

**DISTRIKTSSKÖTERSORS UPPFATTNING OM
ATT MOTIVERA PATIENTER TILL
LIVSSTILSFÖRÄNDRINGAR GENOM ATT
FÖRSKRIVA FYSISK AKTIVITET PÅ RECEPT**

**DISTRICT NURSES' PERCEPTION OF
MOTIVATING PATIENTS TO LIFESTYLE
CHANGES THROUGH PHYSICAL ACTIVITY ON
PRESCRIPTION**

Examensarbete i omvårdnad
15 Höskolepoäng
Avancerad nivå
Vårterminen 2015

Författare: Maria Cartemo
Maria Göransson

SAMMANFATTNING

Titel:	Distriktssköterskors uppfattning om att motivera patienter till livsstilsförändringar genom att förskriva fysisk aktivitet på recept
Författare:	Cartemo, Maria; Göransson Maria
Institution:	Institutionen för Hälsa och Lärande, Högskolan i Skövde
Kurs:	Examensarbete i omvårdnad, OM771A, 15 hp
Handledare:	Sahlsten, Monika
Examinator:	Eriksson, Irene
Sidor:	21
Månad och år:	April 2015
Nyckelord:	Distriktssköterskors uppfattningar, fysisk aktivitet, fysisk aktivitet på recept, hälsa, livsstilsförändringar, motivation

Bakgrund: Fysisk inaktivitet är ett växande problem vilket kan leda till livsstilssjukdomar. Inom primärvården kan ett aktivt hälsofrämjande arbete förebygga vissa sjukdomar och leda till en bättre hälsa hos befolkningen. En viktig del av distriktssköterskans arbete är att motivera patienter i riskzonen till en hälsosammare livsstil. För att öka motivationen kan distriktssköterskan förskriva fysisk aktivitet på recept-FaR. **Syfte:** Syftet med studien var att belysa distriktssköterskors uppfattningar om att motivera patienter till livsstilsförändringar genom att förskriva fysisk aktivitet på recept-FaR. **Metod:** En kvalitativ ansats med fenomenografisk metod användes i studien. Nio distriktssköterskor inom primärvård intervjuades. **Resultat:** Ur analysen framkom fyra beskrivningskategorier; inbjuda till nära samarbete, medvetandegöra om ohälsosam livsstil, vägleda vidare trots motgång och bekräfta alla framsteg med tio uppfattningar. **Konklusion:** Studien visar att förespråkande av fysisk aktivitet som en hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärd är en viktig del i hälsosamtalet med patienten inom primärvården. Resultaten visar även att FaR som metod behöver implementeras ytterligare och prioriteras högre. Detta kan utgöra diskussionsgrund för att det hälsofrämjande arbetet ska kunna utvecklas.

ABSTRACT

Title: District nurses' perception of motivate patients to lifestyle changes through physical activity on prescription

Author: Cartemo, Maria; Göransson, Maria

Department: School of Health and Education, University of Skövde

Course: Master Degree Project in Nursing, 15 ECTS

Supervisor: Sahlsten, Monika

Examiner: Eriksson, Irene

Pages: 21

Month and year: April 2015

Keywords: District nurses perceptions, health, lifestyle change, motivation, physical activity, physical activity on prescription

Background: Physical inactivity is a growing problem which can lead to lifestyle diseases. In primary care, an active health promotion can prevent certain diseases and lead to better health for the population. An important part of the district nurse's work is to motivate patients in risk to a healthier lifestyle. To increase motivation, the district nurse can prescribe physical activity. **Aim:** The aim of the study was to elucidate the district nurses' perceptions of motivating patients to lifestyle changes through physical activity on prescription. **Method:** A qualitative approach with a phenomenographical method was used in the study. Nine district nurses in primary care were interviewed. **Results:** The analysis revealed four categories of description; invite to close cooperation, awareness of unhealthy lifestyle, further guidance despite adversity and confirm any progress with ten perceptions. **Conclusion:** This study shows that advocacy of physical activity as a health promotion and disease prevention measure is a vital part of the health dialogue with the patient in primary care. The results also show that physical activity as a method needs to be implemented further and with higher priority. This could constitute a base for discussion to be able to develop health promotion.

Innehåll

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Hälsöfrämjande arbete	1
Hälsosamtal	2
Hälsa.....	2
Egenvård	3
Livsstilsförändringar	4
Fysisk aktivitet och dess effekter	4
Fysisk aktivitet på recept.....	5
PROBLEMFÖRMULERING	6
SYFTE	6
METOD	7
Urval.....	7
Datainsamling	8
Analys	9
Etiska överväganden	9
RESULTAT	10
Inbjudna till nära samarbete	10
Medvetandegöra om ohälsosam livsstil	12
Vägleda vidare trots motgång	13
Bekräfta alla framsteg	14
DISKUSSION	16
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion.....	17
Konklusion och kliniska implikationer	21
REFERENSER	22
BILAGOR	

1. Till verksamhetschef

2. Informationsbrev till distriktssköterskor

INLEDNING

Fysisk inaktivitet är identifierad som en av de högsta riskfaktorerna för global dödlighet. Nivån av fysisk aktivitet minskar i flera länder. Detta leder till konsekvenser för förekomsten av livsstilssjukdomar och den allmänna hälsan hos befolkningen (WHO, 2010). Hälso- och sjukvården bör bli bättre på att uppmärksamma patienters ohälsosamma levnadsvanor och att motivera till livsstilsförändringar (Socialstyrelsen, 2011). Genom att öka fysisk aktivitet hos befolkningen kan sjukdomar som exempelvis cancer, hjärt-kärlsjukdomar, diabetes, benskörhet, övervikt och psykisk ohälsa minskas. Rekommendationerna i Sverige är att vara fysiskt aktiv minst en halvtimme varje dag. En minskning av skadligt alkoholbruk, ohälsosamma matvanor och tobaksanvändning leder också till att livsstilssjukdomar till stor del förebyggs (Folkhälsomyndigheten, 2011). Ur ett samhällsperspektiv ger god hälsa ökat arbetskraftsdeltagande, fler produktiva år och högre produktivitet i näringslivet. God hälsa och ökad livskvalitet bidrar till ekonomisk utveckling och tillväxt för individen, näringslivet och samhället. Möjligheter att påverka det hälsofrämjande arbetet finns genom politiska beslut och individuella val (Folkhälsopolitisk rapport, 2010). Ökad fysisk aktivitet kan leda till besparingar för samhället då ohälsosamma levnadsvanor kostar samhället flera miljarder kronor varje år (Folkhälsomyndigheten, 2011). Inom primärvården kan distriktssköterskor genom ett aktivt hälsofrämjande arbete förebygga livsstilssjukdomar och bidra till bättre hälsa och välbefinnande för patienten. Kunskapsutveckling behövs, för att på ett adekvat sätt, kunna motivera patienter som är i behov av en livsstilsförändring, vilket är i fokus i denna studie.

BAKGRUND

Hälsofrämjande arbete

Primärvården skall arbeta systematiskt med hälsofrämjande och förebyggande åtgärder samt ge råd om egenvård för att upptäcka hälsorisker tidigt. Insatserna ska särskilt riktas mot tobak, alkohol/droger och övervikt/fetma. Dessa insatser ska sedan följas upp och dokumenteras. Strukturerade hälsosamtal och förskrivning av fysisk aktivitet på recept (FaR) ska erbjudas och följas upp (Krav- och kvalitetshandboken, 2015). Enligt kompetensbeskrivningen för distriktssköterskor skall ett hälsofrämjande arbetssätt råda där distriktssköterskan möter, stödjer, hjälper, förebygger och ger råd och vård. Distriktssköterskan skall behandla en person och dennes familj i livets alla skeenden utifrån fysisk, psykisk, social, kulturell och existentiell hälsa och sjukdom (Kompetensbeskrivningen, 2008). Majoriteten av patientbesöken inom primärvården inkluderar diskussioner om fysisk aktivitet och kost. Dessa diskussioner är ofta korta, de varar i genomsnitt en till en och en halv minut. Uppmuntran och samtal kring fördelarna med fysisk aktivitet och bättre kost tas upp men innehåller sällan patientens tankar och frågor kring egenvård eller konkreta rekommendationer (Bardach & Schoenberg, 2014).

Hälsosamtal

I Socialstyrelsens riktlinjer anges att Hälso- och sjukvårdspersonalen skall ge patienten kunskap, verktyg och stöd i samtalet om hälsa och levnadsvanor. En dialog om patientens egen upplevelse av levnadsvanor och motivation till en förändring skall stå i fokus i det stödjande samtalet. Allt för att patienten skall få en central roll i sin egen hälsoutveckling. Detta är särskilt viktigt när patientens vardagliga rutiner och invanda beteenden skall förändras. Verktyg och stöd skall kunna erbjudas av Hälso- och sjukvården då patienten är motiverad till förändring och personalen skall ha ett hälsofrämjande förhållningssätt (Socialstyrelsen, 2011). Inom Hälso- och sjukvården skall personalen kunna ställa rätt frågor, erbjuda åtgärder eller hänvisa patienten vidare. Att identifiera ohälsosamma levnadsvanor skall ske på ett sätt som upplevs relevant för patienten. Det är inte alltid lämpligt att ställa frågor om levnadsvanor, därför skall en särskild bedömning göras av när och hur frågorna skall lyftas (Socialstyrelsen, 2011). Något som är viktigt i samtalet med patienten är hur fysisk aktivitet benämns, används ordet hälsa och fysisk aktivitet ger detta ett mer positivt svar än om ord som sport används. En god uppföljning där patienten får feedback på sin aktivitetsnivå visar sig vara lika positivt som de patienter som får rådgivning med ytterligare råd och skriftligt material (Jimmy & Martin, 2004).

För att hjälpa patienten och motivera till ett hälsosammare liv kan hjälp tas av Motivational Interviewing (MI). MI är personcentrerat vilket innebär att fokus ska ligga på patientens syn på sin egen situation och livsstil. Det ska vara målinriktat vilket betyder att rådgivaren ska ha ett mål med samtalet. Målet ska vara att i en viss riktning locka fram en motivation till förändring. Grundläggande med MI är att ställa öppna frågor, reflektera, sammanfatta och bekräfta (Ivarsson, 2013). För att öka patientens motivation kan distriktssköterskan använda sig av rådgivande samtal utifrån tre nivåer (Socialstyrelsen, 2011). 1) Enkla råd innebär mycket korta, standardiserade råd eller rekommendationer utan särskild uppföljning. Exempel på enkla råd är upplysning av risker och skadeverkningar eller vinster med fysisk aktivitet och tips om bra livsmedel. Samtalet tar mindre än 5 minuter och kan kompletteras med skriftlig information. 2) Rådgivande samtal är mer som en dialog och är anpassat till individen bland annat beroende på ålder, hälsa och risknivå. Samtalet kan inkludera motiverande strategier och kompletteras med verktyg och hjälpmedel. Dessa kan hjälpa patienten att förändra levnadsvanor och särskild uppföljning som återbesök, telefonsamtal eller e-post en eller flera gånger kan ges. Tidsmässigt tar detta samtalet längre tid. 3) Kvalificerat rådgivande samtal är strukturerat och teoribaserat och kan inkludera motiverande strategier exempelvis MI. Vid otillräcklig fysisk aktivitet kan det göras tillägg i de tre nivåerna. Detta innehåller då exempelvis en skriftlig ordination av FaR, tillägg av stegräknare eller fysisk träning inom Hälso- och sjukvårdens ram, där syftet är att patienten skall bli mer fysiskt aktiv efter avslutad träning (Socialstyrelsen, 2011).

Hälsa

Enligt World Health Organization (WHO) definieras hälsa som ett tillstånd av fullständig fysisk, psykisk och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom eller funktionshinder (WHO, 1948). I Folkhälsomyndighetens målområden för hälsofrämjande Hälso- och sjukvård finns beskrivet olika bestämningsfaktorer som påverkar hälsan. Dessa faktorer delas in i fyra nivåer såsom; 1) övergripande strukturella faktorer, 2) individens

livsvillkor, 3) levnadsvanor och 4) sociala nätverk och relationer. Faktorerna påverkar varandra och orsakerna till ohälsa kan ligga på samhälls nivå eller vara kopplade direkt till individen. Ju tidigare i orsakskedjan en insats sätts in, desto bättre (Folkhälsomyndigheten, 2010).

Enligt Eriksson (2000) kan inte hälsa ges åt någon annan människa men den kan få stöd i att vara hälsa. Hälsa är en individuell, dynamisk helhet, ett samspel mellan flera faktorer och varierar mellan individer och kulturer. Hälsan följer människan genom hela livet. Inom människan själv eller i människans omvärld och medvärld kan det finnas hälsohinder som bidrar till ohälsa. Hälsa är ett samordnat tillstånd av sundhet, friskhet och välbefinnande, men behöver inte vara i frånvaro av sjukdom eller lyte. Hälsa är en upplevelse av att vara i jämvikt, ett tillstånd som rör hela människan (Eriksson, 1996). Genom att stärka individens livskraft kan denne själv göra förändringar i sin sviktande hälsosituation och återfå en balans i tillvaron. Det optimala är att göra patienten delaktig i hälsofrämjande val i hälso- och vårdprocesser. Med livslust i fokus och intresse för individens hälsosammanhang, kan hälsa återställas, bevaras, stödjas och stärkas, och skapa en grund för välbefinnande och ett gott liv (Dahlberg & Segersten 2010). För att kunna stödja och stärka individens hälsoprocesser behöver vårdaren ha fokus på patientens värld. Det bör finnas en vilja att förstå hur hälsa, sjukdom, lidande och vårdande upplevs av patienten. Kunskap av och förmågan att se vad som är hälsa och välbefinnande just för den enskilda individen är viktigt. Vårdaren ska även ha kompetens för att erbjuda patienten delaktighet i hälso- och vårdprocesserna. Genom livsvärlden utspelar sig hälsa, sjukdom och lidande. Livsvärldsfokus och patientperspektiv går inte att avskilja från varandra, och både närstående och vårdare finns med i patientens värld. Livsvärlden är unik för varje individ och högst personlig samtidigt som den delas med andra (Dahlberg & Segersten 2010).

Egenvård

Enligt Orem (2001) är egenvård en förutsättning för att upprätthålla eller återvinna hälsa. Om människan är motiverad, har kunskap och möjlighet tar hon hand om sig själv och sin egenvård, en så kallad egenvårdskapacitet. Egenvårdskapaciteten är individuell och styrs av faktorer som ålder, hälsotillstånd, kunskap och utbildning, livserfarenhet och kultur. Egenvården påverkas av personens mentala, psykiska och fysiska egenskaper, då den måste förstås och planeras av individen själv. Orem (2001) delar in egenvårdsmodellen i tre olika teorier: egenvård, egenvårdsbrist och omvårdnadssystem. Egenvård beskrivs som de aktiviteter patienten utför och själv tar initiativ till för sin egen skull. Syftet är att upprätthålla liv, hälsa och välbefinnande. Egenvårdsbehoven kan vara universella, utvecklingsmässiga eller hälsorelaterade. De universella egenvårdsbehoven innefattar de åtgärder i egenvården som individen behöver göra för att upprätthålla sin mänskliga funktion. Detta är behov som alla människor har och som är nödvändiga för att säkerställa hälsa och välbefinnande. De utvecklingsmässiga egenvårdsbehoven är förenade med livsförhållanden och händelser som sker under olika steg under hela livet eller under förhållanden som kan påverka utvecklingen negativt. Hälsorelaterade egenvårdsbehov finns hos individer som har avvikelser i sin funktion, lider av sjukdom eller skador. Behoven vid dessa tillstånd är förenade med medicinsk diagnostik, behandlingsåtgärder och dess effekter. Egenvårdskrav är summan av den egenvård som är nödvändig för att tillgodose personens universella, utvecklingsmässiga och/eller hälsorelaterade behov. Då

personen inte själv kan utföra egenvård som tillgodoser behovet uppstår en obalans, en så kallad egenvårdsbrist. Personen kan också vara begränsad i sin kunskap, förmåga att bedöma och fatta beslut eller för att utföra gynnsamma aktiviteter. Professionell omvårdnad i ett omvårdnadssystem kan då behövas. I omvårdnadssystemet struktureras omvårdnadssituationen, sjuksköterskans och patientens roll och förhållande identifieras. Enligt Orem (2001) krävs här omvårdnadskapacitet såsom kunskap, attityder, färdigheter, egenskaper, vilja och motivation för att hjälpa individen att utöva egenvård. En sjuksköterska med sin professionella kunskap kan etablera en relation till patienten vilket kan öka förmågan till egenvårdsaktivitet hos den som behöver hjälp. För att optimalt stöd ska kunna ges till patienten bör hänvisning till andra professioner inom Hälso- och sjukvården göras om sjuksköterskan inte själv anser sig kunna hjälpa patienten. Sjuksköterskan ska också kunna inse sina begränsningar, enbart viljan att hjälpa är inte tillräckligt. Eriksson (2000) beskriver självvård, där Hälso- och sjukvården hjälper patienten att lära känna sina egna resurser, såväl psykiska som fysiska, samt de resurser de har i sin omgivning för att nå målet, alltså hälsa. Hinder för självvård kan vara; nedsatta fysiska krafter, bristande förståelse av sambandet mellan livsmiljö, levnadssätt, sjukdom och hälsa, en orealistisk syn på sig själv och sin situation, bristande motivation samt dåliga miljöresurser.

Livsstilsförändringar

Enligt Krav- och kvalitetshandboken (2015) innebär ett hälsofrämjande förhållningssätt att informera, stödja och motivera individer att ta ett eget ansvar för sin hälsa. Denna kan förbättras genom vissa livsstilsförändringar. Som sjukdomsförebyggande insats skall råd ges om levnadsvanor gällande tobaksbruk, alkoholvanor, fysisk aktivitet och matvanor för att förebygga och behandla sjukdom. I samverkan med kommuner och andra aktörer skall primärvården medverka i ett befolkningsinriktat, hälsofrämjande och förebyggande arbete (Krav- och kvalitetshandboken, 2015). Forskning världen över visar att arbeta med att främja hälsa är effektivt och ger stora hälsovinster. Hälsofrämjande strategier kan utvecklas och livsstilen kan ändras och har en inverkan på de sociala, ekonomiska och miljömässiga förhållanden som påverkar hälsan. Hälsofrämjande arbete är ett praktiskt tillvägagångssätt för att uppnå större jämlikhet i hälsa (WHO, 2009). Hansson, Rasmussen och Ahlström (2011) menar att det är nödvändigt med individuella och realistiska mål för att kunna förändra livsstilen. Exempel på hur detta kan genomföras är; öka den fysiska aktiviteten genom vardagsmotion, förskriva FaR eller att uppmuntra patienten att minska sitt energiintag (a.a.). Genom att patienten i riskzonen (övervikt, fetma och risk för hjärt-kärlsjukdom) gör små men viktiga livsstilsförändringar minskar risken för hjärt-kärlsjukdom och stroke (LeFevre, 2014). I studien gjord av Jallinoja et al., (2007) rapporterar sjuksköterskorna att deras schema är för hektiskt för att göra en fördjupning i patientens livssituation. Sjuksköterskor med färre års yrkeserfarenhet är mer benägna att få tillräckligt med kompetens för livsstilsrådgivning.

Fysisk aktivitet och dess effekter

Med fysisk aktivitet menas all kroppsrörelse som är ett resultat av skelettmuskulaturens kontraktion och som leder till en ökad energiförbrukning. Hälsofrämjande fysisk aktivitet innefattar alla former av aktiviteter som förbättrar hälsan och den fysiologiska kapaciteten

(Folkhälsomyndigheten, 2008). Genom en regelbunden fysisk aktivitet minskar risken för att dö i förtid. Det motverkar även hjärt-kärlsjukdomar, diabetes, övervikt och fetma, cancer, benskörhet och fallolyckor (Faskunger, Leijon, Ståhle & Lamming, 2007). Hälften av den vuxna befolkningen har en fysisk aktivitetsnivå som motsvarar den rekommenderade nivån. En av tio är så gott som inaktiv och nästan hälften av den vuxna befolkningen har en fysisk aktivitetsnivå som är riskabelt låg för hälsan. Skillnader finns mellan olika socioekonomiska grupper. Arbetslösa, de med sjukersättning och de med svag ekonomi är de som generellt sett rör på sig minst. Denna grupp har också ohälsa i större utsträckning än personer med goda ekonomiska förhållanden, högutbildade och boende i eller i närheten av en stad (Folkhälsomyndigheten, 2010; Folkhälsomyndigheten, 2011). Om svenska folket skulle följa folkhälsomyndighetens råd med minst en halvtimmes motion varje dag skulle hälsan förbättras och sjukvårdskostnaderna minska avsevärt. Genom tiderna har regelbunden motion minskat dramatiskt. Detta finns det många orsaker till, dels genom att vardagsarbetet kräver mindre kroppsrörelse men också att flera väljer en stillasittande fritid. Transportsträckan till och från arbete och skola som tidigare bestod i att cykla eller promenera har nu ersatts av bil eller buss i stor utsträckning (Folkhälsomyndigheten, 2008). Intensiv rådgivning gällande hälsosam kost och ökad fysisk aktivitet sänker kolesterolnivån, blodtrycket och fasteglukoset. Förekomsten av diabetes minskar, så även vikt och Body Mass Index (BMI). Kombinationer av de positiva resultaten ger en ihållande förbättring och en sundare livsstil (LeFevre, 2014).

Fysisk aktivitet på recept

Hälso- och sjukvårdens arbete är viktigt när det gäller att öka och främja den fysiska aktiviteten hos befolkningen, vilket kan göras genom att förskriva FaR. Hälso- och sjukvårdspersonalen har en hög trovärdighet hos patienten och de når de grupper i samhället som är mest stillasittande. Fysisk inaktivitet är en av de tio höga riskfaktorer för att dö i förtid (WHO, 2010). FaR innebär att arbeta med ett patientcentrerat förhållningssätt som utgår från individen. Arbetet sker utifrån patientens hälsotillstånd, besvär, diagnos och eventuella riskfaktorer, tidigare erfarenheter men också efter det som känns roligt och möjligt att genomföra. En skriftlig ordination av FaR utformas därefter. Som grund för ordinationen används kunskapsbanken fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (FYSS) (Folkhälsomyndigheten, 2011). I en studie gjord inom primärvården av Douglas, Torrance, van Teijlingen, Meloni och Kerr (2006) studeras attityder relaterat till utförande och kunskap om att rådgöra patienten till fysisk aktivitet under rutinkontroll. Flera av sjukvårdspersonalen har stort förtroende och hög entusiasm för att rekommendera fysisk aktivitet till patienten men kunskapen om aktuella rekommendationer om fysisk aktivitet är låg. Generellt sett så diskuteras det och ges råd om fysisk aktivitet till patienten. Specialistsjuksköterskan är mer benägen att som rutin ta upp fysisk aktivitet och diskutera detta med patienten. Alla personalkategorier är överens om att hälsoförebyggande arbete är viktigt, och att förespråka fysisk aktivitet är en viktig del i primärvården. Sjuksköterskan ger oftare råd om fysisk aktivitet än vad läkarna gör (Douglas et al., 2006).

Kallings, Leijon, Hellénus och Ståhle (2007) anger att det är flest fysioterapeuter och läkare som förskriver FaR. Därefter kommer sjuksköterskor och sen andra hälsoarbetare. De vanligaste anledningarna till att FaR föreskrivs är smärta, övervikt, rygg och

nackproblem. Leijon, Bendtsen, Nilsen, Ekberg och Ståhle (2008) menar att de vanligaste diagnoserna för att få recept på fysisk aktivitet är belastningsskador, övervikt, högt blodtryck och sedan diabetes. Den vanligaste aktiviteten att förskriva är promenader. Gym och styrketräning är vanligare hos den yngre patienten. I en studie av Kallings et al., (2009) framkommer att de viktigaste resultaten med en individuell förskrivning av fysisk aktivitet är en minskning i vikt, bukfetma och kardiometabola riskfaktorer (Kallings et al., 2009). Horne, Skelton, Speed och Todd (2010) menar att yrkesverksamma inom primärvården bör uppmuntras att visa intresse och empati för den äldre människan om de positiva effekterna av motion och fysisk aktivitet. Aktiviteten ska anpassas efter individens symtom och livssituation. Specifika råd om vad som ska utföras ges till patienten de har framför sig angående frekvens, varaktighet, intensitet och typ av motion eller fysisk aktivitet. Gott resultat ses då personalen lyssnar på patientens behov, visar empati och åldersdiskriminering undviks i samtalet (Horne et al., 2010). Den äldre patienten har oftast en lägre nivå av fysisk aktivitet från början. Mottagligheten för råd är högre och därför ses bättre resultat av FaR hos dessa patienter. Livskvaliteten förbättras, den fysiska aktiviteten höjs och sjukhusvistelsen för den äldre patienten minskar om personalen inom primärvården förskriver FaR effektivt (Kerse, Elley, Robinson & Arrolls, 2005).

PROBLEMFORMULERING

Tidigare forskning visar att fysisk inaktivitet är ett problem som ökar bland befolkningen vilket är kostsamt både för individen och för samhället. En ohälsosam livsstil som fysisk inaktivitet kan ge livsstilssjukdomar och leda till ohälsa och försämrad livskvalitet. Forskning visar att rådgivning om fysisk aktivitet bland annat sänker kolesterolnivån och blodtrycket, vilket kan leda till stora hälsovinster. Därför har distriktssköterskan en viktig funktion i att motivera till livsstilsförändringar. En del i distriktssköterskans hälsofrämjande arbete är att förskriva FaR för att öka den dagliga aktiviteten. Det förefaller saknas studier om att motivera patienter till livsstilsförändringar genom att förskriva FaR. Målet med denna studie är att belysa fenomen om att motivera patienter till livsstilsförändringar. Dessa uppfattningar behöver synliggöras för att få en ökad kunskap inom det studerade området.

SYFTE

Syftet med studien var att belysa distriktssköterskors uppfattningar om att motivera patienter till livsstilsförändringar genom att förskriva fysisk aktivitet på recept- FaR.

METOD

I denna studie används en fenomenografisk metod med kvalitativ ansats. Denna lämpar sig då det är önskvärt att lyfta fram individers olika uppfattningar och aspekter om ett fenomen. Den fenomenografiska metoden intresserar sig för människors uppfattningar om fenomen i den levda världen. Alla människor uppfattar världen på olika vis. Genom tidigare erfarenheter formas och styrs människans uppfattningar om det undersökta fenomenet (Kroksmark, 1987). Ordet fenomenografi kommer från det grekiska språket där fenomen betyder som det visar sig och grafi betyder beskrivning (Kroksmark, 1989). Huvudsakligt för metoden är att den gör skillnad på hur något är och hur någonting uppfattas vara. Hur något är, fakta, beskrivs ur första ordningens perspektiv. Andra ordningens perspektiv är en beskrivande ansats med fokus på hur någonting kan vara i ett mänskligt perspektiv, hit hör fenomenografin. Fenomenografi är induktiv, vilket innebär att den rör avgränsade enskildheter där olika uttryck formas till generella slutsatser kring det undersökta objektet. Fenomenografin skiljer mellan två livsvärldar. Första livsvärlden är den egna som utgörs av den enskilda människans uppfattningar. Dessa grundar förståelsen av både livsvärldens delar och dess helhet. Den andra livsvärlden skapas genom kollektiva uppfattningar. De totala möjliga uppfattningar som en grupp människor har och hur deras enskilda uppfattningar förhåller sig till varandra ligger till grund för kategorisystemet. För att kartlägga kvalitativa innebördsskillnader och kollektiva uppfattningar är intervju en bra metod (Kroksmark, 1987).

Urval

För att få en varierad bild av fenomenet från deltagarna gjordes ett strategiskt urval, vilket innebär att skillnader i kön, ålder och utbildningsår eftersträvades (Polit & Beck, 2011). Urvalet bestod av nio distriktssköterskor med minst ett års erfarenhet inom primärvård samt att de var yrkesverksamma i södra Sverige. Tillträde till forskningsfältet inhämtades via verksamhetschefer på åtta Vårdcentraler via telefon och e-mail. Totalt kontaktades 14 vårdcentraler. Endast åtta hade möjlighet att delta, vilket resulterade i en mindre andel informanter från stadsmiljö och flertalet från glesbygden. De sex som valde att inte delta i studien gjorde detta på grund av omorganisation, personalbrist och tidsbrist. Muntlig och skriftlig information om studiens syfte och tillvägagångssätt gavs till verksamhetscheferna (bilaga 1). De gav skriftligt tillstånd till deltagande i studien samt kontaktoppgifter på de nio distriktssköterskor som önskade delta i studien. Distriktssköterskorna kontaktades via e-mail för att delges information om studiens syfte och tillvägagångssätt (bilaga 2). Därefter togs kontakt via telefon där ett muntligt samtycke till att delta i studien gavs av distriktssköterskorna. Tid och plats för intervjun bokades via telefon och e-mail samt information om att ett skriftligt samtycke till studien skall undertecknas vid intervjutillfället. Totalt kom åtta kvinnor och en man att ingå i studien och åldern varierade mellan 33-63 år. Antal år som distriktssköterska inom primärvården var mellan 1-31 år (Tabell 1). Andra högskoleutbildningar som distriktssköterskorna hade var bland annat utbildning i diabetes, inkontinens, organisation och ledarskap.

Tabell 1. Presentation av de intervjuade distriktssköterskornas demografi

Distrikts-sköterska	Ålder	Legitima-tionsår	Tjänstgörings-grad i procent	Antal år som praktiskt verksam distriktssköterska	Antal år som distriktssköterska inom primärvård
1	39	2000	100	3	3
2	63	1974	70	31	31
3	39	2005	80	2	2
4	46	2000	80	2	2
5	33	2004	100	3	3
6	43	1998	100	6	6
7	39	2002	80	1	1
8	57	1999	100	11	11
9	60	1975	90	7	7

Datainsamling

En fenomenografisk intervju innebär att använda öppna frågor och djup-intresse, intervjupersonerna får inga svarsalternativ (Kroksmark, 1987). Målet med de öppna frågorna innebär att avtäckta deltagarnas sätt att avgränsa och behandla innehållet. Deltagarna själva definierar aspekter av det behandlade innehållet. Djup-intresset gör det möjligt för deltagarna att synliggöra det som inte är klart uttalat. När första frågan är ställd och besvarad fortsätter intervjun i en ostrukturerad karaktär med ett mål att nå fram till deltagarnas intellektuella, kroppsliga och känslomässiga behandling av fenomenet. Detta innebär att intervjuerna ser olika ut i sin struktur och får en personlig prägel av hur deltagarna definierar och ser på innehållet (Kroksmark, 1987).

Innan intervjuerna startade inhämtades bakgrundsdata om deltagarna, exempelvis hur många år de arbetat som distriktssköterska i primärvården och ålder (Tabell 1). Syftet med intervjuerna var att få fram distriktssköterskornas uppfattning om fenomenet. Intervjuerna ägde rum på deltagarnas arbetsplats i ett avskilt och ostört rum för att inte mista koncentrationen. Genom att vara i den miljö där det motiverande samtalet sker var deltagarna nära det undersökta fenomenet vilket kunde leda dem tillbaka till det som stod i fokus. Intervjuerna bandades och betraktades som en avgränsande helhet. Intervjuerna pågick mellan 15-35 minuter. Varje intervju spelades in på en mobilenhet. De öppna frågorna som ställdes var; Vad innebär det för dig att använda FaR som redskap för att hjälpa patienter till livsstilsförändring, kan du beskriva vad som gjort patienter motiverade till livsstilsförändring när du har förskrivit FaR, vad är svårt eller hindrar dig i att förskriva FaR, vilka möjligheter ser du med att förskriva FaR för att motivera till

livsstilsförändringar. Frågorna ställdes i samma ordning i samtliga intervjuer. Följdfrågor ställdes för att föra deltagarna tillbaka till det som stod i fokus. Författarna gjorde fyra respektive fem intervjuer var. Intervjuerna transkriberades ordagrant i nära anslutning till intervjutillfället. Författarna hade då intervjun färskt i minnet vilket minimerade risken att tappa detaljer, nyanser och värdefull information i samtalet. Transkriberingen genomfördes av författarna, varje författare skrev ner sina egna intervjuer och därefter jämfördes den skrivna texten med den inspelade intervjun.

Analys

Datamaterialet analyserades enligt Kroksmarks (1989) modell eftersom denna lämpar sig då avsikten med studien var att studera människors uppfattning av något. Datamaterialet lästes igenom flera gånger av båda författarna för att få en klar bild om innehållet samt bilda ett helhetsintryck. En kort sammanfattning skrevs efter varje intervju för att tolka och upptäcka kvalitativa innebördsskillnader och definiera det kollektivt uppfattade. Datamaterialet kondenserades för att söka efter specifika utsagor som stämde väl överens med studiens syfte. Under hela processen hade båda författarna tillgång till hela datamaterialet. Det diskuterades under hela analysen likheter och skillnader som framkom. Vid analysen togs ställning till totala uttryck och inte till avgränsade enskildheter. Totalt avtäcktes 359 utsagor. Dessa utsagor jämfördes för att hitta likheter och skillnader, det kvarstod då 185 utsagor. I analysen av utsagorna blir delens relation till helheten det som leder analysarbetet fram till de kvalitativa skillnaderna inom helheten. De uppfattningar som hade något gemensamt jämfördes och grupperades. Det resulterade slutligen i fyra beskrivningskategorier och 10 uppfattningar som innehåller skilda uppfattningar men är kvalitativt lika.

Etiska överväganden

Denna studie följde forskningsetiska principer i enlighet med humanistisk-samhällsvetenskaplig forskningsrådet. Etiska ställningstaganden togs utifrån de fyra allmänna huvudkraven inom forskning; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002). Dessa innebär att de berörda informeras skriftligt och muntligt om studiens tillvägagångssätt och syfte. Innan studien startade kontaktades ansvariga verksamhetschefer för distriktssköterskorna inom primärvården där muntligt och skriftligt samtycke till intervjuerna gavs. Deltagarna tilldelades den övergripande planen för undersökningen samt kontaktuppgifter och information om ansvariga för studien. De upplystes om att deltagandet var frivilligt och att de själva bestämmer över sin medverkan. Information gavs om att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande utan några påföljder. Informerat samtycke till studien undertecknades. Uppgifter om deltagarna och de inspelade intervjuerna gavs största möjliga konfidentialitet. De förvarades på ett sådant sätt att obehöriga inte kunde ta del av dem. Endast författarna till studien hade tillgång till datamaterialet. Insamlade uppgifter om enskilda personer användes endast för denna studie och förstördes då studien var avslutad. Då studien genomfördes inom ramen för avancerad högskoleutbildning behövdes inget etiskt godkännande vilket angavs i SFS 2003:460. Deltagarna utsattes inte för skada eller kränkning enligt individskyddskravet.

RESULTAT

Ur analysen av datamaterialet framkom fyra beskrivningskategorier med 10 uppfattningar. Dessa presenteras i tabell 2. De fyra beskrivningskategorierna utgör det totala utfallsrummet. Tillsammans med sammanfattningar och citat presenteras beskrivningskategorier och uppfattningar i texten nedan.

Tabell 2. Presentation av beskrivningskategorier och uppfattningar baserat på distriktssköterskornas utsagor om att motivera patienter till livsstilsförändringar genom att förskriva FaR.

Beskrivningskategorier	Uppfattningar
Inbjudna till nära samarbete	Vara lyhörd Visa respekt Eftersöka patientens levnadsvanor
Medvetandegöra om ohälsosam livsstil	Visa på hälsovinster av fysisk aktivitet Få patienten att komma till insikt Få patienten att ta eget ansvar
Vägleda vidare trots motgång	Svårt att motivera vid många försvar Anpassa vid fysiska hinder
Bekräfta alla framsteg	Följa upp patienten med flera möten Visa på hälsovinster som erhållits

Inbjudna till nära samarbete

Beskrivningskategorin Inbjudna till nära samarbete innefattar tre uppfattningar; Vara lyhörd, Visa respekt samt Eftersöka patientens levnadsvanor. Dessa utgör variationer av förhållningssätt i ett samtal och utgör förutsättningar för att skapa förtroende och utformandet av en gemensam plan.

Vara lyhörd

Denna uppfattning handlar om att få patienten att berätta om sin situation och att distriktssköterskorna visar intresse för patientens liv och hälsa. Att lära känna patienterna och skapa en relation gör att de känner sig väl omhändertagna och bekräftade. Genom att ha en ömsesidig relation kan patienterna känna sig trygga med distriktssköterskorna. De kan tala öppet om sin situation och få en bättre hjälp. Vissa patienter har flera riskfaktorer eller flera ohälsosamma levnadsvanor som behöver åtgärdas. Distriktssköterskorna upplever att genom att börja med en sak i taget och göra det som känns lättast först blir det mer hanterbart för patienten. Detta görs genom att patienten själv är med och bestämmer vilken typ av aktivitet den vill utföra, vilket resulterar i att ett individanpassat recept på fysisk aktivitet skrivs. Distriktssköterskorna kan ge förslag på en aktivitet när behovet finns och sen göra upp en plan tillsammans med patienten. En hanterbar och genomförbar aktivitet som utgår ifrån patientens önskemål och förmåga beskrivs som betydelsefullt och är en förutsättning för ett lyckat resultat. Som distriktssköterska är det viktigt att inte ha för höga krav på patienten. Genom att vara uppmärksam och känna av stämningen i besöket beskrivs som väsentligt, ibland passar det inte att föreslå FaR. Här förtydligar distriktssköterskorna att det är viktigt att ha med sig patienten för att motivationen ska bibehållas och en långsiktig förändring ska kunna ske i patientens livsstil. Detta kan ske genom att ställa frågor som: Vad kan du göra för förändring i ditt liv? Vad tycker du är roligt? Distriktssköterskorna anser att en viktig funktion i deras arbete är att finnas där som stöd för patienten då nya rutiner skall införas i livet.

När jag pratar livsstil med personer som är här ehh, så försöker jag att få patientens berättelse, vad som är möjligt i hans liv, eller hennes liv... Någonstans måste de känna att de har en förståelse till varför det här kan vara bra för mig. Och någonstans måste vi börja där, att vi är med på tåget båda två. Annars när man inga resultat.

Visa respekt

Denna uppfattning handlar om att patienten ska tas på allvar och visas hänsyn. Distriktssköterskorna menar att de inte ska ha fördomar kring hur patienten lever sitt liv. Det innebär också att inte sitta med pekpinne i hälsosamtalen. Inte heller tala om hur någonting ska vara eller tvinga någon till en förändring utan låta beslutet ligga hos patienten. Att visa respekt innefattar även att ta hänsyn till kulturella skillnader då det i vissa traditioner inte lämpar sig med fysisk aktivitet. Hänsyn skall tas till den enskildes integritet då det kan upplevas som känsligt och privat att samtala om levnadsvanor och träning. Det kan också upplevas känsligt att kritisera och motivera patienter att ändra sin livsstil. Då patienten önskar fortsätta leva som tidigare och exempelvis väljer farmakologisk behandling framför att utföra en fysisk aktivitet måste respekt visas menar distriktssköterskorna. Detta görs genom att ta ett kliv tillbaka och känna in hur öppen patienten är för nya intryck och vänta in tills den är redo att göra en förändring.

Det är ganska känsligt och det där att gå in och försöka ändra i folks liv och framförallt när personen i fråga kanske känner att jag behöver nog ändra detta, jag behöver nog egentligen röra på mig och så kommer nån och säger detta, då kan det för vissa bli känsligt istället och integritetskränkande när man går in så.

Eftersöka patientens levnadsvanor

Denna uppfattning innebär att ha ett samtal med patienten om hur deras liv ser ut i dag i förhållande till fysisk aktivitet, kost och sömn. Frågor som behöver lyftas är om patienterna är nöjda med sin vardag, hur den tar hand om sig, hur måltiderna ser ut samt om motion en del av vardagen. Distriktssköterskorna menar att det gäller att kartlägga om det finns ett behov av att införa eller öka den fysiska aktiviteten. Genom att ta del av patientens bakgrund och tidigare erfarenheter inom ämnet erhålls patientens berättelse och distriktssköterskorna upplever att de då kan hjälpa patienten på bästa sätt. De patienter som aldrig tidigare har utfört någon form av fysisk aktivitet är de som är svårast att motivera. För dessa patienter är det svårare att införa en ny rutin som fysisk aktivitet i livet.

Man behöver ha med sig dels bakgrund, vart står jag nu, har jag några risker och samtidigt vad kan jag göra för att förbättra det ... lite hur det har sett ut när de har varit yngre, om de har varit aktiva, om de har tränat, idrottat och där får man ju en historia. Att en del aldrig har haft gympakläder på sig, aldrig svettats eller så. Och då är det ju inte så enkelt att bara börja helt plötsligt. Sen har man ju dom som har tränat ganska mycket men som la av med det en period i livet och har då helt plötsligt blivit ganska passiva men ändå kanske har lättare att hitta tillbaka för de vet att det här har jag gjort en gång i tiden och jag mådde bra när jag gjorde det. Att man kan plocka tillbaka lite av dom känslorna man hade då. Så det kan se väldigt olika ut, man får kartlägga litegrann eller.

Medvetandegöra om ohälsosam livsstil

Beskrivningskategorin Medvetandegöra om ohälsosam livsstil innefattar tre uppfattningar; Visa på hälsovinster av fysisk aktivitet, Få patienten att komma till insikt och Få patienten att ta eget ansvar. Dessa utgör variationer av att hitta rätt väg för att motivera patienten till att utföra fysisk aktivitet för att nå en livsstilsförändring.

Visa på hälsovinster av fysisk aktivitet

Denna uppfattning handlar om att distriktssköterskorna genom kunskap och forskning visar vilka positiva hälsoeffekter fysisk aktivitet medför. De uppfattar fysisk aktivitet som grundläggande i behandlingen mot ett friskare liv. FaR upplevs av distriktssköterskorna som ett tydligt och enkelt redskap för att få patienten medveten om hälsovinsterna i den enskildes situation. Distriktssköterskorna anser att det blir mer tydligt för patienten och ger mer tyngd i samtalet när den fysiska aktiviteten blir nedskriven på ett papper. Att styrka sina påståenden om fysisk aktivitet med forskning uppmärksammar patienterna om vad som händer i kroppen och visar på sambandet mellan fysisk aktivitet och god hälsa, vilket ses ha god effekt. Enligt distriktssköterskorna ser patienterna FaR som ett motivationsredskap, en spark i baken att komma igång och kan då tacka nej till läkemedel. Andra patienter tar hellre läkemedel istället för att gå ut och gå, då det är mindre tidskrävande. Det gäller att få patienten att inse att detta tar lång tid och att det är vinsterna på sikt som eftersträvas.

Att kunna motivera som vårdpersonal att om du går ut och går kanske du kan sänka ditt blodtryck så att du slipper ta dom där medicinerna.

Få patienten att komma till insikt

Denna uppfattning handlar om att få patienten att förstå betydelsen av fysisk aktivitet och att det många gånger är lika viktigt som att få läkemedel förskrivet på recept. Då patienten kommer till insikt om sin situation och förstår behovet av en förändring kan stora hälsovinster uppnås. MI används i hälsosamtalet som hjälp för att få patienten att reflektera. Distriktssköterskorna anser att motivationen till en livsstilsförändring ökar då patienten blir medveten om sina riskfaktorer och avvikande värden, provsvar och parametrar. Patienten behöver själv förstå sambandet mellan de avvikande värdena och inaktiviteten för att en förändring ska vara genomförbar. Små förändringar i livet kan medföra stora hälsovinster.

Det som har gjort dem motiverade tror jag är när man ser att vikten har gått upp, HbA1c har stigit drastiskt, kolesterolvärdena har stigit ååå en del bryr sig ju inte om det. Men det finns ju dom som ändå känner att hjälp, vad händer eller liksom vad kan jag göra åt det här? Och då kan man ju plocka in FaR. För ofta är det ju inaktiva personer som behöver motiveras... Alltså på nåt vis blir det en liten markering från sjukvården att det här är viktigt, det här tar vi på allvar och då hoppas man att patienten gör det också. Så när det larmar lite i patientens allmänna värden och välbefinnande då tror jag att det kan vara ett värde för patienten.

Få patienten att ta eget ansvar

Denna uppfattning handlar om att få patienten att förstå att det är den själv som behöver göra arbetet och att den gör det för sin egen skull och ingen annans. Patienten bör inse sitt eget ansvar för att kunna ändra den ohälsosamma livsstilen. Patienten kan då bli motiverad att själv göra något åt sin situation och verkligen ge FaR ett försök. Distriktssköterskorna kan ge verktygen till en förändring och finnas där som stöd. De kan informera om att detta är viktigt men sen får patienten själv bestämma vad eller om denne vill följa det som ordinerats.

Då säger jag att det är frivilligt, det är upp till dig hur du vill göra, det är inte för min skull utan det är för din egen skull, det är en möjlighet du får och det är en påminnelse om att det är bra för dig att röra på dig men som sagt bollen ligger hos dig, det är upp till dig att göra detta, det är frivilligt, på samma sätt som det är frivilligt att ta dom blodtrycksmediciner du fått förskrivet.

Vägleda vidare trots motgång

Beskrivningskategorin Vägleda vidare trots motgång innefattar två uppfattningar; Svårt att motivera vid många försvar och Anpassa till fysiska hinder. Dessa utgör variationer av svårigheter i att vägleda till livsstilsförändringar och samtala kring levnadsvanor.

Svårt att motivera vid många försvar

Denna uppfattning innebär att om patienten inte är tillräckligt motiverad eller intresserad av en förändring kan det vara svårt att nå fram till patienten. Det kan finnas många ursäkter och förklaringar till varför aktiviteten inte blir av, att de inte vill, inte kan fast de vet att de borde. Patienterna bygger upp en skyddsmur, har redan gett upp eller orkar inte prova. Det framkommer av distriktssköterskorna att patienten kan försvara sig själv genom att säga att de har ett väldigt aktivt arbete och att de inte behöver röra på sig mer på fritiden. En frustation kan uppstå hos patienten då resultaten inte förbättras, detta kan leda till att motivationen sviktar. När patienten inte är tillräckligt motiverad behöver extra tid ges för att öka motivationen. Ibland når distriktssköterskorna inte helt fram till patienten men det är ändå viktigt att diskutera vad som känns svårt, för att tillsammans komma fram till en lösning. Distriktssköterskorna menar också att patienten ofta är motiverad på besöket men att de faller tillbaka i sitt gamla beteende då de kommer hem till sin vardagsmiljö. Livsstilen är oerhört svår att ändra på likaså att få in en ny rutin i livet. Då krävs det att patienten är motiverad.

Jag känner av stämningen här emellan va, för det finns ju dom personerna som är väldigt anti allt som har med livsstilsförändringar att göra, dom har redan bestämt sig för att dom lever ett liv som inte går att ändra på, det kan ju delvis ha med attityder att göra med det kan ju också ha med oförstånd att göra och då ser jag ingen vits med att förskriva FaR på det besöket.

Anpassa vid fysiska hinder

Denna uppfattning handlar om att smärta men även olika former av funktionsnedsättning kan hindra patienten att utföra fysisk aktivitet. För patienter med smärtproblematik gäller det att diskutera fram en aktivitet som de kan genomföra trots smärta, alla kan göra någonting. Att göra det lilla kan göra stor skillnad. I vissa fall behöver patienten professionell hjälp utifrån dennes fysiska hinder. Då kan distriktssköterskorna slussa vidare dessa patienter exempelvis till en fysioterapeut.

...man kan skicka patienten med recept till en sjukgymnast, så att patienten får uppföljning och mer motivation från sjukgymnast och som hjälper till, om det är speciella situationer för patienten som skador eller så.

Bekräfta alla framsteg

Beskrivningskategorin Bekräfta alla framsteg innefattar två uppfattningar; Följa upp patienten med flera möten och Visa på hälsovinster som erhållits. Dessa utgör variationer i att skapa kontinuitet och uppmuntra patienten, ge beröm för de förändringar som är gjorda och de resultat som har uppnåtts genom fysisk aktivitet.

Följa upp patienten med flera möten

Denna uppfattning handlar om att en fortgående relation, kontinuitet med flera besök kan motivera patienten och att distriktssköterskorna ser en vinst i att patienten får en

uppföljning. Det är viktigt att det blir en bra uppföljning och framför allt att den verkligen blir av om det så bara är genom ett telefonsamtal. Frågor som kan ställas till patienten är: Hur går det för dig? Hur mår du? Vad har du gjort sen sist? Är det något som känns svårt? Distriktssköterskorna upplever också att patienterna ser det som en morot att någon bryr sig om och stämmer av hur det går för dem. Genom en uppföljning kan de patienter som annars riskerar att glida undan fångas upp och fortsätta motiveras. Vid uppföljning görs en utvärdering av den fysiska aktiviteten och vid behov motivera patienten till att aktiviteten ökas upp eller ändras.

Det är ju en väldig möjlighet för patienten liksom att få en väckarklocka och komma igång men som sagt om man dessutom kan ha en uppföljning så har dom lite piska så där att dom måste komma igång, eller ja att det är nån som kommer att kolla här hur det har gått för mig och det är viktigt för mig, jag tror att patienterna känner att det är nån som bryr sig hur det går för mig.

Visa på hälsovinster som erhållits

Denna uppfattning handlar om att kunna visa för patienten att värdena har blivit bättre och att de förstår att det beror på fysisk aktivitet. Att det faktiskt har haft effekt och gett någonting. Förbättrade värden uppmuntrar patienten att fortsätta och eventuellt kunna öka sin aktivitet. Då förbättrade provresultat uppvisas kan det leda till att patienten inte behöver ta sina läkemedel. Detta blir en motivation till att fortsätta och även ett kvitto för patienten att denne har lyckats och att fysisk aktivitet ger hälsovinster. Distriktssköterskorna menar att patienterna upplever en känsla av att må bättre när de kommit igång och att de blir piggare. Detta blir en tillfredsställelse för både distriktssköterska och patient.

Jag tänker på det mycket och på något sätt kvittot i andra ändan är ju värdena, dom kommer och dom har gått ner några kilo i vikt, midjemåttet har minskat nå centimeter, ehh, blodtrycket är bättre, HbA1c-värdet är bättre, kolesterolvärdet är bättre, alltså det blir på nåt sätt ett kvitto på det som vi bestämde där, det kan vara en vinst för patienten.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med denna studie var att belysa distriktssköterskors uppfattningar om att motivera patienter till livsstilsförändringar genom att förskriva FaR. Fördjupade kunskaper erhöles i ämnet genom att läsa tidigare forskning vilket gav en viss förförståelse. Detta resulterade i en ökad förståelse för fenomenet som stod i fokus. I studien användes en fenomenografisk ansats då denna lämpar sig för att belysa uppfattningar av ett fenomen (Kroksmark, 1987). Det finns en risk med den fenomenografiska metoden att deltagarna anpassar sina svar beroende på vem de blir intervjuade av och hur de tror att en viss fråga skall besvaras (Kroksmark, 1987). Detta undveks i så stor utsträckning som möjligt genom att en relation etablerades innan intervjuerna startade där bland annat bakgrundsinformation om informanterna inhämtades. Informanterna kunde känna sig trygga i att öppet berätta om sina uppfattningar om det undersökta fenomenet eftersom all data behandlades konfidentiellt.

Urvalet av informanterna gjordes utifrån studiens syfte och tillgängliga vårdcentraler. Uppfattningar av ett fenomen kräver viss erfarenhet om det som ska undersökas. Därför var det ett krav med minst ett års arbetserfarenhet som distriktssköterska inom primärvården. För att styrka studiens tillförlitlighet eftersträvades en variation i yrkesverksamma år, vårdcentraler på glesbygd och stadsmiljö samt erfarenheter av att motivera till livsstilsförändringar genom att förskriva FaR. Att sex vårdcentraler i stadsmiljö valde att inte delta i studien kan ha påverkat det slutgiltiga resultatet eftersom FaR förefall vara mer implementerat där än på glesbygden. Då endast en man deltog i studien kan även det ha påverkat resultatet, fler deltagande män hade kunnat ge variationer av uppfattningar.

Datainsamlingen gjordes genom intervjuer där fyra öppna frågor ställdes med följdfrågor. Detta gav informanterna möjlighet att utveckla svaren och föra dem tillbaka till syftet. Författarnas uppgift under intervjun var att nå fram till informanternas intellektuella, kroppsliga och känslomässiga behandling av det aktuella innehållet. Enligt Kroksmark (1987) nås människans uppfattningar bäst genom intervjuer med öppna frågor utan svarsalternativ. Detta gjorde att informanterna kunde definiera innehållet i det undersökta fenomenet utifrån dennes erfarenheter och uppfattningar. Målet var att genomföra tio intervjuer men då den åttonde intervjun var transkriberad och genomläst upplevdes upprepningar i materialet. Ytterligare en intervju gjordes då denna redan var inplanerad sedan tidigare.

Då intervjuerna gjordes dagtid på informanternas arbetsplats kom de så nära det undersökta fenomenet som möjligt. De behövde inte lämna sin arbetsplats då intervjuerna genomfördes på vårdcentralen. Författarna hade ingen tidigare erfarenhet av att intervju, vilket gjorde det svårt att komma igång och viss osäkerhet upplevdes. Intervjuerna gick

lättare mot slutet av studien då författarna blivit mer bekväma i intervjusituationen. Eftersom intervjuerna genomfördes var för sig, undveks känslan av underlägenhet hos informanterna. Detta medförde också att de kunde känna sig trygga och tala mer öppet runt de ställda frågorna. Då transkriberingarna gjordes i nära anslutning till intervjutillfället kunde olika nyanser i talet, kroppsspråket samt de pauser som gjordes fångas upp. Detta gav också större förståelse för innehållet.

Den fenomenografiska analysen består av en process som innebär att ständigt söka efter likheter och olikheter i informanternas svar (Kroksmark, 1987). Datamaterialet var tillgängligt för de båda författarna under arbetets gång. Det lästes igenom flera gånger för att inte gå miste om någon information samt för att ge nya infallsvinklar i texten. Under analysen diskuterades de uppfattningar som framkom för att se om det stämde överens med varandra. Samtliga intervjuer lästes och analysen genomfördes gemensamt vilket ökade tillförlitligheten. Då datamaterialet kondenserats framträdde tio uppfattningar med fyra beskrivningskategorier. Detta ansågs som ett passande antal då all viktig information inkluderades här. Tillsammans med citat gav detta en trovärdighet i resultatet. Citat användes även för att förstärka informanternas uppfattningar kring det undersökta fenomenet. Det är upp till läsaren att bedöma om resultatet är överförbart.

Resultatdiskussion

Av resultaten framkommer att inbjuda till nära samarbete är avgörande för att få patienter motiverade att göra en livsstilsförändring genom att utföra egenvård. Först då kan ett förtroende mellan distriktssköterskan och patienten utformas. Orem (2001) menar att förmågan till egenvårdsaktivitet kan öka genom att en god relation etableras mellan sjuksköterska och patient. Det krävs tid och tålamod att skapa en helhetsbild av patientens situation för att på bästa sätt kunna hjälpa dem. I hälsosamtalet kan informanterna motivera till egenvård genom att förskriva FaR. I en gemensam plan utformas vilka förändringar patienten är i behov av och individuella mål sätts upp. Då det visar sig vara betydelsefullt att fråga patienten vad den kan tänka sig eller tycker om att utföra för aktivitet ökar förutsättningarna för ett lyckat resultat. Eftersom aktiviteten som ordinerats antingen kan vara en organiserad aktivitet eller något som patienten gör på egen hand handlar det återigen om att fråga patienten vad den tycker om att utföra. I Hälso- och sjukvårdslagen anges att vård skall ges med respekt för alla människors lika värde, självbestämmande och integritet (SFS 1982:763).

Det anses vara betydelsefullt att skapa en god relation till patienten samt att visa empati och förståelse för den svåra situationen det innebär att göra en livsstilsförändring. Att inbjuda till nära samarbete är en förutsättning för en förtroendefull relation skall etableras. I resultaten framkommer att informanterna inte ska vara dömande kring hur patienten lever sitt liv, men ändå på ett professionellt sätt lyfta ämnet om ohälsosamma levnadsvanor. Detta är i linje med Hansson et al., (2011) som menar att det finns ett behov av kompetens- och kunskapsutveckling beträffande att samtala och motivera patienter till att förändra sina levnadsvanor. Informanterna använder sig av MI i hälsosamtalet för att få patienten att reflektera och bli mer delaktig i frågor som rör dennes livsstil. Horne et al., (2010) menar att ett gott resultat ses då personalen lyssnar på patientens behov, visar empati och

åldersdiskriminering undviks i samtalet. I en god relation bör informanterna inse om det inte lämpar sig att föreslå en livsstilsförändring eller förskriva FaR. Alla är inte mottagliga eller intresserade av att göra någon förändring eller utöva fysisk aktivitet. Jallinoja et al., (2007) menar att sjuksköterskor rapporterar att de känner sig illa till mods att fråga om patientens vikt eller om rökning. Informanterna menar att det är betydelsefullt att samtala om ohälsosamma levnadsvanor då det är i samtalet som det diskuteras vilka livsstilsfaktorer som kan åtgärdas på egen hand för att exempelvis undvika farmakologisk behandling. Patienten bör på ett ödmjukt sätt erbjudas möjligheten att utföra egenvård. Enligt Orem (2001) är egenvård något som patienten lär sig genom samspel och kommunikation.

Resultaten tydliggör att ta del av patientens berättelse och dennes bakgrund är nödvändigt för att kunna anpassa den fysiska aktiviteten utefter individens symtom och livssituation. När patienten blir delaktig i sin behandling mot ett hälsosammare liv ökar motivationen. Genom att få patienten att reflektera över sitt levnadssätt ses goda resultat. Detta görs genom att öppna frågor ställs som exempelvis; Vad gör du för att ta hand om dig och ditt liv? Vad tror du själv att du skulle kunna ändra på i ditt liv för att uppnå en god hälsa? Dahlberg och Segersten (2010) menar att för att vårda med livsvärlden som grund och kunna se aspekter på livet så som det erfars av individen själv, innebär att ha patienten i fokus. Av resultaten framkommer att patientfokus fås om informanterna är närvarande och ser individen de har framför sig samt tar hänsyn till dennes behov. Patienterna behöver olika mycket stöd och hjälp för att kunna motiveras till en livsstilsförändring. Även Orem (2001) påtalar att det är viktigt att sjuksköterskan har kunskap om hur mycket stöd som behövs och på vilket sätt det bör ges. Hälsa bör ses och förstås som en del av det mänskliga livet vilket Eriksson (2000) konstaterar. Det hör samman med den mänskliga naturen, människan som kropp, själ och ande.

Av resultaten framgår att genom att medvetandegöra om ohälsosam livsstil kan patienten motiveras och få en förklaring till varför en livsstilsförändring är nödvändig. Detta är avgörande eftersom många människor inte är medvetna om sina osunda levnadsvanor. Om tanken väcks hos patienten och denne börjar reflektera över faktorer i vardagen som kan påverka hälsan kan framsteg göras. Patienten kan sedan få information om vad det innebär att vara hälsosam och ta hand om sig. Då detta är individuellt anpassas informationen efter den enskilde patienten, hänsyn tas även till bakgrund, tidigare erfarenheter, kunskaper, etnicitet och språkförståelse med mera. Genom att visa för patienten vilka specifika hälsovinster som fysisk aktivitet kan medföra kan viljan att utföra aktiviteten öka. Orem (2001) menar att om människan är motiverad, har kunskap och möjlighet tar hon hand om sig själv och sin egenvård. Yrkesverksamma inom primärvården bör uppmuntras att visa intresse och empati för patienten om de positiva effekterna som motion och fysisk aktivitet har (Horne et al., 2010). Resultaten tydliggör att patienterna anses motiveras av att få konkreta och nedskrivna råd, på så vis används FaR som ett motivationsredskap. Om informanterna visar på forskning angående effekterna av fysisk aktivitet ökar även detta patienternas intresse över att ta hand om sig själv. När avvikande värden från det normala visas för patienten kommer denne till insikt om sin hälsosituation.

Resultaten tydliggör att FaR förskrivs till patienter med övervikt, diabetes och risk för hjärt-kärlsjukdom för att förbättra deras situation och hälsa. Enligt Orem (2001) finns här

ett hälsorelaterat egenvårdsbehov. Behoven vid dessa tillstånd är förenade med medicinsk diagnostik, behandlingsåtgärder och utvärdering av dessa. Om patienter i riskzonen gör små men viktiga livsstilsförändringar kan risken för livsstilssjukdomar förebyggas (LeFevre, 2014). När patienten får råd kring kost och fysisk aktivitet kan detta leda till en sänkning av exempelvis blodtryck samt minska risken för diabetes. Även Hansson et al., (2011) anser att det är viktigt att ge saklig information om sambandet mellan fetma och ohälsa. Orem (2001) menar även att det finns åtgärder i egenvården som måste utföras och är nödvändiga för att människan skall upprätthålla sin funktion och säkerställa hälsa och välbefinnande. Informanterna menar att det i vissa fall endast är de som träffar och samtalar med patienterna och får information om hur de egentligen mår. Primärvården är ett effektivt ställe för att fånga upp inaktiva personer på (Jimmy & Martin, 2004). Det syns inte alltid på utsidan att en person mår dåligt. Även patienter med psykisk ohälsa erhåller positiva effekter av motion och frisk luft. FaR uppfattas av informanterna som ett redskap och ett naturligt sätt att starta ett samtal kring patientens levnadsvanor och dennes sätt att leva.

Av resultaten framkommer att för att nå resultat i livsstilsförändringen behöver patienten inse att ansvaret att utföra den aktivitet som ordinerats i FaR ligger hos dem själva. Orem (2001) beskriver egenvård som de aktiviteter som patienten gör för sin egen skull, själv tar initiativ till och utför. Det är patienten själv som har ansvar för sin hälsa och tar beslut till en förändring (Jallinoja et al., 2007). Informanterna menar att i deras arbetsuppgift ingår att hjälpa, stödja och vägleda patienten till en bestående livsstilsförändring. De påtalar även att det inte skall vara ett tvång utan av fri vilja att göra en förändring i sin livsstil. Detta är i linje med Jallinoja et al., (2007) studie som visar att sjuksköterskors arbetsuppgifter är att informera, stödja och motivera patienter till livsstilsförändringar. Även Orem (2001) menar att patienten kan ha begränsad kunskap, förmåga att bedöma och fatta relevanta beslut gällande lämpliga aktiviteter. Då kan sjuksköterskan med sin professionella kunskap, färdighet, vilja och motivation hjälpa individen att utöva egenvård.

Resultaten visar betydelsen av att vägleda vidare trots motgång där patienten inte är tillräckligt motiverad. Denna patientgrupp behöver ytterligare stöd och uppmuntran att komma igång eller fortsätta med den fysiska aktiviteten. Om det finns hinder hos patienten krävs ett större engagemang från informanternas sida för att patienten skall finna motivationen till att genomföra en livsstilsförändring. Orem (2001) menar att det kan finnas livsförhållanden och händelser som sker i patientens liv som kan påverka utvecklingen till att nå hälsa negativt, så kallade utvecklingsmässiga egenvårdsbehov. För att uppnå ett gott resultat är det betydelsefullt att sjuksköterskorna medvetandegörs om patienternas hinder, vardagliga problem och yttre påfrestningar (a.a.). Av resultaten framgår att informanterna har kunskapsbrist i att motivera patienter med vardagliga hinder eller motgångar. Informanterna upplever även att de inte har tillräckligt med kunskap om FaR som metod och att motivera till livsstilsförändring, med eller utan motgångar och hinder. Detta är i linje med Jallinoja et al., (2007) studie som menar att hinder kan vara att patienten inte själv vill ändra sin livsstil. Hansson et al., (2011) framhåller att personalen ser svårigheter i att alla inte är lika motiverade till att verkligen göra en förändring. Även Douglas et al., (2006) menar att sjukvårdspersonalen har låg kunskap kring rekommendationer av fysisk aktivitet. Attityder relaterat till utförande och kunskap om att ge råd till patienten om fysisk aktivitet under rutinkontroll är bristande. En anledning till att sjuksköterskan inte diskuterar fysisk aktivitet med patienten är tidsbrist och brist på

resurser (a.a.). Jallinoja et al., (2007) däremot anger att flertalet av sjuksköterskor uppskattas ha tillräckligt med kunskaper i livsstilsrådgivning och de anser att de kan hjälpa många patienter att ändra sin livsstil till sundare.

Om patienterna har många försvar och vad informanterna anser vara undanflykter anses det vara svårt att övertyga dem. Dessa försvar kan vara tidsbrist, levnadssätt och invanda mönster. Av resultaten framkommer att vanor som etablerats sedan lång tid tillbaka kan vara svåra att förändra. Det kan vara enkelt att förändra vanan för en kort period, men mer komplicerat att göra en bestående förändring. Speciellt lidande blir de patienter som har svårt med motivationen från början eftersom de behöver mer avsatt tid tillsammans med distriktssköterskan för att motiveras att komma igång med fysisk aktivitet. Att anpassa den fysiska aktiviteten till eventuella fysiska hinder är nödvändigt. När informanterna har kunskap om skador kan de anpassa aktiviteterna de förskriver efter patientens behov och förutsättningar. Om de ser en begränsning i sin profession finns möjligheten till ett nära samarbete med fysioterapeut. Hit remitteras bland annat de patienterna med smärta och funktionsnedsättning. Orem (2001) benämner att då patienten har avvikelser i sin funktion eller skador skall hänsyn tas till detta.

Resultaten tydliggör värdet av att bekräfta alla framsteg som patienten gör. Något som är viktigt i förändringsprocessen är uppföljande återbesök och kontinuitet. Här ses tidsbrist som ett problem. Om patienterna inte får den uppföljning inom rimlig tid som de är i behov av är det svårt att nå målet. Trots detta skall varje möte med den enskilde patienten vara värdefullt och hälsofrämjande. Detta är i linje med Hansson et al., (2011) studie som fann att distriktssköterskans möjligheter att motivera patienter till livsstilsförändring inom primärvården bland annat handlar om att kunna ge dem kontinuitet. Att förändra en livsstil tar tid, det innefattar återkommande besök och ett långsiktigt stöd av distriktssköterskorna. Informanterna tydliggör att uppföljning och utvärdering är värdefull för patienten. När återbesöket sker kan justeringar göras och eventuella hälsovinster visas för patienten. Uteblivna återbesök skulle kunna leda till att patienten tappat intresset och känner att det inte är någon som bryr sig.

Resultaten visar att livsstilsförändringar som synliggörs kan motivera patienten att fortsätta processen mot ett hälsosammare liv. När patienten följer sina framsteg kan det leda till att upprätthålla och öka motivationen samt att patienten blir mer angelägen om att utföra egenvård. Enligt Orem (2001) är avsikten med egenvård att upprätthålla liv, hälsa och välbefinnande. Resultaten visar att patienten blir mer motiverad om ett samarbete finns med aktivitetsarrangörer. I Folkhälsomyndigheten (2011) framgår det att tanken med FaR är att stödja patienten till att både öka och vidmakthålla sin aktivitetsnivå. Hälso- och sjukvården ska samarbeta med olika aktivitetsarrangörer i närområdet för att öka patientens motivation. För att lyckade resultat ska ses bör intensiteten på den fysiska aktiviteten åtminstone vara måttlig. När den dagliga aktiviteten ökar eller om intensiteten höjs kan ytterligare hälsovinster erhållas. Informanterna påtalar att det är viktigt med återbesök så den fysiska aktiviteten kan utvärderas och justeras för de patienter som inte klarar av detta själva. En justering av FaR kan innebära att aktiviteten minskas, ökas eller vidmakthålls. I Folkhälsomyndigheten (2011) anges även att uppföljning av FaR-ordinationen är viktig, för att bland annat justera ordinationen och vid behov arbeta mer med motivationen.

Konklusion och kliniska implikationer

Denna studie har bidragit med kunskaper om distriktssköterskors uppfattningar om att motivera patienter till livsstilsförändring genom att förskriva FaR. Resultaten visar att en tillitsfull relation är avgörande i mötet mellan distriktssköterskan och patienten. En viktig del i hälsosamtalet med patienten inom primärvården är att förespråka fysisk aktivitet som en hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärd. Det framgår i resultaten att en inbjudan till nära samarbete behövs för att en god relation ska kunna etableras. Detta uppnås genom att vara lyhörd och visa respekt. Resultaten visar även betydelsen av att få patienten att reflektera över och medvetandegöras om sin livsstil. Detta görs genom att visa hälsovinster som fysisk aktivitet kan leda till samt att få patienten att förstå sitt förändringsbehov och att ta eget ansvar. Alla individer är inte medvetna om de risker som fysisk inaktivitet kan leda till. I resultaten framkom även att det finns svårigheter med att förskriva FaR såsom fysiska hinder, att patienten inte är tillräckligt motiverad eller andra motgångar. Det är då viktigt att kunna motivera och anpassa aktiviteten utefter detta. En del i distriktssköterskans arbete är att bekräfta patientens framsteg då de blir mer motiverade av detta. Detta kan göras genom att visa de hälsovinster som den fysiska aktiviteten har medfört. Ett återbesök är därför betydelsefullt för att kunna följa upp och visa exempelvis provsvar för patienten.

Resultaten i denna studie kan bidra till att förbättra distriktssköterskans stöd och roll i att motivera de patienter som är i behov av livsstilsförändringar. FaR som metod behöver implementeras ytterligare och prioriteras högre. Ett hinder är tid- och kunskapsbristen hos personalen, vilket gör att patienterna inte blir motiverade fullt ut och kan få den hjälp de är i behov av. Då fysisk inaktivitet är ett växande problem i landet och dessa patienter ses dagligen inom primärvården behövs mer kunskap och utbildning för att kunna hjälpa denna patientgrupp till ett hälsosammare liv. Ytterligare studier kan behövas för att styrka eller förkasta delar av det utfallsrum som presenterats. I fortsatt forskning skulle det vara intressant att studera patienters uppfattning av att få FaR förskrivet i hälsosamtalet kring livsstilsförändringar. Det skulle även vara av intresse att undersöka om FaR uppfattas som en möjlighet för patienten eller en påtvingad aktivitet.

REFERENSER

Bardach, S. H., & Schoenberg, N. H. (2014). The content of diet and physical activity consultations with older adults in primary care. *Patient Education and Counseling*, 95(3), 319-324.

Dahlberg, K., & Segersten, K. (2010). *Hälsa och vårdande*. Stockholm: Författarna och Natur & kultur

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. *BMC Public Health*, 6(138). doi: 10.1186/1471-2458-6-138.

Eriksson, K. (1996). *Hälsans Idé*. Göteborg: Graphic Systems AB.

Eriksson, K. (2000). *Vårdprocessen*. (4:e uppl.). Göteborg: Elanders Graphic Systems.

Faskunger, J., Leijon, M., Ståhle, A., & Lamming, P. (2007). *Fysisk aktivitet på recept (FaR) en vägledning för implementering*. Statens folkhälsoinstitut. Västerås: Edita västra aros.

Folkhälsomyndigheten. (2008). *FYSS*. Hämtad den 5 januari 2015, från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationer/FYSS-2008/>

Folkhälsomyndigheten. (2010). *Hälsofrämjande hälsa och sjukvård 2010* Hämtad den 21 december 2014, från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12707/R2011-29-Halsoframjande-%20halso-%20och-sjukvard-Kunskapsunderlag-for-FHPR-2010.pdf>

Folkhälsomyndigheten. (2011). *FaR[®] Individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet*. Statens folkhälsoinstitut. Hämtad den 5 januari 2015 från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationer/FaR-Individanpassad-skriftlig-ordination-av-fysisk-aktivitet/>

Folkhälsopolitiskrapport. (2010). *Framtidens folkhälsa - allas ansvar*. Hämtad den 29 december 2014, från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12462/R2010-16-folkhalsopolitisk-rapport-2010.pdf>

Hansson, M. L., Rasmussen, F., & Ahlström, G. I. (2011). General practitioners and district nurses conceptions of the encounter with obese patients in primary health care. *BMC Family Practice*, 12(7). doi:10.1186/1471-2296-12-7.

Horne, M., Skelton, D., Speed, S., & Todd, C. (2010). The influence of primary health care professionals in encouraging exercise and physical activity uptake among white and South

Asian older adults: Experiences of young older adults. *Patient Education and Counseling*, 78(1) 97-103.

Ivarsson, B.H. (2013). *MI motiverande samtal*. 2:a uppl. Mölnlycke: Elanders i Sverige AB.

Jallinoja, P., Absetz, P., Kuronen, R., Nissinen, A., Talja, M., Uutela, A., & Patja, K. (2007). The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25(4), 244-249.

Jimmy, G., & Martin, B. W. (2004). Implementation and effectiveness of a primary care based physical activity counselling scheme. *Patient Education and Counseling*, 56(3) ,323-331.

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, 80-84.

Kallings, L.V., 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 & 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*, 53(11), 1951-1956.

Kompetensbeskrivning för distriktssköterskor. (2008). Hämtat den 30 december 2014, från <http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/kompetensbeskrivningar-publikationer/distriktskoterksa.kompbeskr.webb.pdf>

Krav och kvalitetshandboken. (2015). *VG- region Primärvården*. Hämtad den 14 januari 2015, från <http://www.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/VG%20Primärvård/KoK/Krav-%20och%20kvalitetsbok%202015%20högupplöst%20med%20korrigerad%20bilaga2.pdf>

Krokmark, T. (1987). *Fenomenografisk didaktik*. Göteborg: Vasastadens Bokbinderi AB

Krokmark, T. (1989). *Didaktiska strövtåg Didaktiska idéer från Comenius till fenomenografisk didaktik*. (2:a uppl.) Göteborg: Daidalos AB

LeFevre, M. L. (2014). Behavioral counseling to promote a healthful diet and physical activity for cardiovascular disease prevention in adults with cardiovascular risk factors: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Clinical Guideline*, 161(8), 587-593.

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). doi:10.1186/1472-6963-8-201.

Orem, D. (2001). *Nursing Concepts of Practice* (6th ed.). St Louis: Mosby.

Polit, D., & Tatano Beck, C. (2011). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (9 ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm. (2014) Hämtad den 18 mars 2015, från
http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Stockholm. (2003) Hämtad den 3 januari 2015, från
http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/

Socialstyrelsen. (2011). *Nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder*. Hämtad den 22 december 2014, från
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18484/2011-11-11.pdf>

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad den 3 januari 2015 från
<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR>

WHO. (1948). *Definition av hälsa*. Hämtad 22 december 2014, från
<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

WHO. (2009). *Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences*. Hämtad den 29 december 2014, från
http://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf?ua=1

WHO. (2010). *Global Recommendations on Physical Activity for Health*. Hämtad den 29 december 2014, från
http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf?ua=1

Till verksamhetschef

Ansökan om tillstånd att inhämta data för en intervjustudie inom primärvård

Undertecknade går en specialistutbildning till distriktssköterska vid Högskolan i Skövde. Studien kommer att genomföras under våren 2015 och resultera i ett examensarbete (magisternivå).

Bakgrund

Forskning visar att hälften av den vuxna befolkningen i Sverige har en aktivitetsnivå som motsvarar den rekommenderade, vilket är minst 30 minuter per dag. Om svenska folket skulle följa rekommendationerna skulle hälsan förbättras och sjukvårdskostnaderna minska avsevärt. Fysisk inaktivitet är en av de tio höga riskfaktorer för att dö i förtid. Distriktssköterskor har en betydande roll i sitt hälsofrämjande arbete att motivera och stödja patienter till ett mer aktivt liv. Att förskriva fysisk aktivitet på recept är en viktig del för att förebygga sjukdomar och främja den fysiska aktiviteten hos befolkningen.

Syfte och nytta

Syftet med studien är att belysa distriktssköterskors uppfattningar om att motivera patienter till livsstilsförändringar genom att förskriva fysisk aktivitet på recept. Nyttan med studien är att bidra till ökade kunskaper som möjliggör för distriktssköterskan att optimera stödet till patienter i behov av livsstilsförändringar.

Härmed ansöks om tillstånd att genomföra en intervjustudie med distriktssköterskor med minst ett års erfarenhet av att arbeta inom primärvård. När tillstånd givits tillfrågas distriktssköterskor om deltagande i studien. Ett e-mail kommer skickas med skriftlig information om studiens syfte och genomförande till de berörda distriktssköterskorna. Kontakt tas därefter med distriktssköterskorna via telefon där muntligt samtycke till studien inhämtas. Tid och plats för intervjuerna bestäms. Vid intervjutillfället kommer ett samtycke om deltagandet att skrivas under. Intervjuerna beräknas ta cirka 30-60 minuter och kommer att spelas in på mobilenheter. Datamaterialet kommer att behandlas konfidentiellt. Deltagande i studien är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan att några skäl behöver anges. Intervjuerna planeras pågå under vecka 5-7.

Har ni några frågor eller undrar något, hör gärna av er till någon av oss.

Maria Göransson E-mail: xxx Telefon: xxx

Maria Cartemo E-mail: xxx Telefon: xxx

Handledare för studien är:

Monika Sahlsten

Universitetslektor vid Högskolan i Skövde Fil. Dr. Leg. Sjuksköterska

Mobil: xxx

Tillstånd att inhämta data för en intervjustudie inom primärvård

Härmed ansöks om tillstånd att inhämta data för en intervjustudie under vecka 5-7.
Tacksam för svar senast 2015-01-27.

Tillstånd att inhämta data för en intervjustudie tillstyrks:

Namn.....

Datum.....

Informationsbrev till distriktssköterskor

Förfrågan om deltagande i studien som belyser distriktssköterskors uppfattningar om att motivera patienter till livsstilsförändringar genom att förskriva fysisk aktivitet på recept

Undertecknade går en specialistutbildning till distriktssköterska vid Högskolan i Skövde. Studien kommer att genomföras under våren 2015 och resultera i ett examensarbete (magisternivå).

Bakgrund

Forskning visar att hälften av den vuxna befolkningen i Sverige har en aktivitetsnivå som motsvarar den rekommenderade, vilket är minst 30 minuter per dag. Om svenska folket skulle följa rekommendationerna skulle hälsan förbättras och sjukvårdskostnaderna minska avsevärt. Fysisk inaktivitet är en av de tio höga riskfaktorer för att dö i förtid. Distriktssköterskor har en betydande roll i sitt hälsofrämjande arbete att motivera och stödja patienter till ett mer aktivt liv. Att förskriva fysisk aktivitet på recept är en viktig del för att förebygga sjukdomar och främja den fysiska aktiviteten hos befolkningen.

Syfte och nytta

Syftet med studien är att belysa distriktssköterskors uppfattningar om att motivera patienter till livsstilsförändringar genom att förskriva fysisk aktivitet på recept. Nyttan med studien är att bidra till ökade kunskaper som möjliggör för distriktssköterskan att optimera stödet till patienter som är i behov av livsstilsförändring.

Studiens genomförande samt hantering av data

Intervjun kommer att äga rum på er arbetsplats i ostört rum. Intervjun kommer att spelas in på en mobilenhet och därefter skrivas ut ordagrant. Detta för att vi ska kunna analysera texten vetenskapligt. Vi kommer endast träffas vid ett tillfälle och intervjun beräknas ta mellan 30-60 minuter. Intervjun kommer bestå av 4-5 öppna frågor som ni fritt berättar utifrån. Datamaterialet som inhämtas kommer att behandlas konfidentiellt och hanteras så inga oberoende kan ta del av det. Enbart en av författarna kommer att närvara vid respektive intervju. Intervjuerna beräknas att pågå under vecka 5-7. Studien kommer senare att publiceras.

Frivillighet

Ditt deltagande är naturligtvis frivilligt och du kan när som helst avbryta utan närmare förklaring.

Har ni några frågor eller undrar något, hör gärna av er till någon av oss.

Maria Göransson E-mail: xxx Telefon: xxx

Maria Cartemo E-mail: xxx Telefon: xxx

Handledare för studien är:

Monika Sahlsten

Universitetslektor vid Högskolan i Skövde Fil. Dr. Leg. Sjuksköterska

Mobil: xxx

Skriftligt samtycke att delta i studien

Jag har tagit del av den skriftliga informationen och ger mitt samtycke att delta i studien.
Jag är informerad om att deltagandet är frivilligt och att jag när som helst kan avbryta mitt deltagande.

Namn.....

Datum/Ort.....

Telefon:.....

E-post:.....