

MAGISTERARBETE



DISTRIKTSSKÖTERSORS FÖRSKRIVNING AV FYSISK AKTIVITET PÅ RECEPT- FaR ®

EN ENKÄTSTUDIE

LISA RICHARDSSON (LR)

Blekinge Tekniska Högskola
Magisterarbete
Vårdvetenskap
Sektionen för Hälsa
371 79 Karlskrona

DISTRIKTSSKÖTERSORS FÖRSKRIVNING AV FYSISK AKTIVITET PÅ RECEPT- FaR ®

EN ENKÄTSTUDIE

LISA RICHARDSSON (LR)

Distriktssköterskors förskrivning av Fysisk aktivitet på Recept- FaR®. Vårdvetenskap, Distriktsjuksköterskeutbildningen 15hp, Examensarbete i specialistprogrammet till Distriktssköterska 75hp. Höstterminen, 2014.Handledare: Christel Borg (CB)

SAMMANFATTNING

Bakgrund. Fysisk aktivitet på recept- FaR® kan förskrivas av distriktssköterskan, kunskapen om hur metoden används är dock begränsad. Forskning visar att fysisk aktivitet kan både främja hälsa, förebygga och behandla fysiska som psykiska sjukdomstillstånd samt bromsa åldrandet. Trots det väljer många att vara fysiskt inaktiva och idag är fysisk inaktivitet en av de ledande riskfaktorerna till dödligheten i världen, och är en hög riskfaktor vid hjärt-kärlsjukdomar, högt blodtryck, höga blodfetter, cancer och diabetes. Vi vet att genom att använda metoden FaR® kan den fysiska aktiviteten ökas, trots det visar forskning på att FaR® är en underutnyttjad metod. **Syfte.** Syftet med denna studie är att beskriva distriktssköterskors förskrivning av Fysisk aktivitet på Recept- FaR®, hur de använder sig av metoden för att få en insikt i vad som skulle kunna leda till metoden används mer. **Metod.** Studien genomfördes genom en kvantitativ tvärsnittsstudie med enkätfrågor som datainsamlingsmetod och deskriptiv statistik användes för att analysera data. Variabler som distriktssköterskor med eller utan magisterexamen jämfördes också. Enkäten besvarades av 38 distriktssköterskor varav sex hade en magisterexamen. **Resultat.** FaR® implementerades i verksamheten via utbildning och promenader är det som främst förskrivs, och ingen följer upp förskrivningen via sms eller mail. För att FaR® ska förskrivas och följas upp i större utsträckning än idag önskas mer tid, och det finns skillnader mellan hur FaR® används av distriktssköterskor med och utan magisterexamen. **Slutsats.** Distriktssköterskor är positiva till metoden FaR® men önskar framförallt mer tid men även mer kunskap för att förskriva fler FaR® än vad som görs idag. Det visar sig också att utbildning har betydelse, då distriktssköterskor med en magisterexamen använder sig av metoden i större grad än distriktssköterskor utan.

Nyckelord: Fysisk aktivitet, enkätstudie, distriktssköterska.

DISTRICT NURSES PRESCRIBING OF PHYSICAL ACTIVITY ON PRESCRIPTION – PaP

A QUESTIONNAIRE STUDY

LISA RICHARDSSON (LR)

District nurses prescribing of Physical activity on Prescription – PaP. Caring Science, District Nursing, 15ECTS credits Master Thesis, Program for Specialist Nursing in Primary Health Care 75ECTS credits. Autumn term, 2014. Supervisor Christel Borg (CB).

ABSTRACT

Background. Physical activity on Prescription (PaP) can be prescribed by the district nurse, but the knowledge of how the method is used is limited. Research shows that physical activity can prevent and treat many physical and psychological illnesses and slow down ageing. Despite this, many elect to remain physically inactive and this is today one of the leading causes of death in the world. It is also a leading factor for cardiovascular illnesses, high blood pressure, high blood lipids, cancer and diabetes. We know that using the PaP method, the physical activity can be increased. Despite this, studies show PaP to be a underutilized method. **Aim.** The aim of this study is to describe how district nurses prescribe physical activity and how they use the method, in order to gain an insight on how the method could be more broadly used. **Method.** The study was performed through a quantitative cross-sectional study using questionnaires as a data collection method and descriptive statistics for analysing the data. Variables like district nurses with or without a master's degree was also compared. The questionnaire was answered by 38 district nurses of who six have a master's degree. **Result.** PaP was implemented primarily through education. The main prescription is walking but no follow-up is done by text-messaging or mail. In order to make PaP more prescribed and enhance the follow-up procedures, more time is requested. There are differences between the education-level of the nurse and the prescription of physical activity. **Conclusion.** District nurses are positive to the method but needs both more time and more knowledge in order to prescribe more physical activity. The study also show a correlation between education level and the amount of prescribed PaP, district nurses with a master's degree use the method more.

Keywords: Physical activity, questionnaire study, district nurse.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Introduktion	1
Bakgrund	2
Hälsa och hälsofrämjande arbete	2
Fysisk aktivitet	2
Distriktssköterskan i det hälsofrämjande arbetet	3
Distriktssköterskan och förskrivning av FaR®	4
<i>Ordination av FaR®</i>	5
<i>Uppföljning</i>	6
<i>Motiverande samtal, MI</i>	7
Teori/ Teoretiskt ramverk	7
Transteoretiska modellen	7
<i>Syfte</i>	10
Metod	10
Kvantitativ tvärsnittstudie	10
Enkätstudie	11
<i>Distribuering av enkät</i>	12
Urval	12
Datainsamling	13
Dataanalys	13
Etiska Övervägande	14
Resultat	15
<i>Kunskaper om FaR®</i>	16
<i>Förskrivning av FaR®</i>	17
<i>Uppföljning av FaR®</i>	18
<i>Distriktssköterska med magisterexamen</i>	21
Diskussion	23
Metoddiskussion	23
<i>Validitet</i>	25
<i>Reliabilitet</i>	25
<i>Bias</i>	26
<i>Bortfall</i>	26
<i>Internt bortfall</i>	27

<i>Externt Bortfall</i>	28
<i>Generaliserbarhet</i>	28
Resultatdiskussion	29
<i>Implementering av FaR®</i>	29
<i>Förskrivning av FaR®</i>	29
<i>Distriktssköterska med magisterexamen</i>	33
Slutsats	34
Referenser	36
Bilageförteckning	42

Introduktion

Fysisk aktivitet på recept- FaR® kan förskrivas av distriktssköterskan, men kunskapen om i vilken utsträckning distriktssköterskan använder metoden är begränsad. Det trots att möjligheten har funnits sedan 2001. FaR® kan användas till både friska och till sjuka individer för att förebygga eller behandla sjukdomar (Kallings, 2010), och det är inom primärvården där framförallt distriktssköterskor arbetar som flest FaR® förskrivs (FHI, 2011). Forskning visar på att fysisk aktivitet kan både främja hälsa, förebygga och behandla såväl fysiska som psykiska sjukdomstillstånd samt bromsa åldrandet (Cavill, Kahlmeier & Racioppi, 2007; Pedersen & Saltin, 2005; Hansen & Sundberg, 2014). Trots den vetskapen väljer många att vara relativt inaktiva under sitt vuxna liv. Fysisk inaktivitet har visat sig vara en hög riskfaktor när det gäller sjukdomar (Persson, Ovhed & Hansson, 2010), som hjärt- och kärlsjukdomar, högt blodtryck, höga blodfetter, cancer och diabetes (World Health Organisation [WHO], 2014). Enligt WHO (2014) dör varje år över 3,2 miljoner människor i världen på grund av fysisk inaktivitet. Trots detta visar undersökningar på att bara 1 av 3 vuxna är tillräckligt fysiskt aktiva, vilket gör fysisk inaktivitet till en av de fyra ledande riskfaktorerna till den globala dödligheten tillsammans med högt blodtryck, tobaksanvändning samt högt blodsocker (WHO, 2011). Detta är ett stort problem både för den enskilda individen och för hela Sveriges folkhälsa och samhällsekonomi (Holm-Ivarsson, 2014). Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:736) ska hälso- och sjukvården arbeta med att förebygga ohälsa, och ha kunskap och ge råd om metoder för att förebygga sjukdom eller skada. Hälso- och sjukvården har därför en viktig uppgift framför sig när det gäller rådgivning om livsstil och för att främja fysisk aktivitet (FHI, 2011). De allra flesta av dessa sjukdomar, som är orsakade av våra levnadsvanor går med hjälp av fungerande metoder att förebyggas (Holm-Ivarsson, 2014). En av dessa metoder är Fysisk aktivitet på Recept- FaR®, vilken Kallings (2012) anser är underutnyttjad metod då den inte används i den utsträckning som den skulle kunna, och variationerna mellan landstingen och regionerna är stora. Denna studie kan ge kunskap om hur distriktssköterskor förskriver metoden FaR®, och en insikt i vad som skulle kunna leda till att distriktssköterskor använder sig av metoden i större utsträckning än idag. Genom att bidra till att öka den fysiska aktiviteten kan sjukdom och för tidig död orsakade av ohälsosamma levnadsvanor förhindras. Mer forskning behövs dock.

Bakgrund

Hälsa och hälsofrämjande arbete

Den globalt vedertagna och mest använda definitionen av hälsa och som antogs av Världshälsoorganisationen (WHO) 1948, är att det är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande och inte endast frånvaro av sjukdom eller hälsa (WHO, 1948). Hälsofrämjande arbete är en viktig del inom vården, och i Sverige är det inom primärvården och distriktssköterskan som har ansvaret för hälso-främjande aktiviteter (Wilhelmsson & Lindberg, 2009). Enligt WHO (1986) kan hälsofrämjande arbete ses som en process, vilket gör det möjligt för människor att öka kontrollen över och förbättra sin hälsa. I det hälsofrämjande arbetet är Fysisk aktivitet på Recept- FaR® ett exempel på en hälsofrämjande aktivitet, och det var redan i mitten på 1500-talet som läkaren Cristobal Mendez kom med de första kända skriftliga rekommendationerna av vikten av att vara fysiskt aktiv för att främja hälsan (Kostenius & Lindqvist, 2006). Trots att denna kunskap har funnits så länge är fysisk inaktivitet idag en ledande riskfaktor till den globala dödligheten (WHO, 2011).

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet behöver inte vara svårt eller avancerat. För den som inte är aktiv kan det till att börja med räcka med trädgårdsarbete eller kortare promenader, för att sedan utöka tid och intensiteten, och det är bättre med någon aktivitet än ingen alls (WHO, 2011). Fysisk aktivitet definieras som någon rörelse av kroppen som med hjälp av muskler och skelett gör av med energi (Shepard & Balady, 1999), och kan alltså ske både på arbetstid och på fritiden (SBU, 2007). WHO (2014) rekommenderar minst 150 minuters fysisk aktivitet precis som i Sverige, där rekommendationerna vilka är framtagna av Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet (YFA) och antagna av Svenska Läkaresällskapet är:

”Alla vuxna från 18 år och uppåt, rekommenderas att vara fysiskt aktiva i sammanlagt minst 150 minuter i veckan. Intensiteten bör vara minst måttlig. Vid hög intensitet rekommenderas minst 75 minuter per vecka. Aktivitet av måttlig och hög intensitet kan även kombineras. Aktiviteten bör spridas ut över flera av veckans dagar och utföras i pass om minst 10 minuter.” (YFA, 2011).

Det är dock endast hälften av den vuxna befolkningen i Sverige som följer dessa rekommendationer (FHI, 2011), och rapporter visar på att övervikt och fetma ökar och så

många som varannan svensk är överviktig och var sjunde är fet. Samtidigt blir den svenska befolkningen allt mer stillasittande (Ekblom-Bak, Ekblom & Hellenius, 2010; Socialstyrelsen & Statens folkhälsoinstitut, 2012; Folkhälsomyndigheten, 2014). Så många som en av tio är så inaktiva att de riskerar att utveckla ohälsa, sjukdom och för tidig död (FHI, 2011). Många cancerformer kan undvikas med hjälp av fysisk aktivitet, och forskning visar bland annat på att så många som en av tio som drabbas av bröstcancer gör det på grund av fysisk inaktivitet (Hansen & Sundberg, 2014). Över hälften av alla vuxna i Sverige har minst en ohälsosam levnadsvana och så många som var fjärde har flera (Holm-Ivarsson, 2014), detta är ett stort samhällsproblem och förutom sjukdomar och för tidig död kostar det samhället många miljoner varje år (FHI, 2011). Genom att vara fysiskt aktiv är livslängden gentemot en individ som är fysiskt inaktiv upp till 6-9 år längre (SBU, 2007), och genom en ökad fysisk aktivitet kan vinster ske både på det individuella planet och för folkhälsan, där minsta lilla ökning av den fysiska aktiviteten har en stor betydelse (Kallings, Leijon, Kowalski, Hellénus & Ståhle, 2009) och här kan distriktssköterskan med sitt hälsofrämjande synsätt vara med och påverka.

Distriktssköterskan i det hälsofrämjande arbetet

Distriktssköterskan i Sverige har ett självständigt arbete där förskrivning av läkemedel, vaccinationer och ordinationer av behandlingar tillhör det dagliga arbetet (Drevenhorn & Österlund-Efraimsson, 2013). Det är sjuksköterskeutbildningen med legitimation som ligger till grunden för specialistutbildningen till distriktssköterska, där utbildningen omfattar 75 högskolepoäng på en avancerad nivå som ger en akademisk examen med eller utan magisterexamen (Distriktssköterskeföreningen, 2008). Förskrivningsrätten som infördes 1994 gav distriktssköterskan rätt att förskriva vissa läkemedel, även receptbelagda, vilket har gjort distriktssköterskan än mer självständig i sitt arbete (Drevenhorn & Österlund-Efraimsson, 2013; SOSFS 2001:16). Det är primärvården, där flest distriktssköterskor arbetar (FHI, 2011), som har ett uppdrag att arbeta förebyggande och erbjuda hälsofrämjande mottagningar vilka går ut på att patienten ska leva hälsosammare (SFS, 1982:736; Wästberg & Ardenvik, 2013). Distriktssköterskan har ansvaret för att leda och utveckla omvårdnaden i primärvården och genom ett hälsofrämjande synsätt kunna stärka patienten till god hälsa (Distriktssköterskeföreningen, 2008). Inom primärvården har distriktssköterskan mottagningsarbete för såväl vuxna som för barn som främsta arbetsuppgift, men även arbetsuppgifter som telefon- och sjukvårdsrådgivning, barnhälsovård och barnavårdscentral eller egen distriktssköterskemottagning. Distriktssköterskan driver även specialinriktade

mottagningar som Astma/KOL- eller diabetesmottagning. Det hälsofrämjande arbetet kommer att ta upp en allt större del av distriktssköterskans arbetsuppgifter då sjukdomar orsakade av ohälsosamma levnadsvanor ökar (Drevenhorn & Österlund-Efraimsson, 2013), och en hälsofrämjande metod som distriktssköterskan då kan använda sig av är Fysisk aktivitet på Recept – FaR®.

Distriktssköterskan och förskrivning av FaR®

Fysisk aktivitet på Recept – FaR®, har som metod funnits i Sverige sedan 2001 och har sedan 2008 använts av alla landsting i Sverige (Statens folkhälsoinstitut [FHI], 2011). Då det är inom primärvården som de flesta distriktssköterskor arbetar och som flest FaR® förskrivs (FHI, 2011), är det därför extra viktigt att det inom just primärvården uppmärksammas på hur livsstilsförändringar kan göra skillnad när det gäller livsstils relaterade sjukdomar (Persson, et. al, 2010), och det är viktigt att få den enskilda individen att vara mer delaktig i sin hälsa (Holm-Ivarsson, 2014). Det är inom primärvården som distriktssköterskan har möjligheter när det gäller livsstilsförändringar, speciellt eftersom en stor del av populationen besöker vårdcentralen en gång per år (Grandes et al, 2008). När det gäller rådgivning vid hälsofrågor är det hälso- och sjukvården som allmänheten har sin tilltro till (Faskunger, 2013) , och undersökningar visar på att så många som 2,7 miljoner svenskar inte är tillräckligt fysiskt aktiva men så många som fyra av fem vill bli mer aktiva och beräkningar visar på att så många som 700000 vill ha hjälp med det (Folkhälsomyndigheten, 2014). Det är alltså viktigt både ur ett folkhälsoperspektiv och för att följa hälso- och sjukvårdslagen (1982:736) som distriktssköterskor i primärvården bör ha kunskap om metoder som FaR® för att kunna arbeta förebyggande. Enligt distriktssköterskans kompetensbeskrivning ska distriktssköterskan ha kunskaper om hur de ska gå till väga för att bedriva ett hälsofrämjande arbete, samt ha fördjupade kunskaper för att kunna uppmärksamma att det finns ett behov av träning och aktivitet. De ska också ha kompetens för att kunna rekommendera vilken slags träning och aktivitet som kan vara lämplig (Distriktssköterskeföreningen, 2008). Distriktssköterskan bör alltså ha goda kunskaper om FaR® och hur de ska använda sig av metoden. Enligt SKL (2013) är fyra av fem patienter positiva till att diskutera levnadsvanor med personal inom sjukvården. Undersökningar visar också på att de flesta i Sveriges befolkning är positivt inställda till att få stöd av hälso- och sjukvården för att kunna genomföra en livsstilsförändring, om det kan ge en lika bra effekt som en läkemedelsbehandling (SKL, 2014), vilket FaR® kan vara (FHI, 2011; Pedersen & Saltin, 2005). Det är därför viktigt att distriktssköterskan tar varje chans som ges att få tala om

levnadsvanor och dess påverkan med de patienter som behöver det och kan då använda sig av metoden FaR® som enligt Kallings, Leijon, Hellénius och Ståhle (2007) är en effektiv och enkel metod att använda för att öka den fysiska aktiviteten.

Ordination av FaR®

Genom att ordinationen av FaR® är skriftlig får den tyngd, då den skriftliga ordinationen gör att samtalet förstärks (Kallings, 2012). Receptet på fysisk aktivitet är alltså individuellt och doserat efter individens behov som intensitet, behandlingstid och frekvens. Detta innebär att en individ kan få ett recept med en individanpassad ordination på någon slags fysisk aktivitet, precis som en vanlig ordination eller recept på läkemedel (Kallings & Leijon, 2003). Den fysiska aktiviteten utförs utanför vården, trots att det är sjukvården som ordinerar aktiviteten, och den kan ske i grupp eller på egen hand. Det är därför viktigt med samarbete mellan hälso- och sjukvården och idrottsföreningar, gym eller kommunala anläggningar då de som får ett FaR® utskrivet kan få hjälp med att öka och behålla aktiviteten, de kan även få ett reducerat pris på aktiviteterna (Kallings, 2012). Samarbetet mellan olika aktörer utanför hälso- och sjukvården har en betydelsefull del i det aktiva sjukdomsförebyggande arbetet och kan då förstärka arbetet som hälso- och sjukvården påbörjat (Socialstyrelsen, 2011).

Till den som ordinerar och förskriver FaR® finns FYSS som hjälp och vägledning (Kallings & Leijon, 2003). FYSS som står för - Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, är en internetbaserad informationskälla för framförallt sjukdomspersonal, och skapades av Yrkesföreningarna för Fysisk Aktivitet (YFA) för att kunna förebygga och behandla olika sjukdomstillstånd genom fysisk aktivitet. FYSS innehåller olika sjukdomstillstånd tillsammans med råd om motionsaktiviteter för just den specifika patientgruppen, samt eventuella risker med fysisk aktivitet, och kan alltså användas som ett hjälpmedel vid förskrivning av FaR® (YFA, 2008). Smärta, övervikt samt rygg- och nackbesvär är de vanligaste diagnoserna vid förskrivning av FaR® (Kallings, et. al., 2007) och promenad, stavgång samt gymnastik är de vanligaste ordinationerna men styrketräning förekommer också (Kallings & Leijon, 2003). För att kunna förskriva FaR® finns det en receptblankett som tillsammans med skriftliga instruktionerna, gör det möjligt att fysisk aktivitet på recept kan skrivas ut istället för läkemedel, eller som ett komplement till det (FHI, 2011). Det finns dock studier som visar på att det finns brister då till exempel läkare inte varken vet hur de ska förskriva eller dosera FaR®, trots att det är första hands val för många behandlingar bland sjukdomar eller sjukdomstillstånd (Persson, Brorsson, Hansson, Troein & Strandberg, 2013).

FaR® har visat sig vara mer effektivt än bara information, vilket gör att den fysiska aktiviteten ökar (Folkhälsomyndigheten, 2013), och följsamheten har också visat sig vara större än vid vanliga läkemedelsordinationer (Leijon & Jacobson, 2006). Trots detta har fysisk aktivitet på recept låg status och låg prioritering som behandlingsalternativ bland läkare (Persson et.al, 2013). Enligt en studie av Pedersen och Saltin (2005) kan fysisk aktivitet som behandling vara lika effektivt som medicinsk behandling, och till och med bättre vid vissa sjukdomstillstånd. All legitimerad vårdpersonal som läkare, sjukgymnaster, sjuksköterskor samt distriktssköterskor får förskriva FaR® förutsatt att de har den kunskap som behövs (Kallings & Leijon, 2003), och det är verksamhetschefen som ansvarar för att personalen har rätt kompetens för att förskriva FaR® (Kallings, 2010). Detta gör det otydligt om vad som gäller rent kunskapsmässigt, och vet de då dessutom inte hur de ska eller dosera eller förskriva FaR® är det inte konstigt, precis som Kallings (2012) anser, att FaR® är en resurs som inte utnyttjas fullt ut. Enligt Faskunger (2013) finns det vårdpersonal som inte har kunskap om levnadsvanors kopplingar till hälsa och livsstil, det är därför viktigt enligt Kallings (2012) att öka kunskapen bland personal inom hälso- och sjukvården om den fysiska aktivitetens effekter på hälsan, för att kunna använda FaR® på bästa sätt.

Uppföljning

Den som förskriver ett FaR® är ansvarig för att det görs en uppföljning av både hälsan och den fysiska aktiviteten, det behöver dock inte vara förskrivaren som gör uppföljningen utan det kan vara annan vårdpersonal (FHI, 2011). Enligt Polit och Beck (2012) kan uppföljning definieras som en undersökning eller bedömning för att fastställa resultatet hos individer som har fått en viss behandling eller insats, som FaR® i det här fallet. Uppföljningen kan ske på olika sätt så som återbesök, telefonkontakt, brev, mail eller via sms och när uppföljningen sker tidsmässigt är upp till de lokala riktlinjerna. (FHI, 2011). I vissa landsting så som i till exempel Västra Götalandsregionen (2010) finns det riktlinjer för att uppföljning inom FaR® bör ske inom tre till sex månader, eller innan. I andra landsting finns det inga riktlinjer alls utan det är upp till förskrivaren hur och när uppföljningen sker, som i Landstinget Blekinge (2012) som anser att det är upp till personalen om hur de vill arbeta med FaR® och förlitar sig på deras kunskap. Uppföljning är en viktig del i FaR® då ordinationen kan justeras vid behov, precis som med vanliga läkemedel, dosen aktivitet kan till exempel behöva höjas eller till och med bytas ut när styrkan eller konditionen ökat. Individen kan också behöva mer motivation (FHI, 2011; Kallings, 2012). Enligt SBU (2007) så leder rådgivning och upprepad kontakt till att den fysiska aktivitetsnivån ökar. I Socialstyrelsens riktlinjer för

sjukdomsförebyggande metoder (2011) är det rådgivande samtal med tillsammans med skriftlig ordination, stegräknare och just uppföljning som får högst prioritering när det gäller fysisk inaktivitet hos vuxna. Ändå är det uppföljningen av FaR® som många distriktssköterskor upplever som svårt, speciellt då det inte alltid finns rutiner för hur den ska ske eller tid avsatt för det, vilket bland annat SBU (2007) samt en tidigare magisteruppsats visar på (Mattsson, 2012).

Motiverande samtal, MI

FaR® har ett personcentrerat förhållningssätt där allt utgår från individen. Genom samtal om patientens hälsotillstånd, besvär, diagnoser, riskfaktorer, tidigare erfarenheter och motivation kan en skriftlig ordination av fysisk aktivitet på recept förskrivas (FHI, 2011). Vid samtalet används ofta motiverade samtal MI, en personcentrerad samtalsmetodik, som utgår ifrån individens egna värderingar, synsätt och tankar. Detta verktyg används främst vid samtal om motivation till förändringar som till exempel vid förändringar av levnadsvanor (Drevenhorn, 2013), som vid ökad fysisk aktivitet och förskrivning av FaR®. Socialstyrelsen (2011) rekommenderar i sina nationella riktlinjer för förebyggande metoder, att samtal ska ske genom MI. Frågorna som ställs i ett MI samtal är mest öppna och ställs med respekt och empati för individen, och själva samtalet går ut på att få fram individens motivation (Drevenhorn, 2013), eftersom det finns en tro på att lösningen, till förändringen i det här fallet, finns hos människan själv (FHI, 2011). Genom att lyssna, ställa öppna frågor, reflektera över vad som sägs och sammanfatta vad som sägs, görs ett bra MI. Samtalet är ett samarbete mellan patient och behandlare men det är patienten som bestämmer vad samtalet ska handla om (Drevenhorn, 2013) och det kan vara uppdelat på flera besök och utspritt över en längre period innan ett FaR® skrivs (Kallings, 2010). För att det ska kunna ske en förändring, som vid FaR® är det inte bara motivation som behövs utan också ett tro till den egna förmågan att genomföra förändringen (Drevenhorn, 2013) för att bli mer fysiskt aktiv.

Teori/ Teoretiskt ramverk

Metoden fysisk aktivitet på recept FaR® bygger på olika modeller för beteendeförändringar som bland annat den transteoretiska modellen eller ”stage of change” (FHI, 2011; Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992).

Transteoretiska modellen

Den transteoretiska modellen eller ”stage of change” bygger enligt Norcross, Krebs och Prochaska (2011) på fem olika steg eller stadier som en människa går igenom vid en förändring, och hur länge personen befinner sig i de olika stegen är individuellt. I det första

steget finns det ingen tanke på förändring och personen är ofta omedveten om problemet, vilket familj eller andra anhöriga är väl medvetna om, och behöver hjälp med att bli medveten om detta. I det andra steget är människan medveten om problemet och funderar på att göra något, men behöver hjälp med motivering. Det tredje steget, där vägs för- och nackdelar mot varandra, och beslut tas om att en förändring skall göras och hur det ska gå till. I det fjärde steget sker förändringen och personen ändrar sitt beteende, vilket kräver tid och energi. I detta steg kan personen vara från en dag upp till sex månader, och kan behöva stöd för att hitta egna resurser för att kunna hantera utmanande situationer som kan ske. Det femte och sista steget går ut på att behålla det nya beteendet och det nya sättet att vara, och i detta steg kan personen vara från sex månader och framåt (Norcross, et. al, 2011; Drevenhorn, 2013). Det är viktigt att ta hänsyn till var i de olika stegen som personen befinner när det gäller förskrivning av FaR®. En person som till exempel befinner sig i det första steget där det inte finns någon tanke på förändring, kanske inte ännu är redo för förändring och bör då inte bli påtvingade ett FaR® (Kallings, et.al, 2009). Genom kunskap om de olika stegen och beroende på var i själva modellen personen befinner sig i, kan den genom det motiverande samtalet, MI, bemötas på rätt sätt och få hjälp med att gå framåt och nå sina mål (Shinitzky & Kub, 2001). Vilket är en viktig del i FaR®, då en individ behöver hjälp och motivering för att förändras och gå framåt om nå målet till att bli mer fysiskt aktiv och där distriktssköterskan kan vara till stor hjälp.

För att få en förståelse för distriktssköterskans inställning till förskrivning av FaR® har den transteoretiska modellen i föreliggande studie även använts för att få en förståelse för distriktssköterskans förskrivning av FaR®. Det vill säga, FaR® ses som en ny arbetsmetod som implementeras i distriktssköterskans dagliga arbete. En egen modifierad transteoretisk modell skapades av LR då ingen annan modell eller ramverk passade in på syftet med studien. För att hälso- och sjukvårdens personal ska arbeta mer hälsofrämjande är det viktigt att arbeta med personalens motivation och attityder. Det är också viktigt att all personal förstår vad det innebär med rådgivning vid ohälsosamma levnadsvanor och varför det är så viktigt att det prioriteras och att det inte prioriteras ner fast tiden är knapp (Holm-Ivarsson, 2014). Enligt Faskunger (2013) finns det vårdpersonal som inte har kunskap om levnadsvanors kopplingar till hälsa och livsstil, dock borde detta inte gälla distriktssköterskor då de enligt deras kompetensbeskrivning ska ha fördjupade kunskaper om just detta (Distriktssköterskeföreningen, 2008). Skulle de ändå inte ha denna kunskap om kopplingarna mellan hälsa och fysisk aktivitet, behöver de ta sig igenom fem-stegs modellen för att kunna

ta modellen till sig och därmed förskriva fler FaR®. Så här skulle en egen modifierad transteoretisk modell för beteendeförändring när det gäller FaR® kunna se ut:

1. *Förnekelse*: Distriktssköterskorna förstår inte att FaR® är en bra modell och att den behövs, de förstår inte heller att det är en modell som fungerar eftersom de har lite, eller ingen kunskap om FaR® och dess betydelse. I detta steg behöver distriktssköterskorna bli medvetna om hur viktigt det är både för den individuella hälsan och för Sveriges folkhälsa att vi blir mer fysiskt aktiva, och hur stort detta problem är och hur bra metoden FaR® faktiskt fungerar. Kanske kan de bli medvetna om detta genom att svara på denna enkät, eftersom problemet uppmärksammas.
2. *Begrunnande*: Distriktssköterskorna har nu börjat inse hur stort problemet med fysisk inaktivitet är och läser en artikel eller bok om FaR®, hör någon som pratar om FaR® som metod eller deltar i denna studie och svarar på enkäten. Nu börjar distriktssköterskan fundera på att göra något åt det, kanske kan FaR® vara en bra metod som fungerar trots allt. De behöver dock hjälp mer motivering.
3. *Förberedelse*: Läser på mer om ämnet för att få mer kunskap och väger för- och nackdelar mot varandra, talar med kollegor eller andra som har mer kunskap om metoden. Beslut tas sedan för att göra en förändring och hur denna förändring ska gå till för att kunna förskriva och använda sig av FaR®.
4. *Handling*. Här sker förändringen och nu används och förskrivs FaR® för första gången, detta steg kräver tid och energi. I detta steg kan distriktssköterskan vara allt mellan en dag till sex månader och stöd kan behövas för att hitta resurser och rutiner för att förskriva FaR®.
5. *Vidmakthållande*: Nu förskriver distriktssköterskan FaR® regelbundet och det har blivit en vana och en rutin i det dagliga arbetet att förskriva FaR®. Nu gäller det att behålla denna vana och rutin, och genom att använda sig av metoden FaR® kunna hjälpa och motivera andra att göra en förändring för att bli mer fysiskt aktiva.

Genom att använda den egen modifierade transteoretiska modellen som ett ramverk i studiens resultat, kan en förståelse för hur distriktssköterskan använder och förskriver metoden FaR® fås och vad det är som gör att Kallings (2012) anser att metoden underutnyttjad.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva distriktssköterskor förskrivning av Fysisk aktivitet på Recept- FaR®. Frågeställningar; Hur ofta de förskriver FaR®? Varför de förskriver? Vad de förskriver? Hur de följer upp sin förskrivning av FaR®.

Metod

För att få svar på syftet valdes en kvantitativ tvärsnittsstudie med strukturerade enkätfrågor som datainsamlingsmetod. FaR® som metod har tidigare undersökts med en kvalitativ metod i form av en intervjustudie vid institutionen (Mattsson, 2012). Studien låg till grund för valet av metod och genom att undersöka distriktssköterskans förskrivning av FaR® med ett positivistiskt förhållningssätt kan kunskapen om metodens användbarhet i det hälsofrämjande arbetet ytterligare förklaras, och genom att använda en kvantitativ metod kunde ett större urval distriktssköterskor nu nås. Förskrivningen av FaR® har nu därmed kunnat studeras med ett positivistiskt synsätt och således vidgat kunskapen om distriktssköterskors förhållande till förskrivningen av FaR®. Genom att använda en enkätstudie gavs även möjlighet att studera samband mellan variabler för att få ytterligare svar på faktorer av värde för distriktssköterskors förskrivning av FaR® (Bryman, 2011; Polit & Beck 2012).

Kvantitativ tvärsnittsstudie

Den kvantitativa forskningen syftar här till att beskriva hur distriktssköterskor förskriver fysisk aktivitet på recept och utifrån en enkätstudie förklara detta mätresultat. En tvärsnittsstudie gjordes, vilket är vanligt vid enkätstudier, och som innebar att all data samlades in vid ett tillfälle utan någon relation framåt eller bakåt i tiden (Ejlertsson, 2012; Polit & Beck, 2012). Genom att använda en kvantitativ metod kunde således numerisk data samlas in (Bryman, 2011), med vilken orsaker och resultat kunde fås fram och slutsatser kunde dras (Kristensson, 2014; Polit & Beck, 2012). Enkäten innehöll strukturerade frågor och distansen till deltagarna i studien skedde via texten på papper, vilket är kännetecknande för den kvantitativa forskningen att forskaren har distans och endast lite eller ingen kontakt alls med deltagarna i studien (Bryman, 2011). Det är också vanligt inom den kvantitativa forskningen att den är strukturerad med frågor som har formulerats i förväg (Olsson & Sörensen, 2011). När en kvantitativ metod används görs den ofta det med ett synsätt av deduktiva inslag, vilket innebär att det finns en teori, en kunskap eller vetenskap om det som skall undersökas. Det är den teorin som genom en metod bevisas (Bryman, 2011). Teorin bygger alltså på bekräftelse, vilket innebär att svar på om teorin stämmer eller inte är det som eftersträvas (Olsson & Sörensen, 2011; Bryman, 2011). I den här studien vet vi att FaR® är

en metod som inte används i den utsträckning som den skulle kunna och att det finns en teori om varför det är så (Kallings, 2012). Detta var dock inte syftet med studien utan mer en kunskap eller förförståelse av LR.

Enkätstudie

En enkät med 12 olika frågor med strukturerade svarsalternativ skapades av LR tillsammans med handledning och inspiration från CB. Genom att skapa en egen enkät kunde frågorna i enkäten styras för få svar på syftet (Billhult & Gunnarsson, 2012c). Förutom den 12 frågorna så fick respondenterna lämna information om kön och utbildning, vilket enligt Polit och Beck (2012) behövs för att kunna tolka och förstå deltagarna. Frågorna som ställdes hade flera svarsalternativ och respondenterna kunde välja mer än ett alternativ om det behövdes. På en del frågor fanns alternativet annat, och där kunde respondenterna välja att med egna ord skriva vad de menade eller bara markera för annat. Här följer ett exempel på hur en av frågorna såg ut:

1. På vilket sätt implementerades FaR® i Din verksamhet?

- Genom utbildning om FaR® och dess betydelse.
- Fick ingen information om varför.
- Kommer inte ihåg.
- På annat sätt.....

De andra frågorna som ställdes var följande:

- Vilka kunskaper har Du för att förskriva FaR®?
- Hur ofta skriver Du ut FaR®?
- På vilka indikationer skriver Du ut FaR®?
- Vad är det Du förskriver vid FaR®?
- Har du Du några rutiner för att följa upp FaR®?
- När följer Du upp FaR®?
- Hur följer Du upp FaR®?
- Vad är det som Du följer upp?
- Finns det riktlinjer eller lathundar som Du använder eller skulle kunna använda vid förskrivning av FaR®?
- Vad skulle få Dig att förskriva FaR® i större utsträckning än idag?

- Anser Du att FaR® är en bra metod för att göra en livsstilsförändring?

(Bilaga 1).

Distribuering av enkät

Under hösten 2014 kontaktades 10 vårdcentraler i södra Sverige, både privata aktörer och landstingsägda, telefonledes via avdelningsföreståndare/verksamhetschef. Detta eftersom en personlig kontakt önskades med de berörda vårdcentralerna, och för att tydligt kunna förklara syftet med studien. De flesta var positiva till att delta i studien och tid bestämdes för att LR personligen skulle dela ut enkäterna till de berörda vårdcentralerna. Anledningen till att enkäten delades ut personligen, och inte till exempel brevledes, var bland annat att det enligt Billhult och Gunnarsson (2012c) kan ha betydelse för svarsfrekvensen på vilket sätt enkäten delas ut, och en hög svarsfrekvens behövs för att resultatet av studien ska bli så tillförlitligt som möjligt (Draper, 2004). Polit och Beck (2012) menar också att en personlig kontakt har en positiv effekt på antalet som svarar på enkäten, och vid en personlig kontakt har forskaren också möjlighet att svara på frågor om studien (Bryman, 2011). Till en av de kontaktade vårdcentralerna skickades enkäten via mail, då avdelningsföreståndaren önskade detta. Enkäten var dock inte utformad för att kunna svaras på via datorn, vilket hade behövts (Billhult & Gunnarsson, 2012c), och kan därför beskrivas som ett design fel eftersom själva designen på studien inte är lämplig för att kunna besvaras på via datorn (Polit & Beck, 2012).

Tid bestämdes för att lämna över enkäterna personligen av LR på vårdcentralerna. Enligt Polit och Beck (2012) skall forskaren sträva efter så många deltagare som möjligt i studien, ju fler som deltar desto mer tillförlitligt blir resultatet. Geografen var det som framförallt satte stopp för antalet deltagare i studien, samt tillgängligheten bland vårdcentralerna då det var två vårdcentraler som det inte gick att få kontakt med. Geografen eftersom enkäterna lämnades personligen till alla vårdcentraler, och tillgängligheten bland vårdcentralerna då kontakt med avdelningsföreståndare/verksamhetschef togs per telefon för att sedan träffas och dela ut enkäterna. Det blev tillslut nio vårdcentraler som enkäten distribuerades till och sammanlagt delades det ut 64 enkäter till distriktssköterskor i södra Sverige som tillhörde urvalet.

Urval

Distriktssköterskor som förskriver FaR® tillfrågades om att medverka i denna enkätstudie. Inklusionskriterierna var distriktssköterskor som förskriver FaR® eller har erfarenhet av att förskriva FaR®. Exklusionskriterier var annan legitimerad personal, så som sjukgymnaster och sjuksköterskor som också förskriver FaR®, samt distriktssköterskor som inte förskriver FaR®. Distriktssköterskor som arbetar inom barnhälsovården exkluderades då det inte finns

tillräckligt med vetenskaplig forskning kring fysisk aktivitet och barn under sex år (Socialstyrelsen, 2011). De distriktssköterskorna som tillfrågades arbetar på vårdcentraler som geografiskt ligger inom ett rimligt avstånd mellan varandra, då enkäterna både distribuerades och samlades in personligen av LR. Det allra bästa hade varit om alla distriktssköterskor i Sverige som förskriver FaR® hade deltagit i studien, detta var dock både praktiskt och ekonomiskt omöjligt, vilket det ofta är (Kristensson, 2014; Polit & Beck, 2012). Urvalet blev därför en del av distriktssköterskorna i Sverige och enligt Ejlertsson (2012) är det viktigt att hitta det urval som passar bäst med syftet för studien, vilket också gjordes.

Datainsamling

Vid distribueringen av enkäterna bestämdes tid för personlig insamling av LR tillsammans med avdelningsföreståndare, men ungefär en vecka efter att enkäterna delats ut så påmindes avdelningsföreståndarna personligen av LR telefonledes om att besvara enkäten. Vid insamlingen av enkäterna räknades det hur många enkäter som samlades in, då information om hur många distriktssköterskor som tillhörde inklusionskriterierna framgick vid distribueringen av enkäterna. Detta genom information från avdelningsföreståndaren och för att kunna räkna på hur stor svarsfrekvensen blev. Enkäterna som samlats in stoppades sedan i förslutna kuvert för att säkerställa anonymiteten och för att deltagarna inte skulle kunna spåras eller kunna identifieras, detta enligt råd från bland annat Etikkommittén Sydost (dnr, 230-2014). Varje enkät fick sedan ett id nr för att kunna skilja och dem åt och förvarades sedan säkert hos LR så att ingen obehörig skulle komma åt dem (Kjellström, 2012). Då magisteruppsatsen är avslutad och godkänd kommer enkäterna att förstöras. Av de 64 enkäter som delades ut besvarades 38 stycken vilket är nästan 60 procent och kan tolkas som ett användbart resultat då det är vanligt med en svarsfrekvens på minde än 50 procent när det gäller enkätstudier (Polit & Beck, 2012; Ejlertsson, 2012; Olsson & Sörensen, 2011).

Dataanalys

Resultatet av de 38 enkäterna analyserades med en kvantitativ ansats och en deskriptiv statistisk analys användes för att analysera data, vilket gör det möjligt att tolka numerisk information (Polit & Beck, 2012). Svaren på enkäterna matades sedan in i dataprogrammet SPSS -Statistical Package for the Social Sciences version 22, vilket är ett statistikprogram som ofta används vid just enkätstudier (Billhult & Gunnarsson, 2012a; Wahlgren, 2008; Polit & Beck, 2012). Då data som samlades in hade variabelnivåerna nominal och ordinal användes icke-parametriska analyser (Olsson & Sörensen, 2011; Polit & Beck, 2012; Ejlertsson, 2012). Chi-två metod användes för att testa om det fanns skillnader mellan

grupper som med distriktssköterskor med eller utan magisterexamen, där p-värden $<0,05$ var signifikanta då det är värden som inte kan förklaras med slumpen (Polit & Beck, 2012; Wahlgren, 2008). De samband mellan variablerna som analyserades var bland annat mellan distriktssköterskor med magisterexamen och distriktssköterskor utan magisterexamen för att se om det är skillnad mellan hur de förskriver FaR®. Statistiken presenterades sedan både i procent samt med det absoluta antalet, vilket är ett vanligt sätt att presentera statistik på (Ejlertsson, 2012). De frågor som statistiskt undersöktes för att se om det fanns några signifikanta skillnader mellan grupperna distriktssköterska eller distriktssköterska med magisterexamen var;

Hur ofta de förskrev FaR®? När de följde upp sin förskrivning? Och vad som skulle få dem att förskriva fler FaR® än vad de gör idag?

Inga andra variabler jämfördes, då det inte var syftet med studien. Syftet var att beskriva distriktssköterskors förskrivning FaR®, hur de har fått sin kunskap om FaR®, när de förskriver, och på vilka grunder de förskriver FaR®, vad det är de förskriver, hur uppföljningen ser ut och var de anser om metoden i sig. Syftet var att få en insikt i hur distriktssköterskor använder sig av metoden FaR®. Genom att använda deskriptiv statistik förmedlas statistiken beskrivande och genom att analysera denna statistik med hjälp av statistikprogrammet SPSS har slutsatser i denna studie sedan dragits (Billhult & Gunnarsson, 2012a; Polit & Beck, 2012).

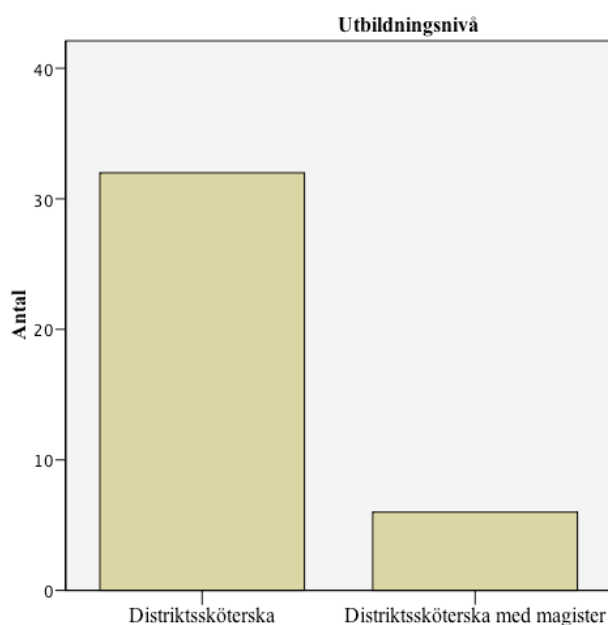
Etiska Övervägande

En etisk egengranskning genomfördes och skickades tillsammans med en rådgivande etisk granskning till Etikkommittén i Sydost. Enligt lagen om etikprövning (SFS 2003:460) behöver inte uppsatser som skrivs på grund- eller avancerad nivå inom högskoleutbildning juridiskt genomgå en ansökan om etikprövning, men genom att ansöka om rådgivande etisk granskning kunde dock etiska ställningstagande säkerställas. Etikkommittén i Sydost godkände studien då de inte kunde se att det fanns några etiska hinder för att genomföra den (dnr, 230-2014). Internationellt är det styrdokumentet Helsingforsdeklarationen som är det grundläggande dokumentet med etiska riktlinjer när det gäller forskning där människor ingår. Helsingforsdeklarationen kom till efter att det framkommit hur medicinsk forskning med människor gick till under 2:a världskriget, och skapades för att skydda forskningsdeltagarna och deras rätt till information och självbestämmande (World Medical Association, 2008). För att följa de etiska riktlinjerna lämnades ett brev till

avdelningsföreståndaren/verksamhetschefen på de berörda vårdcentralerna där de fick information om studiens syfte och tillvägagångssätt, och även information om frivilligheten att medverka. Ett informationsbrev följde även med enkäten till deltagarna där det, precis som i brevet till avdelningsföreståndaren/ verksamhetschefen, fanns information om studiens syfte, tillvägagångssätt och om frivilligheten att medverka. Deltagarna, eller respondenterna som de kommer att benämnas framöver, fick också där information om att de när som helst kan välja att avbryta sin medverkan, och utan någon förklaring (Bilaga 1). Genom att enkäten besvarades sågs detta som ett samtycke till medverkan i studien (Kjellström, 2012; Kristensson, 2014).

Resultat

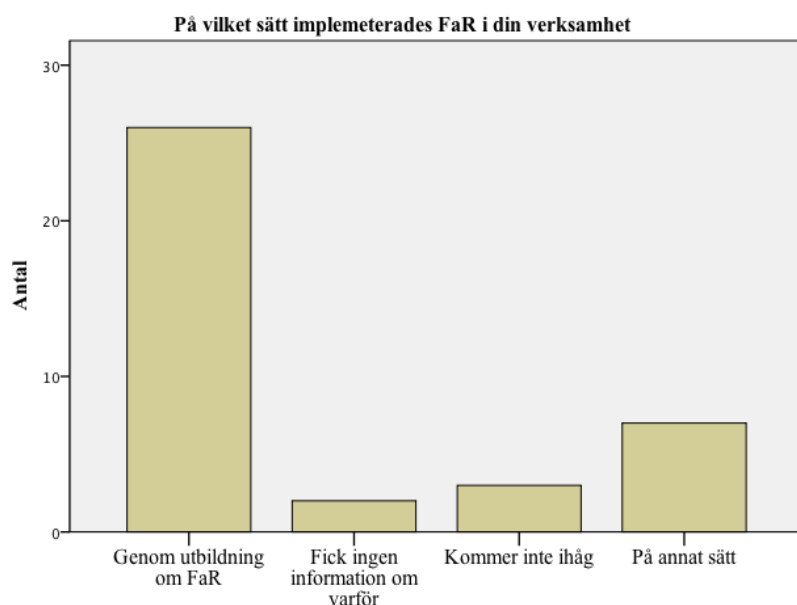
I studien ingick 38 distriktssköterskor från nio olika vårdcentraler i södra Sverige, både privata och landstingsägda vårdcentraler som valde att svara på denna enkätstudie vilken genomfördes hösten 2014. Av de 38 distriktssköterskorna som svarade på enkäten var alla kvinnor och på frågan om vad de hade för utbildningsnivå, om de hade en distriktssköterskeutbildning med en magisterexamen eller en distriktssköterskeutbildning utan magisterexamen, visade det sig att 6 (15,8 %) av respondenterna hade en akademisk magisterexamen och 84, 2 % en yrkesexamen som distriktssköterska (Figur 1.):



(Figur 1. Skillnader i utbildning mellan distriktssköterskor.)

Kunskaper om FaR®

FaR® implementerades i verksamheten genom utbildning (68,4%), annat sätt (18,4%), ingen information (5,3%) och 7,9 % av de tillfrågade distriktssköterskorna kommer inte ihåg hur FaR® implementerades i verksamheten (Figur 2.).



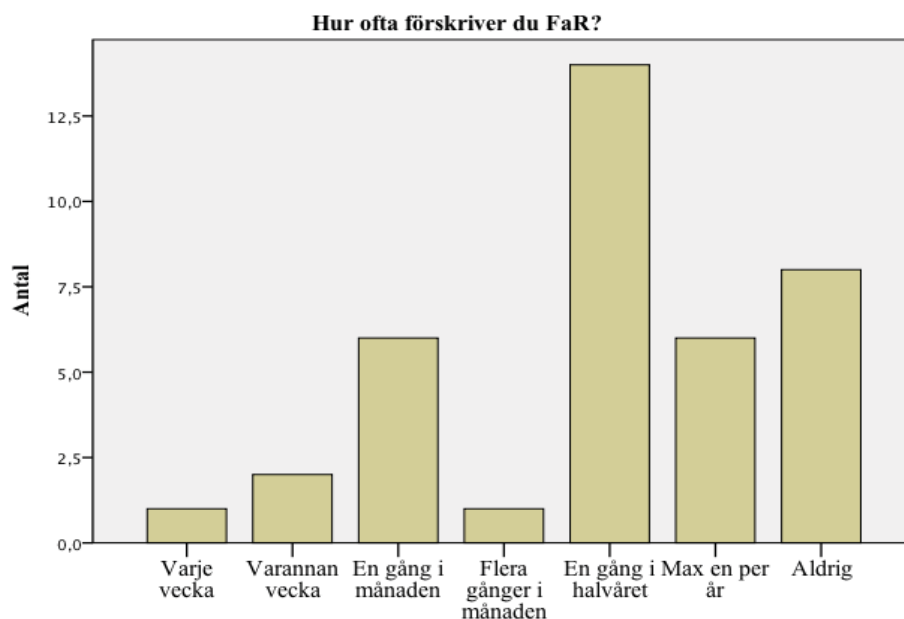
(Figur 2. Hur FaR® implementerades i verksamheten.)

De sju distriktssköterskorna som svarade på annat sätt (Figur 2.) anger bland annat att de fått informationen via sjukgymnasterna, läst om det själva, fått information då de driver specialistmottagningar inom livsstil- och hjärta/kärlmottagning samt fått information om det under distriktssköterskeutbildningen. En av distriktssköterskorna anger också här att informationen har varit sparsam.

På flervalsfrågan om vilka kunskaper distriktssköterskorna har för att förskriva FaR® svarar 17 av respondenterna att de har gått utbildning, och 14 svarar att det har ett eget intresse och är självlärda. Alternativet annat svarar 11 distriktssköterskor och av dem svarar tre att de har fått kunskap genom distriktssköterskeutbildningen. En distriktssköterska anger att de fått information på avdelningsträff och andra svar är bland annat att de har blivit visade av annan distriktssköterska eller att de fått kunskapen i egenskap av diabetessköterska. Här svarar en annan distriktssköterska att det var längesedan de fick utbildning och en distriktssköterska anger också att utbildningen inom landstinget behöver uppdateras.

Förskrivning av FaR®

FaR® förskrivs framförallt en gång i halvåret (36,8%) , en gång i månaden (15,8%), varannan vecka (5,3%) medan lika många (2,6%) av distriktssköterskor förskriver FaR® varje vecka som flera gånger i månaden (Figur 3.).



(Figur 3. Hur ofta distriktssköterskorna förskriver FaR®.)

Det gick också att se i resultatet (Figur 3.) att lika många som förskriver FaR® en gång i månaden (15,8%) anger att de gör max en förskrivning per år (15,8%), och fler (21,1%) av distriktssköterskorna svarar att de aldrig förskriver FaR®.

De distriktssköterskor i denna studie som svarat att de aldrig förskriver FaR® anger att anledningen till det är framförallt att det inte varit aktuellt och att de inte träffar på detta patientklientel. Det var åtta av distriktssköterskorna som svarade att det inte har blivit aktuellt, fyra svarar att de inte kommer i kontakt med patienter där det skulle vara aktuellt med förskrivning av FaR®. De tre distriktssköterskor som svarar annat, anger att det är tiden som saknas samt att de inte har någon möjlighet att följa upp förskrivningen. Två distriktssköterskor svarar att de saknar kunskap om FaR® och därför inte heller förskriver några. Inga av de tillfrågade svarade att anledningen till att de aldrig förskrev FaR® berodde på att det inte trodde på FaR® som metod.

På frågan om på vilka indikationer som distriktssköterskorna förskriver FaR® visar resultatet i studien att det framförallt är vid indikationer som övervikt eller vid högt eller lågt blodtryck som FaR® förskrivs. Andra indikationer som distriktssköterskorna anger att de förskriver FaR® vid är värk, till astma/KOL patienter och till diabetiker, men även vid rökstopp och illamående (Tabell 1.).

Tabell 1. De indikationer som FaR® förskrivs vid.

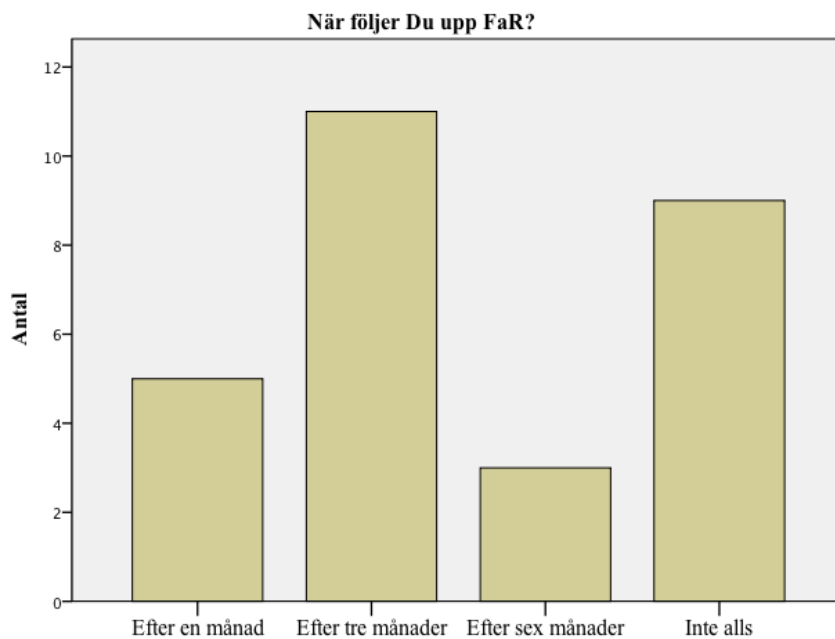
På vilka indikationer förskriver Du FaR®?	Antal
Övervikt	22
Högt eller lågt blodtryck	19
Värk	8
Diabetes	6
Astma/KOL	3
Rökstopp	1
Psykiskt illamående	1

Det som förskrivs vid indikationerna ovan (Tabell 1.) är främst promenader, gym, stavgång, simning och gymnastik. Bollsporter förskrivs aldrig och få förskriver löpning.

Uppföljning av FaR®

Av de som förskriver FaR® anger 67,6 % att de inte har några rutiner för att göra en uppföljning, och anledningen till det är enligt distriktssköterskorna framförallt att det är tiden som gör att de inte har några rutiner för att göra en uppföljning då tio av distriktssköterskorna svarade att de inte hade tid. Det var tre distriktssköterskor som svarade att verksamheten inte tillåter det och lika många svarade att de inte har kunskap om vad det är som ska följas upp, medan två av distriktssköterskorna svarade att de inte vet hur de ska gå tillväga. Andra anledningar till att FaR® inte följs upp är enligt respondenterna att de förskriver så sällan att det därför inte blir av, att de är ovana och har ingen tid att lära sig, eller att de följer upp i diabetespatienterna vid nästa besök, en distriktssköterska svarar att hon träffar sina patienter ofta och att det därför inte blir några direkta rutiner kring uppföljning av FaR®.

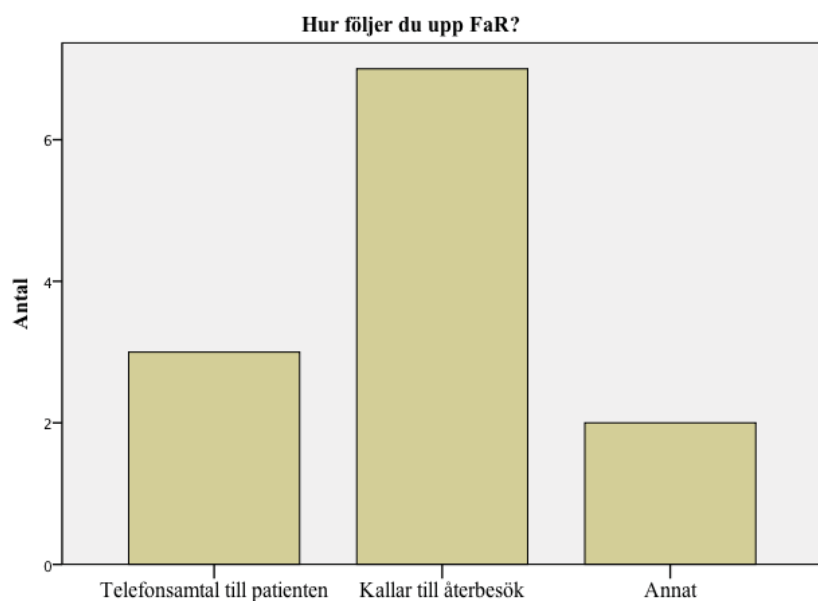
På frågan om när FaR® följs upp svarade de flesta av distriktssköterskorna att de följer upp sin förskrivning efter tre månader (39,3%) men nästan lika många följer aldrig upp sin förskrivning (32,1%) (figur 4.). Annars sker uppföljning efter en månad (17,9%) och efter sex månader gör minst (10,7%) andel av distriktssköterskorna en uppföljning (Figur 4.).



(Figur 4. När i tiden FaR® följs upp.)

Resultatet visar på att 39,3 procent av distriktssköterskorna att de följer upp sin förskrivning efter tre månader, 17,9 procent svarade att uppföljning sker efter en månad och 10,7 procent av respondenterna gör en uppföljning efter sex månader. De resterande nio distriktssköterskorna svarar att de aldrig följer upp sin förskrivning (Figur 4.).

Genom att kalla till återbesök är det vanligaste sättet för distriktssköterskorna att följa upp FaR® på, då 58,3 procent av distriktssköterskorna i studien svarar att det är på det sättet som de gör sin uppföljning. Av de resterande distriktssköterskorna anger 25 procent att uppföljningen sker via telefonsamtal och två av respondenterna svarar att de följer upp på annat sätt, vilket de anger kan vara när de kommer på återbesök till vårdcentralen för något annat. Ingen av distriktssköterskorna svarar att de har kontakt för uppföljning via mail eller sms (Figur 5.).



(Figur 5. På vilket sätt FaR® följs upp.)

Det som följs upp är framförallt fysisk aktivitet, vikt samt blodtryck som följs upp men även BMI (Body Mass Index) och blodprover. Av respondenterna svarar även tre på alternativet annat där de anger, kostvanor, motivation och spirometri på vad de följer upp (Tabell 2.).

Tabell 2. Vad som följs upp när ett FaR® förskrivs.

Vad är det Du följer upp?	Antal
Fysisk aktivitet	19
Vikt	16
Blodtryck	12
BMI- Body Mass Index	7
Blodprover	2
Kostvanor	1
Motivation	1
Spirometri	1

På frågan om det finns riktlinjer eller lathundar som de använder eller skulle kunna använda sig av vid förskrivning av FaR®, så visar resultatet på att flertalet av distriktssköterskorna anser att det finns det. Det var 69,7 procent av distriktssköterskorna svarade att det finns riktlinjer eller lathundar att använda medan två av respondenterna svarade att det inte finns, och 24,2 procent svarar att det inte vet om det finns riktlinjer eller lathundar att använda vid förskrivning av FaR®.

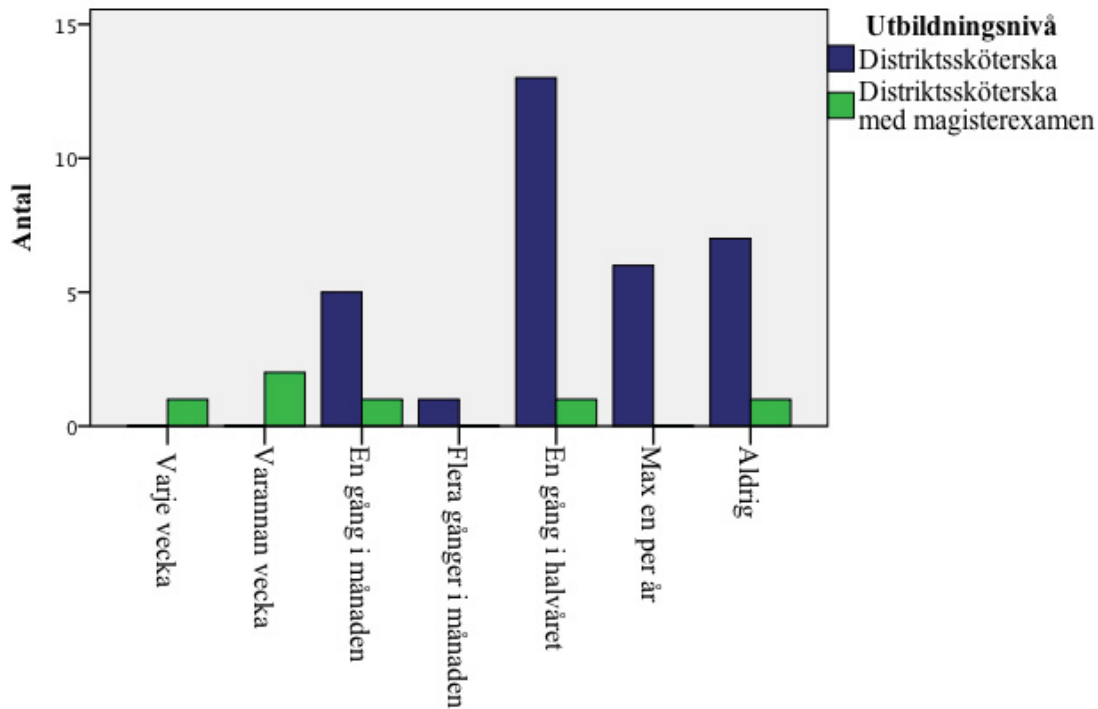
Distriktssköterskorna i denna studie svarar att de skulle förskriva FaR® i större utsträckning om det framförallt fick mer tid samt att de behöver mer kunskap. Av respondenterna svarade då 70,6 procent att de vill ha mer tid för att förskriva mer FaR® och 38,2 procent vill ha mer utbildning medan 7,4 procent av distriktssköterskorna anser att de förskriver tillräckligt många FaR®. Det var två distriktssköterskor som svarar annat och anger bland annat att de önskar mer samarbete med sjukgymnasterna för att förskriva fler FaR®.

Denna studie visar på att de deltagande distriktssköterskorna tycker att själva metoden FaR® är en bra metod för att göra en livsstilsförändring då 91,4 procent svarar att de tror på metoden, medan två har svarat att de inte vet och en av de tillfrågande distriktssköterskorna svarade att hon inte ansåg att metoden FaR® är en bra metod. En av distriktssköterskorna har också angett att många utnyttjar metoden för att få bidrag och kunna gå billigare gå på gym och är därför tveksam till metoden.

Distriktssköterska med magisterexamen

För att se om det fanns någon skillnad i utbildningsnivån mellan distriktssköterskor med magisterexamen eller dem utan magisterexamen, på hur de använder sig av metoden och om det skiljer sig något mellan hur de förskriver metoden FaR® har jämförelser gjorts dem i mellan. En statistisk analys gjordes för att undersöka om det fanns signifikanta skillnader mellan grupperna vilken visar att distriktssköterskor med magisterexamen förskriver i högre utsträckning FaR® jämfört med distriktssköterskor utan magisterexamen (p-värde 0,006). Vilket visar på att det finns signifikanta skillnader mellan utbildningsnivåerna när det gäller förskrivning av FaR® (Figur 6.).

Hur ofta förskriver du FaR?



(Figur 6. Skillnader i hur FaR® förskrivs beroende på utbildning.)

Av de tillfrågade distriktssköterskorna har 15,8 procent en magisterexamen och resultatet visar på att det är de som har rutiner för hur de följer upp FaR®, och att de följer upp FaR®, det fanns dock inga signifikanta skillnader. Av de som inte har en magisterexamen svarade 21,9 procent att de aldrig förskriver FaR® medan av de med magisterexamen svarade 12 procent att de aldrig förskriver FaR®. När det gäller frågan om hur de följer upp FaR® svarar hälften (50 %) av de med en magisterexamen att de har rutiner för hur de gör en uppföljning. Detta jämfört med de som inte har en magisterexamen där mer än 28 procent svarar att de har rutiner för uppföljning. Det går också att se skillnad mellan utbildningarna när det gäller vad frågan om vad som skulle få dem att förskriva mer FaR®, då 71,4 procent av distriktssköterskorna utan magisterexamen och 66,7 procent av de med en magisterexamen svarar att mer tid skulle göra att de förskrev fler FaR® än idag. Det fanns inga signifikanta skillnader där heller, vilket går att se i tabellen nedan (Tabell 3.) (Wahlgren, 2008).

Tabell 3. Tabell över hur FaR® används av distriktssköterska med eller utan magisterexamen.

Variabler	Distriktssköterska med magisterexamen n = 6	Distriktssköterska utan magisterexamen n = 32	p- värde
<u>Hur ofta förskriver du FaR®</u>			0.006
Varje vecka	1	0	
Varannan vecka	2	0	
En gång i månaden	1	5	
Flera gånger i månaden	0	1	
En gång i halvåret	1	13	
Max en gång per år	0	6	
Aldrig	1	7	
<u>Har du rutiner för att följa upp FaR®?</u>			0,309
Ja	3	8	
Nej	3	20	
<u>Vad skulle få dig att förskriva FaR® i större utsträckning än idag?</u>			
Mer tid	4	20	0,816
Mer utbildning	4	9	0,114
Förskriver tillräckligt många	1	1	0,216

För att förskriva FaR® i större utsträckning än vad som görs idag svarade 66,7 procent av distriktssköterskorna med magisterexamen att de behöver mer utbildning, jämfört med 32,1 procent av de distriktssköterskor som saknar magisterexamen (Tabell 3.).

Diskussion

Syftet med studien var att beskriva distriktssköterskors förskrivning av Fysisk aktivitet på Recept- FaR®. Genom en enkät med frågeställningar som; Hur ofta de förskriver FaR®? Varför de förskriver? Vad de förskriver? Hur de följer upp sin förskrivning av FaR®. En jämförelse gjordes också mellan distriktssköterskor med magisterexamen och distriktssköterskor utan magisterexamen, hur de förskriver FaR®. Detta var inte själva syftet med studien men det upptäcktes att det fanns en signifikant skillnad mellan hur ofta FaR® förskrivs mellan de olika utbildningarna.

Metoddiskussion

Enkätstudie som metod visade sig vara en tidsbesparande metod som lämpade sig väl för att besvara studiens frågeställningar. Det visade sig genom att flera avdelningsföreståndare

förklarade att de gärna ställde upp på att svara på en enkät, om det gick snabbt, men inte på intervjuer då de inte ansåg att verksamheten kunde avsätta tid till det. Anledningen till att en enkätstudie valdes var att det redan fanns en magisteruppsats skriven om samma ämne vid institutionen (Mattsson, 2012). Den magisteruppsatsen var skriven utifrån en kvalitativ ansats med intervjuer och för att angripa metoden FaR® på ett annat sätt, och genom det få en annan typ av kunskap och för att bredda förståelsen av distriktssköterskors förskrivning av FaR® så bestämdes det att en kvantitativ enkätstudie skulle göras. En fördel med enkätstudier är att det går att fråga en stor grupp personer om samma sak och på samma sätt, och ett större antal distriktssköterskor önskades nås i denna studie för att öka förståelsen för förskrivning av FaR®, vilket är bra eftersom så många respondenter som möjligt önskas delta och svara på enkäten (Polit & Beck, 2012; Kristensson, 2014). En annan fördel med enkätstudier är enligt Polit och Beck (2012) att deltagarna har möjlighet att vara anonyma och att enkätstudier inte är så kostsamma som intervjuer kan vara. De är också mindre tidskrävande vilket var en stor fördel som framförallt märktes vid den första kontakten med vårdcentralerna. Enligt Bryman (2011) är just det en stor fördel med enkäter, att de kan besvaras när respondenterna har tid och möjlighet, som till exempel mellan samtal i telefonrådgivningen. Genom att lämna enkäten personligen skulle respondenterna kunna få en större valfrihet och möjlighet att svara direkt på enkäten och lämna in den i samband med distribueringen. Detta hade dock krävt att LR hade varit på plats under en längre tid på vårdcentralerna, vilket inte var möjligt, samt att det kan finnas en risk att respondenterna känner sig stressade och svarar ogenomtänkt på enkäten, vilket inte ger ett rättvist resultat (Kristensson, 2014). Enligt respons från flera respondenter så tyckte de att enkäten var intressant, enkel och gick snabbt att svara på vilket är viktigt eftersom det i en enkätstudie inte går att hjälpa respondenterna om det är en fråga som de till exempel inte förstår. Respondenterna hade dock kunnat erbjudas att få kontakt med LR på telefon för att få sådant som eventuellt var oklart förklarat, men detta erbjöds aldrig. Det är också viktigt att frågorna som ställs i enkäten är intressanta för att undvika att de som svarar på enkäten tröttnar, vilket de kan göra om det är allt för många oviktiga frågor (Bryman, 2011). Enkätens utformning med dess frågekonstruktion visade sig kunnat vara utformat på annat sätt, dels för att för att kunna göra fler analyser men också för att för att vissa frågor visade sig vara svåra att förstå. Resultatet av de 38 enkäterna analyserades sedan med en kvantitativ ansats och en deskriptiv statistisk analys användes för att analysera data, för att kunna tolka den numeriska informationen (Polit & Beck, 2012). Svaren på enkäterna matades sedan in i dataprogrammet SPSS -Statistical Package for the Social Sciences version 22 (Wahlgren, 2008; Polit & Beck,

2012). Då data som samlades in hade variabelnivåerna nominal och ordinal användes icke-parametriska analyser (Olsson & Sörensen, 2011; Polit & Beck, 2012; Ejlertsson, 2012). Chi-två metod användes för att testa om det fanns skillnader mellan grupper som med distriktssköterskor med eller utan magisterexamen, då det framkom när enkäterna samlades in att det fanns en skillnad mellan utbildningsnivåerna och hur FaR® förskrevs (Polit & Beck, 2012; Wahlgren, 2008). Hade enkäten varit formulerad på ett annat sätt och syftet med studien varit att mer ingående jämföra distriktssköterskor med eller utan magisterexamen till exempel, skulle mer avancerade statistiska analyser kunnat göras. Då det inte var syftet med studien så jämfördes inga andra variabler. Enkät som metod visade sig fungerar väl för att få svar på studiens syfte.

Validitet

Begreppet validitet används i kvantitativa studier och avser att mäta giltigheten av enkäten för att få reda på om den verkligen har mätt det som den är avsedd att mäta (Billhult & Gunnarsson, 2012d; Trost, 2012). Enkäten konstruerades av LR personligen då det inte fanns någon färdigkonstruerad enkät att använda, och genom att göra detta kunde frågorna i enkäten styras för att få svar på syftet. Nackdelen med att skapa en enkät själv kan vara att frågorna kan missförstås eller vara formulerade så att de inte går att sammanställa (Billhult & Gunnarsson, 2012c). Skulle däremot en färdigkonstruerad enkät använts så har den tidigare använts i studier och är väl testad för att undvika missförstånd (Billhult & Gunnarsson, 2012c; Bryman, 2011). Dock var inte detta möjligt då det enligt LR' s vetenskap inte finns något standardiserat frågeformulär som hade kunnat användas för att få svar på studiens syfte, detta övervägde dock inte fördelen med att skapa en helt egen enkät, även om det hade funnits en färdigkonstruerad, och en egen enkät med 12 frågor skapades därmed. En pilotstudie gjordes med en anhörig och några frågor korrigerades innan enkäten distribuerades.

Reliabilitet

Tillförlitligheten på enkäten och dess resultat beskrivs som reliabilitet och skulle mätningen göras om igen ska samma resultat visas (Trost, 2012; Gunnarsson & Billhult, 2012d). Det förutsätter dock att allt är statiskt, att respondenterna är på samma humör eller att de fyller i enkäten vid samma tidpunkt och så vidare (Trost, 2012). Det kan vara svårt vid en attitydundersökning att få samma svar på två mätningar då respondenterna kan ha ändrat sig under tiden mellan mätningarna (Olsson & Sörensen, 2011). Samma sak gäller med denna enkätstudie då förhoppningsvis flera av distriktssköterskorna fick sig en tankeställare och

påminnelse om att FaR® finns och att den är underutnyttjad, vilket förhoppningsvis kan leda till att fler FaR® förskrivs vilket skulle leda till att det inte blir samma resultat igen. På en vårdcentral där kontakt togs svarade avdelningsföreståndaren att de inte förskrev FaR®, utan att det var endast sjukgymnasterna som gjorde det. När detta då ifrågasattes så blev även avdelningsföreståndaren frågande till varför distriktssköterskorna på den aktuella vårdcentralen inte förskrev FaR®. Skulle enkäten delas ut på denna vårdcentral igen skulle troligtvis ett annat resultat än idag visas. Enligt Trost (2012) är det viktigt att frågorna som ställs i enkäten är enkla och med vanliga ord för att respondenterna inte ska missförstå frågorna utan att uppfatta dem på samma sätt, då fås det en hög grad av reliabilitet. Desto fler som svarar på enkäten, desto högre blir svarsfrekvensen och därmed också tillförlitligheten (Polit & Beck, 2012). Tillförlitligheten i denna enkätstudie skulle således kunna anses som stor då det var en hög svarsfrekvens (Kristensson, 2014).

Bias

Vid kvantitativa studier talas det också om bias vilket står för skevhet eller systematiska fel vilket nästan alltid sker i en studie (Kristensson, 2014). Ofta handlar det om personliga egenskaper eller synsätt (Billhult & Gunnarsson, 2012b) som på den vårdcentral som ingår i studien, där LR arbetat och därmed känner respondenterna. De ansträngde sig för att svara på enkäten och var inte anonyma utan skickade hälsningar på enkäten, vilket innebar att LR kunde förstå vem som fyllt i vilken enkät. Det verkar dock inte troligt att respondenterna skulle svara annorlunda om de inte kände den som hade skrivit enkäten (ibid), men möjligheten finns. Dock hade säkert inte svarsfrekvensen varit lika stor om respondenterna inte hade känt LR, men någon bias kan inte ses.

Bortfall

Vid en enkätstudie är det viktigt att enkäten är enkel att besvara på för att bland annat undvika interna bortfall (Bryman, 2011; Trost, 2012), vilket innebär att frågor i enkäten inte blir besvarade då deltagarna kanske av misstag hoppat över dem. Vid sammanställningen av enkäterna kunde ett visst internt bortfall ses, då alla frågor i formuläret inte blivit besvarade (Olsson & Sörensen, 2011). Detta hade eventuellt kunnat undvikas om pilotstudien hade gjorts på fler än bara en, och med någon som tillhör urvalet men troligtvis inte. Till vårdcentralen där enkäten distribuerades via mail räknades hela den vårdcentralen som ett externt bortfall, då de inte svarade på enkäten alls (ibid). Enligt Polit och Beck (2012) och Billhult och Gunnarsson (2012c) kan detta sätt att distribuera enkäten, via mail, vara både praktiskt och kostnadseffektivt men kan göra det svårt att få en uppfattning om hur stort

bortfallet blir. Ett visst externt bortfall blev det på alla vårdcentraler vilket det alltid ska räknas med (Polit & Beck, 2012). På en vårdcentral blev det ett större bortfall då två respondenter inte ville medverka i studien då de tyckte att de arbetat för kort tid på vårdcentralen, vilket var synd då de kunde svarat på enkäten i alla fall. Försök att få dessa att delta i studien och fylla i enkäten per telefon gjordes men misslyckades. Det är dock viktigt att komma ihåg att det är frivilligt att medverka i studien och att deltagarna kan avbryta sin medverkan när som helst de önskar (Polit & Beck, 2012), vilket också förklarades tydligt i informationsbrevet som både deltagare och avdelningsföreståndare/verksamhetschef fick ta del av (Bilaga 1).

Internt bortfall

Vid enkätundersökningar är det speciellt viktigt med pilotstudier eftersom det dröjer innan enkäten kommer tillbaka och eventuella problem upptäcks. Det är därför svårt att åtgärda uppkomna problem i efterhand, som när enkäterna sammanställdes och det upptäcktes att på en del enkäter hade inte alla frågor blivit besvarade (Bryman, 2011). Det var tre respondenter som inte svarade på alla frågorna, utan avslutade enkäten redan efter fråga tre (Bilaga 1) vilket gjorde att de blev ett internt bortfall. Hade en kvalitativ intervjustudie valts hade det gått att ställa följdfrågor, fördjupa, eller förtydliga svaren på frågorna vilket inte går vid en kvantitativ enkätstudie (Kristensson, 2014; Bryman, 2011; Polit & Beck, 2012). Det hade behövts när det till exempel gäller frågan om hur många år respondenterna har arbetat som sjuksköterska respektive distriktssköterska. Den frågan gick inte att använda i resultatet då respondenterna kunde svara att de hade arbetat som sjuksköterska i 36 år och som distriktssköterska i 35 år, vilket är helt orimligt. I just det fallet hade det gått att tolka om resultatet att respondenten hade jobbat som sjuksköterska i ett år och som distriktssköterska i 35 år. Det var dock alldeles för många som hade svarat orimliga svar eller svar som var svårtolkade för att kunna använda denna variabel. Hade frågan formulerats om och respondenterna hade fått ange årtal då sjuksköterskeutbildningen respektive distriktssköterskeutbildningen avslutades så hade det troligtvis blivit ett rätt resultat. Det borde också ha varit med en fråga om respondenternas ålder samt information om hur fysiskt aktiva de är själva, detta för att få en ännu bättre förståelse om de medverkande distriktssköterskorna (Polit & Beck, 2012). Skulle en färdigkonstruerad enkät använts hade kanske dessa misstag undvikits (Billhult & Gunnarsson, 2012c; Bryman, 2011), eller om en pilotstudie gjorts på någon som ingår i urvalet och inte på en anhörig. Vikten av att använda

FaR® förtydligades dock genom att enkäterna delades ut personligen och förhoppningsvis kunde det leda till att fler FaR® förskrivs.

Externt Bortfall

I denna studie svarade nästan 60 procent på enkäten (38 av 64) vilket skulle kunna tyda på att studien har en hög tillförlitlighet då ju fler som svarar på enkäten, desto högre blir svarsfrekvensen (Polit & Beck, 2012). Enligt Trost (2012) är en svarsfrekvens på mellan 50 till 75 procent vanligt vid en enkätundersökning, och enligt Polit och Beck (2012) är det inte ovanligt med en svarsfrekvens på mindre än 50 procent. Självklart hade en högre svarsfrekvens varit bättre och studien varit ännu mer tillförlitlig om fler personer hade svarat på enkäten. Enligt Polit och Beck (2012) är målet att ha så många deltagare som möjligt och som svarar på enkäten och genom att dela ut enkäten ut personligen, och genom att även påminna vårdcentralerna personligen telefonledes av LR kunde svarsfrekvensen ändå höjas. En personlig påminnelse en vecka efter att enkäten distribuerats, gjorde det möjligt för LR att motivera respondenterna att svara på enkäten för att få en bättre svarsfrekvens. Detta var ett effektivt sätt att göra en påminnelse på (Polit & Beck, 2012; Ejlertsson, 2012), det var dock både kostsamt och tidskrävande men de vårdcentraler där LR fick en bra och personlig kontakt med avdelningsföreståndare/verksamhetschef, där blev också svarsfrekvensen betydligt högre (Polit & Beck, 2012).

Generaliserbarhet

Urvalet i studien var distriktssköterskor inom primärvården som förskriver FaR®, eller har erfarenhet av att förskriva FaR®. Respondenterna arbetade alla inom ett förhållandevis litet geografiskt upptagningsområde med både privata samt landstingsägda vårdcentraler som arbetsgivare. Ett forskningsresultat ska långt som det är möjligt vara generaliserbart även utanför det urval eller område där forskningen har bedrivits (Polit & Beck, 2012; Olsson & Sörensen, 2011), vilket gör att det finns brister i metoden då upptagningsområdet var litet samt att antalet besvarade enkäter var förhållandevis få. Då alla enkäter delades ut samtidigt kunde det inte urskiljas om det var någon skillnad mellan de som svarade tidigt på enkäterna jämfört med de som svarade sent på enkäterna. Hade det gått att se och om de hade svarat på samma sätt hade det också kunnat styrka resultatet. Urvalet är dock representativt för en del av alla distriktssköterskor i Sverige eftersom både privata och landstingsägda vårdcentraler representerades, och själva svarsfrekvensen var hög i förhållande till antalet enkäter som delades ut, vilket är en styrka i studien. Resultatet i studien bör därför kunna användas då framförallt svarsfrekvensen var tillräckligt stor för att kunna generaliseras.

Resultatdiskussion

Implementering av FaR®

Det vanligaste sättet att implementera FaR® på i verksamheten visade sig vara genom utbildning. Närmare 70 procent av distriktssköterskorna angav utbildning som svar på hur FaR® implementerades. Andra sätt som de fick information om metoden var via sjukgymnasterna, läst om det själva, fått information då de driver specialistmottagningar inom livsstil- och hjärta/kärlmottagning samt fått information om det under distriktssköterskeutbildningen. Här kommer det också fram att informationen var sparsam och över fem procent av distriktssköterskorna svarade att de inte fick någon information om varför metoden implementerades i verksamheten. Vet inte distriktssköterskorna varför FaR® implementerades i verksamheten är det inte konstigt att de inte tar metoden till sig, och skulle kunna kopplas samman till den modifierade transteoretiska modellen och första steget som står för förnekelse. För att distriktssköterskorna ska ta metoden till sig så behöver de kunskap om metoden FaR® och förstå varför den ska implementeras. Tidigare forskning visar på att distriktssköterskor är motiverade och positiva till hälso- främjande arbete (Brobeck, Odenrants, Bergh & Hildingh, 2013; Socialstyrelsen, 2012; Wilhelmsson & Lindberg, 2009; Kardakis, Weinehall, Jerdén, Nyström & Johansson, 2013), vilket tyder på att de borde ta modellen FaR® till sig. Trots det finns det anledning att tro att det finns svårigheter att föra över teoretisk kunskap i praktiskt handlande vilket också visat sig en studie (Brobeck et al, 2013), som i det här fallet då vi vet att FaR® är en metod som faktiskt fungerar till att praktiskt börja använda den i det dagliga arbetet (Kallings, 2012). Det är också viktigt när hälso-främjande aktiviteter som FaR® implementeras bland hälso- och sjukvårdspersonal att se till så att det finns villkor för det i organisationen. Är inte hela organisationen med så finns det risk för att stora investeringar görs, och som inte går att fullfölja (ibid), och finns det då avdelningsföreståndare och verksamhetschefer som inte prioriterar det hälsofrämjande arbetet kan det vara svårt att genomföra. Tyvärr prioriteras distriktssköterskans hälso-främjande arbete lägre då medicinska uppgifter är det arbete som tar överhanden och som respekteras (Lindström, 2007). En organisation i primärvården med struktur och med en positiv attityd är en förutsättning för att det hälso-främjande arbete skall fungera (Brobeck et al, 2013) och där synen på det hälsofrämjande arbetet såsom FaR® lyfts fram.

Förskrivning av FaR®

En gång i halvåret är så ofta som de flesta distriktssköterskorna svarar att de förskriver FaR® och lika många som förskriver FaR® en gång i månaden gör det max en gång per år. Det visade sig också att det är fler som aldrig förskriver FaR® än som gör det en gång i månaden,

vilket skulle kunna styrka att FaR® är en underutnyttjad resurs (Kallings, 2012). För att förskriva mer FaR® än vad som görs idag så önskar sig distriktssköterskorna i den här studien framförallt mer tid, då så många som över 70 procent svarar att det är tiden som är det avgörande för om FaR® förskrivs eller inte. En orsak till att distriktssköterskorna önskar mer tid skulle kunna vara att det förebyggande arbetet inte prioriteras på arbetsplatsen (Socialstyrelsen, 2012), och undersökningar har visat att praktiska sköterskeuppgifter prioriteras över hälsofrämjande arbete, framför allt när tiden inte räcker till (Jerden, Hillervik, Hansson, Flacking & Weinehall, 2006; Lindström, 2007). Tyvärr innebär detta att det hälsofrämjande arbetet inte får så stort utrymme utan det är något som görs när det finns tid (Brobeck et al, 2013). Bohman, Mattsson och Borglin (2014) visar också i sin studie att det framförallt är tiden som gör att distriktssköterskor inte förskriver metoden FaR® i den utsträckning som de önskar. Tidsaspekten lyfts även fram av Kallings (2010) och i Socialstyrelsens rapport (2012) som i sin undersökning *”Sjukdomsförebyggande arbete inom hälso- och sjukvården”* också anger brist på tid som den viktigaste orsaken till att de inte arbetar med rådgivning kring levnadsvanor i den omfattningen som önskas. En anledning till denna tidsbrist kan vara att sköterskor upplever att arbetsbördan har blivit tyngre under de senaste åren, och att tiden därför inte räcker till (DeCola, Benton, Peterson & Matebeni, 2012), men förklarar inte specifikt varför FaR® inte förskrivs.

Distriktssköterskorna i denna studie önskar även mer kunskap för att förskriva fler FaR®, och enligt Faskunger (2013) finns det vårdpersonal som inte har kunskap om levnadsvanors betydelse för hälsa och livsstil. För att kunna använda och förskriva FaR® behöver kunskapen om den fysiska aktivitetens effekter på hälsan öka bland personalen inom hälso- och sjukvården. Enligt Socialstyrelsen (2012) finns det en brist på ämneskunskap om levnadsvanor bland hälso- och sjukvårdspersonal, detta gäller dock inte inom primärvården där det finns kompetens för att arbeta med rådgivning om fysisk aktivitet (ibid). Det gäller inte heller distriktssköterskan som enligt kompetensbeskrivning ska ha fördjupade kunskaper för att kunna uppmärksamma behovet av, och kunna rekommendera träning och aktivitet (Distriktssköterskeföreningen, 2008). Detta skulle kunna tyda på att det finns delade meningar om distriktssköterskors kompetens eftersom flera distriktssköterskor i den här studien önskar mer kunskap för att förskriva FaR®, och två distriktssköterskor svarar att de inte gör några förskrivningar alls eftersom de saknar kunskap om FaR®. Det finns studier som visar på att personal inom primärvården önskar bättre riktlinjer när det gäller hälsofrämjande metoder (Kardakis et al, 2013), och enligt Bohman et al (2014) är FaR® en

ganska komplicerad metod, vilket också skulle kunna vara en anledning till att distriktssköterskorna önskar mer kunskap om FaR®. Enligt den modifierade transteoretiska modellen behöver distriktssköterskorna som saknar kunskap om FaR® bli mer motiverade för att kunna ta kunskapen till sig, och därmed förstå varför det är viktigt med fysisk aktivitet och att FaR® är en metod som vi vet fungerar. Genom att gå framåt i de olika stegen i den transteoretiska modellen kan distriktssköterskan förhoppningsvis komma till de sista stegen där förändringen sker, och förskrivning av FaR® sker för att sedan gå till det sista steget där förskrivning av FaR® har blivit en vana och stanna där.

En del av själva förskrivningen av FaR® är uppföljning (FHI, 2011). Av de distriktssköterskor som svarar att de följer upp FaR® svarar flest distriktssköterskor att de följer upp sin förskrivning efter tre månader, vilket följer rekommendationerna från Statens folkhälsoinstitut (2011), men det är de lokala riktlinjerna- om det finns några, som bestämmer när uppföljningen ska ske rent tidsmässigt (ibid). Det är dock intressant att nästan lika många som följer upp sin förskrivning efter tre månader aldrig följer upp sin förskrivning av FaR®, speciellt eftersom just uppföljningen är en viktig del av själva förskrivningen (FHI, 2011; Kallings, 2012). Svårigheterna med just uppföljningen är att det är otydligt eftersom det inte finns några enhetliga rutiner när uppföljningen skall ske, det finns dock riktlinjer som kan följas (FHI, 2011; Bohman et al, 2014). Det kan också vara som i Landstinget Blekinge (2012) där det är upp till personalen om hur de vill arbeta med FaR® och där de förlitar sig helt på deras kunskap. Detta kan vara en anledning till att över 67 procent av distriktssköterskorna i den här studien svarar att de inte har några rutiner för att göra en uppföljning, och flera anger att det är just tiden som är orsaken till detta. Andra studier styrker just detta att det är många distriktssköterskor som upplever uppföljningen som svår och komplicerad då det oftast saknas rutiner för hur den ska ske, och att det inte finns någon tid avsatt för det heller (SBU, 2007; Mattsson, 2012; Bohman et al, 2014). Då uppföljningen ses som svår och komplicerad, och då det är en del av själva förskrivningen, kan det vara svårt för distriktssköterskorna att bli motiverade vilket i sin tur kan leda till att de inte tar metoden till sig vilket kan troligtvis förklaras med avsaknaden av enhetliga rutiner.

Det framkommer också i studien att ingen av de tillfrågade distriktssköterskorna följer upp sin förskrivning av FaR® via mail eller sms. Detta trots att Statens Folkhälsoinstitut (2011) föreslår att uppföljningen kan ske via mail eller sms, utan i denna studie visar det sig att det vanligaste sättet att göra sin uppföljning på är genom att kalla till återbesök. Tillgången till

internet ställer nya krav på hälso- och sjukvården och enligt Socialstyrelsen (2010) ska de kunna erbjuda individuellt anpassad service och interaktiva e-tjänster för att patienterna ska kunna vara delaktiga och självbestämmande utifrån sina egna förutsättningar. Vilket skulle kunna vara kontakt med distriktssköterskan via mail eller sms, dock menar Liljequist och Törnvall (2013) att det inte tas för givet att kontakten med sjukvården sker på detta sätt. Det finns studier som visar på att tid kan sparas för distriktssköterskan genom att kommunicera med patienterna via sms (Nilsson, Skär & Söderberg, 2009), och i England visar studier på hur skolsköterskan använder sms för att kommunicera med sina elever vilket varit positivt (Edicott & Clarke, 2014), och som även skulle kunna appliceras till distriktssköterskans arbete. Förväntningarna över att kunna kommunicera till exempel via mail och sms, kommer att öka på sjukvården framöver, och i dagsläget kan internet som resurs inom hälso- och sjukvården ses som underutnyttjad (Josefsson, 2011), vilket även styrks av denna studie då ingen av distriktssköterskorna använder denna kontaktväg med sina patienter. Den troliga anledningen till det skulle kunna vara att organisationen inte är anpassad för de möjligheter som faktiskt dessa sätt att kommunicera på erbjuder. Genom att kommunicera via sms eller mail används Informations- och kommunikationsteknik (IKT), vilket definieras som kommunikation och informationsutbyte som sker med hjälp av digital teknik, och som är en av sjuksköterskans kärnkompetenser. IKT kommer framöver att få en allt större betydelse inom hälso- och sjukvården och framförallt inom den förebyggande hälsovården (Sävenstedt & Florin, 2013). Vilket skulle vara positivt för distriktssköterskan att kunna kommunicera med patienterna via mail eller sms. Det borde vara ett relativt enkelt sätt för distriktssköterskan att kunna motivera dem, genom att till exempel skicka ett motiverande sms eller mail, för att gå framåt mot målet till att bli mer fysiskt aktiv.

De indikationer som distriktssköterskorna i den här studien främst förskriver FaR® till är övervikt och högt eller lågt blodtryck, vilket även Kallings, et. al. (2007) kommit fram till i sin studie att övervikt är en av de vanligaste diagnoserna vid förskrivning av FaR®. När det gäller fetma har vuxna med fetma fördubblats sedan 1990, och det har skett en kraftig ökning mellan åren 1980-2012, och fortfarande ökar fetman bland både kvinnor och män (Folkhälsomyndigheten, 2014). Detta kan vara en förklaring till att det är just vid framförallt fetma som FaR® förskrivs.

Den aktivitet som distriktssköterskorna i den här studien främst förskriver är promenader, och enligt flera studier är just promenader det vanligaste vid rådgivning om fysisk aktivitet samt vid förskrivning av FaR® (Douglas, Van Teijlingen, Torrance, Fearn, Kerr & Meloni, 2006;

Kallings & Leijon, 2003). Anledningen till att det är just promenader som förskrivs mest kan vara att det är en av de enklaste aktiviteterna att få in i de dagliga rutinerna, då det kan ske vid hemmet är det därmed lättare att få det till en vana som håller i sig, än att till exempel gå gym (Bohman et al, 2014; Leijon, Berndtsen, Ståhle, Ekberg, Festin, & Nilsen, 2010). Studier har också visat på att ekonomiska faktorer spelar in, då det är billigare att promenera än att gå på gym och att det därmed spelar roll för följsamheten och för att aktiviteten ska kunna bli en vana (Leijon, Faskunger, Bendtsen, Festin & Nielsen, 2011). Därför är just en sådan enkel aktivitet som promenader en bra förskrivning vid FaR®.

Distriktssköterska med magisterexamen

Det framkommer i denna studie att det finns skillnader i hur FaR® förskrivs mellan distriktssköterskor med en yrkesexamen, och distriktssköterskor med en akademisk examen. Distriktssköterskor med en magisterexamen förskriver både fler FaR® och mer frekventare än de utan, och det var endast en av distriktssköterskorna med magisterexamen svarar att hon aldrig förskriver FaR®. Detta jämfört med sju av de distriktssköterskor som saknar magisterexamen och svarar att de aldrig förskriver FaR®. Det finns även skillnader för hur huruvida de har rutiner över hur FaR® följs upp då så många som hälften av de med en magisterexamen har rutiner för hur de följer upp FaR®, medan endast lite mer än 28 procent av de som saknar magisterexamen följer upp FaR®. Skillnaden mellan de som aldrig följer upp FaR® är också stor. Så många som nästan 35 procent av de som inte har en magisterexamen gör aldrig någon uppföljning av FaR®, medan 20 procent av distriktssköterskorna med en magisterexamen svarar att de aldrig gör någon uppföljning. För att förskriva mer FaR önskar sig alla distriktssköterskorna mer tid men de distriktssköterskor med magisterexamen önskar även mer kunskap. Denna studie visar alltså på att distriktssköterskor med en magisterexamen använder och förskriver metoden FaR® mer än distriktssköterskor med en yrkesexamen. Det tyder på att distriktssköterskorna med en akademisk examen har tagit metoden FaR® till sig, har en förståelse om varför den behöver användas och att den verkligen fungerar. Genom att de regelbundet använder sig av metoden FaR® kan det kopplas till att de befinner sig i de sista stegen i den transteoretiska modellen (Prochaska et al, 1992).

Det är väl känt att utbildning och ekonomi har betydelse för hälsan (Geyer, Hemström, Richard & Vågerö, 2006; Fritzell, Nermo & Lundberg; 2004) och att de med högre utbildning har en bättre hälsa och är också mer fysiskt aktiva än de med en lägre

utbildning (Folkhälsoinstitutet, 2014; Socialstyrelsen & Statens folkhälsoinstitut, 2012). Det finns också forskning som visar på att personal inom primärvården som främjar fysisk aktivitet också är mer fysiskt aktiva själva. De deltar i mer utbildning om fysisk aktivitet jämfört med de som inte främjar fysisk aktivitet, och för lite tid eller för dåligt med resurser såg inte de som främjade fysisk aktivitet som ett hinder för att främja fysisk aktivitet (McDowell, McKenna & Naylor, 1997). Vilket skulle kunna stämma med distriktssköterskorna med magisterexamen i den här studien då de både förskrev FaR®, samt att de önskade mer utbildning när det gäller FaR®. Det hade varit intressant att se om det finns samband mellan respondenternas i den här studiens aktiviteter, det vill säga om distriktssköterskorna med magisterexamen är mer fysiskt aktiva än de utan. Detta för att få en förklaring på vad det är som gör att de förskriver mer FaR® än de utan en magisterexamen. En teori är att det finns anledning att tro att utbildning kan kopplas till förändringsbenägenhet, som till den transteoretiska modellen, då de som har utbildning också har kompetens och därmed också kunskap. Då de har kompetens och kunskap förstår de varför en förändring behövs, och är därmed mer förändringsbenägna själva och också mer aktiva. Detta borde enligt den transteoretiska modellen innebära att distriktssköterskorna befinner sig i de sista stegen, de är motiverade och vill göra en förändring men behöver hjälp med resurser som tid för att komma över i det fjärde steget för att förskriva FaR® för att sedan sluta i det femte steget där förskrivning av FaR® har blivit till en vana. Det saknas dock forskning eller studier som påvisar detta samband eller kan visa på att detta stämmer. Mer forskning behövs således för att styrka eller avfärda denna intressanta teori.

Slutsats

Distriktssköterskor är positiva till själva metoden FaR® men att det är precis som Kallings (2012) säger, en underutnyttjad resurs. Anledningen till det är framförallt för att tiden inte räcker till, men även att mer kunskap behövs för att förskriva FaR® i större utsträckning än idag. Intressant är också att ingen av distriktssköterskorna följde upp sin förskrivning via sms eller mail, vilket visar på att hälso- och sjukvården inte har kommit så långt i utvecklingen när det gäller informationsteknologi, då det är via sms och mail många kommunicerar idag. Det som var allra mest intressant och även oväntat i denna studie var att distriktssköterskor med magisterexamen förskriver mer och oftare FaR® än de utan, vilket innebär att utbildning har betydelse och att de distriktssköterskor med en magisterexamen troligtvis har en större insikt och förståelse när det gäller metoden FaR®, samt att de är mer förändringsbenägna.

Resultaten i denna studie kan förhoppningsvis leda till att fler FaR® förskrivs vilket kan leda till en aktivare och hälsosammare vardag, där sjukdomar och för tidig död orsakade av fysisk inaktivitet minskar. Det har dock visat sig att FaR® är en ganska komplicerat metod, men genom tydligare riktlinjer, utveckling av tekniken samt ett större engagemang inom hela hälso- och sjukvården där det hälsofrämjande arbetet får högre status, kan FaR® som metod utnyttjas fullt ut. Syftet med studien har besvarats, men mer forskning behövs för att utveckla metoden FaR®, till att förskrivas dagligen av distriktssköterskan för att motivera till ett mer aktivt och därmed hälsosammare liv.

Referenser

- Billhult, A., & Gunnarsson, G. (2012a). Analytisk statistik. I: M. Henricson, (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (Sid 317-326). Lund: Studentlitteratur
- Billhult, A., & Gunnarsson, G. (2012b). Bortfallsanalys och beskrivande statistik. I: M. Henricson, (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (Sid 305-314). Lund: Studentlitteratur.
- Billhult, A., & Gunnarsson, G. (2012c). Enkäter. I: M. Henricson, (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (Sid 139-149). Lund: Studentlitteratur.
- Billhult, A., & Gunnarsson, G. (2012d). Mätinstrument och diagnostiska test. I: M. Henricson, (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (Sid 151-162). Lund: Studentlitteratur.
- Bohman, D.M., Mattson, L., & Borglin, G. (2014). Primary healthcare nurses' experiences of physical activity referrals: an interview study. *Primary Health Care Research & Development* 10, 1-11.
- Brobeck, E., Odencrants, S., Bergh, H., & Hildingh., C. (2013). Health promotion practice and its implementation in Swedish health care. *International Nursing Review* 60, 374-380.
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder. 2:a upplagan*. Malmö. Liber.
- Cavill, N., Kahlmeier, S., & Racioppi, F. (2007). *Physical activity and health in Europe: evidence for action*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- DeCola, P., Benton, D., Peterson, C., & Matebeni, D. (2012). Nurses' potential to lead in non-communicable disease global crisis. *International Nursing Review* 59, 321-330.
- Distriktssköterskeförbundet (2008). *Kompetensbeskrivning Distriktssköterska*. <http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/Kompetensbeskrivningar-publikationer/Distriktskoterksa.Kompbeskr.webb.pdf>
Hämtad 2014-10-30
- 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 experience. *Journal of Advanced Nursing* 55 (2), 159-168.
- Draper, J. (2004). The relationship between research question and research design. I Crookes, P & Davies, S. (Eds.). *Research into Practice: Essential Skills for Reading and Applying Research in Nursing and Health Care*. (sid 69-84). Edinburgh: Bailliere Tindall.
- Drevenhorn, E. (2013). Motiverande samtal. I: C. Bökberg, (Red.), *Omvårdnad i primärvården*. (Sid 101-110). Lund: Studentlitteratur.

Drevenhorn, E., & Österlund-Efraimsson, E. (2013). Distriktssköterskans mottagningar. I: C. Bökberg, (Red.), *Omvårdnad i primärvården*. (Sid 125-143). Lund: Studentlitteratur

Edicott, J., & Clarke, M. (2014). Nurses in step with the smartphone generation. *Primary Health Care* 24 (8), 20-24.

Ejlertsson, G. (2012). *Statistik för hälsovetenskaperna*. 2:a upplagan. Lund: Studentlitteratur.

Eklom-Bak, E., Eklom, B., & Hellenius, M-L (2010). Minskat stillasittande lika viktigt som ökad fysisk aktivitet. *Läkartidningen*: 107 (9): 587-8.

Faskunger, J. (2013). *Fysisk aktivitet och folkhälsa*. Lund: Studentlitteratur.

Folkhälsomyndigheten. *Sätt Sverige i rörelse*.

<http://www.folkhalsomyndigheten.se/far/nationella-insatser/satt-sverige-i-rorelse/>

Hämtad 2014-01-05

Folkhälsomyndigheten (2014). *Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2014*.

<http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/17825/Folkhalsan-i-Sverige-arsrapport-2014.pdf>

Hämtad 2014-10-08

Folkhälsomyndigheten (2013). *Nationella folkhälsoenkäten-Hälsa på lika villkor*.

<http://www.folkhalsomyndigheten.se/nationella-folkhalsoenkaten>

Hämtad 2014-10-13

Fritzell, J., Nermo, M., & Lundberg, O. (2004). The impact of income: assessing the relationship between income and health in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*; 32: 6-16.

Geyer, S., Hernström, O., Peter, R., & Vågerö, D. (2006). Education, income, and occupational class cannot be used interchangeably in social epidemiology. Empirical evidence against a common practice. *Journal of Epidemiol Community Health*; 60(9): 804-810.

Grandes, G., Sánchez, A., Torcal, J., Ortega Sánchez-Pinilla, R., Lizarraga, K., Serra, J & The PEPAF Group. (2008). Targeting physical activity promotion in general practice: Characteristics of inactive patients and willingness to change. *BMC Public Health*, 8:172.

Hansen, A., & Sundberg, C. J. (2014). *Hälsa på recept*. Stockholm: Fitnessförlaget.

Henricson, M., (Red.) (2012). *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur

Holm-Ivarsson, B. (2014). *Sjukdomsförebyggande metoder. Samtal om levnadsvanor i vården*. Stockholm; Natur & Kultur.

Jerden, L., Hillervik, C., Hansson, A-C., Flacking, R., & Weinehall, L. (2006). Experiences of Swedish community health nurses working with health promotion and patient-held health record. *Scandinavian Journal of Caring Science* 20; 448-454.

Josefsson, U. (2011). *Patienters användning av internet. Landskap och vägar för "coping online"*. Lund: Studentlitteratur.

Kallings, L & Leijon, M. (2003). *Erfarenheter av Fysisk aktivitet på recept – FaR*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Kallings, L., Leijon, M., Hellénus, M-L., & Ståhle, A. (2007). Physical activity on prescription in primary health care: a follow-up of physical activity level and quality of life. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports* 2008: 18: 154–161.

Kallings, L., Leijon, M., Kowalski, J., Hellénus, M-L., & Ståhle, A. (2009). Self-Reported Adherence: A Method for Evaluating Prescribed Physical Activity in Primary Health Care Patients. *Journal of Physical Activity and Health*, 6, 483-492.

Kallings, L. (2010). *Fysisk aktivitet på recept i Norden – erfarenheter och rekommendationer*. Göteborg: Nordiska Högskolan för Folkhälsovetenskap, NHV.

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

Kardakis, T., Weinehall, L., Jerdén, L., Nyström, M E., & Johansson, H. (2013). Lifestyle interventions in primary health care: professional and organizational challenges. *European Journal of Public Health*, Vol. 24, No 1, 79-84.

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I: M. Henricson, (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (Sid 69-94). Lund: Studentlitteratur.

Kostenius, C., & Lindqvist, A-K. (2006). *Hälsovägledning. Från tanke till handling*. Danmark: Studentlitteratur.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik- för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.

Landstinget Blekinge. (2012). Personalhandledning.

Leijon, M., Berndtsen, P., Ståhle, A., Ekberg, K., Festin, K., Nilsen, P. (2010). Factors associated with patients self-reported adherence to prescribed physical activity in routine primary health care. *BioMed Central Family Practice* 11, 38.

Leijon, M., 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* 2011; 29: 234-240.

Leijon, M., & Jacobson, M. (2006). *Fysisk aktivitet på recept-fungerar det? En utvärdering av Östgötamodellen*. Linköping: Folkhälsovetenskapligt centrum i Östergötland.

Liljequist, D., & Törnvall, E. (2013). Informatik och eHälsa. I: J. Leksell, & M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser*. (Sid 295-330). Stockholm: Liber.

- Lindström, A-C. (2007). *Something that no longer exists-the district nurses professional practice at the primary health centre from a gender perspective*. Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska Akademin vid Göteborgs Universitet.
- Mattsson, L. (2012). *Distriktssköterskors erfarenheter av FaR®*. (Magisteruppsats). Karlskrona: Blekinge Tekniska Högskola.
- McDowell, N., McKenna, J., & Naylor, P-J. (1997). Factors that influence practice nurses to promote physical activity. *British Journal of Sports Medicine* 31, 308-313.
- Nilsson, C., Skär, L., & Söderberg, S. (2009). Swedish District Nurses' experiences on the use of information and communication technology for supporting people with serious chronic illness living at home – a case study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*; 2010; 24; 259-265.
- Norcross, J.C., Krebs, P.M., & Prochaska, J.O. (2011). Stages of Change. *Journal of clinical psychology*. Vol. 67 (2), 143-154.
- Olsson, H., & Sörensen, S, (2011). *Kvalitativa och kvantitativa perspektiv-Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber.
- Pedersen, PK., & Saltin, B. (2005). Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports* 2006: 16 (Suppl. 1): 3–63
- Persson, G., Brorsson, A., Ekvall-Hansson, E., Troein, M., & Strandberg, E-L. (2013). Physical activity on prescription (PAP) from the general practitioner's perspective – a qualitative study. *BMC Family Practice* 14:128.
- Persson, G., Ovhed, I., & Ekvall-Hansson, E. (2010). Simplified routines in prescribing physical activity can increase the amount of prescriptions by doctors, more than economic incentives only: an observational intervention study. *BMC Research Notes*. 3:304.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing Research, Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 9th rev Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., & Norcross, J.C. (1992). In Search Of How People Change. Applications to Addictive Behaviors. *American Psychological*. Vol. 47. No 9. 1102-1114.
- SBU. (2007). *Metoder för att främja fysisk aktivitet. En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*.
- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*.
- Shepard, RJ., & Balady, GJ. (1999). Exercise as cardiovascular therapy. *Circulation*, 99, 963-72.
- Shinitzky, H., & Kub, J. (2001). The art of motivating behavior change: The use of motivating interviewing to promote health. *Public Health Nursing*, Vol. 18 No. 3, pp.178-185.

Socialstyrelsen. (2010). *Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg.*

<http://www.nationellehalsa.se/Content/Cms/img/temp/b38c1b84.pdf>

Hämtad 2014-10-19.

Socialstyrelsen (2011). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011.*

Socialstyrelsen & Statens folkhälsoinstitut (2012). *Folkhälsan i Sverige - Årsrapport 2012.*

Socialstyrelsen (2012). *Sjukdomsförebyggande arbete inom hälso- och sjukvården: en enkätstudie 2012.* Stockholm: Socialstyrelsen.

SOSFS 2001:16. *Socialstyrelsens föreskrifter om kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel.*

Statens folkhälsoinstitut (FHI) (2011). *FaR® Individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet.* Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). (2014). *Vårdbarometern 2013.* Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

Sävenstedt, S., & Florin, J. (2013). Informations- och kommunikationsteknik. I: Edberg, A-K., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H., & Öhlén, J. (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå- kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden.* (Sid 217-258).

Lund: Studentlitteratur

Trost, J. (2012). *Enkätboken.* Lund: Studentlitteratur.

Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet (YFA). (2008). *FYSS 2008, Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling.* Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet (YFA). (2011). *Rekommendationer om fysisk aktivitet för vuxna.*

<http://www.yfa.se/wp-content/uploads/2012/03/SLS-Rekommendationer-om-fysisk-aktivitet-f%C3%B6r-vuxna-2011.pdf>

Hämtad 2014-05-07

Västra Götalandsregionen (2010). *LATHUND vid FaR® förskrivning.*

http://www.vgregion.se/upload/Fysisk%20aktivitet%20p%C3%A5%20recept/Lathund_FaR_101124.pdf

Hämtad 2014-04-01

Wahlgren, L. (2008). *SPSS steg för steg.* Lund: Studentlitteratur.

Wilhelmsson, S., & Lindberg, M. (2009). Health promotion: Facilitators and barriers perceived by district nurses. *International Journal of Nursing Practice*; 15: 156-163.

World Health Organization (WHO). (2011). *Global recommendations on physical activity for health.*

<http://www.who.int/dietphysicalactivity/leaflet-physical-activity-recommendations.pdf?ua=1>

Hämtad: 2014-04-27.

World Health Organization (WHO). (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986.*

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

Hämtad: 2014-10-16

World Health Organization (WHO). (2014). *Physical activity.*

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/>

Hämtad: 2014-04-27.

World Health Organization (WHO). (1948). *WHO definition of Health.*

<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

Hämtad 2014-10-15

World Medical Association (2008). *WMA Declaration of Helsinki- Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects:* World Medical Association.

Wästberg, E., & Ardenvik, E. (2013). Primärvårdens ansvar och uppgifter. I: C. Bökberg, (Red.), *Omvårdnad i primärvården.* (Sid 51-58). Lund: Studentlitteratur.

Bilageförteckning

Bilaga 1: Informationsbrev till respondenterna och enkätstudien.



Enkätstudie om distriktssköterskors användning av Fysisk aktivitet på Recept -FaR®.

Till Dig distriktssköterska som förskriver FaR®.

Vi vet att fysisk aktivitet kan främja, förebygga och behandla fysiska och psykiska sjukdomstillstånd. Fysisk inaktivitet är en hög riskfaktor när det gäller sjukdomar och är en av de fyra ledande riskfaktorerna till den globala dödligheten. I Sverige visar forskning på att vi blir mer allt mer stillasittande. Fysisk aktivitet på Recept FaR® är en metod att använda för att främja fysisk aktivitet, och därmed förebygga sjukdomar eller sjukdomsförlopp. Studier visar på att metoden fungerar och att de som fått fysisk aktivitet på recept utskrivet ändrar sin livsstil och blir mer fysiskt aktiva. Trots detta utnyttjas inte metoden fullt ut, varför är det så?

Jag heter Lisa Richardsson och läser till specialistsjuksköterska med inriktning mot distriktssköterska på Blekinge Tekniska Högskola. Målet med min studie är att ta reda på varför FaR® inte används fullt ut och hur uppföljningen av FaR® går till då det är en viktig del när det gäller själva förskrivning av FaR®.

För att få reda på hur Du som distriktssköterska använder dig av metoden FaR® har jag denna enkät till hjälp. Frågorna handlar om hur Du som distriktssköterska använder FaR® och vad du har för syn på FaR® som metod. Enkäterna kommer att lämnas av mig personligen på din Vårdcentral i början på september 2014 och den består av 12 frågor. Med svaren från enkäten kommer sedan ett magisterarbete att skrivas utifrån. Inga uppgifter kommer att vara kopplade till dig eller den vårdcentral där du arbetar. Detta är frivilligt och du avgör själv om du vill svara på frågorna i denna enkät och du kan när som helst avbryta din medverkan utan förklaring.

Vid frågor angående studien:

Studerande:
Leg. Sjuksköterska
Lisa Richardsson

Handledare:
Universitetslektor och Utbildningledare HIHA
Christel Borg

Enkätstudie om distriktssköterskors användning av metoden Fysisk aktivitet på Recept- FaR®.

Vänligen ringa in eller stryk under dina svar, mer än ett alternativ kan väljas.

Kön:

- Man.
- Kvinna.

Utbildning:

- Distriktssköterska.
- Distriktssköterska med magisterexamen.

Erfarenhet:

Arbetat som sjuksköterska i antal år:

-

Arbetat som distriktssköterska i antal år:

-

1. På vilket sätt implementerades FaR® i Din verksamhet?

Genom utbildning om FaR® och dess betydelse.

Fick ingen information om varför.

Kommer inte ihåg.

På annat sätt.....

2. Vilka kunskaper har Du för att förskriva FaR®?

- Gått utbildning.
- Eget intresse/självlärd.
- Saknar kunskap.
- Annat.....

3. Hur ofta förskriver Du FaR®?

- Varje vecka.
- Varannan vecka.
- En gång i månaden.
- Flera gånger i månaden.
- En gång i halvåret.
- Max en per år.
- Aldrig.

Om aldrig. Varför?

- Saknar kunskap.
- Har ej blivit aktuellt.
- Träffar ej på detta patientklientel.
- Tror inte på det.
- Annat.....

4. På vilka indikationer förskriver Du FaR®?

- Övervikt.
- Värk.
- Högt eller lågt blodtryck.
- Förskriver inte FaR®.
- Annat.....

5. Vad är det Du förskriver vid FaR®?

- Bollsporter.
- Stavgång.
- Promenad.
- Löpning.
- Gym.
- Annat.....

6. Har Du några rutiner för att följa upp FaR®?

- Ja.
- Nej.

Om nej:

- Vet inte hur jag ska gå tillväga?
- Har inte kunskap om vad det är som ska följas upp.
- Har inte tid.
- Verksamheten tillåter det inte.
- Annat.....

7. När följer Du upp FaR®?

- Efter en vecka.
- Efter en månad.
- Efter tre månader.
- Efter sex månader.
- Inte alls.

8. Hur följer Du upp FaR®?

- Telefonsamtal till patienten.
- Via SMS.
- Via mail.
- Kallar till återbesök.
- Annat.....

9. Vad är det som Du följer upp?

- Fysisk aktivitet.
- Vikt.
- Blodtryck.
- BMI.
- Blodprover.
- Annat.....

10. Finns det riktlinjer eller lathundar som Du använder eller skulle kunna använda vid förskrivning av FaR®?

- Ja.
- Nej.
- Jag vet inte.

11. Vad skulle få Dig att förskriva FaR® i större utsträckning än idag?

- Mer utbildning.
- Mer tid.
- Förskriver tillräckligt många.
- Annat.....

12. Anser Du att FaR® är en bra metod för att göra en livsstilsförändring?

- Ja.
- Nej.
- Jag vet inte.