



EXAMENSARBETE

Våren 2012

Sektionen för Hälsa och Samhälle

Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot
distriktssköterska, omvårdnad avancerad nivå

Fysisk aktivitet på recept behövs men...

Distriktssköterskors uppfattningar om FaR

Författare

Martina Fagerström

Marie Nilsson

Handledare

Pia Petersson

Examinator

Kerstin Blomqvist

Fysisk aktivitet på recept behövs men...

Distriktssköterskors uppfattningar om FaR

Författare: Martina Fagerström och Marie Nilsson

Handledare: Pia Petersson

Examinator: Kerstin Blomqvist

Empirisk studie

Datum 2012-03-22

Sammanfattning

Bakgrund: Fysisk inaktivitet orsakar ohälsa och sjukdom i dagens samhälle. I Sverige introducerades, år 2001, fysisk aktivitet på recept (FaR) som en metod för att öka den fysiska aktiviteten bland befolkningen. Att undersöka hur distriktssköterskan uppfattar FaR är värdefullt eftersom det är en metod som distriktssköterskan kan använda i det hälsofrämjande arbetet. **Syfte:** Syftet med studien var att beskriva distriktssköterskors uppfattningar om fysisk aktivitet på recept (FaR). **Metod:** Semistrukturerade intervjuer med 18 distriktssköterskor genomfördes. Intervjumaterialet analyserades genom kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Distriktssköterskorna uppfattade att FaR kunde främja både hälsa och ekonomi i samhället men att metoden begränsar jämlik hälsa. Metoden hade ett brett användningsområde men det framkom skilda meningar om metodens användbarhet för patienterna. En motiverad patient, tvärprofessionellt samarbete, samverkan med andra FaR-aktörer och organisatoriskt stöd uppfattades av distriktssköterskorna som förutsättningar för att använda FaR. Uppfattningar om FaR:s framtidsutsikt visade att det fanns tveksamhet om metodens hållbarhet och ett behov av utveckling. **Slutsats:** Studien visar att ett flertal omständigheter påverkar om distriktssköterskorna ska uppfatta FaR som en metod värd att använda. Resultatet kan användas som vägledning för att se över dessa faktorer och vidareutveckla metoden FaR.

Nyckelord: Fysisk aktivitet på recept (FaR), Distriktssköterska, Hälsofrämjande arbete, Uppfattningar, Primärvård

There is a need for physical activity on prescription but...

District nurses' perceptions of PaP

Author: Martina Fagerström och Marie Nilsson

Supervisor: Pia Petersson

Examiner: Kerstin Blomqvist

Empirical study

Date 2012-03-22

Abstract

Background: Physical inactivity causes ill-health and disease in today's society. As a method for increasing physical activity among the population, physical activity on prescription (PaP) was introduced in Sweden in 2001. PaP is a method which the district nurse can use in promoting health and it is therefore valuable to explore how the district nurses perceive this method. **Objective:** The aim of the study was to describe district nurses' perceptions about physical activity on prescription (PaP). **Method:** The study was based on semi structured interviews with 18 district nurses. The material was analyzed using qualitative content analysis. **Results:** District nurses felt that PaP could promote both health and economy in society, but that it restricts equal health. The method was understood to have a broad scope but there were differences of opinion about the method's usefulness for patients. A motivated patient, cross-collaboration, interaction with other PaP-actors and organizational support were perceived by the district nurses as prerequisites for using PaP. Opinions about the future of PaP showed that there was uncertainty about the sustainability and a need for development. **Conclusion:** The study shows that a number of factors affect the district nurses' perception of whether PaP is a method worth using. The result can be used as a guide to surveying these factors and developing the PaP method.

Keywords: Physical activity prescription (PaP), District Nurse, Health Promotion, Perceptions, Primary Health Care

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	6
BAKGRUND	6
SYFTE	9
METOD	9
Design	9
Tillvägagångssätt	9
Urval.....	9
Kontext.....	10
Datainsamling	11
Analysmetod	12
Forskningsetiska överväganden	13
Förförståelse.....	14
RESULTAT	14
FaR som metod	14
En betydelsefull metod för hälsa och ekonomi	15
En metod med brett användningsområde	15
En metod som begränsar jämlik hälsa.....	16
Metodens användbarhet för patienten i praktiken	17
Förutsättningar för att använda FaR	18
En motiverad patient.....	18
Tvärprofessionellt samarbete	19
Samverkan med andra FaR-aktörer.....	20
Organisatoriskt stöd.....	20
FaR:s framtidsutsikt.....	22
Behov av utveckling	22
Tveksamhet om metodens hållbarhet	23
DISKUSSION	24
Metoddiskussion	24

Resultatdiskussion..... 26

Slutsats 30

Bilaga 1 Informationsbrev till verksamhetschef

Bilaga 2 Informationsbrev till distriktssköterska

Bilaga 3 Intervjuguide

INTRODUKTION

I dagens samhälle bidrar en alltmer stillasittande livsstil till ohälsa och sjukdom vilket leder till minskat välbefinnande och livskvalitet. Fysisk inaktivitet utgör ett hot mot folkhälsan även ur ett globalt perspektiv (WHO, 2010) och dessutom orsakar sjukdom relaterad till fysisk inaktivitet samhällets ekonomiska förluster (Malmberg, Andersson, Johansson & Hermansson, 2007). Hälso- och sjukvården borde ha goda möjligheter att påverka individers hälsa och fysisk aktivitet genom sin breda kontaktyta gentemot befolkningen men främjandet av fysisk aktivitet är en relativt ny folkhälsofråga, vilket innebär att åtgärder ännu är ganska underutvecklade (Schäfer Elinder & Faskunger, 2006). En metod som finns och som introducerades i Sverige år 2001 är fysisk aktivitet på recept (FaR) (Kallings, 2009). Det är en metod som kan användas av professioner i primärvården för att stödja hälsofrämjande insatser (Leijon & Jacobson, 2006). En nyligen gjord utvärdering visar att primärvården inte använder FaR fullt ut i alla landsting, trots att det finns goda förutsättningar för primärvården att tillämpa FaR i sin verksamhet (Nilsson, 2010).

BAKGRUND

Att röra sig regelbundet kan förebygga och förbättra ett flertal sjukdomar som exempelvis osteoporos, depression, cancer samt hjärt- och kärlsjukdom (Stähle, 2008; Oberg, 2007). Utöver att förebygga fysiska sjukdomar visar Martinsen (2000) i sin studie om psykisk ohälsa att fysisk aktivitet kan användas som en alternativ behandlingsmetod istället för läkemedel. För att fysisk aktivitet ska förbättra hälsan rekommenderas minst 30 minuters aktivitet dagligen med minst måttlig intensitet t.ex. en rask promenad (Statens folkhälsoinstitut [fhi], 2010). I Sverige och utomlands har metoden FaR introducerats i det hälsofrämjande arbetet för att komma åt problemet med fysisk inaktivitet (Kallings, 2009).

Fysisk aktivitet på recept (FaR) innebär en individanpassad skriftlig ordination på fysisk aktivitet. FaR används till såväl friska som sjuka personer för att förebygga och behandla vissa sjukdomar (Kallings & Leijon, 2003; Oberg, 2007). Receptet ska vara individuellt anpassat vad gäller dosering (intensitet, behandlingsperiodens längd och frekvens) och typ av aktivitet (Kallings & Leijon, 2003). Den ordinerade aktiviteten kan antingen vara en aktivitet som individen utför på egen hand eller som en organiserad aktivitet (Kallings,

2009). Ett verktyg som kan användas för den som ordinerar fysisk aktivitet på recept är FYSS. Det är en handbok som beskriver betydelsen av fysisk aktivitet för att förebygga och behandla olika sjukdomstillstånd. All legitimerad vårdpersonal har rätt att förskriva recept på fysisk aktivitet om de har tillräcklig kunskap om patientens hälsostatus och effekterna av fysisk aktivitet eftersom vissa aktiviteter är olämpliga för somliga sjukdomstillstånd (Kallings & Leijon, 2003). I dag finns ett flertal arbetsmodeller för FaR som ser olika ut beroende på de lokala förutsättningar som finns. Ett exempel på en arbetsmodell är fysioteksmodellen som används på flera håll i Sverige, bland annat i Skåne. Fysioteket är bemannat med personal, ofta sjukgymnaster, som tar emot patienter med FaR-recept. Avsikten med fysioteket är att motivera patienten, hjälpa till att hitta en lämplig aktivitet och att slussa patienten vidare till olika aktivitetsföreningar kopplade till arbetet med fysisk aktivitet på recept, så kallade FaR-mottagare (Region Skåne, 2008).

Kallings, Leijon, Hellénus och Ståhles (2007) studie åskådliggör att att patienter ofta har flera skäl till att öka sin fysiska aktivitetsnivå men att smärta, övervikt samt rygg- och nackproblem utgör de vanligaste orsakerna till förskrivandet av FaR. Studien visar även att sex månader efter att patienter ordinerats FaR så har deras fysiska aktivitetsnivå och självskattade hälsa ökat (a.a). Forskning visar även att FaR-förskrivare bör utgå från patientens eget önskemål för att uppnå ökad fysisk aktivitet. Bland äldre patienter är promenader, stavgång, trädgårdsarbete och andra aktiviteter som individen kan göra på egen hand eller med anhörig övervägande (Kallings, Johnson, Fisher, de Faire, Ståhle, Hemmingsson & Hellenius, 2009). En annan svensk studie visar att promenad är den aktivitet som oftast förskrivs (Leijon, Bendtsen, Nilsen, Ekberg & Ståhle, 2008).

Distriktssköterskors användande av FaR har undersökts i en amerikansk enkätstudie som visar att i stort sett alla distriktssköterskor ger muntlig rådgivning om fysisk aktivitet och att 67% förskriver FaR samt att 43% remitterar patienten vidare till sjukgymnast för rådgivning (Burns, Camaione & Chatteron, 2000). Forskning från Skottland visar att läkare och distriktssköterskor inom primärvården känner sig väl förtrogna med och positiva till att ge råd i allmänhet. Dock har de begränsad kunskap om gällande rekommendationer avseende fysisk aktivitet. Överlag diskuterar och rådger professionerna rutinmässigt om fysisk aktivitet oavsett patienternas hälsotillstånd eller behov. Distriktssköterskor ger råd om fysisk aktivitet i högre utsträckning än vad läkarna gör (Douglas, Torrance, Van Teijlingen, Meloni

& Kerr, 2006). Tidigare forskning från USA visar dock att distriktssköterskor endast använder en liten del av sin tid till rådgivning om fysisk aktivitet (Melillo, Houde, Williamson & Futrell, 2000).

Hälso- och sjukvården anser sig ha stor betydelse när det gäller den långsiktiga hälsoutvecklingen i befolkningen och ser ett behov av att utveckla den hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande rollen för att på sikt få en effektivare hälso- och sjukvård (Johansson, 2010). FaR är en metod som möjliggör för hälso- och sjukvården att arbeta mer hälsofrämjande och distriktssköterskan som träffar många patienter individuellt har möjligheten att inspirera till livsstilsförändringar som exempelvis ökad fysisk aktivitet (Kallings, 2009). Distriktssköterskan styrs i sitt arbete av hälso- och sjukvårdslagen (HSL) som bland annat innebär att verka hälsofrämjande. Den som vänder sig till hälso- och sjukvården skall när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada (HSL, 1982:763). Vid upplysning om fysisk aktivitet och ordination på FaR till patienter finns det etiska aspekter för distriktssköterskan att ta hänsyn till. Risken att kränka patientens integritet måste vägas mot rätten till medbestämmande annars kan det leda till att patienten inte följer ordinationen. Samtidigt finns en skyldighet att ge information och hjälpa en patient där fysisk aktivitet kan vara till nytta för hälsan (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2007). Dessutom ska distriktssköterskans i sitt arbete använda sig av metoder som är baserade på vetenskap och beprövad erfarenhet (Distriktssköterskeföreningen [DSF], 2008).

En nyligen gjord utvärdering visar att det framförallt är läkare och distriktssköterskor som förskriver FaR. Dock används inte FaR fullt ut i primärvården trots de goda förutsättningar som finns att tillämpa metoden (Nilsson, 2010).

Distriktssköterskan som finns inom primärvården har en betydande roll i det hälsofrämjande arbetet och kan därför inspirera till ökad fysisk aktivitet på individ- och gruppnivå. FaR är dock ett relativt nytt ämne och det saknas forskning som beskriver distriktssköterskans uppfattningar om FaR. Att undersöka hur distriktssköterskan uppfattar FaR är värdefullt eftersom det är en metod som distriktssköterskan kan använda sig av i sitt dagliga arbete.

SYFTE

Syftet med studien var att beskriva distriktssköterskors uppfattningar om fysisk aktivitet på recept (FaR).

METOD

Design

Studien utfördes som en empirisk kvalitativ intervjustudie med 18 distriktssköterskor. Intervjumaterialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys som beskrivs av Graneheim och Lundman (2004).

Tillvägagångssätt

Kontakt togs, via mail med verksamhetschefer på 49 vårdcentraler i Skåne och Blekinge län för att be om tillstånd att intervjua distriktssköterskor. Majoriteten av verksamhetscheferna svarade, via mail att de avböjde på grund av att FaR inte var implementerat i verksamheten eller på grund av tidsbrist. Åtta verksamhetschefer gav, via mail sitt godkännande att intervjua distriktssköterskor inom deras verksamheter. Därefter skickades ytterligare ett mail med bifogat informationsbrev (bilaga1) till de 8 verksamhetscheferna. I informationsbrevet ombads verksamhetscheferna att ge förslag på lämpliga informanter enligt studiens inklusionskriterier. Det resulterade i 18 distriktssköterskor som kontaktades genom ett personligt informationsbrev (bilaga 2) med förfrågan om deltagande i studien. Därpå kontaktades de tillfrågade distriktssköterskorna antingen per telefon eller mail för samtycke och tidsbokning av intervju. Samtliga 18 distriktssköterskor ville medverka och inkluderades i studien.

Urval

Studiens inklusionskriterier var att informanterna skulle vara utbildade distriktssköterskor som arbetade på vårdcentral och var vana respektive ovana vid att förskriva fysisk aktivitet på recept. Samtliga informanter var kvinnor och hade varit verksamma som distriktssköterskor mellan ett och 26 år. Informanterna hade sedvanligt mottagningsarbete och telefonrådgivning. Dessutom ansvarade vissa för ytterligare områden som exempelvis: hypertoni-, livsstils-, hjärtsvikts-, diabetes-, astma/KOL och allergimottagning (tabell 1)

Tabell 1. Fördelning av deltagande distriktssköterskor i studien utifrån kön, yrkesverksamma år, arbetsuppgifter, vårdcentralens placering och antal förskrivna FaR/år (n=18)

	Antal (n)
Antal år som distriktssköterska	
1-5	4
6-10	3
11-15	2
16-20	2
21-25	6
>25	1
Arbetsuppgifter	
Sedvanlig mottagning och telefonrådgivning (endast)	3
+ Livsstil (blodtryck, rökavvänjning, vikt)	3
+ Hjärtsvikt	1
+ Diabetes	7
+ Barnvårdscentral	1
+ Inkontinensmottagning	1
+ Astma/KOL/allergi	2
Uppskattat antal förskrivna FaR per år	
0	6
1-5	5
6-10	0
11-15	2
16-20	1
>20	4
Arbetar på vårdcentral i	
Landsbygd	7
Stad	11

Kontext

Informanterna var verksamma inom primärvården i södra Sverige, vid fyra vårdcentraler i Skåne län och fyra i Blekinge län. Vårdcentralerna var belägna inom sex olika kommuner. År 2011 hade den största kommunen omkring 79000 invånare och den minsta kommunen ungefär 12000 invånare. Fyra av vårdcentralerna var belägna i städer och fyra på landsbygden. Olika modeller för användandet av FaR kunde ses på vårdcentralerna. Det kunde innebära att distriktssköterskan på en vårdcentral initierade ett recept genom att remittera patienten vidare till sjukgymnasten för val av aktivitet medan distriktssköterskan

på en annan vårdcentral skrev ut receptet självständigt. Vissa vårdcentraler hade avtal med aktivitetsföreningar vilket innebar att vissa distriktssköterskor hade en FaR-mottagare att skicka patienter till. Andra vårdcentraler hade inte ett sådant avtal och då fick distriktssköterskorna motivera patienten att vara fysiskt aktiv på egen hand.

Datainsamling

Semistrukturerade individuella intervjuer genomfördes under september/oktober 2011. Polit och Beck (2012) menar att semistrukturerade intervjuer är lämpligt när forskaren vill undersöka ett specifikt ämne med vissa förutbestämda frågor som informanterna uppmanas att berätta fritt kring. För att säkerställa att studiens syfte skulle besvaras samt att ämnet täcktes framarbetades en intervjuguide. Frågorna i intervjuguiden ska ge informanterna möjlighet att ge rik och detaljerad information om det som studeras (a.a). För att testa intervjuguiden genomfördes en provintervju. Då intervjuguiden upplevdes vara alltför strukturerad med många frågor och då informanten inte gavs tillräckligt utrymme att fritt berätta om sina uppfattningar omarbetades intervjuguiden till mer övergripande och färre antal frågor (bilaga 3). Intervjuerna inleddes med allmänna frågor om informantens bakgrund. Därefter återgavs kort studiens syfte för att få informanten fokuserad på ämnet. I nästa steg ombads informanten att återge en egenupplevd situation där FaR förskrivits och avsikten med det var att inspirera till spontant berättande. De informanter som aldrig hade använt sig av FaR fick istället berätta om en situation där de givit råd om fysisk aktivitet. Vidare fick alla informanter beskriva vilka hinder och möjligheter som fanns med att använda FaR. För att ytterligare få fram distriktssköterskornas uppfattningar om FaR uppmanades informanterna att berätta om synen på fördelar respektive nackdelar kring metoden FaR. Uppföljande frågor ställdes för att få informanterna att utveckla sina svar (Polit & Beck, 2012). För att viktig information som informanten ville delge inte missades ställdes den avslutande frågan om det fanns ytterligare funderingar kring FaR. Intervjuerna utfördes på vårdcentralerna i avskilda rum, vilket enligt Polit och Beck (2012) möjliggör för informanterna att ostört kunna koncentrera sig på ämnet och berätta fritt med egna ord om sina uppfattningar. Intervjuerna ljudinspelades efter informanternas godkännande. Motivet till att spela in intervjuerna var att intervjuerna skulle vara fokuserade och lyssna på informanterna samt för att kunna ställa relevanta följdfrågor (Polit & Beck, 2012). Intervjuerna varade mellan 8 och 22 minuter. Samtliga intervjuer genomfördes av båda författarna tillsammans.

Analysmetod

Det inspelade materialet lyssnades igenom och transkriberades ordagrant snarast efter att intervjuerna genomförts. Därefter bearbetades de transkriberade intervjuerna utifrån kvalitativ innehållsanalys inspirerad av Graneheim och Lundman (2004) rekommendationer. Enligt kvalitativ innehållsanalys kan textmaterialet bearbetas manifest eller latent beroende på vilken tolkningsnivå som eftersträvas. I föreliggande studie användes manifest nivå, vilket innebär att analysen ligger nära textmaterialet och beskriver det konkreta innehållet (a.a). Intervjuteexterna lästes i sin helhet ett flertal gånger för att få en bra förståelse för innehållet. Därefter noterades meningsbärande enheter som svarade på syftet (tabell 2). Dessa karaktäriserades av ord, meningar eller stycken som hörde ihop genom sitt innehåll och sammanhang. Därpå kondenserades de meningsbärande enheterna för att korta texten och göra den lätthanterlig samtidigt som det centrala innehållet bevarades. Innehållet i de kondenserade meningsbärande enheterna tolkades till en mer abstrakt nivå och omvandlades till koder som kortfattat beskrev deras innehåll. Analysprocessens första del; från transkribering till kodning genomfördes enskilt av författarna med vardera nio intervjuer. Vid analysprocessens andra del läste författarna tillsammans igenom intervjuerna igen så att ingen väsentlig information som svarade på syftet hade missats. Koder jämfördes utifrån skillnader och likheter och de koder med liknande innehåll bildade underkategorier som i sin tur formade tre huvudkategorier (Graneheim & Lundman, 2004).

Tabell 2. Exempel på analysprocessen

<i>Meningsbärande enheter</i>	<i>Kondensering</i>	<i>Kod</i>	<i>Underkategori</i>	<i>Huvudkategori</i>
det är så synd att vi bara inte nyttjar det. Vi vet ju...diabetes å hypertoni å depression å ...värkproblematik å alla dom här konstiga diagnoserna som bara får folk att må sämre och sämre och knapra mer och mer psykofarmaka	Det är synd att vi inte nyttjar det till de diagnoserna som får folk att må sämre och knapra psykofarmaka	Alternativ till läkemedel vid olika sjukdomstillstånd	En metod med brett användningsområde	FaR som metod

Det är kanske en doktor som har skrivit FaR, det är väl allt... Hade det kommit från alla legitimerade så att säga, så tror jag att man hade fått lite mer fart.	Kanske en doktor har skrivit FaR. Kom det från alla legitimerade hade man fått mer fart	Läkare skriver sällan. Alla borde sträva mot samma mål	Tvårprofessionellt samarbete	Förutsättningar för att använda FaR
det är ju som med allt annat alltså, är det kvalitet vi gör eller? Det är inte kvantitet utan det är kvaliteten vi pratar om. Har vi nytta utav det?	Har vi nytta utav det?	En metod utav kvantitet eller kvalitet	Ovisshet om metodens hållbarhet	FaR:s framtidsutsikt

Forskningsetiska överväganden

Det finns enligt Polit och Beck (2012) etiska aspekter att ta hänsyn till vid genomförande av studier där människor deltar. Detta för att skydda deltagarnas rättigheter (a.a).

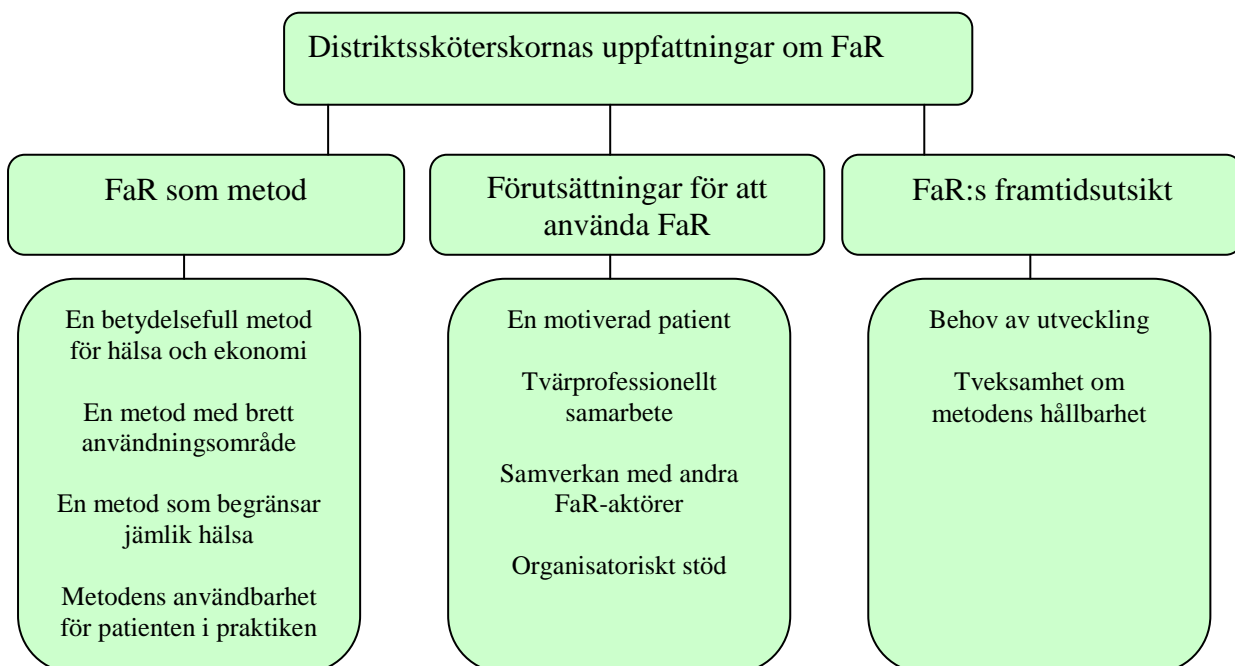
Forskningsetiska övervägande gjordes enligt huvudkraven: information, samtycke, konfidentialitet, nyttjande och risk kontra nytta (Vetenskapsrådet, 2002). Informanterna fick skriftlig information om syftet och deras uppgift i studien samt vilka villkor som gällde för deras deltagande. Informanterna upplystes om att medverkan var frivillig och att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande utan att det medförde några negativa följder för dem.

Författarna bad om skriftligt samtycke från deltagare som önskade medverka i studien. Deras medverkan behandlades konfidentiellt och intervjumaterialet avidentifierades och förvarades på så sätt att endast författarna och deras handledare hade tillgång till materialet. De insamlade uppgifterna användes endast till denna studie. Vidare vägdes risken att skada studiens deltagare mot det förväntade kunskapsbidraget enligt risk-nytta principen. Om informanterna efter intervjun hade något som de funderade över var de välkomna att höra av sig till författarna. Författarna var medvetna om att de använde tid som distriktssköterskan kunde ägna åt patienter istället. Nyttan med att genomföra studien var att den skulle tillföra ny kunskap som kunde användas av och för distriktssköterskor i sitt hälsofrämjande arbete. Nyttan ansågs vara större än risken. Etikansökan bedömdes och beviljades av Högskolan i Kristianstad.

Förförståelse

Vår förförståelse var att fysisk aktivitet har positiv inverkan på hälsan och välbefinnandet samt att distriktssköterskan har en betydande roll i att främja fysisk aktivitet. FaR var en metod som författarna inte visste så mycket om och därför väcktes en nyfikenhet kring den.

RESULTAT



Figur 1. Distriktssköterskornas uppfattningar om FaR delades in tre huvudkategorier med totalt tio underkategorier.

FaR som metod

I studien framkom distriktssköterskornas uppfattningar om FaR som metod. De uppfattade att FaR kunde främja både hälsa och ekonomi i samhället men att metoden begränsar jämlik hälsa. Metoden hade ett brett användningsområde men det framkom olika meningar om metodens användbarhet för patienterna i praktiken.

En betydelsefull metod för hälsa och ekonomi

Distriktssköterskorna beskrev att FaR var en metod som behövdes för att främja fysisk aktivitet i det hälsoförebyggande arbetet. De uppfattade att antalet förskrivningar på fysisk aktivitet behövde ökas och flertalet distriktssköterskor kände dåligt samvete över att de inte skrev fler recept. En distriktssköterska berättade att hon först var skeptisk mot FaR men när hon såg att metoden gav positivt resultat och förbättrade patientens hälsa, så motiverades hon att skriva ut fler recept. Distriktssköterskorna ansåg att meningen med FaR var att prioritera fysiskt inaktiva personer och menade därför att tid och energi inte skulle ägnas åt att ”frälsa de redan frälsta”. En distriktssköterska uttryckte dock att det kunde vara en utmaning:

De som behöver det minst de nappar... Man når dem som är intresserade och engagerade men de som behöver ta det till sig, de är inte med på tåget liksom.(11)

I resultatet framkom att vårdcentralerna i nuläget hade alldeles för höga läkemedelskostnader och att andra alternativ måste användas. FaR ansågs då vara ett kostnadseffektivt alternativ. Dessutom menade distriktssköterskorna att FaR gav samhällsekonomiska vinster som förebyggande insats eftersom det kunde leda till minskade sjukdomskostnader. Men för att metoden skulle löna sig samhällsekonomiskt ansåg distriktssköterskorna att politikerna måste se mer långsiktigt och investera i vårdcentralernas hälsofrämjande arbete.

En metod med brett användningsområde

Metoden FaR beskrevs av flertalet distriktssköterskor som användbar på så sätt att fysisk aktivitet kunde anpassas till de flesta patienter. Olika motionsformer kunde ordinerats men promenader ansågs vara en aktivitet som kunde utföras av majoriteten och att det var gratis upplevdes som en fördel:

Nu har vi ju ofta förskrivit på det här med promenader. Alltså, det är ju... ett alternativ för väldigt många. Det kan ju de allra flesta. Det behöver ju inte vara att man ska gå på gym... (4)

Distriktssköterskorna uppfattade att FaR borde förskrivas i större utsträckning som ett alternativ till läkemedel eller som ett komplement till samtalsterapi åt personer med psykisk ohälsa. Distriktssköterskor beskrev att samtalsterapi inte kunde erbjudas av dem i behandlande syfte, så som en psykolog kunde, men att de kunde erbjuda FaR. Det framkom även uppfattningar om att FaR kunde användas för att hjälpa de patienter som ofta besökte vårdcentralerna av sociala skäl:

Många av våra kroniskt sökande, alltså där det mer är det sociala och de ofta söker för småkrämpor och vill helst bara prata... Där tror jag att FaR hade varit bra. Då kunde de gå till träningen och få det där med att prata, det sociala och de hade inte tagit den platsen för de andra sökande till mottagningen som behöver den bättre. (5)

En metod som begränsar jämlik hälsa

Distriktssköterskor uppfattade att patienter hade olika villkor gällande tillgång till FaR-mottagande aktivitetsföreningar beroende på om de bodde inom stad eller landsbygd. De ansåg att det behövde bli mer rättvist genom att patienter på landsbygden skulle få fler FaR-mottagare i närområdet att vända sig till. Riktade grupper efterlystes till de patienter med FaR-recept som behövde särskilda förutsättningar för att kunna utföra aktiviteterna. Det kunde handla om överviktiga personer som inte ville visa sig i baddräkt eller kvinnor från andra kulturer som behövde heltäckande klädsel vid träning.

... så ska de ju ha sina långa kläder på sig fastän de rör på sig och... då behövde ju de ha haft en enskild lokal eller så va. De går ju inte in på Friskis eller Xercise eller nåt...(2)

Distriktssköterskorna beskrev att det var lättare att nå fram med FaR i ett välbärgat område med hög utbildningsnivå bland invånarna. Däremot kunde mer motstånd mötas i de områden där det fanns mycket sjukskrivningar och arbetslöshet. En kluvenhet kunde då upplevas av distriktssköterskorna. Å ena sidan tappade de motivationen, å andra sidan insåg de att det var i dessa socioekonomiskt tunga områden som insatsen behövdes.

Metodens användbarhet för patienten i praktiken

Distriktssköterskorna beskrev att FaR kunde förstärka budskapet om vikten av fysisk aktivitet vilket resulterade i att patienten tog det mer på allvar:

Första gången jag pratade med honom... om det här med motion så hände det inte så mycket där och jag ska se om det ändrar sig med recept och det gjorde det. Han tog till sig det. (9)

Distriktssköterskorna uppfattade också att FaR:s struktur underlättade för patienten att bli fysiskt aktiv. Strukturen kunde innebära att patienten hade ett träningschema som skulle följas och att det fanns någon att vända sig till exempelvis en FaR-mottagare som hjälpte dem att komma igång med fysisk aktivitet. Det framkom att FaR som metod gav bättre möjlighet till uppföljning och detta uppfattade distriktssköterskorna som positivt för patienten. Uppföljningen möjliggjorde att patienten kunde bli bekräftad genom att visa upp sin ”hemläxa”. Dessutom kunde distriktssköterskan och patienten tillsammans utvärdera och korrigera receptet vid behov. Att komplettera FaR med stegräknare då man ordinerade promenader, kunde hjälpa patienten ytterligare att bli fysiskt aktiv.

Distriktssköterskorna uppfattade dock att patienter kunde feltolka FaR, genom att se det som en kontroll istället för ett praktiskt redskap. Ett annat motstånd som framkom var patienternas skepticism mot själva receptet:

Vad ska jag med den här lappen till? Jag vet också om att jag ska ut och gå, men jag gör det inte mer för att jag har fått en lapp i handen.(8)

Distriktssköterskorna menade att en ”papperslapp” inte ledde till ökad fysisk aktivitet utan någon förmån behövdes, exempelvis subventionerade priser på gym, för att FaR skulle vara patienter till hjälp.

.

Förutsättningar för att använda FaR

I studien framkom att distriktssköterskorna uppfattade att vissa förutsättningar krävdes för att FaR skulle fungera. Dessa förutsättningar utgjordes av en motiverad patient, tvärprofessionellt samarbete, samverkan med andra FaR-aktörer och organisatoriskt stöd.

En motiverad patient

Distriktssköterskorna beskrev att motivationsgraden var avgörande för om patienten skulle ta till sig FaR eller inte. Om patienten var tveksam till fysisk aktivitet kändes det lämpligare att ha ett motiverande samtal än att ge ett FaR. Vissa patienter behövde mer tid för att motivationen skulle mogna. Det innebar att de behövde genomgå en process med flera besök hos distriktssköterskan för att ta till sig budskapet med receptet. Däremot ansåg distriktssköterskorna att hur mycket tid som helst inte kunde ägnas åt att motivera en patient. De kunde bistå med råd och stöd men menade att patienten i grund och botten hade ett egenansvar för att bli fysiskt aktiv. Yngre patienter beskrevs som motiverade eftersom de oroade sig för komplikationer som stillasittande kunde leda till. Ofta uppfattades patienter från andra kulturer dock inte lika motiverade till fysisk aktivitet:

*Det är jättesvårt med en som är i 45- 50 årsåldern och som är hitflyttad, asylsökande och att i hemlandet har allt handlat om att skaffa mat för dagen och nu helt plötsligt ber jag dem att börja motionera. Ibland är det jättesvårt, liksom, få dem att förstå hur viktigt det faktiskt är att motionera...
Idealet ser olika ut i olika länder och kulturer, som i vissa länder är det fint att vara lite mullig och de tycker inte alls att det är vackert att vara smal som vi tycker i västvärlden.(5)*

För att patienten skulle behålla motivationen poängterade distriktssköterskorna vikten av att utgå ifrån patientens behov och främja dennes delaktighet vid FaR-förskrivandet. Det kunde innebära att patienten fick påverka val av aktivitet och hur ofta den skulle utföras. Om distriktssköterskan utformade receptet utan patientens delaktighet kunde det istället få motsatt effekt med minskad motivation hos patienten.

Tvärprofessionellt samarbete

Det efterlystes bland distriktssköterskorna ett ökat samarbete mellan yrkeskategorierna för att FaR skulle kunna bli mer effektivt. De menade att professionerna tillsammans lättare kunde motivera patienten till fysisk aktivitet. Distriktssköterskorna uppfattade samarbetet med sjukgymnasten som betydelsefullt då de kände sig osäkra på att använda FaR. Till gamla patienter som ofta hade flera sjukdomar, exempelvis hjärtsvikt, artros och värk beskrev distriktssköterskorna att det ibland krävdes specifik kunskap för att hitta en rätt anpassad aktivitet. Då utgjorde sjukgymnasten ett stöd.

Vi har vår sjukgymnast som finns i huset här också, som både kan hjälpa till med det rent administrativt, det tekniska och även hjälpa till och ge förslag och så. Så att där har vi stöd. (9)

När det istället var bristande stöd och intresse för FaR på arbetsplatsen och när kollegornas inställning till FaR skilde sig åt påverkade det FaR-användandet negativt eftersom man inte strävade mot samma mål. Vissa distriktssköterskor lade över ansvaret att skriva FaR på de ”andra” exempelvis läkare, sjukgymnast eller yngre distriktssköterskekollegor.

Överlag fanns det en uppfattning om att läkarna sällan var delaktiga i att ordinera FaR. Det menade distriktssköterskorna kunde bero på att de fokuserade mer på den medicinska behandlingen och inte använde sig av livsstilsråd i samma utsträckning som distriktssköterskor. Det framkom uppfattningar om att läkarnas ord vägde tyngre och att de därför borde initiera fysisk aktivitet på recept till patienterna. En utav distriktssköterskorna uttryckte:

... är det inte att man pratar... den fysiska aktivitetens betydelse när man är hos läkaren... så blir det liksom inte samma tyngd i det, men hade de poängterat att "Jag ska be distriktssköterskan skriva ut ett recept." , då kanske det hade blivit annorlunda... (8)

Samverkan med andra FaR-aktörer

Samverkan med aktivitetsföreningar behövde enligt distriktssköterskorna utökas för att konceptet med FaR skulle fungera. Det fanns uppfattningar om att det var brist på FaR-mottagare och ett större utbud av aktiviteter efterfrågades.

Man skulle vilja att man hade haft nån pensionärsförening, nån idrottsförening, nånting sånt där det hade liksom funnits nån... och det har vi ju inte här så det känns ju liksom ungefär som ett recept och så finns det inget apotek att hämta ut det på. (7)

Distriktssköterskorna menade att FaR blev mer framgångsrikt genom avtal med aktivitetsföreningar som gav förmånliga erbjudanden till patienter med fysisk aktivitet på recept. Distriktssköterskorna ansåg att kommunerna också hade ett ansvar att uppnå folkhälsomålet om ökad fysisk aktivitet och borde därför vara mer aktiva i samverkan kring FaR. För att främja FaR kunde kommunerna exempelvis bistå med subventionerade priser motsvarande ett högkostnadsskydd för läkemedel. Dessutom efterlystes utökad samverkan mellan vårdcentralerna och det gavs förslag på en hemsida med ett forum om FaR. På så sätt kunde vårdcentralerna utbyta erfarenheter och lära sig av varandra.

Organisatoriskt stöd

Organisatoriskt stöd uttrycktes av distriktssköterskorna som en förutsättning för att de skulle kunna förskriva FaR. Majoriteten av distriktssköterskorna beskrev att FaR var administrativt svårarbetat. Det handlade om att det var invecklat att hitta och skriva ut FaR-blanketten i datasystemet. Sådana svårigheter gjorde att distriktssköterskorna ofta bortprioriterade FaR.

En distriktssköterska menade att FaR-blanketten kändes gammaldags och föreslog att FaR istället kunde utformas elektroniskt.

Distriktssköterskorna uttryckte att det krävdes tid för att sätta sig in i FaR och för att kunna använda det i sitt dagliga arbete. På livsstilmottagning beskrevs tiden i regel vara tillräcklig för att använda FaR eftersom det vid livstilsrådgivning var mer tid avsatt till varje enskild patient. Däremot uppfattade distriktssköterskorna att det fanns mindre utrymme till att förskriva FaR vid sedvanlig mottagning på grund av tidsbrist. Det fanns en uppfattning om att organisationen sällan ställde resurser i form av tid till distriktssköterskans förfogande.

För att som resurserna är idag så är det ju snävt. Du ska ju hinna med allting. Du har ju massa med arbetsuppgifter som ska göras, ska du då ha ytterligare en arbetsuppgift på dig som tar ett par timmar mer i veckan alltså. Vad ska du då dra in på?(2)

Tillgång till utbildning i FaR kunde se olika ut på vårdcentralerna. Vissa distriktssköterskor hade fått en kortare utbildning medan andra saknade en sådan. Ibland fanns det kollegor, exempelvis sjukgymnaster, som informerade om och undervisade i FaR på arbetsplatsen. Ofta påverkade chefens egenskaper och intresse för FaR möjligheten till utbildning, vilket upplevdes som orättvist. Distriktssköterskorna uppfattade att de till stor del fick ta eget ansvar för att lära sig FaR och kände inget stöd från organisationen.

... det slängdes ju liksom ut och man lade lappen typ i knät på dig och se så-skriv ut... (13)

Att FaR oftast inte var implementerat i verksamheten avspeglades i intervjuerna med distriktssköterskorna.

Det är ju inget vi pratar om jätteofta i fikarummet, fysisk aktivitet på recept. Det kan jag ju säga. Det är bara så.(1)

Distriktssköterskorna kunde även använda felaktiga begrepp som ”FYSS-recept” istället för FaR. Flertalet distriktssköterskor uppfattade metoden som relativt ny och att det saknades tydliga rutiner om FaR på vårdcentralerna. Dessutom behövde de påminnas regelbundet om att använda FaR för att inte falla tillbaka i gamla rutiner.

FaR:s framtidsutsikt

I studien framkom hur distriktssköterskorna uppfattade FaR:s framtida utsikt.

De uppfattade ett behov av att utveckla FaR och uttryckte tveksamhet om metodens hållbarhet i framtiden.

Behov av utveckling

Distriktssköterskorna uppfattade ofta utbildningen i FaR som otillräcklig för att praktiskt kunna använda sig av metoden. För att kunna tillämpa FaR inom olika sjukdomsområden och använda det på ett effektivt sätt önskade distriktssköterskorna utveckla sin kunskap. Det eftersöktes en givande utbildning:

Jag vet inget om FaR och vill gärna få utbildning i det... Jag hoppas ni får igång en utbildning i FaR på högskolan som är till för alla, och där man inte bara går igenom det snabbt på en halvdag, där ingen blir motiverad av att fortsätta. (5)

Distriktssköterskorna ansåg att metoden behövde förbättras och utvecklas. Det efterlystes kvalitetssäkring, återkoppling och fortbildning för att FaR skulle implementeras i verksamheten. Det gavs förslag på att utforma riktlinjer som förtydligade vid vilka behandlingsåtgärder vårdcentralen skulle använda FaR. Dessutom uttrycktes ett behov av stöddokument som PM och aktivitetspärm som regelbundet uppdaterades om priser och erbjudanden från olika aktivitetsföreningar.

Distriktssköterskorna uppfattade också att utökad samhällsinformation om FaR behövdes för att göra det mer synligt för allmänheten.

... att det inte finns någon information ute i samhället, det är ingen som känner till det, annars ringer ju folk och frågar, om de vill ha hjälp med

rökavvänjning... eller viktnedgång... men jag har aldrig hört talas om någon som frågar efter FaR-recept. (11)

Genom att annonsera i media om vårdcentralernas FaR-förskrivande kunde fler personer välja att besöka distriktssköterskan och få FaR som ett billigare alternativ till exempelvis dyra viktnedgångs-grupper.

Tveksamhet om metodens hållbarhet

Distriktssköterskorna uppfattade FaR som en alldeles för enkel lösning för att komma till rätta med den stillasittande livsstil som utgör ett komplext problem i det nutida IT-samhälle som vuxit fram. Det beskrevs att insatser hade behövts för att främja fysisk aktivitet från tidig ålder och att barn- och skolhälsovården hade en viktig roll i detta. Det fanns en uppfattning om att metoden i nuläget användes som en sista utväg för att få människor fysiskt aktiva.

... det är synd att det måste gå så långt som till denna punkt att man måste ha övervikt för att ge motion på recept, att de inte kan röra sig, att man inte motat och kommit på det innan det är för sent, för det är ju faktiskt för sent när man väl kommit hit. Det skulle ha gjorts något tidigare. (18)

Distriktssköterskorna ifrågasatte ibland om metoden gjorde någon nytta och om det var värt att använda den. Det uppfattades som om det handlade mer om kvantitet än kvalitet och att FaR förskrevs snarare för att gynna verksamhetens statistik än patientens hälsa. Därför funderade distriktssköterskorna över om FaR var en hållbar metod som skulle stå sig i framtiden i det hälsofrämjande arbetet:

... jag har ju skrivit fysisk aktivitet på recept och sen har det kommit en pinne i protokollet, kanske man kan känna lite så för att, ja, det är fortfarande inte så bra som det hade kunnat vara tror jag...Man undrar om det kommer att utvecklas, stå kvar eller om det bara var en bubbla? (8)

DISKUSSION

Metoddiskussion

I forskning finns ofta inte en sanning utan flera alternativa tolkningar. En forskare behöver därför vidta olika åtgärder för att visa trovärdigheten i sina resultat. För att beskriva trovärdigheten i denna studie har begreppen tillförlitlighet, pålitlighet och överförbarhet använts (Graneheim & Lundman, 2004).

En kvalitativ intervjustudie valdes för att enligt Polit och Beck (2012) få en varierad och innehållsrik beskrivning av distriktssköterskors uppfattningar om FaR. Individuella intervjuer bedömdes vara den lämpligaste metoden för att få fram distriktssköterskornas genuina uppfattningar. För att få fram de genuina uppfattningarna eftersträvade författarna att informanterna skulle känna sig bekväma och våga uttrycka sina uppfattningar. Att skapa en sådan miljö kan enligt Polit och Beck (2012) vara svårare med fokusgruppsintervjuer där det finns en risk att informanten kan påverkas av andra gruppdeltagare. Därför är det en styrka i föreliggande studie att individuella intervjuer använts som datainsamlingsmetod.

För att stärka studiens tillförlitlighet strävade författarna efter ett urval av distriktssköterskor med varierande erfarenheter av och uppfattningar om FaR (Graneheim & Lundman, 2004). Detta gjordes genom att inkludera både distriktssköterskor som var vana respektive ovana vid att använda FaR. Om endast de distriktssköterskor som var vana vid att förskriva FaR hade deltagit så hade troligen resultatet blivit smalare och vinklat åt ett håll eftersom vana FaR-förskrivare förmodligen har en positivare inställning till FaR. Distriktssköterskorna hade olika erfarenhet avseende yrkesverksamma år, arbetsuppgifter samt arbete vid landsbygd eller stad, vilket också bidrog till varierade uppfattningar.

FaR-modellerna grundade sig på lokala förutsättningar och rutiner vilket gjorde att FaR kunde användas på olika sätt mellan vårdcentralerna. Författarna var från början inte medvetna om denna kontext utan den vetskapen växte fram under studiens gång. Detta påverkade författarnas förmåga att skilja på om informanternas uppfattningar berodde på okunskap om hur FaR fungerade eller på att FaR-modellerna utgick från olika lokala rutiner. Således ställdes inte de följdfrågor som hade fått informanterna att fördjupa sina svar (Polit

& Beck, 2012). När det gäller studiens pålitlighet är det viktigt att vara konsekvent i datainsamlingen genom att informanterna får möjlighet att svara på samma frågor. Dock är intervjuer en process där intervjuaren inhämtar nya insikter av det som studeras vilket inspirerar till följdfrågor (Graneheim & Lundman, 2004). Författarna var från början ovana vid att genomföra intervjuer men efterhand utvecklade de en säkrare intervjuteknik vilket möjliggjorde för informanterna att fördjupa sina svar. Detta medförde att de första intervjuerna inte alltid var av samma djup som de övriga och kan ses som en svaghet i studien.

Författarna valde att ljudinspela intervjuerna för att kunna vara närvarande i samtalet och för att ingen väsentlig information skulle missas. Det ökar möjligheten till att få intervjuer av god kvalitet (Polit & Beck, 2012). Inspelning av intervjuerna godkändes av samtliga informanter som inte uppfattades att känna obehag över att bli intervjuade. Flertalet informanter uttryckte dåligt samvete över att de inte skrev fler FaR. Intervjuerna försökte då att bemöta det med empati för att informanterna inte skulle känna sig dömda utan istället uppmuntras att ge ärliga svar. En av intervjuerna varade endast åtta minuter men den inkluderades trots det eftersom de uppfattningar som framkom var nya och svarade på studiens syfte. Intervjuerna kan tyckas vara korta då kvalitativa intervjuer i regel varar längre med syftet att bilda sig en djupare förståelse för det som undersöks. Intervjutiden kan ha påverkats av dels författarnas oerfarenhet av att intervju, dels att informanterna inte reflekterat så mycket över ämnet tidigare. Författarna anser trots detta att med 18 informanter ha fått en tillräcklig mängd data för att genomföra studien.

Kvalitativ innehållsanalys inspirerad av Graneheim och Lundman (2004) användes för att analysera det insamlade materialet. Svårigheter uppstod när meningsenheterna var omfattande och innefattade flera innebörder samt passade in under flera underkategorier eller när meningsenheterna var små och gjorde texten fragmenterad. För att meningsenheterna då inte skulle förlora sitt innehåll återgick författarna regelbundet till de transkriberade intervjuerna. Därefter träffades författarna för att gemensamt diskutera textinnehållet och de koder som framkommit. Författarna har på så sätt strävat efter noggrannhet i analysen, vilket stärker studiens tillförlitlighet. För att läsaren ska kunna bedöma tillförlitligheten och för att förklara textens innehåll har citat från informanterna

använts. Citaten har avidentifierats och försetts med ett nummer för att upprätthålla konfidentialiteten och för att visa att citaten kommer från olika informanter (Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2012).

Vidare har en tydlig beskrivning av kontext och urval eftersträvat, utan att vara alltför detaljerade så att deltagarnas identitet kunnat avslöjas. En tydlig beskrivning av kontexten ökar möjligheten att bedöma resultatets överförbarhet till andra grupper eller situationer (Polit & Beck, 2012). Överförbarheten av resultatet till större städer är förmodligen begränsad då det sannolikt finns fler FaR-mottagare och träningslokaler i storstäder än på landsbygd och i mindre städer, vilka utgör kontexten i föreliggande studie. Däremot finns det troligen andra hinder mot att utföra fysisk aktivitet i storstadsmiljöer. Dessa hinder kan handla om mindre trygghet i vissa storstadsområden eller begränsad tillgång till strövområden i naturen. Resultatet i föreliggande studie bör dock vara överförbart till vårdcentraler runtom i landet då förutsättningarna att använda FaR sannolikt ser likadana ut oavsett på vilken vårdcentral distriktssköterskorna arbetar.

Forskare kan aldrig vara helt objektiva i studier utan är färgade av tidigare erfarenheter och värderingar (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008). Genom vår förförståelse tydliggjorde vi att främjandet av fysisk aktivitet var viktigt och att distriktssköterskan kunde använda FaR som ett behändigt verktyg i det hälsofrämjande arbetet. Föreliggande studies resultat bekräftade till viss del vår förförståelse men förvånande nog visade dock resultatet på flera omständigheter som komplicerade användandet av FaR. Genom klargöra dessa oväntade uppfattningar visar författarna att resultatet inte har präglats av förförståelse och kan ses som en styrka (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008).

Resultatdiskussion

Distriktssköterskornas uppfattningar om FaR speglade att det finns flera utmaningar att beakta när ett nytt arbetssätt implementeras. I diskussionsavsnittet kommer reflektioner att ske utifrån dessa utmaningar.

Att ha en positiv inställning till FaR är avgörande för att distriktssköterskan ska använda sig av metoden i sitt arbete. Distriktssköterskorna såg att det fanns ett behov av FaR för att

förebygga stillasittande och därmed främja hälsa och ekonomi i samhället. En positiv inställning till hälsofrämjande metoder ses även i en studie av Douglas et al. (2006) som beskriver att 90 % av professionerna i primärvården stödjer främjandet av fysisk aktivitet. Om distriktssköterskan själv utövar fysisk aktivitet är sannolikheten också större att hon ger råd om fysisk aktivitet och förskriver FaR (Burns et al., 2000). Distriktssköterskorna i föreliggande studie uttryckte att behovet av FaR fanns, vilket kan ses som en grundförutsättning för att distriktssköterskorna ska använda sig av FaR. Enligt Rackham (1995) ökar möjligheten till lyckad implementering när detta uttalade behov av en metod finns. Det uttryckta behovet kan även kopplas till begreppet *Begriplighet* som utgör en del av Antonovskys (1991) teori Känsla av Sammanhang (KASAM). En känsla av sammanhang beskrivs av Antonovsky som en global hållning som uttrycker i vilken utsträckning man har en genomträngande och varaktig men dynamisk känsla av tillit till att de stimuli som härrör från ens inre och yttre värld under livets gång är strukturerade, förutsägbara och begripliga, de resurser som krävs för att man skall kunna mäta de krav som dessa stimuli ställer på en finns tillgängliga och dessa krav är utmaningar, värda investering och engagemang. Med *Begriplighet* menas alltså i vilken utsträckning stimulin uppfattas som förnuftsmässigt gripbara. Att distriktssköterskorna såg behovet av metoden FaR ger uttryck för att de uppfattar den som begriplig.

Även om en positiv inställning är en förutsättning för att använda FaR räcker det inte endast med det. En annan viktig aspekt för att implementeringen ska lyckas är att metoden överensstämmer med de individuella, organisatoriska och professionella värderingar som finns (Greenhalgh, Robert, Bate, Macfarlane & Kyriakidou, 2005). I föreliggande studie framkom att socioekonomiska och kulturella faktorer i hög grad påverkade individens möjlighet att utnyttja fysisk aktivitet på recept. Distriktssköterskorna uppfattade att det var lättare att främja fysisk aktivitet i välbärgade områden. FaR sågs som en metod som strider mot rättvisepincipen eftersom den utgör ett hinder för hälsa på lika villkor bland befolkningen. Tidigare forskning visar att brist på pengar är ett hinder för att vara fysiskt aktiv (Felipe, Rechert, Alufcio, Barros, Marios, Domingues, Pedro & Hallal, 2007). Liknande resultat återfanns i en amerikansk studie som beskriver att barn från låginkomstfamiljer ofta är stillasittande och har sämre villkor att bli fysisk aktiva. Även om familjerna förstod hälsovinster av fysisk aktivitet så hindrades de av dåliga ekonomiska

villkor (Woolf, Dekker, Byrne & Miller, 2011). I föreliggande studie efterlyste distriktssköterskorna riktade träningsgrupper för exempelvis kvinnor från andra kulturer som behövde särskilda förutsättningar att träna. Att kulturella faktorer kan påverka villkoren för att vara fysiskt aktiva ses även i andra länder. I en studie av Kerem, Eyal, Araida, Mayer, Zubaida, Ather och David (2008) beskriver kvinnor, tillhörande en kulturell minoritet, att de hade svårigheter att utföra fysisk aktivitet eftersom det saknades träningsmöjligheter anpassade för dem. De menade att de behövde särskilda träningslokaler för att motionera (a.a). Män, arbetslösa, utlandsfödda och grupper med lägre utbildningsnivå tillhör dem som är minst fysiskt aktiva. Dessutom har klyftan mellan grupper i samhället ökat, när det gäller fysisk inaktivitet (fhi, 2010) trots det nationella folkhälsomålet att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Det borde enligt rättvisepincipen vara en självklarhet att tillgången till fysisk aktivitet och hälsa inte ska avgöras av individens position i samhället. Att individer hade olika villkor att utnyttja FaR kan leda till att hälsoskillnaderna i befolkningen ökar istället för jämnas ut. För att visa solidaritet och för att minska risken för diskriminering behöver metoden ses över ytterligare ur ett rättviseperspektiv. För att återkomma till Antonovskys (1991) begrepp *Begriplighet* så kan det ses som metoden orsakar ett inre kaos hos distriktssköterskan då den motsäger hennes värderingar om jämlik hälsa. På så sätt blir metoden inte tydlig eller sammanhängande för distriktssköterskan vilket leder till låg grad av begriplighet för FaR.

Ytterligare en förutsättning för att FaR ska etableras framgångsrikt i det hälsofrämjande arbetet på vårdcentralerna är att det finns ett organisatoriskt stöd. I flera av intervjuerna uttrycker distriktssköterskorna att de saknade organisatoriskt stöd för att använda FaR i sitt hälsofrämjande arbete. De beskriver att organisationen inte bistod med resurser i form av tid, så att distriktssköterskorna kunde förskriva FaR i sitt dagliga arbete. Att det inte finns resurser att tillgå, har uppmärksammats i tidigare forskning, till exempel Geboers, Morkink, Van Montfort, Van Den Hoogen, Van Den Bosch och Grol (2001) som beskriver att hälso- och sjukvårdspersonal oftast har ett tidspressat schema vilket ger litet eller inget utrymme alls till arbetsuppgifter utöver det vanliga. Tidsbrist är en orsak till att primärvården inte kan erbjuda hälsofrämjande insatser motsvarande det behov som idag finns bland befolkningen (Stange, Woolf & Gjølter, 2002 & Geirsson, Bendtsen & Spak, 2005). Tidigare forskning som undersöker distriktssköterskors förskrivningsmönster av FaR visar att det vanligaste

hindret till att främja fysisk aktivitet var tidsbrist och att FaR inte prioriterades (Burns et al., 2000). Samma resultat ses även i föreliggande studie där distriktssköterskorna uppfattade att de hade så många arbetsuppgifter att det inte fanns tid till ytterligare en metod som FaR om de inte fick fler resurser till det. Det kan leda till det andra begreppet i KASAM, *Hanterbarhet* som handlar om i vilken utsträckning det står resurser till ens förfogande som gör att man kan möta de krav som ställs av de stimuli man utsätts för (Antonovsky, 1991). Resultatet tyder på att bristande resurser gör att distriktssköterskor inte upplever FaR som hanterbart. För att implementeringen inte ska misslyckas krävs tillräckliga resurser, exempelvis att organisatoriskt stöd finns för dem som ska använda en ny arbetsmetod (Rohrbach, Grana, Sussman & Valente, 2006 & Robinson, 2006).

För att det ska upplevas meningsfullt att använda FaR måste positivt resultat ses. I resultatet framkom att distriktssköterskorna var osäkra på om metoden gav något positivt hälsofrämjande resultat vilket ledde till en osäkerhet om FaR:s hållbarhet i framtiden. Enligt en svensk studie är det viktigt att personalen får regelbunden uppföljning och återkoppling för att öka viljan till att använda en viss metod (Bahtsevani, Willman, Stoltz & Östman, 2010). Är dessutom återkopplingen positiv så leder det oftast till fortsatt utveckling (Meadows, 1997). Studier visar att det är lättare att implementera nya metoder där man snabbt kan observera ett resultat (Greenhalgh et al., 2005 & Azocar, Cuffel, Goldman & McCarter, 2003). Detta är tänkvärt utifrån ett folkhälsoperspektiv eftersom resultaten av hälsofrämjande insatser sällan visar sig på kort sikt. Ett sätt att hantera detta är att utforma implementeringen så att vissa resultat snabbt blir synliga, t.ex. genom att göra enkla utvärderingar av vad deltagarna tycker om metoden (Guldbrandsson, 2007). I intervjuerna framkom att distriktssköterskorna uppfattade att användandet av FaR gynnade verksamhetens statistik snarare än patientens hälsa. Det tredje begreppet i KASAM är *Meningsfullhet*, vilket innebär till vilken grad kraven som ställs upplevs som utmaningar värda att investera och engagera sig i (Antonovsky, 1991). Att få återkoppling om vilket hälsofrämjande resultat som åstadkommit med FaR är alltså viktigt för att distriktssköterskor ska finna det meningsfullt att använda metoden. Kopplingen mellan studiens fynd och begreppen *Begriplighet*, *Hanterbarhet* samt *Meningsfullhet* pekar på att distriktssköterskor upplever en svag känsla av sammanhang för FaR. För att FaR ska

användas av distriktssköterskor så krävs en starkare känsla av sammanhang. Först då finns en större möjlighet till en lyckad implementering av FaR.

Slutsats

Distriktssköterskorna uppfattade att det fanns ett stort behov av en metod som FaR i det hälsofrämjande arbetet. Dock behövde metoden utvecklas för att främja lika villkor för hälsa för alla. Implementeringen av FaR försvårades av att det ofta enligt distriktssköterskorna saknades stöd från organisationen. Dessutom var distriktssköterskorna osäkra på om FaR skulle hålla i framtiden vilket kunde härledas ur att de inte fick återkoppling på om metoden gav ett hälsofrämjande resultat. Att implementera en ny metod som FaR är inget som görs över en natt. Det är många aktörer, från politiker till distriktssköterskor, som är inblandade och det krävs att alla gör sin del för att det ska fungera. Dessutom måste det finnas tillräckliga resurser till hands och relevant återkoppling till de inblandade. Samtliga faktorer spelar en viktig roll för att distriktssköterskor ska uppfatta FaR som en metod värd att använda och för att implementeringen av FaR ska lyckas på lång sikt.

Resultatet kan användas som vägledning för att vidareutveckla metoden FaR. Det krävs ytterligare forskning eftersom implementering av hälsofrämjande metoder är en komplex och långdragen process.

REFERENSER

Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.

Azocar, F.; Cuffel, B.; Goldman, V. & McCarter, L. (2003). The impact of evidence-based guideline dissemination for the assessment and treatment of major depression in a managed behavioral health care organization. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 30(1), s. 109-118.

Bahtsevani, C.; Willman, A.; Stoltz, P. & Östman, M. (2010). Experiences of the implementation of clinical practice guidelines – interviews with nurse managers and nurses in hospital care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(3), s. 514-522.

Burns, K.; Camaione, D. & Chatteron, C (2000). Prescription of Physical Activity by Adult Nurse Practitioners: A National Survey. *Nursing Outlook*, 48, s.28-33

Distriktssköterskeförbundet i Sverige (2008). *Kompetensbeskrivning: Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen Distriktssköterska*. Stockholm: Distriktssköterskeförbundet i Sverige.

Douglas, F.; Torrance, N.; Van Teijlingen, E.; Meloni, S. & Kerr, A. (2006) Primary care staff's views and experiences related to routinely advising patients about physical activity. A questionnaire survey. *BioMed Central, Public Health*, 6, s.138-147.

Rechert, F.; Barros, A.; Domingues, M. & Hallal, P. (2007). The Role of Perceived Personal Barriers to Engagement in Leisure-Time Physical Activity. *American Journal of Public Health*, 97(3), s.515-519.

Geboers, H.; Mokkink H.; Van Montfort, P.; Van Den Hoogen, H.; Van Den Bosch, W. & Grol, R. (2001). Continuous quality improvement in small general medical practices: the attitudes of general practitioners and other practice staff. *International Journal of Quality*, 13(5), s. 391-397.

Geirsson, M.; Bendtsen, P. & Spak, F. (2005). Attitudes of Swedish general practitioners and nurses to working with lifestyle change, with special reference to alcohol consumption. *Alcohol & Alcoholism*, 40 (5), s. 388–393.

Graneheim, U. H & Lundman, B (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), s. 105-112.

Granskär, M & Höglund-Nielsen, B (red) (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Greenhalgh, T.; Robert, G.; Bate, P.; Macfarlane, F & Kyriakidou, O. (2005). *Diffusion of innovations in health. service organisations. A systematic literature review*. Oxford: BMJ Books, Blackwell Publishing

Guldbrandsson, K. (2007). *Från nyhet till vardagsnytta. Om implementeringens mödosamma konst*. Statens folkhälsoinstitut (elektronisk). Tillgänglig: www.fhi.se/PageFiles/3388/R200720_implementering_web0809.pdf (2012-02-08)

Johansson H. (2010). *En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård: Hinder och möjligheter utifrån professionernas perspektiv*. Umeå University Medical Dissertations New Series No 1388. (elektronisk). Tillgänglig: www.umu.diva-portal.org/smash/record.jsf?searchId=1&pid=diva2:369438 (2012-02-08)

Kallings, V. L (2009). Fysisk aktivitet på recept (FaR) en fungerande metod! *Svensk Idrottsforskning* 4, s. 42-45.

Kallings, V.L.; Johnson, J.S.; Fisher, R.M.; de Faire, U.; Ståhle, A.; Hemmingsson, E. & Hellenius, M.L. (2009). Beneficial effects of individualized physical activity on prescription on body composition and cardiometabolic riskfactors: results from a randomized controlled trial. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*. 16, s.80-84

Kallings, V. L; Leijon, M.; Hellénus, M.-L. & Ståhle, A (2007). Physical activity on prescription in primary health care: a follow-up of physical activity level and quality of life. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports* 18, s. 154-161.

Kallings, V. L; Leijon, M. & Statens folkhälsoinstitut (2003). *Erfarenheter av fysisk aktivitet på recept – FaR*. Statens folkhälsoinstitut. (elektronisk). Tillgänglig: www.fhi.se/PageFiles/3140/far0312.pdf (2011-11-11)

Kerem, S.; Eyal W.; Araida A.; Mayer B.; Zubaida F.; Ather A. & David L. (2008). The Role of Culture, Environment, and Religion in the Promotion of Physical Activity Among Arab Israelis. *Preventing Chronic Disease* 5(3), s.1-8.

Leijon, M.E; Bendtsen, P; Nilsen, P; Ekberg, K & Ståhle, A (2008). Physical activity referrals in Swedish primary health care – prescriber and patient characteristics, reasons to prescriptions, and prescribed activities. *Health Service Research* 8 (201), s. 1-9.

Leijon, M. & Jacobson, M. (2006). *Fysisk aktivitet på recept – fungerar det? en utvärdering av östgotamodellen. (Rapport 2006:2)*. Östergötland: Folkhälsovetenskapligt centrum. (elektronisk). Tillgänglig: www.fhi.se/Documents/Metoder/FaR/Landstingen/ostergotland/Rapport-20062-En-utvardering-av-ostgotamodellen.pdf (2011-11-11)

Malmberg, B; Andersson, E; Johansson, M & Hermansson, K (2007). *Hälsans betydelse för individens och samhällets ekonomiska utveckling*. Statens folkhälsoinstitut. (elektronisk). Tillgänglig: www.fhi.se/PageFiles/3382/R200708_Halsans_betydelse0707.pdf (2011-04-04)

Martinsen, E. W (2000). Fysisk aktivitet for sinnets helse. *Tidsskrift for Praktisk Medicin* 120 (25), s. 3054-3056.

Meadows D.H. (1997). Places to intervene in a system (in increasing order of effectiveness). s. 78-85. Whole Earth (elektronisk). Tillgänglig:

www.biomimicryinstitute.org/downloads/PlacesToInterveneInTheSystem.pdf (2012-02-08)

Melillo, K.D.; Houde, S.C.; Williamson E. & Futrell M.(2000). Perceptions of Nurse Practitioners regarding their role in physical activity and exercise prescription for older adults. *Clinical Excellence for Nurse Practitioners* 4(2), s.108-116

Nilsson, K. (2010). Nationell utvärdering av receptförskriften fysisk aktivitet (FaR). Statens folkhälsoinstitut. (elektronisk). Tillgänglig: www.fhi.se/PageFiles/9410/A-2010-5-Nationell-utvardering-FAR.pdf (2012-02-08)

Oberg, E. (2007). Physical activity prescription: our best medicine. *Integrative Medicine* 6(5), s. 18-22.

Polit F. D & Beck C. T (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. Ninth edition.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer Health.

Rackham, N. (1995) *Spin-selling.* Hampshire: Gower.

Region Skåne (2008). *Fysiotek och slusspersonal.* (Elektronisk). Tillgänglig: www.skane.se/sv/Webbplatser/Hassleholm/Hassleholm_internet/Vardgivare/Fysisk-aktivitet-pa-recept-i-nordost-skane/Fysiotek-och-slusspersonal/ (2012-02-14)

Robinson, K.L.; Driedger, M.S.; Elliott, S.J. & Eyles, J. (2006). Understanding facilitators of and barriers to health promotion practice. *Health Promotion Practice* 7(4), s. 467-76.

Rohrbach, L.A.; Grana, R.; Sussman, S. & Valente, T.W. (2006). Type II translation: Transporting prevention interventions from research to real-world settings. *Evaluation & the Health Professions* 29(3), s. 302-33.

Schäfer Elinder, L & Faskunger, J (red) (2006). *Fysisk aktivitet och folkhälsa*. Statens folkhälsoinstitut. (elektronisk). Tillgänglig:

www.fhi.se/PageFiles/3358/R200613_Fysisk_aktivitet_0701.pdf (2011-11-11)

Stange, K.; Woolf, S. & Gjelterna, K. (2002). One minute for prevention. The power of leveraging to fulfill the promise of health behavior counseling. *American Journal of Preventive Medicine*. 22, s. 320-323.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) (2007). *Metoder för att främja fysisk aktivitet: En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: SBU

Statens folkhälsoinstitut (fhi) (2010). *Fysisk aktivitet*. (Elektronisk). Tillgänglig:

www.fhi.se/Vart-uppdrag/Fysisk-aktivitet (2011-03-16)

Statens folkhälsoinstitut (fhi) (2010). *Levnadsvanor. Lägesrapport 2010*. S.35-39.(Elektronisk). Tillgänglig: www.fhi.se/PageFiles/10796/A2010-13-levnadsvanor-lagesrapport-2010.pdf. (2012-02-23).

Ståhle, A (red) (2008). *FYSS 2008: Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. Stockholm: Yrkesföreningar för fysisk aktivitet i samarbete med Statens folkhälsoinstitut

Svensk författningssamling (SFS). Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

(elektronisk) Tillgänglig:

<http://rixlex.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763> (2012-03-05)

WHO (2010). *Global Recommendations on Physical Activity for Health*. (Elektronisk).

Tillgänglig: www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/index.html. (2011-03-15)

Woolf, SH.; Dekker, MM.; Byrne FR, & Miller, WD. (2011). Citizen-Centered Health Promotion Building Collaborations to Facilitate Healthy Living. *American Journal of Preventive Medicine*. 40 (1), s. 38-47.

Bilaga 1

Datum

Information till dig som är verksamhetschef påvårdcentral

Hej!

Vi heter Martina Fagerström och Marie Nilsson och studerar till distriktssköterskor på Högskolan i Kristianstad.

Vi ska skriva en magisteruppsats som kommer att handla om distriktssköterskans erfarenheter av att förskriva fysisk aktivitet på recept. Anledningen till att vi vill skriva om detta ämne är att det är aktuellt och att vi är nyfikna på hur distriktssköterskor i praktiken använder sig av och ser på fysisk aktivitet på recept. Tanken är att studien kommer tillföra ny kunskap som kan användas av och för distriktssköterskor i sitt hälsofrämjande arbete.

Vi skulle vilja intervjua de distriktssköterskor som är vana respektive ovana vid att skriva ut recept på fysisk aktivitet. Intervjuerna beräknas att ta 30-60 minuter. Vi ber dig som verksamhetschef om tillstånd att intervjua och ge förslag på distriktssköterskor inom verksamheten som kan vara lämpliga deltagare till vår uppsats. Om du har förslag på deltagare vill du vänligen skicka ett mail med distriktssköterskans namn, mailadress och telefonnummer till någon av oss. Vi kommer sedan att skicka ett informationsbrev med förfrågan om medverkan till utvalda distriktssköterskor.

Med vänliga hälsningar
Martina Fagerström och Marie Nilsson

E-mail: XXXXXXXXX
Telefon: XXXXXX

E-mail: XXXXXXXXX
Telefon: XXXXXX

Pia Petersson
Handledare
Tel:XXXXXX

Information till dig som är distriktssköterska och får förskriva fysisk aktivitet på recept

Hej!

Vi heter Martina Fagerström och Marie Nilsson och studerar till distriktssköterskor på Högskolan i Kristianstad.

Vi ska skriva en magisteruppsats som kommer att handla om distriktssköterskans erfarenheter av att förskriva fysisk aktivitet på recept. Anledningen till att vi vill skriva om detta ämne är att det är aktuellt och att vi är nyfikna på hur distriktssköterskor i praktiken använder sig av och ser på fysisk aktivitet på recept. Tanken är att studien kommer tillföra ny kunskap som kan användas av och för distriktssköterskor i sitt hälsofrämjande arbete

Du tillfrågas härmed om du vill medverka i denna studie. Vi kommer att intervjua dig och det beräknas ta omkring 30-60 minuter. Intervjuerna kommer att spelas in om du godkänner.

Du rätt att när som helst avbryta intervjun utan att det för dig medför några negativa följder. Under hela studiens gång kommer dina personuppgifter att avidentifieras så att det inte framgår vem du är eller var du jobbar. Endast vi och vår handledare kommer att ha tillgång till vad du svarar på intervjun och materialet kommer att förstöras när studien är avslutad.

Vi kommer i början av september 2011 att kontakta dig per telefon/mail för att höra om du är intresserad av att medverka i vår studie. Om du vill delta kommer vi överens om tid och plats för intervjun. Om du har frågor så kan du kontakta oss eller vår handledare.

Med vänlig hälsningar
Martina Fagerström och Marie Nilsson

Martina Fagerström
Distriktssköterskestuderande
Tel: XXXXXXXX

Marie Nilsson
Distriktssköterskestuderande
Tel: XXXXXXXX

Pia Petersson
Handledare
Tel: XXXXXXXX

Jag har tagit del av informationen om studien som har som syfte att beskriva distriktssköterskors erfarenhet av att använda fysisk aktivitet på recept och härmed ger jag mitt samtycke till att medverka i studien.

Ort..... Datum.....

Underskrift.....

Namnförtydligande.....

Intervjuguide

Bakgrund:

Kön:

Arbetsuppgifter:

Antal verksamma år:

Hur ofta förskriver du fysisk aktivitet på recept?

Syfte:

Vi är intresserade av dina erfarenheter av / uppfattning om fysisk aktivitet på recept.

Teman

Vill du berätta om:

- En situation (lyckad/misslyckad)
- Hinder/möjligheter (organisation, patient, hos dig själv)
- Fördelar/nackdelar (förbättringsförslag, andra alternativ)

Har du ytterligare funderingar som du vill prata om?

Exempel på uppföljande frågor:

Hur menar du?

Vad menar du?

Vad tycker du om det?

Beskriv.

Berätta.

Tack för din medverkan.