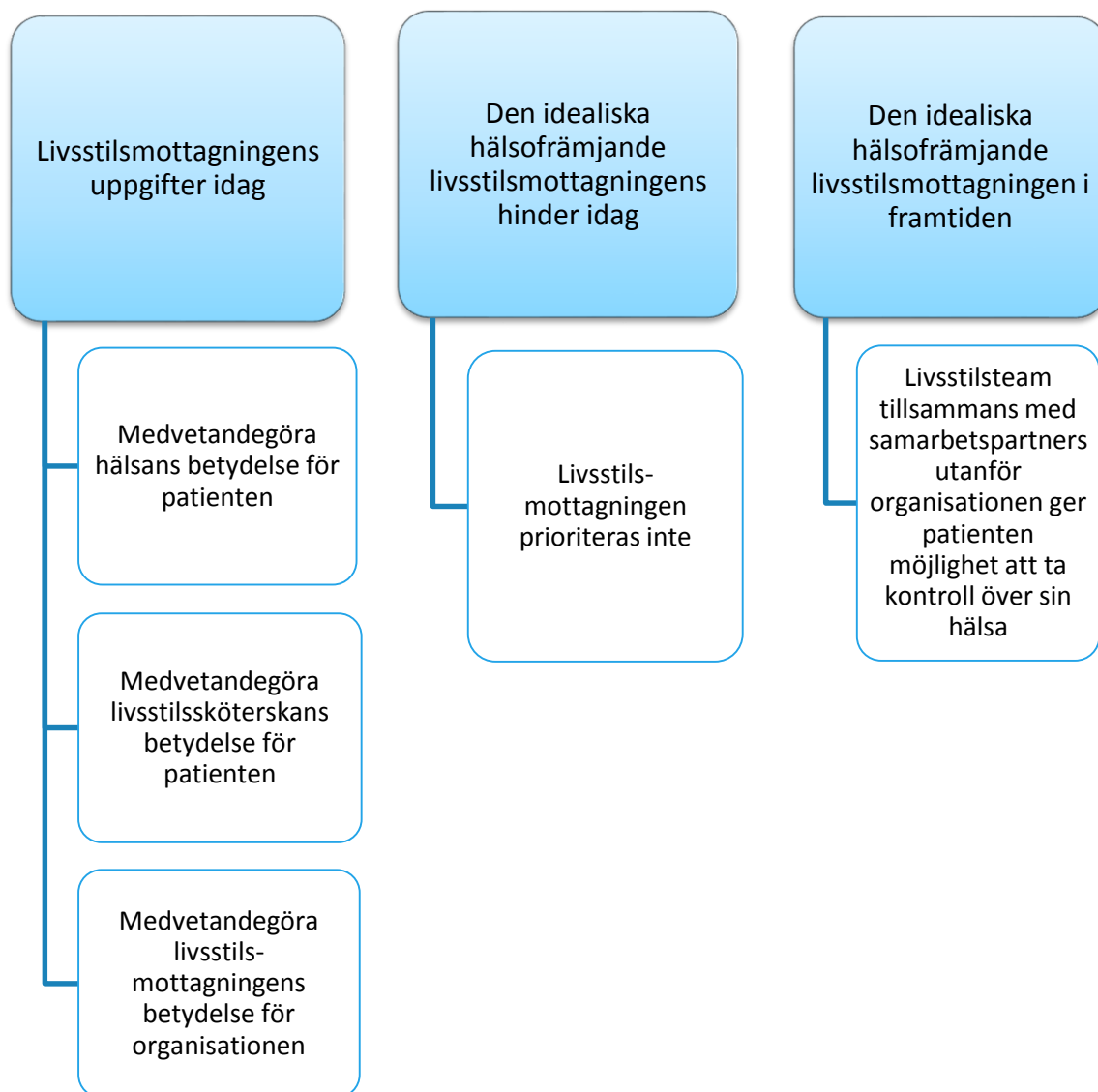
de att delvis beror på att mottagningen och personalen inte prioriteras av ledningen. I stället stängs livsstilsmottagningen om det blir för hög belastning på någon annan avdelning. De flesta livsstilsmottagningar saknar även engagerade läkare som har ett helhetsansvar över mottagningen. För att få en fungerande livsstilsmottagning krävs det att ledningen ser och visar att livsstilsmottagningen är lika viktig som andra mottagningar. Målet är att motivera ledningen och organisationen att livsstilsmottagningen är en resurs. (Tabell 5)

I Geense et als (2013) studie kom det fram att bland de största hindren att utöva hälsofrämjande arbete var: tidsbrist, brist på självsäkerhet gällande rådgivning (inte fått utbildning som rådgivare) och dålig ersättning. Även i Jacobsen et als (2005) studie ansåg läkarna att det inte finns tid att introducera hälsofrämjande diskussioner för allmänläkare. Petrogianni et als (2013), Bombard et als (2013) och Courtney et als (2009) studier visar att rådgivning angående livstilsförändringar har en god effekt på deltagarna. Marin (2012) var tveksam till att primärvården skall satsa resurser på mera omfattande interventioner mot dåliga levnadsvanor utan ansåg att de stora insatserna för bättre livsstil borde samhället stå för genom olika åtgärder för att till exempel motverka rökning.

Skribenten har redogjort i studien hur livsstilsmottagningarna ser ut idag genom att sammanställa svaren på enkäterna och intervjuerna och fått ett resultat som visar livsstilsmottagningens uppgifter idag. Dessa är att: medvetandegöra hälsans betydelse för patienten, livsstilssköterskans betydelse för patienten, samt livsstilsmottagningens betydelse för organisationen.

Genom att kategorisera svaren på frågan om den idealiska hälsofrämjande livsstilsmottagningen, samt svaren på de hinder det finns, kom skribenten fram till slutsatsen att den idealiska hälsofrämjande livsstilsmottagningen i framtiden är ett team som tillsammans med samarbetspartners utanför organisationen ger patienten en möjlighet att ta kontroll över sin hälsa. För att nå dessa mål i framtiden behövs det en engagerad ledning och organisation. Det krävs en organisationsledning som prioriterar livsstilsmottagningen och ser mottagningen likvärdig andra sjukvårdsmottagningar.

Sammanfattningen klargörs i följande figur (Figur 9):



Figur 9 Sammanfattning av resultat

9 DISKUSSION I FÖRHÅLLANDE TILL DEN TEORETISKA

REFERENSRAMEN

Studien görs ur ett hälsofrämjande perspektiv och enligt Ottawa Charter (WHO 2009) är hälsofrämjande en process där man ger människorna en möjlighet att öka kontrollen över och förbättra deras hälsa. För att nå ett fullständigt välbefinnande måste individen kunna identifiera och inse strävanden, tillgodose behoven och förändra eller klara av miljön (WHO 2009). Livsstilssköterskornas tankar om sina viktigaste uppgifter var att lyssna, motivera, rådgiva och samtala med patienten samt ge dem tid för reflektion. Genom att lyssna på patientens historia, samtala och utgående från det, rådgiva, kan livsstilssköterskorna hjälpa patienten att identifiera och inse vad som måste förändras i hennes liv.

Ottawa Charter (WHO 2009) tar upp tre hälsofrämjande strategier: medla (mediate), arbeta för (advocate) och möjliggöra (enable). Med strategin medla vill man påpeka att hälsan inte kan vara säkrad av endast hälsovårdssektorn. Hälsofrämjande kräver samordnade åtgärder av alla berörda. I studien kommer det fram att det finns en önskan om ett teamarbete inom organisationen men även ett ökat samarbete med andra livsstilmottagningar, föreningar och stödföreningar utanför organisationen.

Den andra strategin är att arbeta för en god hälsa. En god hälsa är en resurs för den sociala, ekonomiska och personliga utvecklingen och är viktig för livskvaliteten. Politiska-, ekonomiska- och biologiska faktorer kan vara till fördel eller nackdel för en god hälsa. (WHO 2009) Livsstilssköterskorna beskrev sina uppgifter som mångfacetterade där de var "spindeln i nätet" och tog hand om patientens fysiska- psykiska-, sociala- och ekonomiska välbefinnande. De hjälper bland annat patienten att få kontakt med läkare, motionsförbund, psykolog, socialkurator, kyrkan och ekonomiska rådgivare.

Den tredje strategin i Ottawa Charter (WHO 2009) är att arbeta för jämlikhet i hälsa, minska skillnaderna i hälsotillstånd och garantera lika möjligheter och resurser för alla. I detta räknas en stödjande omgivning, tillgång till information, livskunskap och möjlighet att göra hälsosamma val. I studien kom det fram att det finns en vilja att hjälpa, samt ideer

om hur nå ut till människor, men den ekonomiska biten ses som ett hinder. Livsstilssköterskorna anser även att livsstilmottagningen inte prioriteras av organisationen, vilket gör att eventuella nedskärningar drabbar livsstilmottagningen först. Ett hinder kan man även se i att en del livsstilmottagningar kräver remiss, vilket försvårar för patienten att ta kontakt med mottagningen.

Utifrån det salutogena synsättet fokuserar man på hälsans ursprung och fokus är på copingresurserna. I stället för att koncentrera sig på en viss sjukdom söker man efter människans totala historia, inklusive sjukdom. (Antonovsky 1987 s. 16&38-39) I livsstilssköterskornas svar kom det fram att de reserverar en längre tid för de första patientbesöken för att ha en möjlighet att samtala om historia och bakgrunden till patientens problem. En livsstilssköterska nämnde att det inte är någon idé att fortsätta om man inte har "patienten med på tåget" för då är alla information bortkastad. Man måste börja från grunden och först ta reda på vad som är orsaken till att patienten besöker livsstilmottagningen.

Två kärnkoncept i den salutogena teorin är: känsla av sammanhang (KASAM) och generella motståndsresurser (GMR). Tre centrala komponenter i KASAM är: begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Begriplighet syftar på hur man upplever utmaningar som förnuftsmässigt gripbara, information som ordnad, sammanhängande, strukturerad och tydlig. (Antonovsky 1987 s. 44-46) I studien nämnde en livsstilssköterska om en patient som kom till mottagningen och sade: "*Jag blev skickad hit*". Han hade fått en remiss till livsstilmottagningen från en läkare men någonstans brast kommunikationen mellan läkaren och patienten. Han kom till livsstilmottagningen utan att förstå varför. Det kommer även fram i studien att patienter kommer till livsstilmottagningen med en hög begriplighet, tror de, men vid besöket kommer det fram att orsaken till besöket inte är t.ex. en fysisk orsak utan en psykisk orsak. Patienterna remitteras ibland till livsstilmottagningen på grund av fysiska besvär som till grund och botten är orsakade av psykiska orsaker. Då är det livsstilmottagningens uppgift att öka patientens begriplighet om det egentliga problemet och därefter hjälpa till att göra det hanterbart, som är KASAM:s andra komponent.

Hanterbarhet definieras som den grad till vilken man upplever att det står resurser till ens förfogande med hjälp av vilka man kan möta krav och utmaningar. (Antonovsky 1987 s. 44-46) Livsstilmottagningen är en stor resurs för patienterna. Genom att patienten får tala

kring sin historia och sina besvär, samtala med livsstilssköterskan, få rådgivning, vägledning och information kan patienten ta kontroll över sitt liv och se en lösning på de problem hon har.

Den sista komponenten i KASAM är meningsfullhet som syftar på i vilken utsträckning man känner att livet har en känslomässig innebörd, att en del problem och krav i livet är värda att investera energi i. (Antonovsky 1987 s. 44-46) För att känna meningsfullhet måste man vara motiverad att kämpa för en förändring i livet. Alla livsstilssköterskor som intervjuades i studien hade gått kurser i motiverande samtal som går ut på att patienten får reflektera över sin situation och tills slut komma fram till en lösning. Livsstilssköterskan är där för att spegla patienternas egna tankar och idéer. Det ansågs vara ett viktigt hjälpmedel i att handleda patienter på en livsstilmottagning. En livsstilssköterska skrev: *“Med motiverande samtal är det lätt att göra rätt”*. Det är också ett sätt att låta patienten bli bekräftad, få syn på sin egen roll och få makt över sitt fortsatta hälsoläge.

Det andra kärnkonceptet i den salutogena teorin är generella motståndsresurser som är de resurser som finns tillgängliga och som möjliggör en utveckling mot hälsopolen. Resurserna finns inom människan men är också beroende av omgivningen. I studien kom det fram att en av livsstilmottagningens viktigaste uppgifter är att visa patienten de resurser de har och stärka dem. De börjar från att se helheten och sedan gå in på detaljerna i patientens liv. En livsstilssköterska sade att: *“Livet är som ett pussel, man skall lägga de stora pusselbitarna först och sen kan man plocka in det andra”*. För att stöda och utveckla de resurser som finns inom människan behövs det olika insatser från olika enheter. Det kan vara fråga om dietist, psykolog eller fysioterapeut och då behövs det ett team eller ett gott samarbete mellan livsstilmottagningen och andra enheter.

10 DISKUSSION OCH KRITISK GRANSKNING

Målet inom kritiskt tänkande är att man skall kunna kontrollera, påverka och skapa sitt eget liv och ansvarsfullt bidra till det sociala livet (Stenbock-Hult 2004 s. 10) med andra ord autonomi. För att utveckla kritiskt tänkande är det nödvändigt att föra dialog eftersom vårt intellekt till en början oftast är egocentriskt måste vi ha en öppen dialog med andra som tänker annorlunda. På det sättet kan vi göra rationella beslut. (Stenbock-Hult 2004 s. 46-47)

Ideen till denna studie startade år 2013 då skribenten började masterutbildningen med inriktning hälsofrämjande och samtidigt hade en diskussion med en livsstilssköterska på Ålands hälso- och sjukvård. Före det hade inte skribenten sett eller förstått vikten av en livsstilmottagning. Livsstilssköterskorna jobbar i det tysta och det finns lite samarbete eller interaktion mellan hälsocentralen och livsstilmottagningen även om båda mottagningarna hör till primärvården.

Med muntlig och skriftlig information av livsstilssköterskan fortsatte skribenten läsa om livsstilmottagningar i Finland och Sverige. Slutsatsen var att livsstilmottagningarna kan se olika ut allt från hur patienten kommer till mottagningen till vad som behandlas på mottagningen.

De semistrukturerade intervjuerna utfördes i april 2015. Enligt Yin (2013 s. 22) blir en semistrukturerad intervju en social interaktion där informanten inte hämmas av laboratorieliknande miljö eller begränsas av på förhand gjorda frågeformulär. Han skriver även att den kvalitativa forskningen ger informanten en möjlighet att delge sina egna åsikter istället för forskarens åsikter och förutfattade meningar.

Enkät- och intervjufrågorna skulle skribenten ändra nu när svaren är transkriberade. Vissa frågor var dubbla och vissa var onödiga. I och med det låga antalet informanter fanns det inte möjlighet att göra förändringar på enkäten men vid den andra intervjun lämnade skribenten bort de frågor som gav samma svar. En semistrukturerad intervju ger möjlighet att tänja på gränserna och inte följa frågorna men i och med det låga deltagarantalet följde skribenten intervjuguidens frågor för att inte missa någon viktig information.

Enligt skribenten kan man inte generalisera svaren då informanternas mängd var liten. Kristensson (2014 s.116) anser att en kvalitativ forskning aldrig kan sträva efter att jämföra eller generalisera utan syftet är att få en detaljerad förståelse för ett fenomen genom att skapa en trovärdig bild, modell eller teori. Enligt Trost (2010 s. 143-144) skall man begränsa sig till ett mycket litet antal då man utför kvalitativ intervjuer. Med ett litet antal menar han 4-8 stycken intervjuer. I denna studie fanns det fyra informanter och enligt skribenten skulle det varit tillräckligt om allt skulle gått som planerat med intervjuer via nätet och personliga intervjuer. Nu blev vissa frågor obesvarade på enkäterna. Även om informanterna var få, så hade de alla jobbat många år som både sjuksköterskor och livsstilssköterskor. Detta ser skribenten som en fördel för studien då alla hade lång erfarenhet av jobbet som livsstilssköterskor och därmed stor kunskap kring ämnet. De har även sett livsstilmottagningarnas utveckling under en längre tid.

Trost (2007 s. 74&76) rekommenderar att man inte har öppna frågor i en enkät på grund av att det är tidskrävande att handskas med de skrivna svaren då en del skriver långa svar, endel stickord som är svåra att tyda och vissa skriver ingenting vilket även förekom i denna studie, där svaren i vissa fall var korta eller obesvarade via enkäterna. En del korta svar blev även en tolkningsfråga för skribenten.

Livsstilmottagningens uppgift är att se hela människan. Se den fysiska-, psykiska-, sociala-, ekonomiska- och existentiella delen i patienten. Alla delar påverkar hälsan. Livsstilssköterskan ser till patientens livshistoria – vad är bakgrunden och orsaken till en nedsatt hälsa? Det är som ett trassligt trådnystan som skall redas ut. Genom långa diskussioner och samtal är livsstilssköterskan närvarande för patienten och ger henne råd och vägledning. När patientens livshistoria och bakgrunden till besöket på livsstilmottagningen är klargjord, kan livsstilssköterskan börja nysta upp tråden. Ofta behövs det samarbete med andra parter både inom och utanför organisationen för att kunna knyta ihop lösa trådar. Samarbete kommer även fram som en viktig faktor i Ottawa Charters tre hälsofrämjande strategier, varav den första är att medla. Hälsan kan inte säkras av endast hälsovårdssektorn men professionella, sociala grupper och hälsovårdspersonal har ett stort ansvar att medla mellan olika intressen i samhället (WHO 2009).

Då skribenten sammanställde studiens intervjufrågor kom det starkt fram alla hinder som det finns. Det fanns några frågor om eventuella hinder, men att många svar skulle tangera

hinder, hade skribenten inte väntat sig. Då många svar fanns om hinder, är det lätt att man börjar fokusera på det negativa i stället för att fokusera på det salutogena och hälsofrämjande synsättet. Det salutogena synsättet ser det positiva i det negativa genom till exempel se ett hinder som ett sätt att nå ett mål. Då hinder klargjorts kan organisationen arbeta med att eliminera de hinder som finns för livsstilmottagningens utveckling och framtid. Då kan livsstilssköterskorna koncentrera sig på sin uppgift, vilket är att främja hälsan hos patienterna.

I denna studie kom det fram att livsstilssköterskornas tid inte räcker till att sköta sina uppgifter på livsstilmottagningen på det sätt de önskar då deras arbetsuppgifter är splittrade samt uppgifterna på andra mottagningar prioriteras före livsstilmottagningen.

Livsstilssköterskornas upplevelse av den idealiska hälsofrämjande livsstilmottagningen idag och i framtiden motsvarar de resultat som kommit fram i tidigare forskningar. En livsstilmottagning kräver ett team som samarbetar kring patienten och det krävs en ledning som ser mottagningen som en resurs - likvärdig andra mottagningar.

Enligt WHO (2009) kan politiska- ekonomiska- eller biologiska faktorer vara till fördel eller nackdel för en god hälsa och hälsofrämjande åtgärders mål är att göra faktorerna gynnsamma genom att arbeta för hälsan, vilket är den andra hälsofrämjande strategin i Ottawa Charter (WHO 2009). Om livsstilmottagningarna får resurser att utvecklas och använde statistikprogram skulle man i framtiden kunna redovisa för vem som besöker, och orsakerna till besök, på livsstilmottagningarna. Genom denna information kan man härleda till grundorsakerna till den försämrade hälsan hos patienterna, om det är biologiska, ekonomiska- eller politiska faktorer som påverkar hälsan.

Skribentens tolkning av de svar som kommit fram i intervjuerna är att livsstilssköterskorna måste arbeta för att godkännas som likvärdig andra mottagningar. Ändå kommer det fram i studien att livsstilssköterskorna har en bred kompetens och nya utmaningar gör att det krävs fortlöpande utbildningar för att upprätthålla kompetensen. Livsstilssköterskorna arbetar även mycket ensamma vilket gör det svårt att sprida kunskapen. Ottawa Charters tredje strategi, att möjliggöra, innefattar en stödjande omgivning, tillgång till information, livskunskap och möjlighet att göra hälsosamma val för att människan ska nå sitt fulla hälsopotential. Målet är att minska skillnaderna i hälsotillstånd och garantera lika möjligheter och resurser. (WHO 2009) Utgående från patienterna finns det ett behov av livsstilmottagningar som ger den information och stöd som behövs för att uppnå en

god hälsa, men skribenten ser det även från livsstilssköterskornas perspektiv. De arbetar för patienterna, men utgående från intervju- och enkätsvaren får livsstilssköterskan även arbeta för livsstilmottagningens överlevnad och sin egen professionella existens.

Social- och hälsovårdsministeriet i Finland skrev år 2010 en strategi för social- och hälsovårdspolitiken där målet var ett socialt hållbart samhälle där människorna behandlas jämlikt, allas delaktighet säkertställs och allas hälsa och funktionsförmåga främjas. Ett socialt hållbart samhälle behandlar alla samhällsmedlemmar rättvist, stärker delaktigheten och gemenskapen, stöder hälsan och funktionsförmågan samt tillhandahåller den trygghet och service som behövs. (SHM 2010 s. 3-6)

Ett steg för att nå dessa mål är att livsstilmottagningarna utvecklas och öppnas för alla som vill förändra sin livsstil. Nu är det flera livsstilmottagningar som kräver remiss, vilket försvårar kontakten till livsstilmottagningarna. Men för att det skulle kunna vara en öppen mottagning krävs det flera livsstilssköterskor, nuvarande personalmängd har inte kapacitet att ta emot flera patienter. Även den ekonomiska biten kan vara ett hinder för att besöka livsstilmottagningar som tar en besöksavgift. För att det skall vara jämlikt och rättvist borde det inte finnas ekonomiska hinder för att besöka en livsstilmottagning.

Som en fortsättning till denna studie kunde vara att se hur livsstilmottagningarna ser ut i Finland, den studie som skribenten påbörjade men inte hade kapacitet att fullfölja. En annan fortsättning på denna studie vore att se patienternas, sjukvårdsorganisationernas eller läkarnas syn på livsstilmottagningarna.

KÄLLOR

- Andersson, B-E. 1994, *Som man frågar får man svar – en introduktion i intervju- och enkätteknik*, Andra upplagan, Norstedts Akademiska Förlag, 206 s.
- Antonovsky, A. 1987, *Hälsans mysterium*, Andra utgåvan, andra tryckningen, Natur och Kultur, 253 s.
- Arcada, 2015, God vetenskaplig praxis i studier vid Arcada. Tillgänglig: www.myarcada.fi Hämtad 13.5.2015.
- Bergqvist, A, Foldemo, A, Hultsjö, S. 2013. Preventing the development of metabolic syndrome in people with psychotic disorders – difficult, but possible: Experiences of staff working in psychosis outpatient care in Sweden, *Issues in Mental Health Nursing, Informa Health Care*. 34:350–358
Tillgänglig:<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.arcada.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=9152569d-eb1c-4c42-b3c1-6a84f6c79d5a%40sessionmgr113&vid=4&hid=109> Hämtad 16.3.2015.
- Bombard, J, Robbins, C, Dietz, P. 2013, Preconception Care: The Perfect Opportunity for Health Care Providers to Advise Lifestyle Changes for Hypertensive Women. *American Journal of Health Promotion*. Vol. 27. Tillgänglig: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.arcada.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=7ff57241-478c-464b-8b59-bb65f0035fe7%40sessionmgr115&vid=4&hid=109> Hämtad 6.1.2015.
- Brobeck, E, Bergh, H, Odenkrants, S, Hildingh, C. 2011.
Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice, *Journal of Clinical Nursing*. 20; 3322. Tillgänglig: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.arcada.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=7ff57241-478c-464b-8b59-bb65f0035fe7%40sessionmgr115&vid=7&hid=109> Hämtad 16.3.2015.
- Buis, L. 2011, The Potential for Web-Based Social Network Sites and Self-Regulation for Health Promotion. *American Journal of Health Promotion*. Vol. 26. Tillgänglig: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.arcada.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=7ff57241-478c-464b-8b59-bb65f0035fe7%40sessionmgr115&vid=10&hid=109> Hämtad 6.1.2015.
- Carmona-Terés, V, Lumillo-Gutiérrez, I, Jodar-Fernández, L, Rodríguez-Blanco, T, Moix-Queraltó, J, Pujol-Ribera, E, Mas, X, Batlle-Gualda, E, Gobbo-Montoya, M, Berenguera, A. 2015. Effectiveness and cost-effectiveness of a health coaching intervention to improve the lifestyle of patients with osteoarthritis: cluster randomized clinical trial, *Bio Med Central, Musculoskeletal Disorders*. Tillgänglig: <http://www.biomedcentral.com/1471-2474/16/38> Hämtad: 22.5.2015.

- Cohen, J, Neumann, P, Weinstein, M. 2008. Does preventive care save money? *The New England Journal of Medicine*. 358;661-663. Tillgänglig: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp0708558> Hämtad 17.5.2015.
- Courtney, M, Conard, S, Dunn, P, Scarborough, K. 2009, The Game of Health: An innovative lifestyle change program implemented in a family practice, *American Academy of Nurse Practitioners*. 23; 289-297
Tillgänglig:<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.arcada.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=28&sid=7ff57241-478c-464b-8b59-bb65f0035fe7%40sessionmgr115&hid=109> Hämtad: 16.3.2015.
- Geense, W, Glind, I, Visscher, T, Achterberg, T. 2013, Barriers, facilitations and attitudes influencing health promotion activities in general practice: an explorative pilot study, *BMC Family Practice*. Tillgänglig:<http://www.biomedcentral.com/1471-2296/14/20/> Hämtad 16.3.2015.
- Henlesen, J-O & Vetlesen, A. 2013, *Etik i arbete med människor*, Tredje upplagan, Studentlitteratur AB, Lund, 305 s.
- Jacobsen, E, Rasmussen, S, Christensen, M, Engberg, M, Lauritzen, T. 2005, Perspectives on lifestyle intervention: The views of general practitioners who have taken part in a health promotion study, *Scandinavian Journal of Public Health*. Tillgänglig: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.arcada.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=7ff57241-478c-464b-8b59-bb65f0035fe7%40sessionmgr115&vid=46&hid=109> Hämtad 16.3.2015.
- Jallinoja, P, Absetz, P, Kuronen, R, Nissinen, A, Talja, M, Uutela, A, Patja, K. 2007. The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 25; 244-249.
Tillgänglig:<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.arcada.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=7ff57241-478c-464b-8b59-bb65f0035fe7%40sessionmgr115&vid=49&hid=109> Hämtad 10.2.2015.
- Karolinska Institutet. *Självhjälp*. Tillgänglig: <http://www.sundkurs.se/sjalvhelp/>. Hämtad 26.1.2015.
- Karolinska Universitetssjukhuset. *Livsstilsmottagningen i Solna*.
Tillgänglig: <http://www.karolinska.se/for-patienter/alla-mottagningar-och-avdelningar-a-o/hjartkliniken/livsstilsmottagningen-solna/>. Hämtad 26.1.2015.
- Knutsen, I & Foss, C. 2011, Caught between conduct and free choice – a field study of an empowering programme in lifestyle change for obese patients, *Scandinavian Journal of Health and Society*, Norway. 25; 126-133.
Tillgänglig:<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.arcada.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=51&sid=7ff57241-478c-464b-8b59-bb65f0035fe7%40sessionmgr115&hid=109> Hämtad 16.3.2015.
- Korsholms kommun. Tillgänglig: www.korsholm.fi. Hämtad 26.2.2014.

- Koskenvuo, M & Mattila, K. 2009, Terveysten edistämisen sairauksien ehkäisyn periaatteet, *Duodecim*. Tillgänglig: www.terveysportti.fi. Hämtad 15.4.2015.
- Kristensson, J. 2014, *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Natur & Kultur, Stockholm.
- Laws, R, Kirby, S, Powell Davies, G, Williams, A, Jayasinghe, U, Amoroso, C, Harris, M. 2008. Should I and Can I: A mixed methods study of clinicians beliefs and attitudes in the management of lifestyle risk factors in primary health care. *BioMed-Central, Health Services Research*. Tillgänglig:<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/44> Hämtad 22.5.2015.
- Lindgren, J & Nilmond, C. 2012, *Olika yrkeskategoriers önskingar kring sjukdomsförebyggande arbete på en vårdcentral*. Magisteruppsats, Lunds Universitet, Medicinska fakulteten. Tillgänglig: <http://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordOid=3166143&fileOid=3166149>. Hämtad 3.2.2015.
- Marin, J. 2012, Livsstilmottagning på vårdcentral, kan det fungera? *Allmän medicinskt forskningscentrum*. Örebro. Tillgänglig: http://www.regionorebolan.se/files-sv/%C3%96rebro%20%C3%A4ns%20landsting/arbete_utbildning/st/st-primarvard/st-uppsatser/krama%20140929.pdf. Hämtad 3.2.2015.
- Petrogianni, M, Kanellakis, S, Kallianioti, K, Argyropoulou, D, Pitsavos, C, Manios, Y. 2013, A multicomponent lifestyle intervention produces favourable changes in diet quality and cardiometabolic risk indices in hypercholesterolaemic adults. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. Tillgänglig:<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.arcada.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=64&sid=7ff57241-478c-464b-8b59-bb65f0035fe7%40sessionmgr115&hid=109> Hämtad 6.1.2015.
- Region Gotland. Tillgänglig: www.gotland.se/77224. Hämtad 28.8.2014.
- SHM. 2001, *Statsrådets principbeslut om folkhälsoprogrammet Hälsa 2015*. Tillgänglig: http://www.stm.fi/sv/under_arbete/utvecklingsprojekt/halsa_2015. Hämtad 13.1.2015.
- SHM. 2010, *Ett socialt hållbart Finland 2020 – strategi för social- och hälsovårdspolitik*. Tillgänglig:http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2765155&name=DLFE-15325.pdf. Hämtad 13.1.2015.
- Stenbock-Hult, B. 2004, *Kritiskt förhållningssätt*, Studentlitteratur, Lund. ISBN 91-44-03048-7.
- Svensson, P-G & Starrin, B. 1996, *Kvalitativa studier i teori och praktik*, Studentlitteratur, Lund. ISBN 91-44-39851-4.
- Trost, J 2007. *Enkätboken*, Studentlitteratur, Upplaga 3:1, 168 s.

Trost, J. 2009, *Kvalitativa intervjuer*, Upplaga 4, Studentlitteratur AB, Lund, 158 s.

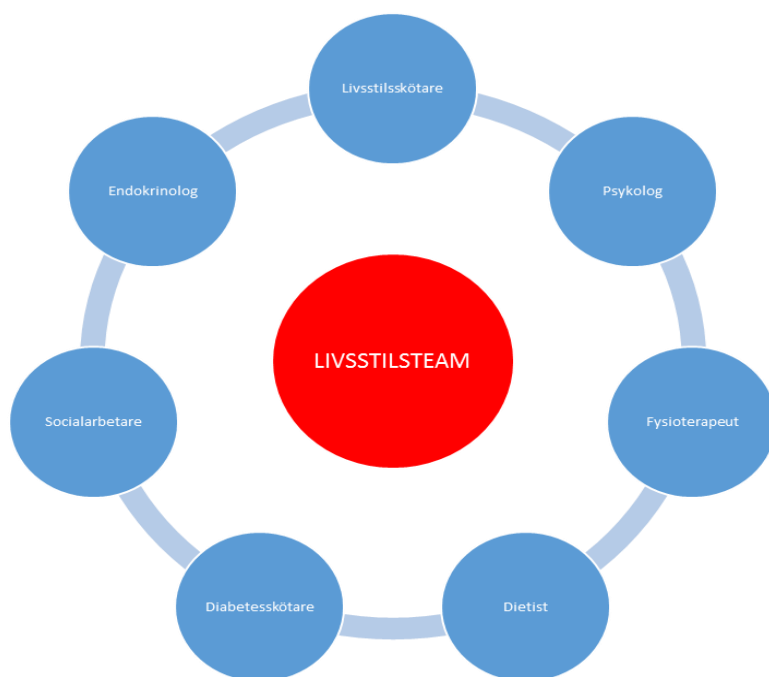
WHO. 2009, *Milestones in health promotion: Statements from global conferences*, Tillgänglig:http://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf?ua=1. Hämtad 27.1.2015.

Yin, R. 2013, *Kvalitativ forskning – från start till mål*, Svenska utgåvan, Studentlitteratur, Lund.

ÅHS 2013. Ålands livsstilmottagnings verksamhetsberättelse 2013. *ÅHS interna dokument*. Hämtad mars 2014.

BILAGOR

BILAGA 1 Exempel på specialistteam som önskas på livsstilmottagningen



**HÄLSOSAM
LIVSSTIL**

BILAGA 2 E-post till Gotland och Ölands sjukvårdsdistrikt.

Skickat den 23.2.2015

Hej

Jag jobbar som sjukskötare på Hälsocentralen i Mariehamn, Åland och studerar masterprogrammet med inriktningen Hälsöfrämjande vid Arcada yrkeshögskola, Helsingfors, Finland. Mitt examensarbete skall handla om livstilssköterskors upplevelser av livstils-mottagningen nu och i framtiden. Detta mail skickas till primärvårdsmottagningar på Åland, Gotland och Öland.

Jag söker nu livstilsskötare som vill delta i en intervju personligen eller via nätet. Intervjuerna är planerade att utföras under mars-april 2015.

Vem skall jag ta kontakt med för att be om eventuellt forskningslov och få kontaktuppgifter till livstilssköterskor som eventuellt vill delta i studien? Skickar som bilaga min forskningsplan och ett informationsbrev till livstilssköterskorna.

Med vänlig hälsning,

Monika Bäckman

Adress: xxxxxxxx xx, 22100 Mariehamn, Åland.

Tel. +358 (0)40 xxxxxxx (privat)

Tel. +358 (0)18 xxxxxx (jobb)

e-post: xxxxxxxxxxxx

BILAGA 3 Informationsbrev till livstilssköterskorna

Skickat 23.2.2015.

Till dig som jobbar som livstilsskötare,

Jag heter Monika Bäckman och jobbar som sjukskötare på Hälsocentralen i Mariehamn, Åland, samt studerar masterprogrammet för hälsofrämjande vid yrkeshögskolan Arcada i Helsingfors, Finland. I mitt masterarbete skriver jag om en hälsofrämjande livstilsmottagning nu och i framtiden – sett ur livstilssköterskors perspektiv.

Detta informationsbrev går ut till livstilssköterskor eller sköterskor som har hand om livstilsmottagningar på Åland, Gotland och Öland.

För att kunna garantera studiens kvalitet är jag tacksam om du ger dig tid att medverka i en intervju personligen eller via nätet. Mera information om det praktiska kommer när jag fått kontaktinformation till dig.

Endast jag och min handledare har rätt att läsa intervjuerna och deltagarna hålls anonyma under hela processen. Deltagande i denna studie är frivilligt.

Resultaten av min studie kan ge en ökad förståelse för behoven av livstilsmottagningarna och även skillnaderna mellan Ålands, Gotlands och Ölands livstilsmottagningar.

Tack på förhand!

Med vänlig hälsning,

Monika Bäckman

Xxxxxxxxxxxx xxx, 22100 Mariehamn, Åland.

Tel. +358 (0)40 xxxxxxxx (privat)

Tel. +358 (0)18 xxxxxxxx (jobb)

BILAGA 4 Ansökan om forskningslov

Sökande: Monika Bäckman

Postadress:

Telefon: (+358) , jobb:(+358)

Utbildning/yrke: Sjukskötare YH

Läroanstalt: Arcada yrkeshögskola, Helsingfors, Finland (www.arcada.fi)

Examen som sökanden har som mål att avlägga: Masterexamen i Hälsofrämjande

Handledare för forskningen: Pamela Gray

Verksamhetsställe: Arcada yrkeshögskola, Helsingfors, Finland

Telefon: (+358)

Forskningen är ett masterarbete.

Namn på forskningen: En hälsofrämjande livstilsmottagning nu och i framtiden – sett ur livstilssköterskornas perspektiv.

Syfte/mål med forskningen: Syftet med forskningen är att ta reda på hur framtidens hälsofrämjande livstilsmottagning ser ut ur livstilssköterskors perspektiv.

Teoretisk referensram: Hälsofrämjande och salutogenes.

Forskningsobjekt: Livstilssköterskor på Gotlands livstilsmottagningar.

Forskningsmetoder: Semistrukturerad intervju.

Materialförvaring och etiska överväganden: Förvarar uppgifter som undertecknad fått för forskningen i ett utrymme dit utomstående inte har tillträde.

Lovar att inte använda materialet för att skada eller kränka personerna som forskningen gäller.

Planerad forskningsperiod: Februari - April 2015

Forskningen beräknas vara klar: Juni 2015

BILAGA 5 Intervjuguide

INLEDNING (intervjuaren)

Syftet med undersökningen är att ta reda på hur en hälsofrämjande livstilsmottagning ser ut nu och i framtiden – sett ur livstilssköterskors perspektiv.

Livstilssköterskor på Åland, Gotland och Öland intervjuas.

Alla svar är konfidentiella, endast skribenten och handledaren läser intervjuerna. För att skydda identiteten nämns ej informantens namn eller specifika arbetsplats i studien.

Intervjun bandas och banden förvaras i låst utrymme, samt raderas när studien är slutförd.

Informanten har rätt att ta pauser eller avsluta intervjun när hon vill.

Planerad tid för intervjun är 60 minuter.

BAKGRUNDFRÅGOR

Hur många livstilsmottagningar finns det på Åland, Gotland, Öland?

Hur många livstilssköterskor finns det på Åland, Gotland, Öland?

Vad har du för utbildning?

Hur länge har du jobbat som

Hur länge har du jobbat som livstilssköterska?

Hur många timmar/dagar per vecka jobbar du som livstilssköterska?

LIVSTILSMOTTAGNINGEN IDAG

Hur får patienterna information om livstilsmottagningen? (Remiss? Annan väg?)

Vad är orsaken/orsakerna till besök på mottagningen?

Vad är åldern hos dem som besöker mottagningen?

Vilken åldersklass är mest representerad?

Finns det skillnad på antalet män och kvinnor?

Hur länge har ni planerat för ett besök? (Skillnad på första besök och uppföljningsbesök?
Räcker den planerade tiden till enligt dig?)

Hur många patientkontakter har ni i genomsnitt per vecka (eller per dag)?

Hur många besök per vecka (eller per dag)?

Hur många telefonkontakter per vecka (eller per dag)?

Finns det någon du samarbetar med?

Med vem?

Varför finns behovet av samarbete? Varför finns inte behovet av samarbete?)

Finns det något som borde prioriteras på er livstilsmottagning? (Det första du tänker på som är viktigt enligt dig)

FÖR- och NACKDELAR MED LIVSTILSMOTTAGNING

Vad är positivt med en livstilsmottagning på en ö? (Varför?)

Vad är utmaningen med en livstilsmottagning på en ö?

Hur kan man lösa utmaningarna?

Vad fungerar bra på er livstilsmottagning enligt dig?

Finns det något som saknas från livstilsmottagningen idag? (Det första du tänker på som saknas enligt dig)

FRAMTIDENS LIVSTILSMOTTAGNING

Vad tänker du på när du hör ordet hälsofrämjande?

Hur ser den idealiska hälsofrämjande livstilsmottagningen ut enligt dig?

Är det genomförbart i praktiken?

Finns det hinder?

Finns det någon patientgrupp som borde prioriteras? Varför?

Hur ser den idealiska livstilsmottagningen ut enligt dig om det inte fanns några hinder (ekonomiska, organisatoriska, geografiska m.m)?

AVRUNDNING

Vill du tillägga något?

AVSLUT

Tack för din medverkan i studien.

BILAGA 6 Intervjufrågor via nätet

MASTERARBETE I HÄLSOFRÄMJANDE 2015

Syftet med undersökningen är att ta reda på hur en hälsofrämjande livstilsmottagning ser ut nu och i framtiden – sett ur livstilssköterskors perspektiv.

Livstilssköterskor på Åland, Gotland och Öland intervjuas personligen eller via frågeformulär.

Alla svar är konfidentiella, endast skribenten och handledaren läser svaren. För att skydda identiteten nämns ej informantens namn eller specifika arbetsplats i studien.

Svaren sparas på dator som är lösenordskyddad och utskrifter bevaras i låst utrymme. Svaren i dator raderas och utskrifter förstörs när studien är slutförd.

Skriv ditt svar så utförligt du kan efter varje fråga. Om någon fråga är oklar kan ni skicka e-post till mig på adressen: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Svaren önskar jag få sända till ovanstående e-postadress senast 8.4.2015.

BAKGRUNDSFRÅGOR

Hur många livstilsmottagningar finns det Åland, Gotland, Öland?

Hur många livstilssköterskor finns det på Åland, Gotland, Öland?

Vad har du för utbildning?

Hur många år har du jobbat inom det område/de områden du är utbildad (fråga 3)?

Hur länge har du jobbat som livstilssköterska?

Har du fått någon särskild utbildning för att jobba som livstilssköterska?

6A) Om du svarat Ja: Vilken utbildning har du fått?

Hur många timmar (i medeltal) per vecka jobbar du som livstilssköterska?

Hur många timmar (i medeltal) per vecka jobbar du med administrationsuppgifter?

Hur många timmar (i medeltal) per vecka jobbar du med direkt patientkontakt?

LIVSTILSMOTTAGNINGEN IDAG

Hur får patienterna information om livstilsmottagningen? (Remiss? Annan väg?)

Vad är orsaken/orsakerna till att patienterna besöker mottagningen?

Vad är åldern hos dem som besöker mottagningen? (Ringa runt eller färga ett eller flera alternativ)

Under 18 år

19-30

31-40

41-50

51-60

61-70

71 eller äldre

Vilken åldersklass är mest representerad?

Finns det skillnad på antalet män och kvinnor?

14a) Om du svarat Ja: Vad är procentantalet män/kvinnor?

Hur lång tid har du planerat för ett första besök?

Hur lång tid har ni planerat för ett uppföljningsbesök?

Räcker den planerade tiden till enligt dig?

Hur många patientkontakter har ni i genomsnitt per vecka?

18a) Hur många besök per vecka?

18b) Hur många telefonkontakter per vecka?

Finns det någon du samarbetar med?

19a) Om du svarat Ja: Med vem samarbetar du?

19b) Om du svarat Ja: Varför finns behovet av samarbete?

19c) Om du svarat Nej: Varför finns det inget samarbete?

Finns det något som borde prioriteras på er livstilsmottagning?

FÖR- och NACKDELAR MED LIVSTILSMOTTAGNING

Vad är positivt med en livstilsmottagning på en ö? (Förklara gärna varför du tycker det är positivt)

Vad är utmaningen med en livstilsmottagning på en ö?

22a) Hur kan man lösa utmaningarna?

Vad fungerar bra på er livstilsmottagning enligt dig?

Finns det något som saknas från livstilsmottagningen idag?

FRAMTIDENS LIVSTILSMOTTAGNING

Vad tänker du på när du hör ordet hälsofrämjande?

Hur ser den idealiska hälsofrämjande livstilsmottagningen ut enligt dig? (Skriv så utförligt du kan)

26b) Finns det hinder? (Ringa runt eller färga svaret)

Ja Nej

26c) Om du svarat Ja: förklara närmare vilka hinder det finns.

26d) Finns det någon patientgrupp som borde prioriteras enligt dig? (Ringa runt eller färga svaret)

Ja Nej

26e) Om du svarat Ja: förklara närmare vilka som borde prioriteras och varför.

Hur skulle den idealiska livstilmottagningen se ut enligt dig om det inte fanns några hinder? Fantisera fritt och berätta gärna utförligt hur mottagningen skulle se ut utgående från dina erfarenheter.

Finns det något du vill tillägga som ej nämnts i frågeformuläret och som du anser är viktigt att nämna?

Tack för din medverkan i studien!

Monika Bäckman

TABELLER

Tabell 1

Livsstilssköterskans betydelse för patienten

Uttalanden

“Har jag inte patienten med på tåget så är all information bortkastat”

“Man går liksom längre bak, vad är orsaken till allt?”

“Livsstilmottagningen ger patienten en möjlighet att fundera på sin egen roll i behandlingen”

“Patienten får makt över sitt fortsatta hälsoläge”

Förkortade uttalanden.

Patient intresserad av sin hälsa.

Vad är orsaken till allt?

Möjlighet för patienten att reflektera över sin egen roll.

Makt över hälsoläget.

Gemensamma nämnare

Lyssna

Reflektera

Motivera

Rådgivning

Delmål

Vara närvarande

Mål

Medvetandegöra sin egen betydelse för patienten

Tabell 2

Hälsans betydelse för patienten

Uttalanden

“Det allra bästa är att patienten får ta kontakt innan det blir för stora problem”

“Största vinsten hittas på individnivå”

“Patienterna blir bekräftade som aktiva spelare”

“Patienterna får syn på vilken stor roll det spelar vad de själva bidrar med”

Förkortade uttalanden

Möjlighet att ta kontakt

Bättre hälsa

Aktiva patienter

Spelar stor roll vad patienten själv bidrar med

Gemensamma nämnare

Samtala

Vinst för individ

Ta reda på historia/bakgrund

Delmål

Ge tid att samtala med patienten om dennes historia/bakgrund

Ge patienten möjlighet att vara aktiv

Mål

Medvetandegöra hälsans betydelse för patienten

Tabell 3

Livsstilmottagningens betydelse för organisationen

Uttalanden

“Vinst för samhället med patienter som har sin sjukdom i balans”

“Livsstilmottagningen är en signal utåt att det är viktigt och bör prioriteras”

“Livsstilmottagningen är signal mot egna organisationen att det är viktigt”

“Livsstilens betydelse för hälsan är något vi behöver påminna varandra om i personalgruppen”

Förkortade uttalanden

Ekonomisk vinning

Signal utåt att livsstilmottagningen är viktig

Signal mot egna organisationen att livsstilmottagningen är viktig

Gemensamma nämnare

Vinst för samhället

Informera

Delmål

Interaktion mellan livsstilmottagningen och organisationer

Mål

Medvetandegöra livsstilmottagningens betydelse för organisationen

Tabell 4

Den idealiska hälsofrämjande livsstilmottagningen

Uttalanden

"Skulle också vara bra med ett bättre utbud av aktiviteter"

"Om möjligt reducerat pris för patienter med FaR-recept"

"Hoppas det kommer finnas större möjligheter för patienterna att delta mer aktivt via t.ex hälsoappar"

"Föra dialog med patienterna hur de vill ha det"

"Bygga in patientens kapacitet i vården"

"Det är patientens mål som gäller, ej personalens"

"Patienten får ta kontrollen över sitt liv, inte personalen"

"Blodtrycksrum skulle göra patienterna mera involverade i sin egen vård"

"Sluta frånta patienten rollen som specialist i sitt liv"

"Många inom vården vill ta hand om patienterna i stället för att vara patienternas samtalspartner där hon får möjlighet att själv göra smarta val"

"Att man gärna försöker skapa nätverk inom organisationen och utanför"

"Viktigt att bygga broar till andra länder"

"Studieresor för att få inspiration"

"Nätverk med andra livsstilssköterskor för informationsbyte"

"Utbildningar för personalen för att livsstilmottagningen skall tjäna sitt syfte"

"Det är otroligt viktigt att det skulle finnas en sådan där hälsokoordinator som gick ut till skolor, möten och träffa föräldrar"

"Hälsotorg/team som skulle bestå av: 2 livsstilssköterskor, läkare, endokrinolog, psykolog, psykiatrisk sjuksköterska, dietist, diabetessköterska, fysioterapeut, socialкуратор"

"Läkare och sjuksköterskor fångar opp riskpatienter på hälsocentralen och remitterar till hälsotorg/team"

"Samarbete med föreningar och stödföreningar utanför organisationen"

"Regelbunden informationsväxling mellan livsstilmottagningen och hälsocentralen"

Förkortade uttalanden

Bättre utbud av aktiviteter för patienter
Reducerat pris på aktiviteter
Möjlighet att delta via t.ex hälsoappar
Föra dialog
Patientens kapacitet tas i beaktande
Patientens mål tas i beaktande
Patienten tar kontroll
Patienten mera involverad i sin egen vård
Patienten specialist i sitt liv
Patienten frå möjlighet att själv välja
Nätverk inom och utanför organisationen
Utbildningar och studieresor för kompetensutveckling
Hälsokoordinator/livsstilskoordinator
Hälsotorg/teamarbete
Samarbete med föreningar
Informationsväxling
Vårdpersonal remitterar till hälsotorg/team

Gemensamma nämnare

Samhället ger möjlighet att förändra livsstilen genom t.ex ekonomisk hjälp
Samverkan och dialog mellan vårdpersonal och patient
Patienten tar kontroll över sitt liv och hälsa
Samarbete, teamarbete, nätverk inom och utanför organisationen

Delmål

Möjligheter
Samverkan
Kontroll
Nätverk/Utbildning
Samarbete/teamarbete

Mål

Livsstilsteam tillsammans med samarbetspartners utanför organisationen ger patienten möjlighet att ta kontroll över sin hälsa

Tabell 5

Livsstillsmottagningens hinder idag

Uttalanden

- “Samarbete brister ofta på grund av bristanden kontinuitet hos personalen”
- “Hyrapersonalens andel ökar och detta försvårar samverkan”
- “Personalbrist leder till hyrapersonal, vilket medför personalbyten, kontinuiteten lider både för patient och personal, ekonomin lider”
- “Man jobbar väldigt ensam som livsstilssköterska”
- “Finns ingen primärvårdsläkare som tar ansvar för mottagningen”
- “Saknar ibland eller inte så sällan engagerade läkare”
- “Finns ingen tid att sprida kunskap i och utanför organisationen”
- “Tidsbristen är en stor utmaning”
- “Det är mycket som görs på egen tid”
- “Arbetet syns inte i någon statistik”
- “Ofta kan det vara bra att göra en plan tillsammans så att patienten inte springer runt i systemet utan får hjälp”
- “På livsstilsmottagningen och hälsocentralen är det samma för alla, det är inget som tas bort utan det bara fylls på och fylls på”
- “Det duger inte att montera upp och ner efter säsong; patienterna behöver stöd alla veckor hela året”
- “Ett bekymmer/glädjeämne är att vi har mycket turister sommartid vilket gör att vi lägger mottagningen på is..”
- “Övriga mottagningar prioriteras före livsstilsmottagningen”
- “Dåligt samarbete mellan specialistsjukvården och primärvården”
- “Konkurrens om budgeten mellan specialistsjukvården och primärvården”
- “Mera utbildning till personalen för att mottagningen ska ge avsedd effekt”
- “Livsstilsmottagningens framtid är osäker då det inte finns någon plan om mottagningens framtid och utveckling”
- “Att arbeta uthålligt kräver motiverad personal som orkar”
- “Då måste man ha stöd av sina chefer i detta att livsstilsarbetet är prioriterat”

Gemensamma nämnare

- Brist på samarbete mellan specialistsjukvården och primärvården
- Brist på engagemang/ansvar av läkare
- Tidsbrist
- Stöd av chefer behövs/saknas
- Konkurrens med andra mottagningar om tid, pengar, prioritet

Delmål

Samarbete/Stöd

Engagemang/ansvar

Tid

Prioritering

Mål

Livsstilmottagningen prioriteras inte