



**LUNDS UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

# Distriktssköterskans erfarenheter av att använda Fysisk aktivitet på Recept. Med specifikt fokus på överviktiga/obesa patienter

Intervjustudie med tio distriktssköterskor

Författare: Jenna Khalil och Josefina Åkerberg

Handledare: Eva Drevenhorn

Magisteruppsats

November 2013

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Institutionen för hälsa, vård och samhälle  
Avdelningen för omvårdnad  
Box 157, 221 00 LUND

# Distriktssköterskans erfarenheter av att använda Fysisk aktivitet på Recept. Med specifikt fokus på överviktiga/obesa patienter

## Intervjustudie med tio distriktssköterskor

Författare: Jenna Khalil och Josefina Åkerberg

Handledare: Eva Drevenhorn

Magisteruppsats

November 2013

### Abstrakt

Fysisk inaktivitet är förknippat med sjukdomar och orsakar stora kostnader för samhället. Fysisk aktivitet på recept är en metod där patienten får ett individuellt anpassat recept på fysisk aktivitet (FaR). Eftersom distriktssköterskan kan använda FaR i det hälsofrämjande arbetet mot övervikt och fetma är det värdefullt att undersöka hns erfarenheter av den. Syftet var att beskriva distriktssköterskans erfarenheter av fysisk aktivitet på recept med specifikt fokus på överviktiga/obesa patienter. Kvalitativ innehållsanalys användes som metod. Tio distriktssköterskor deltog i semistrukturerade intervjuer. Resultatet visade hur distriktssköterskans arbete med att förskriva FaR har påverkats efter fysiotekens nedläggning. Brister i mottagandet av patienter hos FaR-aktörer framkom. Tvärprofessionellt samarbete var en förutsättning för förskrivning av FaR och på en del vårdcentraler överläts förskrivningen till andra yrkesgrupper. Distriktssköterskan arbetade hälsofrämjande utifrån ett helhetsperspektiv för att öka patienternas fysiska aktivitet fastän det inte nödvändigtvis resulterade i ett FaR.

### Nyckelord

Adipositas, Distriktssköterska, Erfarenheter, Fysisk aktivitet på recept (FaR), Hälsofrämjande arbete, Primärvård, Övervikt

Avdelningen för omvårdnad  
Institutionen för hälsa, vård och samhälle  
Medicinska fakulteten  
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

# Innehållsförteckning

Innehållsförteckning .....	1
Problembeskrivning .....	2
Bakgrund .....	3
<i>Övervikt/obesitas</i> .....	3
<i>Kost och fysisk aktivitet</i> .....	5
<i>Fysisk aktivitet på recept- FaR</i> .....	6
Syfte .....	8
Metod .....	8
Urval av undersökningsgrupp .....	8
Forskningstradition och valt undersökningsinstrument .....	9
Genomförande av datainsamling .....	9
Genomförande av databearbetning .....	100
Etisk avvägning .....	122
Resultat .....	122
Förändring över tid .....	13
<i>Brister i stöd</i> .....	133
Krav på professionalitet .....	134
<i>FaR som verktyg</i> .....	14
<i>Sjukvården som stöd</i> .....	15
<i>Att arbeta ur ett helhetsperspektiv</i> .....	16
<i>Kartlägga patientens problem och resurser</i> .....	17
Organisationens betydelse .....	17
<i>Rutiner och riktlinjer</i> .....	18
<i>Förskrivning överläts till andra yrkesgrupper</i> .....	19
<i>Tvärprofessionellt samarbete</i> .....	19
Diskussion .....	21
Diskussion av vald metod .....	21
Diskussion av framtaget resultat .....	23
Slutsats/Fortsatt forskning .....	27
Referenser .....	29
Bilaga 1 (2) .....	355

## Problembeskrivning

Enligt Statens folkhälsoinstitut (2011) är de samhällsekonomiska kostnaderna för fysisk inaktivitet och högt Body Mass Index (BMI) beräknat till 25 miljarder kronor årligen. Stroke, diabetes typ 2 och hjärt-kärlsjukdomar som är relaterade till högt BMI (> 25) beräknas kosta 18 miljarder varje år. Även i de flesta länderna runt om i världen orsakar övervikt/ fetma och dess följsjukdomar höga sjukvårdskostnader (Malnick & Knobler, 2006).

Stillasittande livsföring bidrar till ökad fetma och en försämrad insulinkänslighet i skelettmuskulaturen (Statens folkhälsoinstitut, 2008). Fetma är förknippat med en mängd olika sjukdomar och tillstånd som diabetes, kranskärlsjukdomar och vissa typer av cancer (Statens folkhälsoinstitut, 2011). Övervikt leder till stigande blodtryck, högre blodfetter och störd sockerreglering och detta leder i sin tur till åderförkalkning. Övervikt kan även leda till sömnapné, astma, nedsatt fertilitet och ökad risk för graviditetskomplikationer. Bukfetma ökar risken för hjärt-kärlsjukdomar och diabetes på grund av att fettvävnaden i buken runt de inre organen spelar en stor roll i ämnesomsättningen (a.a). Risken att drabbas av diabetes ökar mer än 10 gånger när man blir överviktig efter att först ha varit normalviktig (Socialstyrelsen, 2003).

Distriktssköterskan har ett ansvar vad gäller att leda omvårdnadsarbetet kring en patient. Hen är den som samordnar och ser till att patienten får bästa möjliga vård. Distriktssköterskan har en betydande roll i och möjlighet att hjälpa patienter med övervikt till förändring. I specialistsjuksköterskeutbildningen framkommer det att distriktssköterskan skall ha den ledande rollen i patientens vård. Enligt Distriktssköterskeförbundet i Sverige (2008) behöver distriktssköterskan vara lyhörd för samhällsförändringar och hen ska ha beredskap för ett livslångt lärande samt ha förmåga att söka och tillämpa evidensbaserad kunskap.

Distriktssköterskans kan genom att vara närvarande, lyhörd och bekräftande stödja patientens integritet och autonomi. Hen ska ur ett folkhälsoperspektiv ha fördjupade kunskaper i både vad som är folkhälsans bestämningsfaktorer och vilka olika metoder hen ska använda för att kunna bedriva ett hälsofrämjande arbete på individ-, grupp- och samhällsnivå.

Distriktssköterskan ska genom sin medicinska kunskap kunna bedöma vilka åtgärder som måste vidtas för en patient, samt initiera detta (a.a.).

## Bakgrund

### Övervikt/obesitas

Statistiska centralbyråns undersökningar (2012a, b) om levnadsförhållanden under åren 1980-81, 1988-89 och 1996-97 visar att fetma är ett växande problem både bland kvinnor och män i Sverige. Ökningen av fetma är störst hos kvinnor och speciellt hos unga kvinnor. År 1996-97 bedömdes 12% av kvinnorna i åldrarna 16-84 år som feta och 7% av männen i samma ålder (Socialstyrelsen, 2003). Av alla barn under 15 år i Sverige klassas 15-20 % som överviktiga och 3-5 % som feta (Socialstyrelsen, 2009). Lobstein, Baur & Uauy (2004) visar i sin kartläggning kring barn och ungdomsfetma att konsekvenserna är detsamma som för vuxna dvs att de kan få psykiska och sociala konsekvenser som påverkar deras hälsa.

Övervikt och fetma är vanligare i lägre socioekonomiska grupper och hos dem med kortare utbildning. Fetma och bukfetma är vanligare bland landsortsbefolkning än i städerna (Statens folkhälsoinstitut, 2008; Region Skåne, 2010). Under de två senaste decennierna har övervikt och fetma ökat i västvärlden (Statens folkhälsoinstitut 2008; Statistiska centralbyrån, 2012a,b).

Övervikt uppstår när energintaget är större än vad kroppens energiförbrukning är, överskottet lagras därmed som fettvävnad (Almås, 1998). BMI definierar var gränser går mellan fetma, övervikt, normalvikt och undervikt. Individens vikt divideras med kroppslängden i kvadrat ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) för att få fram personens BMI. De olika gränserna för BMI indelas i undervikt (BMI < 18,5), normalvikt (BMI 18,5-24,9), övervikt (BMI 25,0-29,9) och fetma (BMI > 30,0) (WHO, 2011; Statens folkhälsoinstitut 2008, 2011). BMI kan ge missvisande resultat för personer med hög andel muskelmassa för att BMI inte tar hänsyn till hur stor del av kroppsmassan som är fett respektive muskler. Därför är det viktigt att även mäta bukomfånget som en indikator på övervikt (Statistiska centralbyrån, 2012 a). Ett midjemått över 102 cm hos män och 88 cm hos kvinnor definieras som bukfetma (Lönnqvist, 2007).

I Socialstyrelsens (2003) kartläggning uppger både medicinkliniker och vårdcentraler att överviktiga patienter oftast inte söker för sin övervikt utan problemet tas upp vid vård eller behandling av andra sjukdomar. När det finns distriktssköterskeledda specialmottagningar för övervikt tillgängliga ökar tillströmningen av patienter som söker för övervikt. Tidig diagnostik och behandling syftar till att minska prevalensen av sjukdomen samt ge underlag

till behandlingsinsatser och eventuell rehabilitering (Statens folkhälsoinstitut, 2004; Region Skåne, 2010).

För att ge hälsofrämjande och förebyggande perspektiv en mer central ställning inom hälso- och sjukvården gav Socialstyrelsen 2011 ut *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder – stöd för styrning och ledning*. Riktlinjerna omfattar fyra levnadsvanor som är ohälsosamma och ger råd kring vilka metoder som kan användas för att hjälpa patienter till förändrade levnadsvanor. De olika områdena är riskbruk av alkohol, tobaksbruk, ohälsosamma matvanor samt inaktivitet. Trots att det saknas en enhetlig praxis mellan olika vårdenheter och landsting anser Socialstyrelsen att det bedrivs hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande vård i landet.

I en studie utförd av Hansson, Rasmussen & Ahlström (2011) framkom det att personalen i primärvården var överens om att fetma måste prioriteras men man hade samtidigt uppfattningen att fetma inte är en sjukdom och därför inte primärvårdens ansvar. Författarna ansåg att det finns ett behov av att öka medvetenheten om personalens åsikter samt förstå patienternas attityd. Författarna ansåg att patienternas attityd till sin övervikt troligtvis påverkade patient-personalrelationen och deras ansträngningar att minska i vikt (a.a). Det överensstämmer med en studie utförd i Storbritannien av Brown, Stride, Psarou, Brewins & Thompson (2007) som undersökte brittiska distriktssköterskors föreställningar och attityder gentemot överviktiga patienter. Endast 8,2 % av distriktssköterskorna ansåg att överviktiga patienter var motiverade att ändra sina levnadsvanor och 21,6% ansåg att deras arbete med överviktiga var effektivt. Distriktssköterskornas egna attityder mot överviktiga kunde enligt författarna ha påverkat bemötandet av patienterna.

Omvårdnadsteoretikern Orem (1995) utgår från människans möjligheter eller brister att tillgodose sina behov och upprätthålla egenvårdsbalans. Egenvård är en aktivitet som utförs av individen själv och som lärs in genom interpersonliga relationer och kommunikation. Det är även alla vuxna personers rättighet och ansvar att utöva egenvård. Den vuxne kan ibland behöva hjälp med att utföra egenvården. Det patienten inte klarar av, egenvårdsbrist, ska sjuksköterskan göra åt honom tills han blir så bra att han kan klara av sin egenvård helt själv. Sjuksköterskans omvårdnad omfattar att agera för patienten, vägleda, stödja, skapa en utvecklande miljö och undervisa. Genom sjuksköterskans förmåga att ta tillvara det friska hos

patienten samt i dialog med patienten ge stöd och vägledning ges möjlighet för patienten att bli optimalt delaktig i sin vård och behandling.

Enligt Folkhälsoinstitutet (2004) innefattar egenvårdsbegrepp bland annat att ge patienten möjlighet till kontroll över sin egen hälsa. Vårdgivaren kan tillföra kunskap som hjälper individen att utifrån sina värderingar göra val i riktning mot hälsa. När befolkningen lär sig att känna igen och behandla enklare sjukdomstillstånd görs även samhällsekonomiska besparingar (a.a). Det finns alltså stora ekonomiska vinster att göra, vilket inte utesluter att vården ska utföras i samråd med patienten vilket även stöds av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

### Kost och fysisk aktivitet

För att minska risken för att utveckla fetma och fetmarelaterade sjukdomar kan ett större intag av frukt, grönsaker, fisk och livsmedel med låg fetthalt och hög halt kostfiber hjälpa (Berg et al, 2008).

Fiberrik mat gör att blodsockret stiger långsamt och vissa gelbildande kostfibertyper som finns i till exempel frukt, grönsaker och havrekli kan också sänka kolesterolhalten i blodet (Livsmedelsverket, 2005). Fiberrik mat innehåller ofta mindre fett och bidrar till att hålla nere blodfettsnivåerna (a.a). Enligt Folkhälsoenkät i Skåne 2008 utförd av Region Skåne (2009) äter 32% av männen och 17% av kvinnorna för lite frukt och grönsaker.

Den fysiska aktiviteten ökar blodcirkulationen, muskelarbetet och energiomsättningen. Muskelaktiviteten har en gynnsam effekt på glukosförbränning, fettnedbrytning och ämnesomsättning (Almås, 1998; Jansson, 2013). Cirka halva den vuxna svenska befolkningen har en rapporterad fysisk aktivitetsnivå som ligger inom den rekommenderande nivån medan cirka 40% har en fysisk aktivitetsnivå som inverkar negativt på hälsan. För att främja hälsa rekommenderar Socialstyrelsen (2011) att vuxna från 18 år och uppåt är fysiskt aktiva i minst 150 minuter i veckan. Exempel på fysisk aktivitet som uppfyller rekommendationerna är 30 minuters rask promenad 5 dagar i veckan, 20-30 minuter löpning 3 dagar i veckan eller en kombination av dessa (a.a). Det finns socioekonomiska skillnader på aktivitetsnivå.

Arbetslösa, de med sjukersättning och de med svag ekonomi är mindre fysiskt aktiva (Statens folkhälsoinstitut, 2011).

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder (2011) rekommenderas vid otillräcklig fysisk aktivitet att hälso- och sjukvården ska erbjuda rådgivande samtal och även att patienten kan fylla i en kostdagbok eller stegräknare. Patienter som har otillräcklig fysisk aktivitet ska ha särskild uppföljning.

### Fysisk aktivitet på recept- FaR

Under hösten 1998 startade YFA (Yrkesföreningar för fysisk aktivitet) sin verksamhet inom Svensk Idrottsmedicinsk Förening, Svenska läkaresällskapets sektion för idrottsmedicin (Statens folkhälsoinstitut, 2011). Redan 1999 utformades en internetbaserad informationskälla för personal inom hälso- och sjukvården som sammanfattade i vilken utsträckning fysisk aktivitet kunde användas för att både förebygga och behandla olika sjukdomar. Flera svenska experter inom olika yrkeskategorier kontaktades för att beskriva olika sjukdomsområden samt för att komplettera med råd om lämpliga motionsaktiviteter och risker med fysisk aktivitet för olika patientgrupper. Boken som är en kunskapsbank för personal verksamma inom hälso- och sjukvården fick namnet FYSS-Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (FYSS, 2011, 2013; Statens folkhälsoinstitut, 2011).

Enligt Statens folkhälsoinstitut (2011) är FaR en metod som innebär att patienten får ett individanpassat recept på fysisk aktivitet. Det är ett tydligt och användbart verktyg för hälso- och sjukvårdens arbete med att främja fysisk aktivitet hos deras patienter. FaR fungerar i primärvården och är mest utbredd där och kan leda till minskad inaktivitet. Två tredjedelar av de som fått FaR ordinerat följer ordinationen under minst ett år. Olika sjukdomstillstånd kräver individanpassade rekommendationer som tar hänsyn till patientens förutsättningar. Metoden är inte helt implementerad i alla landsting. Det finns bristande statistik över hur många FaR-recept som förskrivs i Sverige. Det uppskattas att det förskrevs cirka 50000 FaR år 2010. I samband med förskrivningen är det viktigt att ge bra stöd och göra uppföljningar (a.a). FaR omfattas inte av högkostnadsskyddet. Ordinationen är giltig 1år från förskrivningsdatumet. Kostnaden för aktiviteten betalas av receptinnehavaren och bestäms av



aktören. Aktörerna är de föreningar där patienten utövar fysisk aktivitet (Region Skåne, 2013).

All legitimerad medicinsk personal, som sjuksköterskor, sjukgymnaster och läkare med kunskaper om hur man bedriver motion/fysisk aktivitet, förebyggande eller behandlande syfte får skriva ut recept. FaR är till för de personer vars fysiska tillstånd skulle kunna förbättras med fysisk aktivitet, men som av olika anledningar har svårt att komma igång på egen hand. Faskunger & Hemmingsson (2002) skriver att motion på recept är ett unikt och kreativt initiativ som har goda möjligheter att bli ett användbart verktyg för att främja fysisk aktivitet. I Kallings et al (2009) studie framkom det att fysisk aktivitet på recept som förskrevs till äldre kvinnor och män i 68-års åldern gav en signifikant reduktion av kroppsvikt, bukfett, S-Kolesterol och HbA1C jämfört med kontrollgruppen.

Fysioteket var en plats dit patienterna kunde vända sig för att "lösa ut" sitt FaR och för att rådgöra med en medicinskt utbildad fysioterapeut, en sjuksköterska eller sjukgymnast, om vad för sorts motion eller rörelser som är lämpliga. Det första fysioteket öppnade i Malmö i februari 2002 och kort därefter öppnades det fysiotek i varje stadsdel samt ett i vardera av kranskommunerna Trelleborg, Svedala och Vellinge. De fysiotek som samarbetade med primärvården har lagts ned och respektive hälsoenhet får idag själva ombesörja den servicen. För slutenvården finns idag hälsoenheter i Malmö och Lund som tar emot FaR (Skånes universitetssjukhus, 2013).

Enligt en studie utförd i Östergötlands län av Leijon, Bendtsen, Nilsen, Ekberg & Ståhle (2008) fick totalt 6300 patienter under två år FaR. Två tredjedelar av patienterna var kvinnor och hälften av patienterna var 45-64 år. Hälften av patienterna (50,8%) som fick FaR blev rekommenderade hem-baserade aktivitet, såsom promenader. En tredjedel (33%) av patienterna som fick FaR utfärdat var innan receptutskrivning helt inaktiva. Det visade det sig att sjukgymnasterna och beteendevetarna var de som i störst utsträckning förskrev FaR. Utav läkarna var det 38% och bland sjuksköterskorna var det 31% som förskrev. Vanligaste orsaken till utfärdande av FaR var belastningsskador (39,1%) och övervikt (35,4%). Studien visade att man i Östergötlands län kunde nå en relativt stor andel inaktiva patienter som hade besökt vårdcentralerna av andra hälsoskäl (a.a).

Kallings, Leijon, Hellenius & Ståhle (2007) beskriver i sin studie att fysisk aktivitet förskrevs till 5481 patienter i primärvården under 2001- 2003 till båda könen i alla åldrar. Efter sex

månader var det en signifikant ökning av självrapporterad ökad fysisk aktivitetsnivå samt ökad livskvalitet hos patienterna som primärvården hade förskrivit FaR till.

Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor (SOSFS 1995:5) ska sjuksköterskan identifiera hälsorisker och arbeta förebyggande och vid behov motivera till förändrad livsstil. Sjuksköterskan ska även ha förmåga att undervisa och stödja patienten individuellt i syfte att främja hälsa och att förhindra ohälsa. Som behandlare ska man alltid visa respekt, och bevara integritet och autonomi hos vårdtagaren. Respekt för autonomi definieras som respekt för individens beslutsfattande förmåga (a.a.).

Andelen överviktiga män och kvinnor i Skåne har ökat under perioden 2000-2008 (Region Skåne, 2010). I Skåne har andelen personer med kraftig övervikt (fetma) med BMI > 30 ökat. Fetma ökar även ökat med stigande ålder. Av de skånska männen är 57% och 41% av kvinnorna överviktiga alternativt kraftigt överviktiga. Individer födda utomlands samt yngre män och kvinnor har i högre utsträckning en låg fysisk aktivitet. Skåningarna har sämre levnadsvanor än befolkningen i övriga landet (Region Skåne, 2009). Det finns ett behov av att studera hur FaR används av den största arbetsgruppen, distriktssköterskor, på vårdcentral för att undersöka eventuella brister i när och hur det används till överviktiga/obesa patienter.

## **Syfte**

Syftet var att undersöka distriktssköterskans erfarenhet av att använda Fysisk aktivitet på Recept med speciellt fokus på överviktiga/obesa patienter.

## **Metod**

### **Urval av undersökningsgrupp**

Urvalet gjordes målinriktat. Enligt Depoyo & Gitilin (1998) innebär ett målinriktat urval att forskarna avsiktligt gör ett urval av personer med erfarenhet av det område forskarna vill samla information om. Inklusionskriterierna vidgades till att gälla distriktssköterskor som skulle veta vad FaR innebär men inte nödvändigtvis arbetade aktivt med det. Informanterna

skulle även arbeta på vårdcentral i Region Skåne. Exklusionskriterierna innefattade sjuksköterskor som arbetade med FaR men som inte hade specialistutbildning till distriktssköterska. Distriktssköterskor har en fördjupad kunskap i folkhälsa vilket var en förutsättning för deltagande i studien. Nio kvinnor och en man i åldrarna 30 till 63 år intervjuades. De hade arbetat som distriktssköterskor från 10 månader till 28 år sedan sin specialistutbildning. Två av distriktssköterskorna arbetade enbart med livsstilmottagning. De arbetade med de fyra levnadsvanorna matvanor, alkohol, tobak och fysisk aktivitet. Alla de övriga arbetade med sedvanliga distriktssköterskeuppgifter på vårdcentral med telefonrådgivning, barnvårdcentral och mottagning.

### **Forskningstradition och valt undersökningsinstrument**

Studien utfördes med en kvalitativ ansats då författarna ville undersöka distriktssköterskors erfarenheter av att använda FaR till överviktiga/obesa patienter. En frågeguide (bilaga1) användes för att genomföra semistrukturerade intervjuer. Intervjuer är en lämplig metod att använda inom omvårdnadsforskning då den fokuserar på tolkning och granskning av texten (Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2008). Syftet med kvalitativforskning är enligt Polit & Beck (2008) att det insamlade materialet är rikt, berättande och att undersöka olika företeelser ur ett helhetsperspektiv. Utgångspunkten är att världen är komplex och tolkningen av den är subjektiv. Målet med forskningen är därför att försöka förstå informantens syn på det aktuella ämnet (Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2008).

### **Genomförande av datainsamling**

Kontakt togs med 48 verksamhetschefer i Region Skåne med förfrågan via post om medgivande. Vid första utskicket svarade åtta verksamhetschefer och enbart fem gav sitt medgivande. Därefter togs ny kontakt med samtliga verksamhetschefer som inte svarat genom att nya brev skickades ut som en påminnelse. En verksamhetschef gav sitt medgivande men distriktssköterskorna vid den enheten avböjde att delta. Vid ett tredje försök både ringde, faxade och skickade författarna e-post och post till de olika vårdcentralerna och bifogade även ett personligt brev med information om att det rådde brist på specialistsjuksköterskor och att magisteruppsats är ett obligatoriskt moment i utbildningen. Dessutom skrevs ett förtydligande om att distriktssköterskor som var intresserade, även om de inte förskrev FaR kunde komma ifråga. Vi kontaktade även den vårdcentral där verksamhetschefen tidigare hade gett

medgivande, men där distriktssköterskorna inte ville delta och fick på så vis ytterligare en informant. En annan informant fick vi genom att kontakt togs direkt med en distriktssköterska, som tog förfrågan om medgivande till sin verksamhetschef. Författarna kontaktade verksamhetschefen via telefon och medgivande till intervjun gavs då. Efter att författarna fått medgivande av verksamhetscheferna som även bifogade kontaktuppgifter till sina respektive distriktssköterskor togs kontakt med dessa genom både e-post och telefon för att bestämma tid för intervju.

I studien samlades data in genom semistrukturerade intervjuer med distriktssköterskorna som tog mellan femton och fyrtiofem minuter att genomföra. Distriktssköterskorna valde plats för intervjun. Semistrukturerade intervjuer används enligt Polit & Beck (2008) när forskaren vill säkerställa att ett visst ämne eller område tas upp under intervjun. Intervjuerna inleddes med att återge syftet med studien. Samma inledande fråga ställdes till samtliga informanter och vi hade förberett frågeområden som stöd för att täcka in de områden vi var intresserade av under intervjun. Intervjuerna spelades in på band och anteckningar fördes för att komplettera det inspelade materialet. Detta tillvägagångssätt valdes pga att en intervjusituation kräver stor koncentration och att endast föra anteckningar kan vara distraherande för intervjuaren (Polit & Beck, 2008). Även förtydligande frågor om positiva och negativa aspekter och möjlighet och hinder ställdes. För att få fram så uttömmande svar som möjligt ställdes frågor som: ”Kan du utveckla det där”? –”På vad sätt”?- ”Hur tänker du då”? –”Kan du ge exempel”? Det är forskarens uppgift att få informanterna att prata så fritt som möjligt kring ämnet för intervjun. Slutna frågor undveks istället användes öppna frågor som gav informanten möjlighet att prata fritt kring ämnet som studerades (a.a.). Författarna växlade roller och intervjuade hälften av deltagarna var. Den andra författaren deltog genom att anteckna observationer om till exempel kroppsspråk och se till så att alla frågeområden i frågeguiden täcktes in.

### **Genomförande av databearbetning**

De inspelade intervjuerna transkriberades ordagrant genast efter intervjuerna. Författarna turades om att transkribera och för att öka tillförlitligheten har därefter distriktssköterskorna fått läsa igenom och godkänna dem innan analysprocessen påbörjades. I enlighet med Personuppgiftslagen (SFS 1998:204) togs personuppgifter bort i utskriften och i presentationen av resultatet så att det inte går att identifiera deltagarna som enskilda personer.

Den kvalitativa forskningens resultat bygger på människors upplevda berättelser kring olika företeelser (Graneheim & Lundman, 2004). Eftersom tolkningen av innehållet kan variera i djup och abstraktionsnivå fokuserades analysen på både det manifesta och det latent innehåll i texten. Det som är tydligt och synligt i texten analyseras vid en manifest innehållsanalys, vilket senare mynnar ut i kategorier. Oavsett val av analys förekommer det alltid en tolkning av textens innehåll (a.a).

I en kvalitativ innehållsanalys är det väsentligt att finna skillnader och likheter i textens innehåll och sedan beskriva dessa i kategorier och teman. Mönster träder fram efter att data har delats in i mindre enheter (Polit & Beck, 2008). Först delades texten in i meningsbärande enheter som bestod av meningar eller stycken som motsvarade syftet. För att texten skulle bli kortare och mer lättarbetat kondenserades meningsenheterna utan att förlora det väsentliga i textens innehåll. Den kondenserade texten avlägsnades och fick en kod på olika meningsenheter som beskrev textens innehåll. Subkategorier bildades genom att koder med liknande innehåll samlades varpå flera subkategorier gemensamt bildade en kategori (a.a). Vi fick regelbundet återgå till de transkriberade texterna för att säkerställa att vi hade förstått de meningsbärande enheterna korrekt. Enligt Kvale (2006) är det av största vikt att det insamlade intervjumaterialet är innehållsrikt för att kunna utföra en grundlig analys och få fram ett resultat av god kvalitet.

Exempel på hur analysprocessen gick till visas i tabell 1.

Tabell 1 Exempel på analysprocessen.

Meningsenheter	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori	Huvudkategori
<i>"Ja, jag har haft fullt stöd utav min chef. Jag har fått utarbete och utveckla mitt arbete helt själv. Mina kollegor uppskattar mitt arbete och</i>	Jag har fullt stöd av min chef. Jag har fått utarbetat och utveckla mitt arbete.	Har stöd från chef	Rutin och riktlinjer	Organisationens betydelse

<p><i>tycker det är bra att jag finns och att jag kan hjälpa till" (1)</i></p>				
--	--	--	--	--

## **Etisk avvägning**

Innan intervjuerna genomfördes söktes ett etiskt rådgivande yttrande från Vårdvetenskapliga etiknämnden. Både text och ljudinspelning förvarades så att obehöriga inte kunde få tillgång till materialet. Distriktssköterskornas deltagande i studien var helt frivilligt och de kunde när som helst välja att avbryta, utan särskild förklaring. All forskning i Sverige som innefattar försökspersoner eller djur måste få godkännande från en etisk kommitté innan forskningen påbörjas. Forskningsetik innefattar vilka forskningsmetoder som används samt vilka konsekvenser forskningsresultatet ger (Forsman, 1997; Forsman, 2005; SFS 2003:460). Enligt lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) ska personer som ingår i forskning informeras om frivilligheten att delta och att de när som helst hade rätt till att avbryta sitt deltagande (a.a.).

Forskning är viktigt och nödvändigt för både individernas och samhällets utveckling. Samhället och befolkningen har ett befogat krav på att forskning bedrivs och att den behandlar nödvändiga frågor och att den håller hög kvalitet (Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet, 1999). Individerna har rätt att ställa krav på skydd mot intrång i privatlivet och ska inte exploateras (a.a.).

## **Resultat**

Analys och bearbetning av de tio intervjuerna resulterade i tre huvudkategorier och åtta subkategorier enligt tabell 2. Vi illustrerar resultaten med hjälp av citat för att belysa resultaten tydligare. I resultatet beskrivs distriktssköterskans erfarenheter av att använda fysisk aktivitet på recept till överviktiga/obesa patienter. Varje subkategori innehåller citat från

intervjupersonerna vilka är nämnda som nummer 1-10. Huvudkategorierna är: "Förändring över tid", "Krav på professionalitet" och "Organisationens betydelse".

Tabell 2 Sammanställning av kategorier och subkategorier utifrån distriktssköterskornas erfarenheter av att använda FaR till överviktiga/obesa patienter.

Huvudkategori	Subkategori
Förändring över tid	Brister i stöd
Krav på professionalitet	FaR som verktyg Sjukvården som stöd Att arbeta ur ett helhetsperspektiv Kartlägga patientens problem och resurser
Organisationens betydelse	Rutiner och riktlinjer för användandet av FaR Förskrivning överläts till andra yrkesgrupper Tvärprofessionellt samarbete

### Förändring över tid

Distriktssköterskorna beskrev hur deras arbete med att förskriva FaR har påverkats efter hand som tiden gått sen FaR infördes.

### *Brister i stöd*

Sedan fysioteken lades ner har allt som berörde förskrivning, val av aktör och aktivitet samt uppföljning flyttats över till vårdcentralerna. På fysioteken arbetade tidigare läkare,

hälsopedagoger, sjukgymnaster och sjuksköterskor. Distriktssköterskorna uppgav att nu var det mellanledet borta och att det varit lättare att förskriva FaR till överviktiga och andra patientgrupper när fysiotek fanns. Där kunde de få stöd, information och inspiration till sitt arbete. I och med att fysioteken lades ner slutade aktiviteterna att vara gratis. Aktörerna kunde själva bestämma hur stor del av kostnaden som skulle subventioneras. Detta beskrevs av samtliga distriktssköterskor som något negativt. Aktiviteterna fick därför bestämmas utifrån patientens ekonomiska förutsättningar.

*”Så jag saknar fysioteket: Vi var ju där och gjorde besök och de informerade också och sånt. Det har man ju inte nu utan nu får man ju själv leta upp sin kunskap...” (10)*

Någon distriktssköterska menade att det idag finns stora brister i mottagandet av patienterna hos aktörerna/FaR-ledarna. Bristerna består av språkförbistring i mötet med invandrade patienter som inte kan svenska, avsaknad av kvinnogrupper för kvinnor från vissa kulturer och dåligt anpassad miljö för personer med psykisk ohälsa. Grupper som var riktade speciellt till de patienter med FaR som hade särskilda behov för att kunna utföra aktiviteterna efterlystes av distriktssköterskorna.

### Krav på professionalitet

Det framkom att professionalitet ingår i distriktssköterskans yrkesansvar. För att arbeta professionellt ska distriktssköterskan kunna använda FaR som verktyg, vara ett stöd för patienten, arbeta ur ett helhetsperspektiv och kunna kartlägga patientens problem och resurser.

### *FaR som verktyg*

Distriktssköterskorna beskrev att FaR är ett verktyg som kan användas för att främja fysisk aktivitet i det hälsofrämjande arbetet. Distriktssköterskorna som hade erfarenhet av att förskriva FaR uppgav att de förskrev till överviktiga patienter men att de ofta förskrev pga annan sjukdom som högt blodtryck eller diabetes och att patienterna samtidigt var



överviktiga. Det framkom att andra stora patientgrupper som de förskrev till var patienter som hade andra sjukdomar eller kombinationer av sjukdomar som patienter med diabetes, och patienter med gränsvärde till högt blodtryck eller att de redan hade hypertoni. Andra grupper var patienter som hade smärtbesvär, var fysiskt inaktiva, långtidssjukskrivna och patienter som led av psykisk ohälsa. Distriktssköterskorna påtalade att FaR användes som ett komplement i samband med att de pratade om levnadsvanor.

*”Det är inte bara överviktiga patienter även om kanske 80 procent är det. Det är även långtidssjukskrivna och de som har smärtbesvär och så. Många diabetiker har det varit. Jag håller även på med tobaksavvänjning. I samband med tobakstopp är det ganska vanligt med viktuppgång och då slänger man in ett FaR recept också. Det minskar abstinensen också”. (5)*

Distriktssköterskorna uppgav att en del patienter själv tog kontakt med sjukvården för att få ett recept medan andra kom till dem via remiss från läkare. Några distriktssköterskor uppgav att de hade få aktörer som tog emot FaR i deras område och därför ordinerade de sådana aktiviteter som inte krävde någon aktör. Olika aktivitetsformer kunde ordinerats men promenader, stavgång och cykling var de vanligaste ordinationerna för att de ansågs vara sådana aktiviteter som kunde vara bra att börja med samt att de var gratis.

### *Sjukvården som stöd*

En del distriktssköterskor uppgav att patienterna blev mer följsamma till sin aktivitet om aktiviteten stöttades från sjukvården än vid självständigt utförd aktivitet. Patienterna behövde känna att det fanns utbildad personal som fanns till hands och som hade kunskap om deras sjukdomar.

*”Sjukgymnasterna startade ju här en grupp som tillät att vi skickade patienter...//men när den gruppen upphörde, då upphörde också gubbarna att motionera...//de har svårt att fortsätta när vi inom sjukvården inte finns till hands...”(6)*

Distriktssköterskorna uppgav att genom att förskriva fysisk aktivitet fick patienten ett papper på vad som skulle göras precis som ett läkemedelsrecept. Det förstärkte budskapet om vikten av fysisk aktivitet vilket medförde att patienten tog det med större allvar. Det gav även en tyngd åt ordinationen och då var chansen större att aktiviteterna blev av och ökade patientens följsamhet.

*”...man kan jämföra det med mediciner som är receptfria får man det på recept så kör de på det...” (9)*

Någon distriktssköterska menade tvärtom att om receptet förskrevs av en läkare hade det större tyngd och att distriktssköterskan vid förskrivningen måste förklara att FaR ordinationen har lika stor betydelse i en behandling som ett läkemedel. Det framkom att patienter ofta har en föreställning om vad som menas med att motionera och blir därför förvånade över att de kan vara aktiva genom att använda enkla metoder.

#### *Att arbeta ur ett helhetsperspektiv*

Distriktssköterskorna lyfte vikten av att bemöta alla patienter likadant. Patienterna är välmedvetna om sin övervikt och att en förändring måste ske. Distriktssköterskorna uppgav att, att använda motiverande samtal i samtalen med patienter om att ändra levnadsvana var något som ingick i deras hälsofrämjande arbete trots att det inte nödvändigtvis behövde resultera i ett förskrivande av ett FaR.

*”Här tar jag upp kosten med patienterna och frågar även om dem kommer in för såromläggning tar jag ju upp om kosten om dem är överviktiga. Men jag pratar inte om recept”.(2)*

Distriktssköterskorna uppgav att fysisk aktivitet diskuterades när de träffade patienter med diabetes och högt blodtryck även om de inte förskrev ett FaR. Detta uttrycktes också som att förskrivning av FaR hade en underordnad betydelse. Huvudsaken var att patienten fick

information om att röra på sig. Det framkom att det idag skrivs ut FaR till stor del för att generera pengar till verksamheten. Någon distriktssköterska som upplevt brister i mottagandet av patienterna hos aktörerna förskrev ofta promenader och motionscykel. Som komplement till FaR använde hen motionsdagbok där patienterna skrev upp sin fysiska aktivitet och de kom sedan tillbaka för uppföljning. Samma distriktssköterska ledde egna promenadgrupper en gång i veckan med sina diabetespatienter och lät dem mäta blodssockret före och efter.

### *Kartlägga patientens problem och resurser*

Genom att distriktssköterskan bekräftade patienten uppnåddes ett förtroende för sjukvården. Fysisk aktivitet på recept beskrevs av distriktssköterskorna som användbart på så sätt att fysisk aktivitet kunde anpassas till de flesta patienters förutsättningar. Innan distriktssköterskan ordinerade en aktivitet måste förutom patientens sjukdom, medicinering och kontraindikationer även patientens ekonomiska förutsättningar diskuteras. Förskrivning av motion ska individanpassas enligt distriktssköterskorna. Hänsyn skulle därför tas till patientens önskemål, möjligheter och patientens fysiska och psykiska status.

*”Alltså där jag känner att det är, alltså jag måste ju känna in patienten och det är kanske inte så viktigt för deras hälsa just nu. Det viktiga är att få ett uppehållstillstånd, det viktiga är kanske att familjen har det bra. Det finns för mycket runt omkring. De personer där jag känner att det kanske kan bidra till någonting”.(10)*

### Organisationens betydelse

Distriktssköterskorna uttryckte att det tog tid för att sätta sig in i vad som gällde om FaR och för att det var svårt att börja använda det i sitt arbete. Rutiner och riktlinjer skiljde sig åt på de olika vårdcentralerna gällande förskrivningen av FaR. Olika former av samverkan mellan

yrkesgrupper, aktörer och kommuner avspeglade sig i distriktssköterskornas berättelser om arbetet med FaR.

### *Rutiner och riktlinjer*

De distriktssköterskor som arbetade på livsstilmottagning beskrev att det fanns tillräckligt med tid för att använda FaR eftersom det vid livsstilsrådgivning var mer tid avsatt till varje enskild patient. Distriktssköterskorna uppfattade att det inte fanns tillräckligt med tid till att förskriva FaR vid sedvanlig mottagning, så som exempelvis diabetesmottagning, på grund av tidsbrist. Någon distriktssköterska menade att deras chefs enda prioritering just nu var att i första hand svara i telefonen.

*”Sen är det ju det att man ska hinna med det också. ... det ju nästan lika lång tid för min kollega som det gör för mig att ha en diabetespatient och då ska jag också hinna prata om mat, motion, rökning, alkohol och sjukdomen. Det jag pratar om då det får ju bli kortare om jag samtidigt ska förskriva ett FaR. Utan märker jag då att de är intresserade av det så får de ha ett längre samtal med någon av mina kollegor, som sysslar med detta”.(6)*

De distriktssköterskorna som arbetade med levnadsvanor på specialmottagningarna uttryckte att de hade tydliga riktlinjer och rutiner för förskrivningen av FaR och kände stöd från ledning och kollegor. De arbetade efter riktlinjen att i mötet med patienterna göra en levnadsvanebedömning där det ingick att bedöma hur pass fysiskt aktiva individerna var. Om de inte uppnådde rekommendationerna förskrev de FaR. FaR var i regel inte implementerat inom de olika yrkesgrupperna på vårdcentralerna på så vis att de förskrev FaR som led i sina behandlingar. Några av distriktssköterskorna som arbetade på sedvanlig mottagning saknade riktlinjer och en tydlig strategi för hur de skulle arbeta med FaR. Trots brist på tid och rutin uttryckte flera distriktssköterskor att budskapet från cheferna var att alla med legitimation får förskriva: ju fler FaR-recept desto bättre eftersom det genererade pengar till verksamheten.

## *Förskrivning överläts till andra yrkesgrupper*

Att FaR inte var implementerat i verksamheten avspeglades i intervjuerna med distriktssköterskorna. På någon enhet var distriktssköterskan tillsammans med en sjukgymnast utsedd att på sin vårdcentral förskriva FaR och därför överlät övriga distriktssköterskor förskrivandet på dem. Andra vårdcentraler hade en livsstilmottagning som var bemannade med distriktssköterskor eller sjuksköterskor. Distriktssköterskor på vårdcentraler som inte själva arbetade på livsstilmottagningen överlät förskrivningen av FaR helt eller delvis till de kollegor som arbetade på specialmottagningen alternativt till sjukgymnasterna.

*”Helst ska det gå via sjukgymnasterna eller livsstilmottagningen”.(4)*

Distriktssköterskorna uttryckte att det var sjukgymnasterna som under längst tid hade haft störst erfarenhet av att förskriva FaR på vårdcentralerna. Någon distriktssköterska hade förskrivit FaR sedan vårdcentralen startade ett livsstilsprojekt för två år sedan. Hen uttryckte att trots att distriktssköterskorna hade större medicinsk kunskap så var sjukgymnasterna bättre på att förskriva FaR.

## *Tvärfprofessionellt samarbete*

Ibland fick vårdcentralerna en remiss från slutenvården då de observerat att patienten var överviktig/fet och behövde få hjälp av primärvården. Oavsett hur rutinerna såg ut på de olika vårdcentralerna framkom det genom distriktssköterskornas berättelser att de olika yrkeskategorierna samverkade genom att remittera patienter de stötte på i sitt dagliga arbete till dem som var utsedda att förskriva FaR. Det kunde vara sjuksköterskor, distriktssköterskor eller läkare. På någon vårdcentral var det framför allt läkarna som remitterade patienter till distriktssköterskan. Läkaren erbjöd då patienten att träffa distriktssköterskan som kunde förskriva FaR till patienten. Läkaren bistod då distriktssköterskan med den medicinska

bedömningen och skrev på remissen om det fanns några kontraindikationer för träning. Distriktssköterskan stod för motivationsbiten och val av aktivitet.

Tillgång till utbildning i FaR kunde se olika ut på vårdcentralerna. Förutom kunskaper i folkhälsa som ingår i specialistutbildningen till distriktssköterska hade vissa distriktssköterskor fått en kortare utbildning. Några nämnde att fysioteket när det fanns bidragit till både kunskap och inspiration. Andra nämnde de gemensamma FaR-träffar som arrangeras av FaR-teamet i Region Skåne en gång per termin. Ibland fanns det kollegor, exempelvis sjukgymnaster, som informerade om och undervisade i FaR på arbetsplatsen.

De som arbetade på livsstilmottagning hade även haft tid att söka sin egen kunskap, dels genom egna studiebesök på bland annat Hälsoenheten på sjukhuset och dels genom att läsa i FYSS-boken.

Någon distriktssköterska som arbetade på livsstilmottagning hade byggt upp ett nätverk av aktörer som var så kallade FaR-ledare på olika gym runt om i kommunen. Hen hade en kontinuerlig kontakt med FaR-ledarna där de kunde samtala kring patienter.

Distriktssköterskan upplevde samarbetet med FaR-ledaren som positivt för patienten då FaR-ledaren via distriktssköterskan var välinformerad om patientens förutsättningar innan patienten påbörjade träningen. Samarbetet uppfattades även positivt ur uppföljningssynpunkt eftersom FaR-ledaren kunde ge distriktssköterskan en mer noggrann och mer objektiv mätning av hur det hade gått för patienten.

*”En individ som aldrig har tränat tycker ju att det som de har gjort är extremt mycket. Medan en som är van FaR-ledare och ser många träna har andra referensramar. Jo, de har gjort ett framsteg, men det är så här mycket. Man kan beskriva vilka framsteg man har gjort på väldigt många olika sätt. Det handlar mer om vilka referensramar man har. För hur mycket är mycket?”(1)*

I deras arbete ingick också ett samarbete med kommunen kring patienter som var långtidsarbetslösa. Det framkom synpunkter om att övervikt var vanligare hos dessa patienter än hos patienter i arbete. FaR kunde då bli ett sätt för dem att komma igång med fysisk aktivitet vilket i förlängningen kunde få dem att må bättre psykiskt och fysiskt och öka deras

förutsättningar för att komma in i arbetslivet igen. Distriktssköterskans roll var att informera patienterna om vilka möjligheter som fanns och att de då sedan kunde kontakta sin handläggare i kommunen. Flera av de andra distriktssköterskorna saknade dock ett sådant samarbete med kommunen och menade att det borde ligga i kommunernas intresse att få befolkningen att öka sin fysiska aktivitet och därför borde vara mer aktiva i samverkan kring FaR.

## Diskussion

### Diskussion av vald metod

När forskaren undersöker erfarenheter är en kvalitativ intervjustudie bäst lämpad för att få ett varierat och innehållsrikt svar på syftet enligt Polit & Beck (2012). Författarna eftersträvade att få intervjupersonerna att känna sig obesvärade och våga uttrycka sina erfarenheter och individuella intervjuer valdes för att få fram de genuina erfarenheterna av FaR. Vid fokusgruppsintervjuer kan det vara svårare att skapa en sådan miljö då det finns risk för att intervjupersonen påverkas av andra gruppdeltagare (a.a.). De semistrukturerade intervjuerna ansåg vi gav fördelen att distriktssköterskorna fick möjlighet att utveckla sina erfarenheter. Om studien hade grundats på kvantitativ metod hade tankar och funderingar varit svåra att få fram.

Urvalet bestod av nio kvinnor och en man. Våra inklusionskriterier angående att det var utbildade distriktssköterskor som skulle intervjuas och som visste vad FaR innebar uppfylldes, men gjorde också att vi stötte på svårigheter i att hitta intervjupersoner. I efterhand har vi förstått att det inte är yrkesgruppen distriktssköterskor som i första hand utses på vårdcentralerna att arbeta med FaR och fysisk aktivitet. På någon av de vårdcentraler som hade en livsstilmottagning arbetade sjuksköterskor, inte distriktssköterskor. Vi tror att bristen på distriktssköterskor leder till att de distriktssköterskor som finns behövs på sedvanliga distriktssköterskemottagningar och att det inte finns tillräckligt med distriktssköterskor för att bemanna vårdcentralernas specialmottagningar.

Vi hade stora svårigheter att få medgivande av verksamhetscheferna. Skäl som angavs var att de hade fått väldigt många förfrågningar samtidigt och att det tog för mycket tid i anspråk av distriktssköterskorna att delta i flera olika intervjuer. Sedan var tidpunkten illa vald, då förfrågningarna skickades ut strax före sommaren när personalen på vårdcentralerna var på semester eller skulle gå på semester, vilket fördröjde hela processen och med största sannolikhet påverkade det svarsfrekvensen. Den snäva tidsplanen gjorde det omöjligt för oss att invänta fler medgivanden. En annan anledning till att vi inte fick medgivande av verksamhetschefer tror vi handlar om att de inte arbetar aktivt med FaR och specifikt för överviktiga/obesa patienter som vi efterfrågade. FaR var inte en metod som var helt implementerad i alla verksamheter och speciellt inte för den patientgruppen. Oftast arbetade de på vårdcentralerna med de fyra levnadsvanorna i allmänhet: alkohol, tobak, motion och fysisk aktivitet.

Trots svårigheterna med att hitta intervjupersoner anser vi att vi har fått fram ett värdefullt och rikt material. Distriktssköterskorna skiljde sig åt gällande antal yrkesverksamma år, arbetsuppgifter samt arbete på landsbygd eller i stad. De arbetade på vårdcentraler där organisation, riktlinjer och rutiner gällande arbetet med FaR såg olika ut vilket sammantaget kan ha bidragit till berättelser med varierande erfarenheter som styrker studiens tillförlitlighet (Granheim & Lundman, 2004).

FaR användes på olika sätt mellan vårdcentralerna på grund av lokala förutsättningar och rutiner. Detta var något som författarna inte var medvetna om från början, den vetskapen framkom under studiens gång. Därmed ställdes inte de följdfrågor som eventuellt hade fått intervjupersonerna att svara mer ingående och detta kan därför ses som en svaghet i studien. Dock har författarna med hjälp utav våra semistrukturerade intervjuer med frågeguiden som instrument försäkrat oss om att vårt ämne och syfte behandlats under intervjuerna (a.a).

Tillvägagångssättet att spela in intervjuerna på band höjde tillförlitligheten, och riskerna att missa berättande data som svarade mot syftet under intervjun eliminerades vid transkriberingarna. Ljudinspelningarna gav intervjuerna möjlighet att vara närvarande i samtalet och ökade därmed möjligheten till att få intervjuer av god kvalitet (Polit & Beck, 2012). Intervjuerna ägde rum på distriktssköterskans kontor. Vi blev inte avbrutna under någon av de tio intervjuerna vi utförde. Intervjuerna tog mellan 15-45 minuter. Vi anser inte att kvaliteten på intervjuerna påverkades av längden på dem. Ibland kunde de långa



intervjuerna handla om annat än det ämnet vi ville undersöka medan andra intervjuer som var kortare berörde vårt ämne och svarade på syftet utan att sväva ut utanför problemområdet.

Transkriberingen och analysprocessen var det som var mest tidskrävande, men vi anser att genom att transkriberingen utfördes direkt efter varje intervju fanns berättelserna och kroppsspråket färskt i minnet. Eftersom vi båda var närvarande under samtliga intervjuer kunde vi vid transkriberingen komplettera varandra med den förståelse vi erhållit, vilket ökat validiteten av resultaten. Validitet är enligt Thurén (2006) att man undersöker enbart det som ska undersökas. Citat från intervjupersonerna har använts för att läsaren ska kunna granska tillförlitligheten och för att klargöra textens innehåll. För att vidmakthålla konfidentialiteten har citaten avidentifierats och försetts med nummer. Det visar även läsaren att citaten kommer från olika informanter (Granheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2012). Vidare har vi strävat efter en distinkt beskrivning av urval och kontext, utan att vara alltför detaljerad så att intervjudeltagarnas identitet inte avslöjats. En tydlig redogörelse av kontexten ökar tänkbarheten att bedöma resultatets överförbarhet till andra grupper eller situationer (Polit & Beck, 2012).

## **Diskussion av framtaget resultat**

Distriktssköterskorna ansåg att det var viktigt att röra på sig och att FaR var en bra metod som borde få större utrymme inom primärvården och att antalet förskrivningar på fysisk aktivitet behövde ökas. Detta stöds av Douglas et al's (2006) studie, som visar att 90 % av professionerna i primärvården har en positiv inställning till hälsofrämjande metoder och stödjer främjandet av fysisk aktivitet. Distriktssköterskorna i vår studie kunde i enlighet med Distriktssköterskeföreningen i Sveriges (2008) kompetensbeskrivning genom sin medicinska kunskap bedöma vilka åtgärder som måste vidtas genom att identifiera patienter i behov av FaR. FaR ansågs som något positivt så länge det genomfördes på patientens villkor och i samråd med patienten. Genom att distriktssköterskan var närvarande, lyhörda och bekräftande kunde de stödja patienternas integritet och autonomi (a.a).

Trots att några av distriktssköterskorna inte förskrev FaR i någon större omfattning arbetade de hälsofrämjande genom att samtala om vikten av fysisk aktivitet och hälsosamma kostvanor med patienterna och använde ibland motiverande samtalsteknik. De använde sig även av

motionsdagbok och någon distriktssköterska ledde en promenadgrupp. Det visar att de arbetar enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU, 2007), som i sin rapport visade att de patienter som följde rekommendationer om fysisk aktivitet given av hälso- och sjukvårdspersonal ökade sin aktivitetsnivå under minst sex månader. Kompletterades de muntliga råden med t ex FaR, motionsdagbok, stegräknare, informationsbroschyr eller upprepade kontakter förbättrades effekten ytterligare (a.a).

Distriktssköterskorna vände sig inte alltid specifikt till överviktiga/obesa patienter utan även till patienter som av andra skäl hade behov av hälsofrämjande åtgärder. De vanligaste motionsformerna som distriktssköterskorna förskrev var egna aktiviteter som t.ex. promenader, stavgång eller cykling. Även simning, vattengymnastik och cykling på motionscykel förskrevs ofta. Det är i enlighet med Leijon (2009) rekommendation, att det är positivt att börja med aktivitet på egen hand först för att sedan lägga till aktivitet i en organisation. Promenad är enligt en annan svensk studie den aktivitet som oftast förskrivs (Leijon, Bendtsen, Nilsen, Ekberg & Ståle, 2008).

Enligt distriktssköterskorna förskrevs många fler FaR-recept i början, när arbetet med FaR var nytt, än vad som förskrivs idag. Anledningen trodde de var att det var spännande när det var nytt men att entusiasmen efterhand avtog, speciellt efter att fysioteket lades ner och aktiviteterna började kosta pengar för patienterna. Nilssons (2010) genomgång av landstingens aktivitetskataloger på Internet om olika aktiviteter i respektive område visade att dessa var inaktuella vilket tydde på att man slutat hålla sig uppdaterad och enligt författaren hade intresset svalnat och antalet förskrivningar minskat efterhand.

Fysioteket ansågs av distriktssköterskorna vara en brobyggare ut till samhällets aktörer och att det underlättade deras arbete. De ansåg att fysiotekets nerläggning hade påverkat deras arbete negativt avseende förskrivande av FaR. Patienter med sämre ekonomi, invandrade patienter som inte kan svenska och personer med psykisk ohälsa hade nu sämre förutsättningar för att utöva fysisk aktivitet i en organisation. Avsaknaden av kvinnogrupper utgjorde ett hinder för kvinnor från vissa kulturer. En amerikansk studie av Woolf, Dekker, Byrne och Miller (2011) visar att otillräcklig fysisk aktivitet är vanligare bland socioekonomiskt missgynnade grupper och de menar att hälsofrämjande åtgärder ofta sker isolerat ifrån och med otillräcklig uppmärksamhet på de sociala och ekonomiska faktorernas påverkan på levnadsvanor. Samma

studie belyser att kulturella faktorer kan påverka förutsättningarna för fysisk aktivitet. Distriktssköterskorna i studien efterfrågade, liksom våra distriktssköterskor, kvinnogrupper för kvinnor från vissa kulturer.

Trots något subventionerade priser på gym som hade FaR-ledare var det enligt distriktssköterskorna dyrt att träna och därför inte rättvist när det kom till val av aktivitet för patienterna. Författarna anser att möjligheten till FaR-aktiviteter ska vara lika för alla och patientens ekonomiska förutsättningar ska inte vara anledningen till att endast kostnadsfria aktiviteter kan väljas. Möjligheten att använda sitt FaR på gym skall inte vara en klassfråga. Att brist på pengar kan vara ett hinder för att vara fysiskt aktiv har visat sig i tidigare forskning (Reichert, Barros, Dominigues & Hallal, 2007). När det gäller fysisk aktivitet så har klyftan mellan olika grupper i samhället ökat för hela befolkningen, trots det nationella folkhälsomålet att skapa förutsättningar för en god hälsa. Därför efterlyste Nilsson (2010) en FaR samordnare som kan förtydliga vilka alternativ förskrivaren har, utöka utbildningen samt stimulera uppföljningen av förskrivna FaR. Information om metoden FaR behöver också finnas översatt till de stora invandrarspråken (a.a).

Många distriktssköterskor nämnde att det finns ett ekonomiskt incitament från Hälsovalskontoret, dvs att användningen av FaR genererar pengar till verksamheten men att det trots detta inte är verksamhetens högsta prioritet. Någon vårdcentral hade organiserat det så att distriktssköterskorna arbetade med FaR i sitt dagliga arbete på så kallade livsstilmottagningar. En annan vårdcentral hade en livsstilmottagning som inte var bemannad med distriktssköterskor utan med sjuksköterskor. Det är på livsstilmottagningarna och i yrkesgruppen sjukgymnaster de flesta FaR-recepten förskrivs enligt distriktssköterskorna. En studie av Leijon, Bendtsen, Nilsen, Ekberg och Ståhle (2008) visade att sjuksköterskor och läkare förskrev FaR men hälsopedagoger och sjukgymnaster var de professioner som i förhållande till antalet patienter de tog emot, använde förskrivning av FaR mest. Enligt Leijon (2009) påverkas inte patientens aktivitetsnivå av vem som förskriver FaR.

De studerade distriktssköterskornas erfarenheter av FaR var på många punkter liknande. Majoriteten av dem hade inte stora erfarenheter av att förskriva FaR till överviktiga/obesa patienter men var alla överens om att FaR bör förskrivas till de patienter som redan hade en tanke om förändring. Samtidigt fanns det också skillnader i erfarenheter distriktssköterskorna emellan. Främst handlade skillnaderna om hur de arbetade med FaR och hur det prioriterades på deras arbetsplats men också vilken uppföljning distriktssköterskorna hade av patienter som

förskrivits FaR. Enligt Region Skånes (2013) vårdprogram för levnadsvanor för vuxna rekommenderas en löpande uppföljning utifrån patientens behov och att alla patienter ska följas upp efter sex månader. Forskning visar att uppföljning av en ordinerad aktivitet resulterar i bättre resultat av fortsatt aktivitet från patienten (Müller-Riemenschneider, Reinhold, Nocon & Willich, 2008; SBU, 2007). En randomiserad och kontrollerad studie på Nya Zeeland (Lawton et al., 2009) visade att patienters fysiska aktivitet ökade om en sjuksköterska ordinerade en skriftlig rekommendation för att öka den fysiska aktiviteten. Ordinationen omfattade 30 minuters medelintensiv motion minst fem gånger i veckan med uppföljning efter 12 och 24 månader. Detsamma visade även en experimentell randomiserad kontrollerad pilotstudie gjord av Nanchahal et al. (2009) bland patienter i primärvården i Storbritannien. Förändringar i levnadsvanor gjorda enligt ett strukturerat program var mer effektivt än att bara göra vanliga hälsokontroller. Deltagarna gick ner mer i vikt och tyckte att ett strukturerat program var effektivt.

Distriktssköterskorna uttryckte att tidsbrist och avsaknad av riktlinjer och rutin för förskrivning av FaR på arbetsplatsen utgjorde ett hinder för förskrivningen. Det ansågs lättare att hinna med FaR om man bokade in ytterligare ett besök eftersom tid då kunde avsättas till uppgiften. Det tar tid att implementera nya arbetsmetoder och arbetssituationen upplevdes redan som stressig och då prioriterades inte FaR. Det har i tidigare forskning uppmärksammats att det inte finns resurser att tillgå. Till exempel beskriver Geboers, Mookink, Van Montfort, Van Den Hoogen, Van Den Bosch och Grol (2001) att hälso- och sjukvårdspersonal oftast har ett tidspressat schema, vilket ger litet eller inget utrymme alls till arbetsuppgifter utöver det vanliga. Det stöds även av Nilsson (2012) som beskriver att de största hindren för att hälso- och sjukvårdspersonalen ska ha en hälsofrämjande roll i sitt kliniska arbete är en pressad arbetssituation och, brist på riktlinjer och tydliga mål. Han anser att det inte borde vara ett problem att arbeta hälsofrämjande med t ex FaR där vi inom primärvården möter den största delen av befolkningen.

Distriktssköterskorna tyckte att det var viktigt att de under deras möte med patienten vara medvetna om hur patienten tänkte kring sin sjukdom och behandling. Eftersom motivationen ska komma från patienten är det enligt Orem (2001) svårt för sjuksköterskan att hjälpa och stödja patienten om denne inte kan eller vill utföra egenvården själv som t ex fysisk aktivitet. I enlighet med Orem (1995) kunde distriktssköterskorna genom dialog med patienten ge stöd och vägledning och på det sättet gavs möjligheten för patienten att bli delaktig i sin vård och

behandling. Det framkom i vår studie att för att det inte skulle uppstå misstro och svårigheter att förstå varandra var det nödvändigt att förskrivare och patient var medvetna om från början i mötet vilket fokus samtalet skulle ha. För att uppnå följsamhet till en aktivitet menade distriktssköterskorna att det måste finnas tid för att träffa patienten igen för att följa upp en FaR-ordination. I intervjuerna avspeglades distriktssköterskornas goda förmågor att kartlägga patienternas problem och resurser inför förskrivningen av FaR. På så vis kunde de undervisa och stödja patienterna individuellt i syfte att främja hälsa och förhindra ohälsa (Distriktssköterskeföreningen i Sverige, 2008). Senter et al (2013) belyser vikten av individanpassning för att öka den fysiska aktiviteten hos individer. Distriktssköterskorna upplevde ibland svårigheter i att ordinera patienterna aktiviteter hos aktörer just på grund av avsaknaden av individanpassning hos aktörerna. Det rörde sig dels om patienter med sämre ekonomi men även om patienter som inte kunde tala svenska, samt kvinnor från kulturer som efterlyste kvinnogrupper samt personer med psykisk ohälsa.

I enligt med Distriktssköterskeföreningen i Sveriges (2008) kompetensbeskrivning visade våra distriktssköterskor en god förmåga att identifiera och aktivt förebygga hälsorisker och vid behov motivera till förändrad livsstil. Deras berättelser genomsyrades av respekt för patienternas integritet och autonomi, att inte döma patienten för hans övervikt men att klargöra att ansvaret för att genomförandet av en förändring ligger hos individen själv. För att erbjuda patienterna en individanpassad vård krävs det att distriktssköterskan är lyhörd inför samhällsförändringar och att hen är inställd på ett livslångt lärande och har förmågan att söka evidensbaserad kunskap. Våra distriktssköterskor var medvetna om att otillräcklig fysisk aktivitet har blivit vanligare, speciellt i socioekonomiskt missgynnade grupper, samt att kulturella faktorer kan påverka förutsättningarna för fysisk aktivitet. Att distriktssköterskorna var medvetna om vilka metoder som enligt evidensbaserad kunskap ger resultat var uppenbart. De började med att förskriva aktiviteter som utförs på egen hand, de kompletterade muntlig rådgivning med FaR eller motionsdagbok samt poängterade vikten av uppföljning (a.a.).

### *Slutsats/Fortsatt forskning*

Distriktssköterskorna arbetade hälsofrämjande utifrån ett helhetsperspektiv för att öka patienternas fysiska aktivitet fastän det inte nödvändigtvis resulterade i ett FaR. I de fall distriktssköterskorna alternativt sjukgymnasterna var delaktiga i patienternas träning ökade följsamheten till fortsatt aktivitet.

Vi hoppas att fler vårdcentraler ska satsa på livsstilsomtagningar då vi fått insikt i att det är på dessa mottagningar som distriktssköterskan har ett organisatoriskt stöd, tydliga riktlinjer för och tid att arbeta med FaR och samtidigt arbeta förebyggande och hälsofrämjande. Det bör skapas tydligare riktlinjer på vårdcentralerna när FaR bör användas för att ge distriktssköterskorna stöd i att kunna bedriva ett hälsofrämjande och förebyggande arbete även utanför specialmottagningarna. Forskning utifrån patienternas perspektiv på FaR skulle kunna tillföra ytterligare kunskap om hur distriktssköterskans ska arbeta med denna patientgrupp.

## Referenser

Almås, H. (1998). *Klinisk sykepleie*. Oslo. Universitetsforlaget.

Berg, C. M., Lappas, G., Strandhagen, E., Wolk, A., Torén, K., Rosengren, A. & Lissner, L. (2008). Food patterns and cardiovascular disease risk factors: The Swedish INTERGENE research program. *American Journal of Clinical Nutrition*, 88, 289-297.

Brown, I., Stride, C., Psarou, A., Brewins, L. & Thompson, J. (2007). Management of obesity in primary care: nurses' practices, beliefs and attitudes. English (U.K.). *Journal of Advanced Nursing*, 59 (4), 329-341.

Depoy, E. & Gitlin, L. N. (1998). *Forskning- en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

Distriktssköterskeförningen i Sverige. (2008). *Kompetensbeskrivning: legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförning.

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

Faskunger, J. & Hemmingsson, E. (2002). En hjälpande hand – hälsovägledning för motion på recept. *Vård*. 2002;(4) 65-70.

Forsman, B. (1997). *Forskningsetik – en introduktion*. Upplaga 1:16. Lund: Studentlitteratur.

Forsman, B. (2005). *Etik i biomedicinsk forskning – en orientering*. Lund: Studentlitteratur.

FYSS. (2011). *Rekommendationer om fysisk aktivitet för vuxna*. Hämtad 19 december, 2012 från <http://www.fyss.se/rekommendationer-for-fysisk-aktivitet/>

Framtagna av Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet och antagna av Svenska Läkaresällskapet den 24 oktober 2011.

FYSS. (2013). FYSS. Hämtad 18 september, 2013 från <http://www.fyss.se/om-fyss-2/>

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

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

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

Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet (HSFR). (1999). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 27 december, 2012 från <http://www.codex.Vr.se/texts/HSFR.pdf>

Jansson, A. (2013). Statens Folkhälsoinstitut. *Fysisk Aktivitet*. Hämtad 4 oktober, 2013 från <http://www.fhi.se/Vart-uppdrag/Fysisk-aktivitet/>

Kallings, L., Leijon, M., Hellenius, 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*. Volume 18, Issue 2.

Kallings, L., Johnson, J. S., Fisher, R.M., de Faire, U., Ståhle, A., Hemmingsson, E. & Hellénus, M. L. (2009). Beneficial effects of individualized physical activity on prescription on body composition and cardiometabolic risk factors: results from a randomized controlled trial. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 2009 16: 80  
doi: 10.1097/HJR.0b013e32831e953a



- Kvale, S. (2006). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lawton, B. A., Rose, S. B., Raina Elley, C., Dowell, A. C., Fenton, A. & Moyes, S. A. (2009). Exercise on prescription for women aged 40-74 recruited through primary care: two year randomised controlled trial. *British Journal of Sports Medicine*, 43(2), 120-3.
- Livsmedelsverket. (2005). *Svenska näringsrekommendationer. Rekommendationer om näring och fysisk aktivitet*. Fjärde upplagan, 2005. Hämtad 10 januari, 2012 från [http://www.slv.se/upload/dokument/mat/rad\\_rek/snr2005.pdf](http://www.slv.se/upload/dokument/mat/rad_rek/snr2005.pdf)
- Lobstein, T., Baur, L. & Uauy, R. (2004). Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obesity Reviews*, 5, 4-85.
- Leijon, M. (2009). Activating people- physical activity in the general population and referral schemes among primary health care patients in a Swedish county. *Linköping University Medical Dissertation*, 2009:1096
- Leijon, M. E., Bendtsen, P., Nilsen, P., Ekberg, K. & Ståhle, A. (2008). Physical activity referrals in Swedish primary health care-prescriber and patient characteristics, reasons to prescriptions, and prescribed activities. *Health Service Research*, 8 (201), 1-9.
- Lönnqvist, F. (2007). Fettceller, fettväv och kroppssammansättning. I A. K. Lindroos. & S. Rössner (Red.), *Fetma från gen - till samhällspåverkan* (s. 21-43). Lund: Studentlitteratur.
- Malnick, S. D. H. & Knobler, H. (2006). The medical complications of obesity. *QJM*, 99, 565-579. doi: 10.1093/qjmed/hcl085
- Malterud, K. (1998). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- Müller-Riemenschneider, F., Reinhold, T., Nocon, M. & Willich, S. N. (2008). Longterm effectiveness of interventions promoting physical activity: A systematic review. *Preventive Medicine*, 47: 354-368.

Nanchahal, K., Townsen, J., Letley, L., Haslam, D., Ellings, K. & Haines, A. (2009). Weight-management interventions in primary care: a pilot randomised controlled trial. *British Journal of General Practice*, May, 157-166. doi:10.3399/bjgp09X420617.

Nilsson, K. (2010). *Nationell utvärdering av receptförskriften fysisk aktivitet (FaR)*. Utvärdering. Statens folkhälsoinstitut A 2010:05. Hämtad 25 september, 2013 från <http://www.fhi.se/PageFiles/9410/A-2010-5-Nationell-utvardering-FAR.pdf>

Nilsson, K. (2012). Statens folkhälsoinstitut. *FaR individ anpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet*. Hämtad 25 september, 2013 från <http://www.fhi.se/Handbocker/FaR-Individanpassad-skriftlig-ordination-av-fysisk-aktivitet/Halso-och-sjukvardens-roll/>

Orem, D. (1995). *Nursing. Concepts of Practice*. 5 edition. Mosby year book Inc., St Louis: Missouri.

Orem, D. (2001). *Nursing- Concepts of practice*. 6 edition. St. Louis: Mosby inc.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams and Wilkins.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (8ed). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Region Skåne. (2013). *Vårdprogram Levnadsvanor för vuxna*. Hämtad 4 oktober, 2013 från <http://www.skane.se/Upload/Webbplatser/Halsoinriktad/Levnadsvanor/Mars%202013%20V%c3%a5rdprogram%20Levnadsvanor%20f%c3%b6r%20vuxna%201.1.pdf>

Region Skåne. (2010). *Fakta om Skåne*. Hämtad 2 januari, 2013 från <http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Fakta-om-Skane-2010/Halsa/Overvikt-och-fetma-okar/>

Region Skåne. (2009). *Hälsoförhållanden i Skåne. Folkhälsoenkät Skåne 2008*. Hämtad 3 januari, 2013 från <http://www.skane.se/Upload/Webbplatser/folkhalsa/dokument/fh-08-rapport-v3.pdf>

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

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2007). *Metoder för att främja fysisk aktivitet: En systematisk litteraturöversikt* (SBU-rapport nr 181). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Statistiska centralbyrån. (2012a). *Vi växer på bredden*. Statistik från SCB  
Publicerad: 2012-10-03. (Nr 2012:104) Hämtad 20 december, 2012 från  
[http://www.scb.se/Pages/Article\\_\\_\\_\\_\\_340901.aspx](http://www.scb.se/Pages/Article_____340901.aspx)

Statistiska centralbyrån. (2012b). *Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC)*.  
Hämtad 20 december, 2012 från [http://www.scb.se/Pages/ProductTables\\_\\_\\_\\_\\_341406.aspx](http://www.scb.se/Pages/ProductTables_____341406.aspx)

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen

SFS 1998:2004. *Personuppgiftslag*. Hämtad 27 december, 2012 från  
[http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Personuppgiftslag-1998204\\_sfs-1998-204/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204/)

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Hämtad 27 december, 2012 från <http://62.95.69.3/SFSdoc/03/030460.pdf>

Skånes universitetssjukhus.(2013). *Fysioteket*. Hämtad 11 oktober, 2013 från  
<http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Skanes-universitetssjukhus/Organisation-A-O/Kranskarlskliniken/Halsoenheten/Fysioteket/>

Socialstyrelsen. (2003). *Behandling av fetma vid vårdcentraler och medicinkliniker: Redovisning av en kartläggning med komplettering av statistiska uppgifter från sjukvårdsregistret och läkemedelsregistret*. Artikelnr: 2003-131-19

Socialstyrelsen. (2011). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011*.  
Hämtad 28 december, 2012 från  
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18484/2011-11->

11.pdf

SOSFS 1995:5. *Socialstyrelsens allmänna råd om kompetensbeskrivning för sjuksköterskor och barnmorskor*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Statens folkhälsoinstitut. (2004). *På väg mot en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård*. (2004:3).

Statens folkhälsoinstitut. (2008). *Fyss- fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*.

Statens folkhälsoinstitut. (2011). *FaR, Individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet*. Hämtad 19 december, 2012 från <http://www.fhi.se/PageFiles/13765/R-2011-30-FaR-individanpassad-skriftlig-ordination-av-fysisk-aktivitet.pdf>

Senter, C., Appelle, N. & Behara, S.K. (2013). Prescribing exercise for women. *Current reviews in musculoskeletal medicine*, 6(2):164-72

Thurén, T. (2006). *Vetenskapsteori för nybörjare*. Malmö: Liber.

Wolf, S.H., Decker, M.M., Byrne, F.R. & Miller, W-D. (2011). Citizen-centered Health Promotion Building Collaborations to Facilitate Healthy Living. *American Journal of Preventive Medicine*, 40 (1), 38-47.

WHO. (2011). *Obesity and overweight*. Hämtad 4 januari, 2013 från World Health Organization, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

## **Inledning**

Presentation av oss själva till informanterna.

Syftet med studien är att undersöka distriktssköterskors erfarenheter av att använda FaR till överviktiga/obesitas patienter.

Utrymme för frågor innan vi börjar.

Uppkommer det frågor under intervjun så går det bra att ställa dem.

Då startar vi inspelningen och intervjun!

## **Frågeområde:**

**Vad har du för erfarenheter av att använd FaR i ditt arbete som distriktssköterska till överviktiga/obesa patienter?**

Positiva/negativa  
Möjligheter/hinder

Vad har du för uppfattning om att förskriva FaR?

**Vilka kunskaper har du om att använda FaR?**

Var har du fått dem?

**I vilka situationer anser du att FaR ska användas?**

Motivera

**Vilka riktlinjer finns det på din arbetsplats gällande förskrivning av FaR?**

**Hur tycker du att din möjlighet att använda din förskrivningsrätt av FaR tas till vara här på vårdcentralen?**

Vilket stöd känner du att du får från ledning och kollegor när det gäller att förskriva FaR?

## **Avslutningsfrågor:**

Ålder?

Hur länge har du varit färdigutbildad distriktssköterska?

Hur länge har du arbetat på vårdcentral?

## **Avsluta**

Har du några fler frågor?

Då vill vi tacka för din medverkan i vår magisteruppsats.

Bilaga 1

