

## Distriktssköterskors uppfattningar och erfarenheter av att arbeta med fysisk aktivitet på recept (FaR)

*En intervjustudie*

Linda Eriksson  
Ida Johansson  
2015

Specialistsjuksköterskeexamen  
Distriktssköterska

Luleå tekniska universitet  
Institutionen för hälsovetenskap



Luleå tekniska universitet  
Institutionen för hälsovetenskap  
Avdelningen för omvårdnad

Distriktssköterskors uppfattningar och erfarenheter av att  
arbeta med fysisk aktivitet på recept (FaR)

– En intervjustudie

District nurses' perceptions and experiences of working with  
exercise on prescription (EoP)

– An interview study

Linda Eriksson

Ida Johansson

Kurs O7036H, Examensarbete 15 hp

Vår- höstterminen 2015

Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska 75 hp

Handledare: Carina Nilsson

Distriktssköterskors uppfattningar och erfarenheter  
av att arbeta med fysisk aktivitet på recept (FaR)

- En intervjustudie

District nurses' perceptions and experiences  
of working with exercise on prescription (EoP)

– An interview study

Linda Eriksson

Ida Johansson

Institutionen för hälsovetenskap

Avdelningen för omvårdnad

Luleå tekniska universitet

### **Abstrakt**

Fysisk aktivitet på recept (FaR) är en metod som används för att öka den fysiska aktivitetsnivån för att behandla eller förebygga många kroniska sjukdomar. Syftet med denna studie var att beskriva distriktssköterskors uppfattningar och erfarenheter av att arbeta med FaR. Tio distriktssköterskor från hälsocentraler i Norrbotten med erfarenhet att förskriva FaR intervjuades. Intervjuerna spelades in och skrevs ut ordagrant. Innehållet analyserades med kvalitativ innehållsanalys som slutligen resulterades i fyra kategorier; Användningen av metoden är enkel, Ett verktyg för att motivera och uppmuntra, Metoden medför hälsovinster och Förfaringssättet kan förbättras. Resultatet visade att metoden FaR upplevdes som ett bra och enkelt hjälpmedel för distriktssköterskor och att de kunde se att patienterna fick bättre hälsa genom förbättrade värden. Distriktssköterskor kunde använda motiverande samtalsteknik för att motivera patienter. Distriktssköterskors uppfattning var att de kunde bli bättre på att förskriva och följa upp FaR, ett hinder de ofta upplevde var tidsbrist. Det framkom att arbetsgivare uppmanade distriktssköterskor att förskriva FaR vilket distriktssköterskorna uppfattade handlade mer om ekonomi än om patientens bästa. Det är av stor vikt att FaR implementeras i verksamheten genom riktlinjer och utbildning.

**Nyckelord:** Fysisk aktivitet på recept, uppfattningar, erfarenheter, kvalitativ innehållsanalys, hälsovinster, motivera, uppföljning

**Keywords:** Exercise on prescription, perceptions, experiences, content analysis, health benefits, motivation, follow-up

## **Innehållsförteckning**

Abstrakt	2
Innehållsförteckning	3
Bakgrund	4-7
Problemformulering	7
Syfte	7
Metod	7
<i>Deltagare och procedur</i>	7-8
<i>Datainsamling</i>	8-9
<i>Kvalitativ innehållsanalys</i>	9
Etiska överväganden	9
Resultat	10
<i>Användningen av metoden är enkel</i>	10-11
<i>Ett verktyg för att motivera och uppmuntra</i>	11-12
<i>Metoden medför hälsovinster</i>	12
<i>Förfaringssättet kan förbättras</i>	13-14
Diskussion	14-18
Metoddiskussion	18-20
Slutsats	20
Referenser	21-25
Bilaga 1	26-27
Bilaga 2	28-29
Bilaga 3	30
Bilaga 4	31

Fysisk aktivitet på recept (FaR) är en del av ett hälsofrämjande arbete i hälso- och sjukvård som syftar till att stödja och motivera patienter till att öka deras fysiska aktivitetsnivå. Det är en metod där arbetet utgår från ett individuellt patientcentrerat samtal och ordinationen ska vara individuellt anpassad. Samtalet fångar upp patientens egna tankar om vilka aktiviteter som känns roliga att utföra, som tillsammans med aktuell hälsoanamnes ligger till grund för den skriftliga ordinationen. Aktiviteten som ordineras kan utövas individuellt eller utövas i grupp, en så kallad organiserad aktivitet (Kallings, 2009). En viktig del i metoden är uppföljning av FaR för att kunna bedöma effekten av behandlingsmetoden, aktiviteten kan behöva modifieras eller dos anpassas i takt med att individen förbättrar både kondition och styrka (Kallings, 2009; Peterson, 2006).

All legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal får ordinera FaR (Folkhälsomyndigheten, 2013; Kallings, 2009). Den personal som förskriver FaR ska ha kunskap om patientens aktuella hälsoläge, utbildning i motiverande samtalsteknik, kunskap om fysisk aktivitet som prevention och behandlingsmetod, kunskap om själva metoden FaR samt de lokala rutiner som finns för FaR på arbetsplatsen (Kallings, 2009). Till sin hjälp har hälso- och sjukvårdspersonal handboken Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (FYSS) som fungerar som ett stödverktyg vid rekommendationer av fysisk aktivitet (FYSS, 2015). Leijon (2009) beskrev att det fanns stora skillnader i förskrivningsmönster av FaR. Antal förskrivningar varierade mellan olika yrkesgrupper samt mellan olika hälsocentraler. Det framkom även att FaR behövde implementeras bättre i verksamheten samt att det fanns möjligheter att utveckla metoden.

I en studie från Canada av Lamarche och Vallance (2013) undersöktes sjuksköterskors upplevda kompetens i samband med att förskriva fysisk aktivitet samt hur betydelsefull de ansåg att metoden var. Sjuksköterskor kände sig relativt kompetenta i sin förmåga att förskriva fysisk aktivitet och ansåg metoden vara betydelsefull. Det största hindret de upplevde var tidsbrist men det framkom även att utbildning i preventiv medicin saknades. Därför menade de att tid behövde avsättas för detta arbete, samt att sjuksköterskor kontinuerligt fick tillgång till evidensbaserad information för att ha möjlighet att upprätthålla sin kompetens inom området.

I Sverige introducerades fysisk aktivitet på recept (FaR) inom hälso- och sjukvården år 2001 och metoden spreds snabbt, idag används metoden i alla landsting (Kallings, 2009). Studier

(Kallings, 2009; Kallings, Leijon, Hellenius & Stahle, 2008; Leijon, Bendtsen, Nilsen, Festin & Stahle, 2009) har visat att av alla de personer som fått förskrivet FaR var det cirka 50 procent som ökade sin fysiska aktivitetsnivå. I Kallings (2009) studie framkom att både den fysiska och psykiska hälsan påverkades positivt av ökad fysisk aktivitet och att den självskattade livskvalitén hade ökat sex månader efter att patienterna fått FaR. FaR var en effektiv metod att använda sig av i praktiken för hälso- och sjukvårdspersonal. Metoden ansågs vara betydelsefull ur ett folkhälsoperspektiv eftersom en ökning av den fysiska aktivitetsnivån förväntades leda till förbättrad hälsa och självupplevd livskvalitet.

Fysisk inaktivitet utgör en stor riskfaktor för sjukdom och dödlighet. Globalt sett är det en betydande riskfaktor för dödlighet, främst inom de industrialiserade länderna (Edmunds, Stephenson & Clow, 2011; Kallings, 2009; Peterson, 2006; Leijon, 2009). Evidensbaserad kunskap har samlats in under de gångna decennierna, vilken pekar på vikten av att öka den fysiska aktivitetsnivån för att behandla och förebygga allvarliga sjukdomar och dödsfall därför är det speciellt betydelsefullt att nå fram till de mest inaktiva grupperna av människor (Leijon et al., 2008). Många kroniska sjukdomar förhindras och sjukdomstillstånd kan förbättras genom en ökad daglig fysisk aktivitet (Peterson, 2006). För att hälsan ska främjas och följsjukdomar förebyggas bör vuxna ägna sammanlagt minst 150 minuter per vecka, eller 30 minuter fem dagar i veckan, åt fysisk aktivitet av minst måttlig intensitet (Kallings, 2012; Leijon et al., 2008; Peterson, 2006).

Människor idag blir allt mer stillasittande arbeten och i takt med det ökar behov av fysisk aktivitet på fritiden. En stillasittande fritid ökar risken för insjuknande och för tidig död i bland annat hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes typ 2 (Statens folkhälsoinstitut, 2013). I Sverige är ungefär hälften av befolkningen otillräckligt fysiskt aktiva, varav cirka en miljon utgör en högriskgrupp som knappt utför någon fysisk aktivitet. Forskning i Sverige visar att 80 procent av populationen över 30 år är fysiskt inaktiva. För att folkhälsan ska förbättras är det betydelsefullt att hälso- och sjukvården arbetar mer hälsofrämjande och att befolkningen ökar sin fysiska aktivitetsnivå (Kallings, 2012). I en studie (Peterson, 2006) framkom att fysisk aktivitet, såsom exempelvis regelbundna promenader förbättrade både hälsa och välmående hos individer. När information och råd i livsstilsfrågor efterfrågades såg många vårdpersonalen som en tillförlitlig och trovärdig källa (Kallings, 2009). Det är betydelsefullt för vården att kunna mäta hälsa hos patienter, för att planera och utvärdera hälsofrämjande

omvårdnad. Hälsöfrämjande insatser definieras som förebyggande insatser med fokus och målsättning på att förhindra att sjukdom uppstår (Svensk sjuksköterskeförening, 2010).

Världshälsoorganisationen (WHO, 1948) beskriver hälsa som ”ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom”. En människa kan uppleva sig ha god hälsa trots sjukdom, dock finns det ett samband mellan ohälsa och sjukdom. För att en människa ska få livskvalitet, nå sina mål i livet samt leva ett långt liv är hälsa en nödvändig resurs. Enligt WHO är det förebyggande arbetet med att främja hälsan genom ökad fysisk aktivitet ett viktigt område för den övergripande folkhälsan. Walker, O’Dea, Gomez, Girgis och Colagiuri (2010) visade på att livsstilsförändringar kunde förebygga sjukdomar såsom diabetes genom exempelvis förskrivning av fysisk aktivitet. En utmaning som sjukvården hade var att försöka hitta former för att ge stöd till personer, för att bibehålla den nya livsstilen samt att uppleva hälsa. Liknande resultat framkom i Carels, Darby, Cacciapaglia och Douglass (2004) studie där slutsatsen drogs att livsstilsförändringar, som exempelvis att öka den fysiska aktivitetsnivån, var effektiva för att minska risken för kardiovaskulära sjukdomar. Det behövdes dock mer uppmärksamhet riktat mot att dessa förändringar skulle bli bestående.

I en studie av Leijon, Faskunger, Bendtsen, Festin och Nilsen (2011) framkom det att människor som ordinerats FaR inte alltid fullföljer ordinationen, vanligaste anledningen till detta sågs vara att sjukdomar och smärta begränsade dem från fysisk aktivitet. Brist på motivation var en annan anledning som sågs hos de personer som skulle utöva fysisk aktivitet i hemmet. Bassett (2003) beskriver att även om en del människor bibehåller sin nya mer fysiskt aktiva livsstil var det ett problem att många uppvisade dålig följsamhet på längre sikt om inte aktiviteten var organiserad. Rhodes och Fiala (2009) menade att dålig följsamhet till förskrivna aktiviteter var ett problem på både individnivå och för personal inom hälso- och sjukvården. Enligt Kallings (2012) var det viktigt att man utgår från att aktiviteten som förskrevs upplevdes som meningsfull och rolig av patienten. Det kunde även finnas behov av att arbeta med patienters motivation. Meningsfullhet kan enligt Antonovsky (1991, s. 39-41) ses i relation till motivation. Han beskriver att en människas hälsa beror på känslan av sammanhang (KASAM) som är uppbyggt av tre delar; begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Alla tre delar är i samspel med varandra, men den viktigaste delen anses vara meningsfullhet. En människa som upplever livet meningsfullt, kämpar på i olika situationer

och känner ofta att problem och krav som de ställs inför är värda engagemang. Om situationen upplevs meningsfull och begriplig kommer människan försöka bemästra det.

### **Problemformulering**

Det finns evidens för att folkhälsan förbättras genom ökad fysisk aktivitet samt att hälso- och sjukvården behöver arbeta mer hälsofrämjande. Fysisk aktivitet på recept (FaR) är en effektiv hälsofrämjande behandlingsmetod. Litteraturgenomgången visar på brister i implementering av FaR i verksamheter samt att det finns behov av fortsatt forskning för att förbättra och utveckla behandlingsmetoden. Få studier beskriver distriktssköterskors uppfattningar och erfarenheter av att arbeta med FaR. Denna studie ger en fördjupad kunskap av hur FaR uppfattas av distriktssköterskor. Studiens resultat kan leda till att hälso- och sjukvården ges förbättrade förutsättningar att motivera och utbilda personal att använda sig av metoden.

### **Syfte**

Syftet med denna studie var att beskriva distriktssköterskors uppfattningar och erfarenheter av att arbeta med fysisk aktivitet på recept (FaR).

### **Metod**

En empirisk kvalitativ studie med induktiv ansats genomfördes för att syftet skulle uppfyllas. Detta för att få en fördjupad förståelse av den självupplevda verkligheten, så förutsättningslöst som möjligt, för att sedan kunna dra sannolika slutsatser om fenomenet i enlighet med Priebe & Landström (2014). Individuella intervjuer genomfördes där syftet var att få en fördjupad bild av hur distriktssköterskor uppfattar fysisk aktivitet på recept (FaR) och vilka erfarenheter de har av att använda den metoden. Nyckeln i kvalitativa studier är att få fram mesta möjliga information från deltagarna, genom observationer eller intervjuer för att ta reda på deltagares tankar, åsikter och beteenden om det studerade ämnet (Polit & Beck, 2012, s. 60, 516).

### *Deltagare och procedur*

Ett ändamålsenligt urval enligt Polit och Beck (2012, s. 519) utfördes, vilket innebar att deltagare valdes ut utifrån i förväg formulerade kriterier som motsvarade studiens syfte. Polit och Beck (2012, s. 517-518) beskriver att ett ändamålsenligt urval innebär att deltagare som är mest passande för studiens syfte väljs ut. Inklusionskriterier för att delta i studien var distriktssköterskor som genom sitt arbete hade erfarenhet av att arbeta med metoden FaR. Vår



målsättning var att minst tio distriktssköterskor skulle delta i vår studie, för att få ett tillräckligt rikt analysmaterial.

Tio distriktssköterskor, verksamma på hälsocentraler i Norrbotten deltog i studien. Samtliga var kvinnor i åldern 34-55 år (md=46). De hade arbetat som distriktssköterska mellan 6-14 år (md=11). Enligt Polit och Beck (2012, s. 516) är det inte antalet deltagare som är det mest väsentliga, utan vikten ligger i de upplevelser deltagarna kan dela med sig av.

En förfrågan (bilaga 1) om godkännande och tillåtelse att genomföra studien skickades ut via mail till verksamhetschefer på nio hälsocentraler i Norrbotten. Vi skickade påminnelse till de verksamhetschefer som inte besvarade mailet. Fem verksamhetschefer gav sitt godkännande att studien fick genomföras på respektive hälsocentral och de lämnade ut mailadresser samt telefonnummer till de distriktssköterskor som uppfyllde inklusionskriterierna på respektive hälsocentral. Vi kontaktade distriktssköterskorna via mail med bifogat informationsbrev (bilaga 2) samt svarstalong (bilaga 3) där de kunde ge sitt medgivande att delta i studien. Tio distriktssköterskor accepterade att delta i studien. Efter deras medgivande kontaktade vi dem via telefon, där vi presenterade oss, informerade kort om studiens syfte och bokade tid och plats för intervjuerna. Då avstånden till sex distriktssköterskor var långa, bestämde vi tillsammans med dem att intervjuerna skulle genomföras via telefon. Därmed genomfördes sex intervjuer via telefon och fyra på distriktssköterskors arbetsplats.

### *Datainsamling*

Båda författarna deltog vid samtliga intervjuer. Fyra intervjuer genomfördes på deltagarnas arbetsplats och sex intervjuer genomfördes via telefon. Varje intervju inleddes med information om studiens syfte, att deltagandet var frivilligt, att intervjun skulle komma att spelas in och när studien var godkänd skulle den publiceras på LTUs hemsida, därefter skulle ljudfilerna raderas. Individuella semistrukturerade intervjuer utfördes med stöd av en intervjuguide (bilaga 4) med områden som skulle belysas under intervjun. De områden vi valde att belysa var FaR som behandlingsmetod, möjligheter och svårigheter i arbetet med FaR, samt stöd från arbetsgivaren i arbetet med FaR. Enligt Polit och Beck (2012, s. 537) är det bra att ha en intervjuguide där frågor är formulerade utifrån syftet med studien. Författarna kan genom detta försäkra sig om att de i möjligaste mån erhåller den information som efterfrågas samt att deltagarna ges möjlighet att få berätta fritt genom öppna frågor. Under intervjuerna ställdes även följdfrågor såsom ”kan du berätta mer?”, ”kan du ge ett exempel?”, ”Kan du utveckla det mera?” för att få så innehållsrika svar som möjligt.

Intervjuerna varade mellan 15-40 minuter (md=25). Alla intervjuer spelades in på en digital ljudfil och skrevs ut ordagrant samma dag som aktuell intervju utfördes.

### *Kvalitativ innehållsanalys*

All insamlad data från intervjuerna analyserades med stöd av Graneheim och Lundmans (2004) tillvägagångssätt vid kvalitativ innehållsanalys med manifest ansats. Kvalitativ innehållsanalys är en analysmetod där forskarna går fram och tillbaka mellan helheten och delarna. Vid manifest analys håller sig forskaren väldigt textnära till innehållet för att undvika tolkningar. Forskaren fokuserar på vad texten säger och beskriver det synliga samt de självklara delarna (Graneheim & Lundman, 2004). Inledningsvis lästes hela intervjumaterialet igenom upprepade gånger för att få en djupare förståelse av helheten. Meningsenheter som svarade mot studiens syfte identifierades och togs ut för att sedan kondenseras. Enligt Graneheim och Lundman (2004) innebär kondensering att meningsenheter förkortas utan att själva kärnan går förlorad. Alla meningsenheter och kondenseringar kodades för att vi enkelt skulle hitta tillbaka till ursprungsmaterialet. Vi höll oss hela tiden väldigt textnära för att undvika tolkningar. De kondenserade meningsenheterna som liknade varandra i innehåll sorterades i flera steg, till allt bredare kategorier, vilka slutligen resulterade i fyra kategorier.

### *Etiska överväganden*

Innan studien påbörjades, gjordes en forskningsetisk prövning av den etiska gruppen vid Luleå tekniska universitet, institutionen för hälsovetenskap. Distriktssköterskorna fick förfrågan att delta genom mail med bifogad information samt svarstalong. Allt deltagande i studien var frivilligt och distriktssköterskorna skrev på informerat samtycke (Bilaga 3). De informerades om att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande utan att det skulle ge konsekvenser i enlighet med Polit och Beck (2012 s. 154). All information gavs både skriftligt och muntligt. Intervjuerna spelades in och förvarades där analysmaterialet hölls väl skyddat tills studien blev godkänd, för att garantera deltagarna sekretess. De som hade tillgång till analysmaterialet var författarna och handledaren. Distriktssköterskorna lovades att allt material skulle avidentifieras i den färdiga studien. Polit och Beck (2012, s. 156) beskriver att en hörnsten i forskningsprocessen är att maximera nyttan och fördelarna av forskningsresultaten och samtidigt minimera skadeverkningarna för deltagarna. Den färdiga studien tillför en fördjupad förståelse för vilka uppfattningar och erfarenheter distriktssköterskor har av att arbeta med FaR vilket bedöms ge ett nyttovärde för fortsatt omvårdnadsarbete.

## Resultat

Analysen resulterade i fyra kategorier; Användningen av metoden är enkel; Ett verktyg för att motivera och uppmuntra; Metoden medför hälsovinster; Förfaringssättet kan förbättras.

Resultatet redovisas med brödtext och illustreras med citat från intervjuerna.

*Tabell 1. Översikt av kategorier*

---

### Kategorier

---

*Användningen av metoden är enkel*

*Ett verktyg för att motivera och uppmuntra*

*Metoden medför hälsovinster*

*Förfaringssättet kan förbättras*

---

*Användningen av metoden är enkel*

Distriktssköterskor beskrev fysisk aktivitet på recept (FaR) som ett enkelt verktyg att förskriva, då de hade erfarenhet av att skriva andra recept också. De beskrev FaR som en bra behandlingsmetod om den användes på korrekt sätt och de uttryckte att tanken med metoden var god.

*Från början när jag inte kunde det [skriva ut FaR], men när man lärde sig det, tyckte jag inte att det var nå svårt... (Intervju 10)*

Vidare beskrev de att förskrivning av FaR var lika betydelsefullt som att förskriva läkemedelsrecept och därför var det viktigt att endast förskriva FaR när det fanns anledning, för att inte tappa tilltron till FaR. Distriktssköterskor beskrev att tiden var en viktig del i mötet med patienten när FaR ordinerades. De betonade att mötet kändes bättre när det fanns gott om tid avsatt för samtalet med patienten. Distriktssköterskor menade att det var viktigt att de tog sig den tiden. De beskrev att det krävdes att de regelbundet använde sig av FaR i mötet med patienter för att de skulle känna trygghet med användningen av metoden.

*... och också skriva ut det [FaR] ofta för att vi själva ska bli trygga med den... och sen tror jag att kommer man in i det där så behöver man inte lika mycket tid heller... (Intervju 8)*

Distriktssköterskor beskrev att de kände stöd och uppmuntran från arbetsgivaren i arbetet med FaR. De hade fått utbildning i hur FaR skulle förskrivas, de flesta hade erhållit en kortare intern utbildning från sjukgymnaster på arbetsplatsen, där de hade fått kunskap om hur de skulle gå tillväga vid förskrivning av själva receptet i läkemedelsmodulen.

#### *Ett verktyg för att motivera och uppmuntra*

Distriktssköterskor ansåg att metoden var både ett stöd och en morot för patienten, de poängterade att det viktigaste var att det måste gagna den som tar emot det. De menade att FaR var en bra metod för dem att använda sig av om patienten var intresserad och motiverad. Distriktssköterskor poängterade vikten av att inte komma med pekpinna utan istället motivera patienten till livsstilsförändringar, vilket kunde ske med hjälp av motiverande samtalsteknik. En viktig del som påpekades i användningen av FaR var att distriktssköterskan kunde uppmuntra patienten till att starta och sedan fortsätta med en fysisk aktivitet. Distriktssköterskor beskrev att det som kunde vara svårt i arbetet med FaR var att få patienten motiverad, men de önskade att de i alla fall hade "satt ett frö" efter samtal om betydelsen av fysisk aktivitet för hälsan. De beskrev att de flesta patienter var medvetna om vad som var bra för hälsan, men sen att leva utifrån det var svårare.

*... om patienten är motiverad, då tycker jag att då funkar det ganska bra, då får dom som ett litet stöd, man kan ge råd och tips och få igång dem... man kan inte skriva ut ett FaR recept om... den man har framför sig inte är motiverad. (Intervju 5)*

Distriktssköterskor beskrev att det var viktigt att FaR skedde i samråd med patienten, att det anpassades individuellt, att patienten förstod vikten av behandlingsmetoden och att de alltid utgick från patientens nivå, så att inte för höga mål sattes. Vidare beskrev de vikten av att tillsammans med patienten sätta upp delmål, som utvärderades regelbundet. Distriktssköterskor ansåg det vara värdefullt att skriva ut receptet för att kunna visa och förklara åt patienten, som på så vis fick det "svart på vitt" som en slags påminnelse och ett avtal som de menade att patienten tog på allvar.

*... då får de då det här pappret i handen, då är det som att vi har slutit ett avtal, de tar det mer på allvar än om det kommer bara liksom i pratet. (Intervju 1)*

Distriktssköterskor beskrev att många patienter var positivt inställda till FaR, men att det varierade hur patienter tog till sig behandlingsmetoden. De menade att en del var väldigt flitiga och tog snabbt till sig metoden, medan andra var svårare att motivera. I sådana fall försökte de att vid fler tillfällen prata om vikten med fysisk aktivitet. En distriktssköterska beskrev en svårighet med att inte kunna hänvisa patienter till en gruppaktivitet, när det inte fanns tillgång till det i kommunen eller att själv inte ha möjlighet att ha gruppaktiviteter på sin arbetsplats.

*... och där skulle man ju önska att man kunde ha dem i grupp, det skulle vara jätteroligt... att liksom peppa varandra, som dem har tobakstopp i grupp, då skulle det här vara jättebra, så långt har vi inte kommit... (Intervju 1)*

#### *Metoden medför hälsovinster*

Distriktssköterskor beskrev att användning av metoden FaR gav synliga resultat för patienten. De menade att det blev tydligare för patienten att se positiva effekter i form av förbättrade värden, exempelvis gällande blodtryck eller blodsocker.

*Jo, för patienten blir det ju en vinst. Det blir det... och det ser dom ju också... jamen det här med en förbättrad diabetes. Man ser det... dom får förbättrade värden. (Intervju 6)*

Distriktssköterskor beskrev att de i många möten med patienter samtalade om fysisk aktivitet och där de identifierade ohälsa och en låg fysisk aktivitetsnivå i patientens vardag upplevde distriktssköterskor FaR som en bra metod att använda. Vanligast var att förskriva promenader, fem gånger i veckan. Deras erfarenhet var att metoden FaR ofta ledde till livsstilsförändringar hos patienter vilket i sin tur medförde en förbättrad hälsa. FaR beskrevs även som en effektiv metod att använda för patienter med milda depressioner och nedstämdhet, vilket de menade hade att göra med att patienter mår psykiskt bättre av fysisk aktivitet.

*... och det gjorde mycket bara för han... att han kom sig ut och började röra på sig, för han hade blivit mycket stillasittande hemma. När han int' mådde bra... så det var väldigt positivt. (Intervju 7)*

### *Förfaringssättet kan förbättras*

Distriktssköterskor beskrev att FaR var en relativt ny metod för dem och det hade tagit ett tag att komma igång med att börja arbeta med den. Vidare beskrevs att de hade kunskap om hur fysisk aktivitet påverkade hälsan, men att de måste bli bättre på att använda FaR. En del distriktssköterskor beskrev att de samtalade om fysisk aktivitet som livsstilsförändring i många möten med patienter även om inte alltid FaR förskrevs, trots att det fanns anledning för patienten att öka sin fysiska aktivitetsnivå för att förbättra sin hälsa. Detta ansågs bero på att de inte använde FaR regelbundet vilket medförde att de kände osäkerhet inför receptförskrivning.

*... Det är väl en inarbetsfas, förhoppningsvis. När man har arbetat ett tag så är det svårare att ta till sig nya arbetsmetoder. (Intervju 4)*

Distriktssköterskor beskrev att brist på motivation och ork hos dem själva påverkade förskrivning av FaR i negativ riktning. Att förskrivning av FaR var utifrån både patientens och distriktssköterskans egna mående den aktuella dagen. Distriktssköterskor kände glädje och ibland förvåning när patienter kom för uppföljning och hade följt sitt FaR och därmed ökat sin fysiska aktivitetsnivå samt förbättrat sin hälsa. Det beskrevs även att de ibland kunde ana, redan innan förskrivningen, att patienten inte skulle fullfölja de rekommendationer på FaR de fått. Vidare beskrevs att tiden upplevdes som ett hinder, ibland hade de mer tid och andra gånger mindre tid, vilket påverkade förskrivning av FaR.

*... och sen kanske det är utifrån patienten och utifrån ditt eget ... mående just den dan... men visst blir det ju ett bättre möte om man har tiden och om man tar sig tiden...*

*(Intervju 3)*

Distriktssköterskor beskrev att uppföljning var lika viktig som att förskriva själva receptet. Det framkom att det var olika hur uppföljningen utfördes. På en del hälsocentraler var det arbetsterapeuter eller sjukgymnaster som höll i uppföljningen och på andra enheter var det distriktssköterskan själv. Distriktssköterskor beskrev tiden för uppföljning som bristfällig, det var svårt att finna tid och prioritera uppföljning, vilket i sin tur ledde till att FaR inte alltid följdes upp. Enligt distriktssköterskor kunde detta bero på att det ibland var personalbrist på enheten samt att de hade många andra arbetsuppgifter.

*... Och det jag kan tänka mig med FaR recepten, det är att uppföljningen blir dålig. Det måste vi jobba med, att följa upp det. Det är ju hur lätt som helst att skicka ut ett recept... (Intervju 1)*

Det var olika i vilken utsträckning distriktssköterskor använde metoden FaR, en del skrev flera recept per vecka, somliga skrev flera per dag, medan andra skrev något enstaka i månaden. Distriktssköterskor beskrev att det kändes som en börda att inte ha tid att skriva FaR, trots att de kände att de borde det. De ansåg att metoden FaR i allmänhet användes i liten utsträckning av distriktssköterskor samt att de kunde bli bättre på att använda metoden vilket i sin tur skulle leda till en ökad förskrivning.

Distriktssköterskor beskrev att arbetsgivaren uppmanade sin personal att förskriva FaR, framförallt när metoden var ny och enheten fick pengar för varje recept som utfärdades. Detta ansåg de var fel eftersom syftet med FaR var att hjälpa patienter med låg fysisk aktivitetsnivå att bli mer fysiskt aktiva. De poängterade därför vikten av att använda metoden på rätt sätt, vilket innebar att FaR bara skulle förskrivas när det fanns anledning och aldrig enbart för statistikens skull. Distriktssköterskor menade att det då handlade mer om ekonomi än om patienters bästa.

*... det är ju kopplat till pengar... och då är ju arbetsgivaren intresserad av att vi skriver väldigt mycket FaR recept och... skriv bara! Men jag tror att arbetsgivaren ser att mycket det här att få pengar för det och ser inte det här att jag måste ju ändå göra det i samråd med patienten.  
(Intervju 4)*

## **Diskussion**

Studiens syfte var att beskriva distriktssköterskors uppfattningar och erfarenheter av att arbeta med fysisk aktivitet på recept (FaR). Följande kategorier framkom; användningen av metoden är enkel, ett verktyg för att motivera och uppmuntra, metoden medför hälsovinster, förfaringssättet kan förbättras.

I resultatet framkom att distriktssköterskor ansåg att FaR var en enkel metod att använda och att det var lika betydelsefullt som ett läkemedelsrecept. För att distriktssköterskor skulle känna sig trygga med metoden krävdes ett regelbundet användande. Vuori, Lavie och Blair

(2013) menade att fysisk aktivitet borde ses likvärdigt med läkemedelsbehandling, vilket innebar att det även borde behandlas på samma sätt som farmakologisk behandling. Enligt Douglas et al. (2006) kände sig sjuksköterskor trygga med att ge råd om fysisk aktivitet. Sorensen, Skovgaard och Puggaard (2006) beskrev att vårdpersonal som förskrev FaR var positiva till metoden och de flesta gav patienter de rekommenderade råden. För att hälso- och sjukvårdspersonal skulle känna trygghet och motivation till att förskriva FaR fanns det behov av ett gemensamt system. I Sverige används FYSS (2015) som ett stöd för vilka rekommendationer som kan ges för att öka den fysiska aktiviteten vid olika sjukdomstillstånd. Av följande drar vi slutsatsen att FaR är lika betydelsefull som läkemedelsbehandling och sjukvårdspersonal kan ta hjälp av FYSS vid förskrivning.

I resultatet framkom att FaR var ett verktyg för att motivera och uppmuntra, många patienter var positivt inställda till metoden och tog snabbt till sig den. De beskrev att de kunde motivera patienter till livsstilsförändringar genom att använda motiverande samtalsteknik. Sorensen, Skovgaard och Puggaard (2006) kom fram till liknande resultat som visade att de flesta patienter som tog emot FaR, var positivt inställda. Viktiga faktorer som ökade följsamheten och ledde till lyckad livsstilsförändring var att vårdpersonal tog en aktiv roll med att försöka motivera och stödja patienten. Ingen förklaring kunde ses till varför en del patienter inte ville ha FaR. Rhodes och Fiala (2009) kom fram till att två tredjedelar av alla som fick FaR följde ordinationen. Det ansågs viktigt att sjukvårdspersonalen tog reda på patientens motivationsnivå för att öka sin fysiska aktivitetsnivå. Patienter som var motiverade, hade ofta en detaljerad plan på hur de skulle utföra sin träning. Enligt Waryasz och Yelmokas McDermott (2010) kunde sjukvårdspersonal använda sig av patientutbildning som innefattade rådgivning om vilka förmågor till problemlösning patienten själv hade för att motivera patienter till ökad fysisk aktivitetsnivå. Sjukvårdspersonal borde föra en positiv dialog om fysisk aktivitet vid varje möte med patienter som inte var motiverade eller positivt inställda till att förbättra sin fysiska aktivitetsnivå. Sjöling, Lundberg, Englund, Westman och Jong (2011) kom fram till att sjuksköterskor som kombinerade FaR med motiverande samtalsmetodik uppnådde goda resultat vilka förbättrade deltagarnas hälsorelaterade parametrar. Romé, Persson, Ekdahl och Gard (2009) undersökte skillnader i hälsoutfall mellan två patientgrupper som mottagit FaR. Båda grupperna hade signifikant förbättrad fysisk aktivitetsnivå efter fyra månader men 47 procent valde att inte slutföra studien vilket antogs vara på grund av bristande motivation. Det framkom att implementeringen av FaR borde förbättras samt att det borde tas särskild hänsyn till patienters grad av motivation.



Hansen, Landstad, Hellzén och Svebak (2011) menade att patienters motivationsnivå hade stor betydelse för att uppnå varaktiga livsstilsförändringar. Antonovsky (1991, s.40, 120) beskrev meningsfullhet som motivationskomponenten. En människa med hög grad meningsfullhet, hade lättare att ta tag i problem vilka istället sågs som en utmaning. Att stärka människan i KASAM kunde göras genom att människan kände delaktighet och medbestämmande, då kunde varje komponent förstärkas. Vi drar slutsatsen att patienters grad av motivation är betydelsefull för följsamhet av FaR. Det är betydelsefullt att distriktssköterskor arbetar aktivt med att motivera patienter som är ointresserade av FaR vilket kan ske med motiverande samtalsteknik. Att stärka patienter genom empowerment och motiverande samtalsteknik kan höja patientens motivationsnivå och därmed göra patienten motiverad till att använda FaR.

Distriktssköterskor upplevde att FaR ledde till hälsovinster och goda livsstilsförändringar hos patienter. I vårt resultat framkom att FaR gav synliga resultat för patienter. I en studie av Drevenhorn, Kjellgren och Bengtson (2005) framkom att deltagare med diagnosen högt blodtryck, vilka deltog i ett speciellt utformat program med fokus på livsstilsförändringar och fysisk aktivitet, hade påvisbara vinster i form av lägre systoliskt blodtryck. Enligt Östenson, Båvenholm och Efendic (2004) fanns evidens för att fysisk aktivitet förbättrade den metabola kontrollen hos personer med diabetes typ 2 samt även minskade risken att insjukna i sjukdomen. Därför var det av stor vikt att det fanns strategier som ökade graden av fysisk aktivitet. Enligt Waryasz och Yelmokas Mcdermott (2010) visade det sig vara av stor vikt att patienter fick ett individuellt utformat recept där sjukvårdspersonalen utgick från patientens förmåga att utföra fysisk aktivitet. Även Oberg (2007) fastslog vikten av att ge patienter individuella ordinationer för att kunna uppnå deras specifika mål. Kerse, Elley, Robinson och Arroll (2005) förespråkade att primärvården rutinmässigt skulle börja förskriva FaR åt äldre patienter, vilket de menade förmodligen skulle leda till hälsovinster på individnivå i form av en bättre hälsa samt på samhällsnivå i form av minskade sjukhusvistelser. Enligt Folkhälsomyndigheten (2013) resulterade fysisk aktivitet på individnivå i hälsovinster såsom ökad hälsa och välbefinnande. Ur samhällets perspektiv kunde stora kostnader ses i form av produktionsbortfall och sjukvårdskostnader på grund av fysisk inaktivitet, därför borde ökad fysisk aktivitet hos alla människor vara en central drivkraft för samhällsutveckling. En slutsats som vi drar är att livsstilsförändringar som ökad fysisk aktivitetsnivå leder till hälsovinster för flera kroniska sjukdomar vilket kan minska risken att insjukna i en del sjukdomar. Det är

betydelsefullt att distriktssköterskan ger patienten en individuell ordination som är anpassad för dennes situation och behov.

Resultatet i vår studie visade att distriktssköterskor ansåg att FaR var en effektiv metod att använda för patienter med nedstämdhet och milda depressioner. Stanton och Happell (2014) fastslog att det fanns evidens för att fysisk aktivitet var en effektiv del i behandlingen av depressioner, men att det saknades riktlinjer för hur förskrivningen skulle ske. Ett nära samarbete mellan vårdpersonal var betydande för att få god följsamhet. Dinas, Koutedakis och Flouri (2011) fann att fysisk aktivitet och träning hade gynnsamma effekter på depressioner som kunde jämföras med andra antidepressiva behandlingar. Enligt Beaulac, Carlson och Boyd (2011) framkom att en viktig strategi för att främja både fysisk och psykisk hälsa hos patienter var att aktivt arbeta med att öka den fysiska aktivitetsnivån, där målen kunde uppnås med hjälp av klara riktlinjer samt FaR. Vi drar slutsatsen att tillgänglig forskning styrker distriktssköterskors uppfattning om att FaR förbättrar psykisk hälsa.

Det framkom i resultatet att distriktssköterskor ansåg att förfaringssättet kunde förbättras. De beskrev att de inte hade fått någon djupare utbildning i metoden. Distriktssköterskor upplevde tidsbrist vilket ledde till att få FaR följdes upp. Enligt Vuori, Lavie och Blair (2013) framkom att sjukvårdspersonal behövde bli bättre på att ge råd till patienter om fysisk aktivitet och därför borde sjukvårdspersonal utbildas i att förskriva FaR. Rhodes och Fiala (2009) beskrev att en viktig faktor för följsamhet av FaR var att patienten tillsammans med sjukvårdspersonal hade regelbunden uppföljning. Reiser och Schlenk (2009) beskrev att sjuksköterskor på ett effektivt sätt kunde följa upp FaR genom att patienten förde dagboksanteckningar, hade stegräknare eller genom kortare samtal. Enligt Zolfaghari, Mousavifar, Pedram och Haghani (2012) kunde uppföljning med fördel göras av sjuksköterskor genom telefonsamtal eller sms vilka visade sig vara effektiva metoder att använda. Enligt Kallings och Hellénus (2010) förstärktes effekten av FaR när hälso- och sjukvårdspersonal hade upprepade vårdkontakter för att följa upp hur ordinationen följts och vid behov justera FaR. En slutsats vi drar är att ytterligare utbildning behövs för att förbättra användandet av FaR. Regelbunden uppföljning är viktigt för följsamheten av FaR vilken kan genomföras med tidseffektiva medel som telefonsamtal eller sms.

I resultatet framkom att distriktssköterskor upplevde att arbetsgivaren förespråkade förskrivning av FaR för ekonomins skull. Enligt Sigurdsson (2013) betonades att samhället

och vårdgivare borde ha en övergripande strategi när det gällde att förebygga riskfaktorer till bland annat hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes typ 2. Det fanns evidens för att FaR var en kostnadseffektiv metod att använda sig av och det var betydelsefullt att hälso- och sjukvårdspersonal förskrev FaR som en första åtgärd vid ett flertal hälsotillstånd. Garrett et al. (2011) undersökte huruvida FaR var en kostnadseffektiv metod att använda sig av jämfört med läkemedelsbehandling. Det framkom att exempelvis promenader eller träning i befintliga träningsgrupper som inte krävde mer resurser av sjukvårdspersonal var lönsamma ur ett ekonomiskt perspektiv. Enligt Douglas et al. (2006) sågs en ökande global börda som till stor del utgjordes av kostnader som kroniska sjukdomar medförde samhället och det var av stor vikt att man arbetade preventivt med kända riskfaktorer. Östenson, Båvenholm och Efendic (2004) fastslog att en implementering av strategier såsom FaR behövdes för öka den fysiska aktiviteten hos befolkningen vilket bedömdes kunna leda till förbättrad livskvalitet samt omfattande besparing för samhället. Vi drar slutsatsen att det är av stor vikt att arbeta preventivt med FaR, vilken är en kostnadseffektiv metod att använda. Därför är det också betydelsefullt att arbetsgivaren förespråkar förskrivning bland sjukvårdspersonalen.

### **Metoddiskussion**

Denna studie genomfördes som en intervjustudie utifrån ett kvalitativt perspektiv, där semistrukturerade intervjuer användes för att uppnå syftet som var distriktssköterskors uppfattningar och erfarenheter av fysisk aktivitet på recept (FaR). Vi hade som målsättning att minst tio distriktssköterskor skulle delta i vår studie. Med det antalet bedömdes att tillräcklig information och ett tillförlitligt resultat skulle uppnås. Antalet deltagare i en kvalitativ studie är inte det mest väsentliga, utan vikten ligger i de upplevelser som deltagarna delar med sig av (Polit & Beck, 2012, s. 516). Författarna använde sig av ett ändamålsenligt urval, som enligt Polit och Beck (2012, s. 517) innebär att deltagare valts ut utifrån särskilt valda kriterier. En intervjuguide som båda författarna skapat tillsammans användes, vilken innehöll frågor och följdfrågor utifrån studiens syfte. En förskriven intervjuguide ökar studiers pålitlighet enligt Graneheim och Lundman (2004) samt Polit och Beck (2012, s. 537). Båda författarna deltog vid samtliga intervjuer för att kunna komplettera varandra med intervjufrågor samt följdfrågor för att på så sätt få fram så rik information som möjligt vilket vi ansåg höjde kvalitén på intervjuerna. Eftersom ingen av författarna har djupa kunskaper inom intervjumetodik upplevdes det som en styrka att utföra intervjuerna tillsammans. De sista intervjuerna upplevdes som de bästa då intervjutekniken förfinades under intervjuernas gång. En del av intervjuerna utfördes via telefon med högtalarfunktion på grund av långa avstånd till

hälsocentraler. Det kan ha påverkat de medverkande distriktssköterskornas sätt att förmedla sina erfarenheter och uppfattningar om FaR vilket kan ses som både en styrka och svaghet. En del människor kan uppleva det lättare att prata över en telefon, medan andra föredrar ett fysiskt möte.

Alla intervjuer spelades in på ljudfiler så författarna kunde transkribera ordagrant utan att förlora information vilket av Polit och Beck (2012, s. 534) anses öka studiens trovärdighet då ursprungskällan finns kvar ända tills studien är godkänd, därefter raderas den för att skydda deltagarnas anonymitet och sekretess. Polit och Beck (2012, s. 534-535) anser att det är otillförlitligt att dokumentera under intervjun. Det är svårt att hinna skriva ner allt som framkommer och det finns en risk att intervjuaren inte är helt fokuserad på samtalet. Intervjuerna transkriberades ordagrant samma dag som intervjun var gjord alternativt dagen efter. Data analyserades sedan med kvalitativ innehållsanalys och analysstegen beskrevs noggrant utifrån Graneheim och Lundmans (2004) tillvägagångssätt vilket har ökat trovärdigheten i studien. När läsare kan följa tillvägagångssättet på ett detaljerat sätt menar Holloway och Wheeler (2002, s. 255) att studiens resultat är överförbart och kan jämföras med liknande situationer. Under analysprocessen har författarna tillsammans noggrant arbetat med analysmaterialet, både vid transkribering samt kategorisering. Författarna har hela tiden haft helheten av intervjuerna i åtanke och kontinuerligt återgått till ursprungsmaterialet för att säkra att de meningsbärande enheterna uppfattats på ett korrekt sätt vilket enligt Graneheim och Lundman (2004) ökat trovärdigheten i studien. I enlighet med Graneheim och Lundman (2004) har författarna under analysens gång varit väldigt textnära i intervjumaterialet, för att inte riskera att tolka det som framkom i textenheterna. För att öka studiens pålitlighet har handledning erhållits under hela arbetets gång samt att författarna har deltagit på seminarium för att få innehållet i studien granskat av opartiska studenter och handledare.

En styrka i studien var att författarna inte själva arbetat med metoden FaR och kunde därför ha ett mer förutsättningslöst förhållningssätt än de som arbetat med metoden. En annan styrka bedömdes vara att distriktssköterskorna kom från hälsocentraler i både stad samt glesbygd, detta medförde att det insamlade analysmaterialet troligen fick en större innehållsmässig bredd. De deltagande distriktssköterskorna hade ingen koppling till författarna vilket bedöms vara en styrka i studien. En svaghet i studien kan vara att ett fåtal av deltagarna uppgav att de hade begränsad erfarenhet av metoden FaR, de hade inte använt den i någon större utsträckning. Desto mer erfarenhet distriktssköterskorna hade av metoden FaR ju rikligare

svar kunde dom förmedla. De som använde metoden regelbundet, hade mer upplevelser att dela med sig av än de som använde metoden mer sällan, vilket kan ha påverkat studiens resultat negativt, då inte alla distriktssköterskor i vår studie använde metoden regelbundet.

### **Slutsats**

Fysisk aktivitet på recept (FaR) är en betydelsefull metod i det hälsofrämjande arbetet för att förebygga sjukdom och förbättra hälsa. Resultatet av denna studie visar att distriktssköterskor bör använda metoden mer aktivt i sitt arbete och för att möjliggöra detta krävs mer utbildning och bättre riktlinjer för metoden. Tid- och personalbrist ses även vara en anledning till att förskrivning samt uppföljning av FaR inte alltid genomförs. Mer tid vid varje patientmöte, skulle förmodligen därför öka användandet av FaR. Att effektivisera uppföljningen genom att använda sig av telefonsamtal eller sms har i studier visats vara tidseffektivt och användbart. Det finns evidens för att FaR ger vinster på individ-, grupp- och samhällsnivåer och på sikt leder till en godare folkhälsa.

Författarnas förhoppning är att den kunskap denna studie bidrar med, kan leda till ett systematiskt förbättringsarbete inom verksamheter vilket sedan kan leda till att FaR används i större utsträckning.

## Referenser

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

Bassett, S. (2003). The assessment of patient adherence to physiotherapy rehabilitation. *New Zealand Journal of Physiotherapy*, 31, 60-66.

Beaulac, J., Carlson, A-M., & Boyd, R. J. (2011). Councelling on physical activity to promote mental health. Practice guidelines for the family physician. *Canadian Family Physician*, 57, 399-401.

Carels, R.A., Darby, L.A., Cacciapaglia, H.M., & Douglass, O.M. (2004). Reducing cardiovascular risk factors in postmenopausal women through a lifestyle change intervention. *Journal of Women's Health* 13(4), 412-426.

Dinas, P.C., Koutedaki, Y., & Flouri, A.D. (2011). Effects of exercise and physical activity on depression. *Journal of Medical Sciences*, 180, 319-325. Doi: 10.1007/s11845-010-0633-9.

Douglas, F., Van Teijlingen, E., Torrance, N., Fearn, P., Kerr, A., & Meloni, S. (2006). Promoting physical activity in primary care settings: health visitors' and practice nurses' views and experiences. *Journal of Advanced Nursing* 55(2), 159–168.  
Doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03903.x.

Drevenhorn, E., Kjellgren, K.I., & Bengtsson, A. (2005). Outcomes following a programme for lifestyle changes with people with hypertension. *Journal of Clinical Nursing*, 16(7b), 144-151.

Edmunds, S., Stephenson, D., & Clow, A. (2011). The effects of a physical activity intervention on employees in small and medium enterprises: A mixed methods study. *Work* 46, 39–49. Doi: 10.3233/WOR-121523.

Folkhälsomyndigheten (2013). *Fysisk aktivitet*. Stockholm: Folkhälsomyndighet.

<http://www.folkhalsomyndigheten.se/annesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/fysisk-aktivitet/> [Hämtad 20150405]

FYSS (2015). Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling <http://www.fyss.se/> [Hämtad 20151101]

Garrett, S., Elley, C.R., Rose, S.B., O'Dea, D., Lawton, B.A., & Dowell, A.C. (2011). Are physical activity interventions in primary care and the community cost-effective? A systematic review of the evidence. *British Journal of General Practice*, 61(584), 125-133. Doi: 10.3399/bjgp11X561249.

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

Hansen, E., Landstad, B., Hellzén, O., Svebak, S. (2011). Motivation for lifestyle changes improve health in people with glucose tolerance. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(3), 484-90.

Holloway, I., & Wheeler, S. (2002) *Qualitative Research in Nursing*. Oxford: Blackwell Sciences.

Kallings, L.V. (2009). Fysisk aktivitet på recept (FaR) en fungerande metod! *Svensk idrottsforskning*, 24. 1-4.

Kallings, L.V. (2012). Fysisk aktivitet på recept- en underutnyttjad resurs. *Läkartidningen*, 109(51-52), 2348-2350.

Kallings, L.V., & Hellénus, M-L. (2010). Mindre stillasittande och mer fysisk aktivitet bra för hälsan. *Läkartidningen*, 107(36), 2090-2095.

Kallings, L.V., Leijon, M., Hellenius, M.L., & Ståhle, A. (2008). Physical activity on prescription in primary health care: a follow up of physical activity level and quality of life. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 18, 154-161.

Kerse, N., Elley, C.R., Robinson, E., Arroll, B. (2005). Is physical activity counseling effective for older people? A cluster randomized, controlled trial in primary care. *The American Geriatrics Society*, 1951-1956.

Lamarche, K., & Vallance, J. (2013). Prescription for physical activity: A survey of Canadian nurse practitioners. *Canadian Nurse*, 109(8), 22-6.

Leijon, M. (2009). *Activating people -physical activity in the general population and referral schemes among primary health care patients in a Swedish county*. Linköping: Linköping University Medical Dissertations No. 1096.

Leijon, M.E., Bendtsen, P., Nilsen, P., Festin, K., Stahle, A. (2009). Does a physical activity referral scheme improve the physical activity among routine primary health care patients? *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 19(5), 627–636.

Leijon, M.E., Faskunger, J., Bendtsen, P., Festin, K., & Nilsen, P. (2011). Who is not adhering to physical activity referrals, and why? *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 29(4), 234-240. Doi: 10.3109/02813432.2011.628238.

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

Peterson, J.A. (2006). Get moving! Physical activity counseling in primary care. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19, 349-357.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing Research: generation and assessing evidence for nursing practice (9th ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Priebe, G., & Landström, C. (2014). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - en grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad (s.31-50)*. Pozkal: Studentlitteratur.

Reiser, L.M., & Schlenk, E. A. (2009). Clinical use of physical activity measures. *Journal of*



*the American Academy of Nurse Practitioners*, 21(2), 87-94.

Rhodes, R.E., & Fiala, B. (2009). Building motivation and sustainability into the prescription and recommendations for physical activity and exercise therapy: The evidence. *Physiotherapy Theory and Practice*, 25(5–6), 424–441. Doi:10.1080/09593980902835344.

Romé, Å., Persson, U., Ekdahl, C., & Gard, G. (2009). Physical activity on prescription (PAP): costs and consequences of a randomized, controlled trial in primary health care. *Scandinavian Journal of Public Health*, 27(4), 216–222. Doi: 10.3109/02813430903438734.

Sigurdsson, E.L. (2013). Up and running: An underutilized prescription in primary care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 31, 1-2.

Sjöling, M., Lundberg, K., Englund, E., Westman, A., & Jong, M.C. (2011). Effectiveness of motivational interviewing and physical activity on prescription on leisure exercise time in subjects suffering from mild to moderate hypertension. *Bio Med Central Research Notes*, 4(352), 1-7. Doi:10.1186/1756-0500-4-352.

Sorensen, J.B., Skovgaard, T., Puggaard, L. (2006). Exercise on prescription in general practice: A systematic review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 24, 69-74. Doi: 10.1080/02813430600700027.

Stanton, R., & Happell, B. (2014). Exercise for mental illness: A systematic review of inpatient studies. *International Journal of Mental Health Nursing* 23, 232–242. Doi: 10.1111/inm.12045.

Statens folkhälsoinstitut. (2013). *Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2013*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut. <http://folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationer/Folkhalsan-i-Sverige-Arsrapport-2013/> [Hämtad 150405].

Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Indikatorer för hälsofrämjande omvårdnad*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. [http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/ssf-om-publikationer/om.indikatorer.for.halsoframjande.omvardnad\\_webb.pdf](http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/ssf-om-publikationer/om.indikatorer.for.halsoframjande.omvardnad_webb.pdf) [Hämtad 150410].

Vouri, I.M., Lavie, C.J., & Blair, S.N. (2013). Physical activity promotion in the health care system. *Mayo Clinic Proceedings*, 88(12), 1446-1461. Doi: 10.1016/j.mayocp.2013.08.020.

Walker, K.Z., O'Dea, K., Gomez, M., Girgis, S., & Colagiuri, R. (2010). Diet and exercise in the prevention of diabetes. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 23, 344-352.

Waryasz, G.R., & Yelmokas McDermott, A. (2010). Exercise prescription and the patient with type 2 diabetes: A clinical approach to optimizing patient outcomes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 22, 217–227. Doi:10.1111/j.1745-7599.2010.00490.x.

World Health Organization. (1948). WHO Constitution; 1948. *Official Records of the World Health Organization*, 2, 100.

Zolfaghari, M., Mousavifar, S.A., Pedram, S., & Haghani, H. (2012). The impact of nurse short message services and telephone follow-ups on diabetic adherence: which one is more effective? *Journal of Clinical Nursing*, 21(13-14), 1922-31. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03951.x.

Östenson, C-G., Båvenholm, P., & Efendic, S. (2004). Motion effektivt vapen i kampen mot typ 2-diabetes. *Läkartidningen*, 101(49), 4011-4015.



Luleå tekniska universitet Hälsocentral  
Institutionen för hälsovetenskap  
Avdelningen för omvårdnad

Till verksamhetschefen

Metoden Fysisk aktivitet på Recept, FaR, är en behandlingsform som all legitimerad personal inom hälso- och sjukvården kan förskriva till patienter som inte når upp till rekommendationerna om fysisk aktivitetsnivå. Vi planerar att genomföra en intervjustudie med distriktssköterskor som har erfarenhet av FaR. Syftet med studien är att beskriva distriktssköterskors uppfattningar och erfarenheter av FaR och genom detta få en fördjupad kunskap inom området.

Genom detta informationsbrev ber vi dig om tillåtelse att få genomföra vår studie vid din enhet samt att hjälpa oss att vidarebefordra vår förfrågan till aktuella distriktssköterskor om deltagande i en intervju. Vi behöver hjälp med att rekrytera tre till fyra distriktssköterskor till att medverka i vår intervjustudie, de ska ha erfarenheter av metoden FaR.

Vi kommer efter ditt godkännande att skicka ett informationsbrev till de distriktssköterskor som har erfarenhet av FaR enligt ovanstående kriterier. I brevet kommer syftet med studien att framgå. Deltagarna kommer att få lämna sitt informerade samtycke. Allt deltagande är frivilligt och deltagarna kan när som helst dra sig ur utan att ange några skäl.

De enskilda intervjuerna beräknas ta en timme och planeras att genomföras på arbetsplatsen om möjligt eller i nära anslutning. Om det finns möjlighet kan intervjuerna gärna ske under eftermiddagen under deltagarnas arbetstid. Vi kommer att spela in intervjuerna, materialet kommer att avidentifieras och analyseras. När studien är godkänd av Luleå Tekniska Universitet kommer inspelningarna att raderas. Den färdiga studien kommer att finnas tillgänglig för allmänheten på universitetets hemsida. <http://epubl.ltu.se>

Vid funderingar, kontakta gärna någon av oss eller vår handledare.

*Med vänliga hälsningar*

*Student:*

*Linda Eriksson*

*Leg Sjuksköterska*

*[linrek-3@student.ltu.se](mailto:linrek-3@student.ltu.se)*

*Telefon: 070-317 59 56*

*Student:*

*Ida Johansson*

*Leg Sjuksköterska*

*[idajoh-1@student.ltu.se](mailto:idajoh-1@student.ltu.se)*

*Telefon: 070-345 85 56*

*Handledare:*

*Carina Nilsson*

*Leg Distriktssköterska, Fil Lic*

*Luleå tekniska universitet*

*[carina.i.nilsson@ltu.se](mailto:carina.i.nilsson@ltu.se)*

*Telefon: 0920-49 38 16*

Härmed godkänner jag att ovanstående studie får genomföras vid Hälsocentralen samt att verksamheten tar ansvar över distriktssköterskan och dess deltagande i studien.

*Namn:*

*Befattning:*

*Underskrift:*



Luleå tekniska universitet  
Institutionen för hälsovetenskap  
Avdelningen för omvårdnad

### **Förfrågan om deltagande i intervjustudie**

Metoden Fysisk aktivitet på Recept, FaR, är en behandlingsform som all legitimerad personal inom hälso- och sjukvården kan förskriva till patienter som inte når upp till rekommendationerna om fysisk aktivitetsnivå. Syftet med studien är att beskriva distriktssköterskors uppfattningar och erfarenheter av FaR.

Vi tillfrågar dig som arbetar som distriktssjuksköterska med erfarenheter av metoden FaR, om du vill delta i denna intervjustudie. Tidsåtgången beräknas till ungefär en timme. Vår förhoppning är att den ska kunna utföras på arbetstid, på arbetsplatsen eller i nära anslutning till den. Vi kommer att spela in varje intervju för att innehållet ska kunna analyseras. Allt material kommer att hållas väl skyddat och sekretess gäller, vilket innebär att inga identiteter kommer att avslöjas eller kunna identifieras. När studien godkänns kommer allt intervjumaterial att förstöras.

Deltagandet i studien är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta din medverkan utan att ange orsak. Studien kommer att publiceras på universitetets hemsida, <http://epubl.ltu.se>, när den har blivit godkänd.

Vid frågor eller funderingar är du välkommen att kontakta någon av oss eller vår handledare.

*Med vänlig hälsning*

*Student:*

*Linda Eriksson*

*Leg Sjuksköterska*

*linrek-3@student.ltu.se*

*Telefon: 070-317 59 56*

*Student:*

*Ida Johansson*

*Leg Sjuksköterska*

*idajoh-1@student.ltu.se*

*Telefon: 070-345 85 56*

*Handledare:*

*Carina Nilsson*

*Leg Distriktssköterska, Fil Lic*

*Luleå tekniska universitet*

*carina.i.nilsson@ltu.se*

*Telefon: 0920-49 38 16*

**Svarstalong**

Jag har tagit del av informationen om studiens upplägg och syfte och jag är medveten om att jag kan avbryta mitt deltagande när som helst under studiens gång utan att behöva uppge en anledning.

Var vänlig markera med kryss och återsänd svarstalongen i bifogade svarskuvertet som är portofri.

.....Jag vill gärna ha mer information om studien

.....Jag önskar delta i studien

Namn:

Telefonnummer:

E-post:

Vi återkommer via telefon om du väljer att delta i vår studie och avtalar tid och plats som passar dig och verksamheten.

### Intervjufrågor

#### Inledning av intervjun

- Ålder?
- Hur länge har du arbetat som sjuksköterska?
- Hur länge har du arbetat som distriktssköterska?
- I vilken utsträckning använder du fysisk aktivitet på recept (FaR) i ditt arbete?
  
- Vilka erfarenheter har du av FaR?
- Hur tänker du på FaR som behandlingsform?
- Kan du berätta om någon specifik situation då du använt dig av FaR som behandlingsmetod?
- På vilket sätt upplever du att FaR påverkar ditt arbete?
- Vilka hinder har du upplevt i arbetet med FaR?
- Vilka möjligheter anser du att FaR har?
- Berätta om/ifall din egen fysiska aktivitetsnivå påverkar hur du förskriver FaR?
- Kan du berätta hur uppföljningen med FaR går till?
- Berätta vilka verktyg du behöver för att kunna arbeta aktivt med FaR?
- Berätta vilket stöd du får från din arbetsgivare i arbetet med FaR?
- Kan du berätta vad du saknar i ditt arbete med metoden FaR?

#### Följdfrågor:

- Kan du berätta mer...
- På vilket sätt...
- Kan du ge ett exempel...
- Kan du utveckla det mera...

#### Avslutning:

- Finns det någonting du vill tillägga?
- Har du några övriga tankar du vill delge oss innan intervjun avslutas?