



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Distriktssköterskans erfarenhet av att främja fysisk aktivitet

En kvalitativ intervjustudie

Författare: Malin Kjell
Kristina Åberg

Handledare: Jan-Åke Hansson

Magisteruppsats

Hösten 2014

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Distriktssköterskans erfarenhet av att främja fysisk aktivitet

En kvalitativ intervjustudie

Författare: Malin Kjell
Kristina Åberg

Handledare: Jan-Åke Hansson

Magisteruppsats

Hösten 2014

Abstrakt

I dagens samhälle utgör fysisk inaktivitet ett stort folkhälsoproblem som är komplext och engagerar många aktörer. Syftet med studien var att belysa distriktssköterskans erfarenhet av att främja fysisk aktivitet. En kvalitativ intervjustudie med tio distriktssköterskor utfördes. Analysen gjordes genom en kvalitativ innehållsanalys. I resultatet framkom det att distriktssköterskorna ansåg att det var viktigt att arbeta med att främja fysisk aktivitet. Ett ökat stöd från verksamheten med tydligare rutiner, integrerat samarbete och utbildning hade underlättat arbetet. Patientcentrerad rådgivning och rekommendationer gavs för att främja en förändring. Fysisk aktivitet behandlades i olika hög grad beroende på vilket bostadsområde distriktssköterskan arbetade i. Slutsatsen av studien är att det finns goda förutsättningar för distriktssköterskan att främja fysisk aktivitet men att uppdraget behöver förtydligas och att mer tid behöver avsättas.

Nyckelord

Distriktssköterska, erfarenhet, fysisk aktivitet, rekommendationer

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	2
Problembeskrivning	3
Bakgrund	3
Fysisk aktivitet	3
Rekommendationer för att främja fysisk aktivitet	4
Rådgivning	5
Stegräknare	6
Fysisk aktivitet på recept	6
Distriktsköterskans kompetensområde	7
Teoretisk referensram	8
Syfte	9
Metod	9
Urval	9
Instrument	10
Datainsamling	11
Databearbetning	11
Etisk avvägning	12
Resultat	13
Inverkan av organisationen	13
Verksamhetens påverkan på det hälsofrämjande arbetet	13
Förutsättningar för ett integrerat samarbete	14
Konsten att samtala om fysisk aktivitet	15
Att etablera en kontakt	15
Rådgivning som arbetsmetod	16
Att arbeta med en förändring	17
Patientcentrerat perspektiv	17
Motivera till fysisk aktivitet	18
Uppföljning av förändringsarbetet	19
Diskussion	20
Metoddiskussion	20
Resultatdiskussion	23
Konklusion och implikation	27
Referenser	28
Bilaga 1	32

Problembeskrivning

I dagens samhälle utgör ohälsosamma levnadsvanor ett stort folkhälsoproblem (Faskunger, 2013). Fysisk inaktivitet är en av de bakomliggande orsakerna till att utveckla kroniska sjukdomar. I Europa leder fysisk inaktivitet årligen till ca 600 000 dödsfall och till 5,3 miljoner förlorade friska levnadsår på grund av för tidig sjukdom eller död. I både västvärlden och i utvecklingsländerna är fysisk inaktivitet den fjärde största orsaken till förtidig död. De riskfaktorer som rankas högre är högt blodtryck, rökning och högt blodsocker.

Sjukdomar som är kopplade till fysisk inaktivitet som coloncancer, bröstcancer, högt blodtryck, hjärt- och kärlsjukdomar, depression, ångest, typ 2 diabetes och osteoporos kostar det svenska samhället sju miljarder kronor varje år (Statens folkhälsoinstitut, 2011). Det framgår i Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 att personer med dålig ekonomisk situation och kort utbildning är i mindre utsträckning fysiskt aktiva (Socialstyrelsen, 2011). Genom att identifiera och hjälpa de socialt utsatta personerna kan ojämlikheterna i hälsan minskas. Dessutom bidrar fysisk aktivitet till minskat mänskligt lidande (Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), 2007).

Att arbeta hälsofrämjande och öka den fysiska aktiviteten bland befolkningen är komplext och engagerar många aktörer (Statens folkhälsoinstitut, 2011). Det finns flertalet metoder för att främja fysisk aktivitet som är ett av Sveriges elva folkhälsomål (Statens folkhälsoinstitut, u.å.). En betydande arbetsuppgift som blivande distriktssköterskor har är att arbeta hälsofrämjande. Av den anledningen är vi i denna studie intresserade av att veta vilken erfarenhet redan verksamma distriktssköterskor har av att främja fysisk aktivitet hos patienterna.

Bakgrund

Fysisk aktivitet

Stillasittande definieras som inaktivitet av de stora muskelgrupperna (Faskunger, 2013). Med fysisk aktivitet avses all kroppslig rörelse som framkallas av skelettmuskulaturens sammandragningar och som genererar en ökad energiförbrukning. Effekterna av fysisk

aktivitet beror på intensitet, duration, frekvens, typ av aktivitet, ålder, kön och omgivningsfaktorer (Statens folkhälsoinstitut, 2011). World Health Organization (WHO) rekommendation för vuxna är minst 150 minuter måttlig fysisk aktivitet eller minst 75 minuter aktivitet med hög intensitetsnivå per vecka (WHO, 2010). Måttlig intensitet betyder 50-70 % av personens maxpuls och hög intensitet är >70 % av maxpulsen (Faskunger, 2013). För ytterligare hälsovinster kan vuxna öka sin fysiska aktivitet med måttlig intensitet till 300 minuter eller 150 minuter fysisk aktivitet med hög intensitet per vecka. Muskelstärkande aktiviteter som involverar stora muskelgrupper bör göras minst två dagar i veckan. Vuxna över 65 år bör även träna balans minst tre dagar i vecka. I Sverige utgår folkhälsoarbetet från elva övergripande folkhälsomål (Statens folkhälsoinstitut, u.å.). Det nionde folkhälsomålet är fysisk aktivitet och innebär att genom regelbunden fysisk aktivitet främja hälsa och välbefinnande samt ha en sjukdomsförebyggande effekt. Målen som ingår är ökad fysisk rörelse i skolan, i anslutning till arbetet och under fritiden. Statens folkhälsoinstitut ansvarar för uppföljning och utvärdering av målen. Att bryta de stillasittande perioderna genom att ställa sig upp eller ta en promenad är att rekommendera (Faskunger, 2013).

WHO (2004) anger att cirka två tredjedelar av befolkningen i Europa är otillräckligt aktiva ur ett hälsoperspektiv och att en av fem personer är inaktiva. Nordiska ministerrådet uppskattar att halva nordiska befolkningen når den rekommenderade aktivitetsnivån (Statens folkhälsoinstitut, 2011; WHO, 2004). I en studie av Sørensen, Horstedt och Andersen (2005) framkom det att både kvinnor och män kan öka sin livslängd om de är fysiskt aktiva minst 30 minuter per dag. En medelålders kvinna som kommer upp i måttlig aktivitet förväntas leva 4,6 år längre än en person som är stillasittande, för män är siffran 2,8 år. Aktivitet med hög intensitetsnivå ökar överlevnaden med ytterligare 2,7 år för kvinnor medan för männen förlängs livslängden med ytterligare 5 år.

Rekommendationer för att främja fysisk aktivitet

I Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 framgår det att hälso- och sjukvården ska främja fysisk aktivitet genom att erbjuda rådgivande samtal med tillägg av stegräknare eller fysisk aktivitet på recept (FaR) (Socialstyrelsen, 2011). I kommande avsnitt presenteras de olika åtgärderna.

Rådgivning

Socialstyrelsen (2011) har delat upp rådgivning i olika nivåer; enkla råd, rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal. Enkla råd ges under cirka fem minuter och är standardiserad information och rekommendationer. Rådgivande samtal karaktäriseras av att det är en anpassad dialog mellan hälso- och sjukvårdspersonalen och patienten. Hänsyn tas till ålder, erfarenhet, hälsa mm. Konkret målsättning och uppföljning samt hjälpmedel såsom förteckning över idrottsanläggningar och matdagbok är eventuella tillägg som kan göras. Samtalet varar mellan tio och trettio minuter. Kvalificerat rådgivande samtal utgår från samma princip som rådgivande samtal. Det som skiljer de åt är att samtalet tar längre tid och är vanligtvis teoribaserat. Kvalificerade rådgivande samtal innebär att personalen ska ha en utbildning i den metod som används, t.ex. motiverande samtal (MI) eller kognitiv beteendeterapi (KBT) (a.a.).

SBU (2007) har gjort en systematisk litteraturgenomgång över vilka metoder som är lämpliga och kostnadseffektiva för att öka den fysiska aktiviteten hos personer med sjukdom eller risk för sjukdom där just fysisk aktivitet har en god effekt. Ett av resultaten var att den fysiska aktiviteten ökade med 12-50 % under minst sex månader efter ett rådgivande samtal. I de nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder som Socialstyrelsen (2011) har utformat framgår det att rådgivande samtal vid otillräcklig fysisk aktivitet har en högre prioritering än vad kvalificerade rådgivande samtal har. Orsaken till detta är att det senare inte har visat sig ge bättre resultat och är dessutom mer kostsamt.

I en studie utförd på Nya Zeeland framgick det att kvalificerad rådgivning i form av MI var en effektiv metod för att få patienterna att öka sin fysiska aktivitet och dessutom få en ökad livskvalitet (Elley, Kerse, Arrow & Robinson, 2003). MI är en klientcentrerad vägledande metod där samtalsledaren har som uppgift att ta fram patientens egna resurser och locka fram motivationen till en förändring genom att lyssna reflekterande, ställa öppna frågor, summera, informera och uppmuntra patienten (Rollnick, Miller & Butler, 2009). Utmärkande i ett MI-samtal är att det finns ett aktivt samarbete mellan patienten och samtalsledaren där båda deltar i beslutsprocessen. Patienten bestämmer själv om denne vill ta till sig råden, denna frihet kan ibland vara faktorn som gör en förändring möjlig. MI används ofta vid beteendeförändringar.

Stegräknare

Vid fysisk inaktivitet rekommenderar Socialstyrelsen (2011) rådgivande samtal med tillägg av stegräknare. Stegräknaren registrerar samtliga steg som en person tar per dag. En vuxen människa bör gå minst 10 000 steg dagligen för att räknas som fysiskt aktiv. I en studie gjord av Kovelis m.fl. (2012) visade det sig att stegräknaren var effektiv för att öka den dagliga fysiska aktiviteten hos fysiskt inaktiva rökare. På Nya Zeeland utfördes en studie där man jämförde två grupper av patienter där samtliga deltagare fick fysisk aktivitet på recept, rådgivande samtal samt individuella aktivitetsmål (Kolt, Schofield, Kerse, Garrett, Ashton, & Patel, 2012). Den ena gruppen fick även tillgång till stegräknare. Vid uppföljningen tolv månader senare så visade det sig att gruppen med stegräknare gick 21 minuter mer varje vecka jämfört med den andre gruppen. I övrigt hade den fysiska aktiviteten ökat och blodtrycket hade sänkts likvärdigt i båda grupperna. Stegräknaren fungerar motiverande och är dessutom ett enkelt och billigt hjälpmedel (Socialstyrelsen, 2011).

Fysisk aktivitet på recept

FaR är ett individanpassat skriftligt recept på ordination av fysisk aktivitet och har funnits i Sverige sedan år 2001 (Statens folkhälsoinstitut, 2011). Åtgärden utgår från hälso- och sjukvården för att främja fysisk aktivitet och används både i behandlande och förebyggande syfte. I Sverige har all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal möjlighet att förskriva FaR. Sveriges landsting och regioner arbetar fram egna riktlinjer för hur FaR skall användas. Kallings (2012) menar att förskrivningen av FaR i Sverige skiljer sig stort mellan de olika landstingen och att implementeringen behöver bli bättre. År 2012 förskrevs 73 425 FaR enligt Socialstyrelsen & Statens folkhälsoinstitut (2013).

Förskrivningen utgår från patientens hälsotillstånd, besvär, diagnoser, riskfaktorer och tidigare erfarenheter (Statens folkhälsoinstitut, 2011). För ekonomiskt utsatta individer ges möjlighet till ekonomiskt bistånd. På receptet skall det framgå vilken typ av fysisk aktivitet, intensitet, duration och frekvens som är aktuell. Som hjälp till ordinationen används manualen Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (FYSS) som ett verktyg där förskrivaren hittar information om sjukdomstillstånd och vilken fysisk aktivitet som är lämplig som behandling (Statens folkhälsoinstitut & Yrkesföreningar för fysisk aktivitet

(YFA), 2008). De vanligaste träningsformerna som förskrivs är konditionsträning, styrketräning och rörlighetsträning enligt Kallings, Leijon, Hellénus och Ståhle (2008). Patienten kan på egen hand utföra en aktivitet eller använda sig av receptet på en organiserad aktivitet (Statens folkhälsoinstitut, 2011). Ett samarbete mellan hälso- och sjukvården och olika aktivitetsarrangörer är av stor betydelse för att motivera individen till att både öka och vidmakthålla aktivitetsnivån. För att få kalla sig aktivitetsarrangör skall arrangören ha kunskap om FaR och FYSS.

I två olika studier förskrev sjuksköterskan fysisk aktivitet på recept utifrån olika faktorer; övervikt, typ 2-diabetes och kardiovaskulära sjukdomar (Lamarche & Vallance, 2013; Kallings m.fl., 2008). Fördelar som sjuksköterskorna såg med förskrivningen var att patientens fysiska hälsa ökade samt fungerade preventivt och förbättrade kroniska och psykiska sjukdomar (Lamarche m.fl., 2013). Tidsbrist, kunskapsbrist om förskrivningen samt risk för att förödmjuka patienten var de vanligaste hindren för att förskriva FaR. I en studie av Leijon, Faskunger, Bendtsen, Festin och Nilsen (2011) uppgav patienterna att tidsbrist, smärta och ekonomiska faktorer är orsaker till brist på följsamhet. Enligt Statens folkhälsoinstitut (2011) är individens motivation en förutsättning till en beteendeförändring vad gäller den fysiska aktivitetsgraden. I Kallings, Johnson, Fisher, de Faire, Ståhle, Hemmingsson & Hellénus (2009) studie visade det sig att FaR gav en bättre effekt än skriftliga råd hos överviktiga personer och ledde till att den fysiska aktivitetsnivån ökade och den stillasittande tiden minskade efter införandet av FaR. Dessutom minskade risken för insjuknande i hjärt- och kärlsjukdomar. Att ordinationen är skriftlig visar att fysisk aktivitet är viktigt och jämföras med andra behandlingar (Statens folkhälsoinstitut, 2011). Hälso- och sjukvårdspersonalen har en stor uppgift i uppföljningen av FaR, dels för att korrigera ordinationen samt att vid behov arbeta med motivationen.

Distriktssköterskans kompetensområde

I Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763) fastställs det att en god hälsa på lika villkor är målet med hälso- och sjukvården. Så långt det är möjligt ska vården anpassas och utformas i samråd med patienten. Distriktssköterskan har en stor roll i att öka medvetenheten kring hälsa och fysisk aktivitet (Svensk sjuksköterskeförening, 2008). Arbetet ska vara förebyggande och hälsofrämjande med respekt för patientens integritet och autonomi. Arbetet

utgår från möten med människor där distriktssköterskan ska inge trygghet och stärka patienten i dennes hälsa. I International Council of Nurses (ICN) etiska kod för sjuksköterskor presenteras sjuksköterskans fyra grundläggande ansvarsområden som innefattar att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt att lindra lidande (ICN & Svensk sjuksköterskeförening, 2007). Ett stort ansvar ligger på distriktssköterskan oavsett vilka åldrar, områden och vårdform som denne är verksam i.

Teoretisk referensram

Den Transteoretiska modellen (TTM) kan vara användbar för distriktssköterskan i arbetet med att främja fysisk aktivitet. Prochaska, Redding & Evers (2008) beskriver modellen som ett bra redskap vid en intervention för att ta reda på var i förändringsprocessen patienten befinner sig. Modellen bygger på teorier som använts vid beteendeförändringar inom psykoterapi. Statens folkhälsoinstitut & YFA (2008) har anpassat modellen till arbetet med fysisk inaktivitet. Att öka sin fysiska aktivitet ses som en process över tid och delas upp i sex olika stadier där samtalsledaren skall finna patientens utgångsläge. *Förnekelsestadiet* innebär att patienten inte är fysiskt aktiv eller intresserad av att göra en förändring. De bakomliggande orsakerna kan vara otillräcklig information om fysisk aktivitet eller bristande tro på sin förmåga till en förändring. I *begrundarstadiet* utförs inte någon fysisk aktivitet men en intention finns att göra en förändring inom det närmsta halvåret. Råd behövs för att komma igång med en aktivitet. I *förberedelsestadiet* har patienten under det gångna året varit fysiskt aktiv, men ej regelbundet. Planen är att bli fysiskt aktiv inom den närmsta månaden. I *handlingsstadiet* kan det utåt sett se ut som en beteendeförändring har skett då patienten varit fysiskt aktiv i minst sex månader. Dock anses det fortfarande vara en del i förändringsstadiet. *Aktivitetsstadiet* innebär att vederbörande har varit regelbundet fysiskt aktiv längre än sex månader och bör arbeta förebyggande med återfall. I *vidmakthållandestadiet* sker fysisk aktivitet vanemässigt och risken för återfall till det gamla beteendet är liten. Vid en beteendeförändring kan personen växla mellan de olika stadierna och återfall ses som en naturlig del i förändringsarbetet (a.a.).

Syfte

Syftet med studien var att belysa distriktssköterskans erfarenhet av att främja fysisk aktivitet.

Metod

Då studiens syfte var att belysa distriktssköterskornas erfarenhet valdes en kvalitativ ansats. Det kvalitativa synsättet innebär att omvärlden ses som komplex, kontextberoende, konstruerad och subjektiv (Creswell, 2009). Materialet till studien samlades in genom intervjuer. Målet med en kvalitativ intervjustudie är att erhålla beskrivningar av intervjupersonens erfarenheter inom det aktuella området (Kvale & Brinkmann, 2009).

Urval

Inklusionskriterierna i studien var att deltagarna skulle ha arbetat som distriktssköterska i minst ett år samt arbeta på en vårdcentral. I denna studie planerades att intervjua tio till tolv distriktssköterskor. Enligt Trost (2010) är det bra att i förväg bestämma antalet deltagare då en oerfaren intervjuare annars kan tro att den nått en mättnad av ny information i ett tidigt stadiet. Då materialet lätt kan bli massivt och ohanterligt rekommenderas att få deltagare medverkar. För att komma i kontakt med deltagare till studien kontaktades först verksamhetschefer på vårdcentraler i Malmö via e-mail och telefon. Efter att fått erfara ett lågt intresse från de utvalda verksamheterna valde författarna att utöka urvalet och utförde samma process till verksamheter i södra Skåne. Totalt kontaktades 47 stycken verksamhetschefer vilket genererade två deltagare till studien. Orsaker som uppgavs till att inte medverka var tidsbrist, personalbrist samt redan medverkat i andra studier. Författarna valde då att byta strategi och 19 distriktssköterskor på olika vårdcentraler i södra Skåne kontaktades via telefon utan mellanhand. Av dessa tackade åtta distriktssköterskor ja efter att ha fått ett godkännande av sina verksamhetschefer. Totalt deltog tio kvinnliga distriktssköterskor från olika vårdcentraler. Ett strategiskt urval innebär att försöka få en så stor bredd av erfarenheter som möjligt (Paulsson, 2008). En variation i ålder, yrkeserfarenhet och arbetsplats eftersträvades, men då det var svårt att få deltagare till studien var det tillfälligheter vilka åldrar och

yrkeserfarenheter deltagarna hade. Trost (2010) och Polit och Beck (2009) menar att det är önskvärt inom kvalitativ forskning att uppnå en så stor variation av upplevelser som möjligt. Ett allt för homogent material kan leda till att ny kunskap inte infinner sig (Malterud, 2009). Verksamheterna var både offentliga och privata. Upptagningsområdena hade en geografisk-, socioekonomisk- och kulturell spridning. Åtta av distriktssköterskorna arbetade på en specialmottagning. De olika mottagningarna var inriktade mot diabetes, astma/KOL, hjärtsvikt samt livsstil. För att kunna svara på syftet var målet att exkludera distriktssköterskor med mindre än ett års arbetslivserfarenhet. På så sätt hade distriktssköterskorna hunnit få en erfarenhet av att främja fysisk aktivitet. Undantag gjordes för två distriktssköterskor då de hade flera års erfarenhet av att arbeta hälsofrämjande som sjuksköterskor. Distriktssköterskornas ålder varierade mellan 30 år och 64 år och en arbetslivserfarenhet som distriktssköterska mellan ett halvår och 32 år.

Instrument

En semi-strukturerad intervjuguide med en bestämd öppningsfråga utformades av författarna utifrån syftet i studien (*Bilaga 1*). Intervjuguiden innefattar sex frågeområden där samtliga områden berördes vid samtliga intervjuer (Trost, 2010). På så sätt fanns inga fasta frågor i en viss ordning utan deltagaren kunde i stället tala fritt och intervjuaren formulerade frågorna och anpassade ordningsföljden med hänsyn till samtalet. Denna typ av studie kräver att den som intervjuar har en god frågeteknik samt är en god lyssnare så att uppföljningsfrågor ställs till det som sägs (Polit m.fl., 2009). Förförståelse är kunskap, hypoteser och perspektiv som författarna har med sig innan studien startar (Malterud, 2009). Förförståelse kan innebära en last men är även något som författarna kan dra nytta av. Kvale m.fl. (2009) menar att det krävs att författarna har kunskap om studiens ämne, annars går det ej att ställa relevanta uppföljningsfrågor. Båda författarna i den här studien har erfarenhet av att arbeta som sjuksköterskor inom den somatiska slutenvården. Ett profylaktiskt postoperativt arbete med bl.a. tidig mobilisering har ingått i vår yrkesprofession. Detta arbete har bidragit till ett ökat intresse för fysisk aktivitet och hur detta kan påverka hälsan. Under verksamhetsförlagda utbildningar har författarna fått en inblick i hur det är att arbeta hälsofrämjande inom öppenvården.

Datainsamling

Samtliga intervjuer utfördes på deltagarnas arbetsplats efter deltagarnas önskemål. Intervjuerna ägde rum under våren och hösten 2014. Båda författarna medverkade vid de tre första intervjuerna där den ena intervjuade och den andra var aktivt lyssnande och kompletterade med frågor mot slutet av intervjun. Att vara två som intervjuar kan vara lämpligt när intervjuerna är ovana enligt Trost (2010). Resterande sju intervjuer delades upp och utfördes av författarna var och en för sig. Innan intervjun gav författarna muntlig och skriftlig information om studiens syfte. Dessutom informerades de om konfidentialiteten och att det var frivilligt att delta. Intervjuerna varade mellan 26 och 38 minuter. Ljudupptagare på mobiltelefon användes för att kunna fånga hela intervjun (Trost, 2010). De frågeområden som skulle beröras framträdde spontant i vissa intervjuer och i andra fick författarna fråga efter dem. Efter varje intervjutillfälle fördes ljudfilerna över till en dator och raderades från mobiltelefonerna. Den som hade intervjuat transkriberade materialet ordagrant. Enligt Kvale m.fl. (2009) är det av vikt att de som skriver ut intervjuerna gör på likadant vis. För att kontrollera att kvaliteten var god genomlyssnade båda författarna ljudupptagningen samtidigt som den jämfördes med transkriberingen.

Databearbetning

Dataanalyser används för att kunna organisera, strukturera och frambringa mening från datan (Polit m.fl., 2009). Den analysmetod som har valts till studien är en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats som presenteras av Graneheim och Lundman (2003). Denna metod används inom vårdvetenskap och är passande för att granska och tolka utskrifter av inspelade intervjuer som baseras på människors berättelser om sina erfarenheter med en förutsättningslös analys. Det transkriberade materialet lästes igenom var för sig upprepade gånger för att få en känsla av helheten. Därefter reflekterade författarna över innehållet och sammanställde allt material som svarade på syftet. I texten identifierades meningsbärande enheter som därefter kondenserades, vilket gjorde materialet mer lätthanterligt (tabell 1) (Kvale m.fl., 2009; Graneheim m.fl. 2003). Det kondenserade materialet abstraherades och kodades (Graneheim m.fl., 2003; Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Koderna jämfördes med varandra och fokus låg på att finna skillnader och likheter i materialet. De koderna med liknande innehåll utgjorde en underkategori. Hela kontexten fanns med i

medvetandet under analysprocessen. All data som svarade på syftet ingick i underkategorierna. För att minska risken för feltolkning diskuterade författarna med varandra och återgick med jämna mellanrum till den transkriberade datan. Korrigering av kategorier och underkategorier utfördes flertalet gånger för att bättre passa syftet. Efter gemensam reflektion sorterades de sju underkategorierna och sammanställdes till tre kategorier. Vid tolkning av resultatet togs hänsyn till det manifesta innehållet vilket innebär det som sägs ordagrant, det uppenbara. Dessutom gjordes en viss tolkning av resultatet för att kunna komma åt den underliggande innebörden, en så kallad latent innehållsanalys (Graneheim m.fl., 2003). Genom att tolka innehållet kan mönster framträda (Lundman, m.fl., 2012).

Tabell 1. Exempel på analysprocessen.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
En frisk patient som söker för förhöjt blodtryck då frågar jag alltid hur det ser ut med rökningen, alkoholen, kosten och med just fysisk aktivitet. Om det visar sig att man har en stillasittande livsstil så kan vi ju prata om vad patienten kan tänka sig att börja aktivera sig med.	Frågar patienter med högt blodtryck om fysisk aktivitet och om de kan tänka sig att börja aktivera sig.	Frågar om fysisk aktivitet hos riskpatienter.	Att etablera en kontakt.	Konsten att samtala om fysisk aktivitet

Etisk avvägning

I enlighet med Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) och Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2013) var det frivilligt för deltagarna att medverka. De kunde när som helst avbryta sin medverkan och konfidentialitet garanterades. Hänsyn togs till deltagarnas integritet och självbestämmanderätt. Den potentiella nyttan med studien övervägde risken och bördan för deltagarna. En etisk ansökan tillsammans med godkänd projektplan, informationsbrev och samtyckesblankett avsedd för verksamhetschef och deltagare lämnades till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) vid Lunds universitet, HSC för prövning och rådgivande yttranden innan utskicket till vårdcentralerna.

Deltagarna i studien informerades muntligt och skriftligt om syftet, metoden och planen för forskningen. Informationsbrev och samtyckesblankett skickades till verksamhets-

cheferna samt till undersökningsdeltagarna. Då båda författarna medverkade vid tre av intervjuerna fanns det en risk att intervjupersonen kände sig i underläge, något som togs i beaktning i enlighet med Trost (2010). Deltagarna erbjöds att kontakta författarna om undringar uppstod efter intervjun. Transkriberat material förvarades på en lösenordskyddad dator. Utskrivet material samt ljudfilerna kommer att förstöras efter godkänd examination.

Resultat

Resultatet presenterar distriktssköterskornas erfarenhet av att främja fysisk aktivitet. Analysen av intervjuerna genererade tre kategorier: *Inverkan av organisationen*, *Konsten att samtala om fysisk aktivitet* samt *Att arbeta med en förändring* med sju underkategorier (tabell 2). Kategorierna och underkategorierna används som rubriker i resultatet.

Tabell 2 visar en översikt på kategorier och underkategorier.

Kategorier	Underkategorier
Inverkan av organisationen	<ul style="list-style-type: none">• Verksamhetens påverkan på det hälsofrämjande arbetet• Förutsättningar för ett integrerat samarbete
Konsten att samtala om fysisk aktivitet	<ul style="list-style-type: none">• Att etablera en kontakt• Rådgivning som arbetsmetod
Att arbeta med en förändring	<ul style="list-style-type: none">• Patientcentrerat perspektiv• Motivera till fysisk aktivitet• Uppföljning av förändringsarbetet

Inverkan av organisationen

Verksamhetens påverkan på det hälsofrämjande arbetet

Distriktssköterskorna menade att det hälsofrämjande arbetet var viktigt för att kunna bemöta den ökande, åldrande befolkningen och dess vårdbehov. Vårdcentralerna har en skyldighet att bedriva hälsofrämjande verksamhet och detta arbete genererar pengar. Det framkom att ersättning styr mycket hur verksamheterna arbetar och vad som uppmuntras.

Distriktssköterskorna önskade att verksamheterna skulle satsa på mer hälsofrämjande arbete.

Däremot framkom det även att det fanns distriktssköterskor som menade att det var upp till var och en att strida mer för det. Det rörde delade meningar hos distriktssköterskorna om hur högt skattat det var att arbeta hälsofrämjande i organisationen och om de hade stöd av verksamhetschefen i detta. Dock var de noga med att poängtera att metoderna som användes vid främjandet av fysisk aktivitet inte skulle anpassas efter vilken ersättning de fick.

“Det finns ju vissa regler för de här olika samtalssorterna och det ger olika pengar till vårdcentralerna beroende på vilken. Ju mer avancerat, ju mer pengar. Därför gynnar det också vårdcentralerna att jobba med livsstil.” (6)

Genom sin anställning hade distriktssköterskorna gått utbildningar i förskrivning av FaR, samtalsmetodik såsom MI och kurser som t.ex. diabetes. Distriktssköterskorna upplevde att utbildningarna underlättade arbetet med främjandet av fysisk aktivitet. Mer utbildning önskades för att få en ökad kunskap om hur viktigt fysisk aktivitet är. Att inte ha en specifik utbildning i samtalsmetodik ansågs försvåra arbetet då samtalet inte ledde till kvalificerad rådgivning.

“Hon är ju väldigt driven på det här att skicka oss på utbildning som vi behöver med tobak, motiverande samtal. Att få åka iväg på det vi behöver för att kunna göra de sakerna. Så där tror jag vi alla känner att vi har jättemycket support faktiskt.” (8)

Förutom kunskap som erhållits via utbildningarna hade distriktssköterskorna ambitioner om att utgå från Socialstyrelsens riktlinjer samt internet vid det hälsofrämjande arbetet.

Förutsättningar för ett integrerat samarbete

Distriktssköterskorna lyfte att de gärna hade velat arbeta i hälsoteam och på så sätt få ett tydligare uppdrag med att främja fysisk aktivitet genom bestämda riktlinjer och rutiner. På grund av bl.a. hög personalomsättning fanns det dock inte möjlighet för alla distriktssköterskor att arbeta integrerat i ett hälsoteam. I nuläget gjorde tidspressen att patienter som skulle bokas till läkare i stället bokades till distriktssköterskorna som då ej hann med det hälsofrämjande arbetet och i sin tur remitterade vidare till sjukgymnasterna.

Dessutom bokades patienter med psykosomatiska symtom till läkare när de egentligen ansågs kunna bli avhjälpna med fysisk aktivitet.

För att kunna ge patienten de rätta förutsättningarna utbytte distriktssköterskorna erfarenheter med varandra. De uppgav att det var allas ansvar att prata mer eller mindre om fysisk aktivitet. Det fanns dock en risk att det kunde läggas över på livsstilssjuksköterskan om det fanns en sådan i organisationen. Distriktssköterskorna samarbetade mer integrerat med sjukgymnasten om de arbetade i samma byggnad. Denne hjälpte till med rekommendationer av fysisk aktivitet t.ex. vid smärta samt introducerade FaR till mottagningspatienter. På vissa arbetsplatser fungerade sjukgymnasten som samordnare vilket effektiviserade det integrerade arbetssättet. Det fanns även distriktssköterskor som samarbetade med läkare i livsstilsprojekt. När patienterna var multisjuka var det oftast läkarna som förskrev FaR. Erfarenheten sade att trots att de olika yrkeskategorierna inte träffades samtidigt med patienten, kände de sig ändå som ett team.

“Ja, vi gör det jobbet som vi kan göra och upplyser, stöttar och följer upp och det här. Men sen får man lämna vidare om det skulle bli ännu mer. För man hade ju kunnat fokusera på en patient jättelänge. Oftast har man inte utrymme att göra det med alla sina patienter fast man hade velat då. Men ett samarbete gör det lite effektivare.” (4)

Konsten att samtala om fysisk aktivitet

Att etablera en kontakt

Att bygga upp ett förtroende var viktigt för att kunna etablera en kontakt med patienten. Genom att träffas några gånger utvecklades en relation som underlättade för att introducera fysisk aktivitet. Ett frågeformulär kunde användas för att kartlägga patientens levnadsvanor. Distriktssköterskan kunde även läsa i journalen innan mötet med patienten för att se om det var aktuellt att väcka tanken om fysisk aktivitet. Indikationer för att ta upp fysisk aktivitet på distriktssköterskemottagningen var om patienten hade högt blodtryck, övervikt eller bensår. Det framkom att ämnet berördes frekvent men också att det endast berördes om patienten själv tog upp det. Distriktssköterskorna önskade att de tog upp ämnet oftare då ämnet alltid var relevant.

“På distriktssköterskemottagningen är det väldigt blandat med patienter. Där är det sår, injektioner och det är mer lite grann utifrån situationen, varför patienten är där. Men hittar man infallsvinklar på det och det kommer på ett naturligt vis, så försöker man få in det.” (1)

På distriktssköterskornas specialmottagningar som var diabetes, astma/KOL, hjärtsvikt samt livsstil kändes det mer naturligt att ta upp fysisk aktivitet med patienterna då det redan fanns en etablerad kontakt. De upplevde att mer tid fanns avsatt och att det ofta ingick i konsultationen. Distriktssköterskorna kunde dra sig för att samtala om fysisk aktivitet i de bostadsområden där patienterna hade en högre utbildningsnivå. Patienterna visste vad de skulle göra och gjorde det. I andra bostadsområden var befolkningen mindre aktiv, framförallt utländska kvinnor och äldre som ej var vana vid fysisk aktivitet sedan tidigare.

Distriktssköterskornas förhoppning var att genom att etablera en kontakt och väcka tanken om fysisk aktivitet kunna fånga patienterna i tid, innan det blev skadligt. Uppfattningen var att bara genom att nämna fysisk aktivitet såddes ett frö vilket inte skulle underskattas.

Erfarenheten var att om frågan om fysisk aktivitet ställdes kunde detta leda till en förändring hos patienten och generera hälsovinster i framtiden.

“Det finns som sagt inga hopplösa fall. Jag har haft patienter här som sagt: Nej nej nej, det här var inget för mig. Men sen börjar de komma igång t.ex. att gå med sin granne. Vad är min roll i detta? Patienten hade kommit på det förr eller senare, men någonstans är det kanske bra ändå att ta upp det och nämna det och väcka ett intresse” (5)

Att tala om fysisk aktivitet var en konst enligt distriktssköterskorna. Att väcka tanken om fysisk aktivitet kunde upplevas som genant om patienten var ung eller om det var ett uppenbart bekymmer som vid övervikt. Det kunde finnas en rädsla över att trampa någon på tårna och att patienterna skulle ta illa vid sig. Distriktssköterskorna använde sig av sin intuition när de etablerade en kontakt med patienterna och det fick bli tyst om det inte passade. Det var få patienter som blev irriterade.

Rådgivning som arbetsmetod

Att samtala om fysisk aktivitet med patienterna kändes naturligt för distriktssköterskorna. Vid enklare rådgivning utgick de från patientens anamnes och resurser samt frågade om dennes

kunskap om fysisk aktivitet. I det initiala skedet var det baskunskap om fysisk aktivitet och dess gynnsamhet som gavs. I samtalet ingick även att stärka, råda och stödja patienten. Lades informationen på rätt nivå tog de flesta emot den bra och kunde reflektera över sin situation. Att tala om fysisk aktivitet varierade mellan flera gånger per dag till en gång i veckan. Tiden på rådgivningen var avgörande för hur utbytet av informationen blev. Var motion något nytt för patienten gavs djupare information. Att ge vetenskaplig undervisning till patienterna gjorde att patienterna tog ämnet på mer allvar.

“De går långsamt och att de tycker det är obehagligt när hjärtat börjar bulta och man blir andfådd och har inte förståelse att det är det som händer när man anstränger sig och att det måste hända för att utöka sin kapacitet. Ja, sånt får man komma ihåg att förklara.” (9)

Det framkom även att MI användes som samtalsmetod för att främja fysisk aktivitet. Den kvalificerade rådgivningen utgick från patientens förutsättningar, önskningar och möjligheter. MI upplevdes som en bra inkörsport och fungerade väl även med omotiverade patienter. Distriktssköterskorna bad om tillåtelse för att få berätta, målet var dock att patienterna skulle komma på lösningen själva. MI upplevdes också som en omodern och tidskrävande metod. Distriktssköterskorna uttryckte en rädsla för att ge inkorrekt information eller om patienterna hade väldigt specifika frågor som de inte kunde svara på.

Att arbeta med en förändring

Patientcentrerat perspektiv

Distriktssköterskorna menade att de arbetade patientcentrerat, dock framgick det även att de gav rekommendationer. Distriktssköterskorna frågade vad patienten hade gjort tidigare och vad de kunde tänka sig att göra för någon förändring. Promenader var det vanligaste förslaget på aktivitet. Rekommendationer som gavs var att hoppa av bussen två hållplatser tidigare och att ta trapporna för att få in motion i det vardagliga, s.k. vardagsmotion. Var patienten äldre eller hade svårigheter med att röra sig informerades de om att all rörelse var bra och att även det lilla var värt något. Att göra en förändring genom att träna tillsammans i familjen var också något som uppmuntrades.

“Oftast tycker jag ändå att man blir lite glad för att alla har ofta någonting som man känner att det här kanske skulle kunna fungera för mig.” (10)

Distriktssköterskorna använde stegräknare som tillägg till fysisk aktivitet, en åtgärd som ansågs fungera effektivt och inspirerande vid en förändring. I verksamheterna kunde det finnas möjlighet till att låna ut stegräknare. Hinder som uppkom för att använda stegräknare var om de ej fanns i verksamheten och om patienten inte ansåg sig ha råd att köpa en.

I aktuell studie fanns det deltagare som hade erfarenhet av att förskriva FaR men även de som aldrig förskrivit. Distriktssköterskorna ansåg att förskrivningen av FaR fungerade sporrande till de patienter som inte hade kommit igång med träning men visade intresse. Vissa patienter frågade själva om recept men oftast var det distriktssköterskorna som rekommenderade det. FaR förskrevs i större utsträckning på specialmottagningarna. Populäraste aktiviteterna hos patienterna var stavgång, vattengymnastik och styrketräning. Distriktssköterskans erfarenhet av FaR var att det inte var lika ekonomiskt fördelaktigt längre, då subventioneringen inte var lika gynnsam som tidigare. Orsaker som distriktssköterskorna uppgav för att inte förskriva FaR var tidsbrist och att de var dåligt insatta i förskrivningen som upplevdes som omodern. Det framkom även att förskrivningen ibland glömdes bort eller upplevdes som olämplig samt underlig om exempelvis patienten endast skulle gå en kort promenad med rollatorn.

Motivera till fysisk aktivitet

Distriktssköterskornas erfarenhet var att motivationsgraden hos patienterna varierade. Genom att själva vara fysiskt aktiva upplevde distriktssköterskorna att de hade en bättre förståelse för patienternas motgångar och kunde på ett bättre sätt motivera patienten till en förändring.

Åtgärder som användes för att öka motivationen var t.ex. att kontrollera blodsockret före och efter aktivitet, mäta midjemåttet samt humor och uppmaningar. Hinder för att vara fysiskt aktiva var rädsla för att gå ut, dåligt väder, sjukdom, dålig ekonomi och att finna tid.

“Det är ju sommar, då är det ju inte så, för då gör man ju det och det. Man har alltid massa ursäkter. Och så på vintern är det för kallt, äh, men man får försöka hitta någonting där.” (7)

Distriktssköterskor upplevde det som svårt att hitta en lösning när patienterna gick in i en försvarsställning. Många av patienterna ansågs vara motiverade till att öka sin fysiska aktivitet och hade börjat förbereda sig för en förändring. De var öppna för aktiviteter och handlade hem träningsredskap. Att förklara vikten av att vidmakthålla aktiviteten i längden blev en utmaning för distriktssköterskorna då vissa patienter snabbt gjorde stora beteendeförändringar men hade svårigheter med att bevara den fysiska aktiviteten. Mål sattes upp tillsammans och dokumenterades i journalen.

Uppföljning av förändringsarbetet

Distriktssköterskorna hade olika erfarenheter av uppföljningen av patientens fysiska aktivitet. Att boka in uppföljningsbesök varierade mellan att aldrig boka in någon uppföljning och att ha det som standard. Vid uppföljningsbesöken diskuterades den fysiska aktiviteten, målsättningarna och hur förändringsarbetet hade gått för patienten. Distriktssköterskorna upplevde följsamheten till vardagsmotion som störst. Det var inte ovanligt att patienterna själva återkopplade denna förändring och var stolta.

“De kommer igång och tränar eller springer, går, cyklar varje dag. Fantastiska resultat. Där man kan om man har satt in medicin så kan man ta ut den efter ett halvår eller minska på många. Alltså, jag säger det, det är ett tacksamt arbete.” (3)

När tremånadersgränsen för en förskrivning av FaR hade gått ut kunde ett uppföljningsbesök utföras där ordinationen jämfördes med vad patienten faktiskt hade utträttat. Anledningen till att specifika uppföljningsbesök inte blev av berodde på tidsbristen hos distriktssköterskorna. Däremot framkom det att om patienten hade t.ex. återkommande blodtryckskontroller så gjordes utvärderingarna då.

“Ja någon gång har det faktiskt hänt att jag ringer och frågar hur fungerar det? Hur går det? Men oftast blir det när vi träffas för jag hinner inte med det. Utan det blir att man följer upp det när man träffas.” (2)

Distriktssköterskornas erfarenhet var att om ingen uppföljning hade gjorts inom sex månader hade den fysiska aktiviteten runnit ut i sanden. För att vidmakthålla aktiviteten och inte falla

in i gamla vanor var patienterna i behov av stöttning av distriktssköterskorna under hela förändringsarbetet.

Diskussion

Metoddiskussion

För att belysa distriktssköterskornas erfarenhet av att främja fysisk aktivitet utfördes en kvalitativ intervjustudie. Tillförlitlighet, överförbarhet, giltighet och delaktighet är begrepp inom kvalitativ forskning som svarar på hur trovärdigt ett resultat är (Lundman m.fl., 2012). Enligt Trost (2010) måste forskaren reflektera över studien och kunna visa att denne är trovärdig.

Inklusionskriterierna för att delta i studien var att distriktssköterskorna skulle ha mer än ett års arbetslivserfarenhet som distriktssköterska samt att de arbetade på en vårdcentral. Två av deltagarna hade inte ett års arbetslivserfarenhet som distriktssköterska men författarna valde att ändå inkludera dessa då de hade flera års erfarenhet av att arbeta hälsofrämjande som sjuksköterskor. Författarna var medvetna om att detta beslut kunde påverka studiens resultat. Det visade sig dock att samtliga distriktssköterskor i studien oavsett yrkeslivserfarenhet kunde bidra med material som svarade till syftet.

Två verksamhetschefer hjälpte till med varsin deltagare till studien. Risker som finns med att använda en mellanhand är att denna kan styra urvalet och välja deltagare på grund av deras åsikter och kompetens i ämnet (Trost, 2010). Ett strategiskt urval eftersträvades, denna typ av urval öppnar enligt Malterud (2009) och Polit m.fl. (2009) upp för fler aspekter av ett och samma fenomen. Då författarna hade svårigheter med att finna deltagare till studien har författarna ej kunnat välja ut deltagare. Det finns dessutom en risk för att deltagarna som medverkade i studien tackade ja för att de hade ett utökat intresse av fysisk aktivitet. Detta är något som kritiskt har reflekterats av författarna som en svaghet i studien då samtliga deltagare som visade intresse också ingick i studien. Författarna ansåg dock att det fanns en variation hos deltagarna i studien gällande ålder, antal yrkesverksamma år, upptagningsområden samt om de arbetade i landstingsstyrda eller privata verksamheter. Den variation som fanns hos deltagarna har troligtvis bidragit till en ökad tillförlitlighet i studiens

resultat (Malterud, 2009.). Författarna intervjuade tio distriktssköterskor. Enligt Trost (2010) kan antalet intervjuer utökas efter hand. Dock upplevde författarna att efter tio intervjuer var det ej aktuellt att komplettera med ytterligare intervjuer då materialet upplevdes som tillfredsställande.

Förförståelse kan innebära en last men är även något som författarna kan dra nytta av (Malterud, 2009). Det är av stor vikt att ta hänsyn till förförståelsen och att inte göra intervjuguiden för detaljerad då författarna är intresserade av ny information. Det krävs att författarna har kunskap om studiens ämne, annars går det ej att ställa relevanta uppföljningsfrågor (Kvale, m.fl., 2009). Enligt Lundman m.fl. (2012) kan faktumet att intervjuerna utfördes av flera författare innebära en risk för att deltagarna fick olika uppföljningsfrågor. Dock kan detta också leda till en större möjlighet av att fånga olika variationer i erfarenheten av att främja fysisk aktivitet. Som ovan intervjuare finns det en risk för att frågorna kan ha vinklats till det som författarna redan har kunskap i (Kvale m.fl., 2009). Från första intervjutillfället i aktuell studie upplevdes intervjuguiden som relevant och inga ändringar gjordes. För varje intervju som utfördes upplevde författarna sig säkrare med intervjutekniken. Enligt Malterud (2009) finns det inga genvägar utan författarna måste lära sig hantverket. Även om författarna är vana vid att samtala med människor i det yrkesverksamma livet ska detta inte förväxlas med kvalitativa forskningsmetoder.

Författarna i denna studie var relativt ovana intervjuare vilket gjorde att båda medverkade vid de tre första intervjuerna. Detta skapade en trygghet för författarna som troligtvis avspeglades i mötet med deltagaren. Enligt Trost (2010) kan det vara lämpligt för en otränad intervjuare att ha med en annan intervjuare med mer erfarenhet. För att undvika att deltagaren skulle känna sig i underläge fick de själva välja intervjuplats och valde även hur författarna skulle sitta under intervjun. Författarna erbjöd en neutral lokal för intervjun men samtliga deltagare valde sin arbetsplats. Miljön för intervjun ska vara så trygg och ostörd som möjligt för den som blir intervjuad (Trost, 2010). Deltagarna upplevdes som avslappnade och bekväma med att prata om sin erfarenhet av att främja fysisk aktivitet på sin arbetsplats. Det var endast en som intervjuade och den andre kompletterade med frågor mot slutet, detta med förhoppningen att deltagaren endast skulle behöva fokusera på en av intervjuerna. I resterande sju intervjuer intervjuade författarna på vars ett håll. Att byta strategi kan troligtvis ha påverkat de enskilda intervjusituationerna då deltagaren kan ha känt sig mindre i underläge i de senare

intervjuerna. Dock ansåg författarna att det var nödvändigt att först bli trygga med intervjusituationen för att kunna prestera så bra som möjligt under samtliga intervjuer.

Ljudupptagare på mobilen användes vid intervjutillfällena. Detta förfaringsätt möjliggör för författaren att kunna fokusera på vad som sägs under intervjuens gång (Malterud, 2009; Trost, 2010). Fördelar med ljudupptagare är att de fångar tonfall och ordval men kan även innebära att deltagarna kan känna sig hämmade av inspelningen (Trost, 2010). Enligt Malterud (2009) kan intervjuaren efter transkribering av sina första intervjuer se hinder och möjligheter till att inhämta ny kunskap. Detta ställer krav på intervjuaren att vara öppen och självreflekterande vilket författarna har eftersträvat. I denna studie har den som intervjuat själv transkriberat i direkt anslutning till intervjutillfället. Att transkribera sina egna intervjuer under datainsamlingen är att föredra då författarna kan reflektera till själva intervjutillfället och på så sätt minska risken för att en del av innebörden går förlorad (a.a.).

En kvalitativ innehållsanalys valdes då denna analysmetod används inom omvårdnadsforskning vid tolkning av exempelvis utskrifter av intervjuer (Lundman m.fl., 2012). När kategorier skapades återgick författarna kontinuerligt till kontexten, vilket innebar att en viss tolkning av texten gjordes utifrån sitt sammanhang. Författarna gick tillsammans igenom materialet tidigt i processen för att undvika blinda fläckar (Malterud, 2009). Trovärdigheten i studien påverkas av hur författarna har ställt sig till sin förförståelse och hur detta har haft inverkan på analysen av datan. Författarna har varit noga med att aktivt vara medvetna om sin förförståelse för att kunna vara öppna och ta in det som faktiskt sägs i intervjuerna och på så sätt undvika skygglappar (Malterud, 2009). För att andra ska kunna upprepa studien har urval och analysmetoden beskrivits utförligt och citat har använts så att läsaren ska kunna bedöma giltigheten. Detta tillvägagångssätt höjer resultatets trovärdighet enligt Lundman m.fl. (2012). Att författarna har diskuterat samtliga delar av analysen har medverkat till ökad trovärdighet i resultatet. Under analysarbetet har en viss tolkning av texten gjorts för att komma åt den underliggande innebörden (Graneheim m.fl., 2003). Författarna är medvetna om att tolkningarna är av en lägre nivå då författarna saknar en empirisk erfarenhet. Korrigering av kategorier och underkategorier gjordes flertalet gånger för att bättre passa syftet.

Det har inte funnits någon möjlighet till validering av studien då det endast har varit författarna som har haft tillgång till datan. En validering innebär att andra personer som är

insatta i ämnet har tillgång till materialet och gör en granskning som jämförs med textens innehåll (Lundman m.fl., 2012). Det finns en uttryckt kritik mot validering då upplevelsen av verkligheten ändå är subjektiv och om resultatet ej stämmer överens med validering behöver detta ej betyda att resultatet inte är giltigt. Enligt Malterud (2009) och Lundman m.fl. (2012) finns det inte endast en sanning utan flera alternativa tolkningar.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att belysa distriktssköterskans erfarenhet av att främja fysisk aktivitet. Det framkom i studiens resultat att distriktssköterskorna ansåg att det var viktigt att arbeta hälsofrämjande med fysisk aktivitet för att kunna bemöta den åldrande befolkningen. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763) och distriktssköterskans kompetensbeskrivning ska distriktssköterskan arbeta hälsofrämjande och förebyggande (Svensk sjuksköterskeförening, 2008). Distriktssköterskorna i aktuell studie upplevde att de hade ett engagemang men att arbetet med att främja fysisk aktivitet försvårades av tidsbrist och personalomsättning. Mer utbildning i ämnet samt att arbeta med tydligare riktlinjer och rutiner var önskvärt enligt distriktssköterskorna. Detta resultat stärks i en engelsk studie gjord av Goodman, Davies, Dinan, See Tai och Iliffe (2011) där det framgår att sjuksköterskorna kände sig motiverade och engagerade med att främja fysisk aktivitet. Arbetet begränsades av att det fanns en brist på personal, brist på utbildning av att främja fysisk aktivitet och organisatoriska hinder. Det krävdes mer tid och resurser för att kunna utforma framgångsrika hälsofrämjande insatser. Distriktssköterskorna i den aktuella studien upplevde att stödet från verksamhetscheferna varierade. I en studie av Jerdén, Hillervik, Hansson, Flacking och Weinehall (2006) framkom det att det inte räcker att arbeta fram hälsofrämjande metoder utan att det även krävs ett aktivt stöd och uppmuntran från ledningen. En reflektion författarna gör utifrån ovanstående resonemang är att verksamheterna behöver förtydliga uppdraget med att främja fysisk aktivitet. Samtliga yrkesprofessioner bör kritisk granska arbetssättet och arbeta utifrån de sjukdomsförebyggande metoder som Socialstyrelsen (2011) har tagit fram. Är ett integrerat teamarbete lösningen för verksamheten eller ska en livsstilmottagning ha det övergripande ansvaret?

Vården ska anpassas och utformas så långt det är möjligt i samråd med patienten (HSL, SFS 1982:763). För att kunna arbeta patientcentrerat är det av stor vikt att integrera

hälsofrämjande ställningstagande hos individen samt att stödja och stärka patienten (Svensk sjuksköterskeförening, 2008). Det framgår i aktuell studie att distriktssköterskorna ansåg sig arbeta patientcentrerat, dock så gav de patienterna rekommendationer och förslag till fysisk aktivitet. Vid rådgivning av fysisk aktivitet utgick distriktssköterskan från patientens anamnes, erfarenhet och önskan. I en nederländsk observationsstudie framkom det däremot att hälften av råden sjuksköterskorna gav var specifika och patientcentrerade och resterande var klagörande och generell information (van Dillen, Noordman, van Dulmen & Hiddink, 2014). Att studiernas resultat skiljer sig åt kan bero på flertalet orsaker. Det framgår inte i den nederländska studien om sjuksköterskorna ansåg sig ge patientcentrerade råd. Även om ambitionen är att rådgivningen ska utgå från patienten behöver det inte betyda att det faktiskt är på det viset. Skulle författarna till aktuell studie utfört en observationsstudie hade kanske resultatet blivit annorlunda och mer liknat resultatet i den nederländska studien. För att nå patienterna anser författarna att det är viktigt att arbeta patientcentrerat. För att kunna hjälpa patienten till ett förändringsarbete bör distriktssköterskan utgå från patientens egna erfarenheter och önskemål. Detta tror författarna kan vara nyckeln till en förändring.

Om patienterna hade hälsoproblem var distriktssköterskorna osäkra på vad de skulle rekommendera för aktivitet (Goodman m.fl., 2011). Det framgick även i studien att de ej var medvetna om att de hade begränsningar i kunskap om äldre och rekommendationer vid fysisk aktivitet. I aktuell studie förhörde sig däremot inte författarna om distriktssköterskornas kunskap om Socialstyrelsens (2011) nationella riktlinjer utan det framkom i intervjuerna med distriktssköterskorna att de önskade mer kunskap om fysisk aktivitet och dess påverkan på hälsan. Hade författarna lyft denna fråga hade resultatet blivit annorlunda och en ny dimension av distriktssköterskans erfarenhet av att främja fysisk aktivitet hade kunnat synliggöras.

Det framkom att distriktssköterskorna i aktuell studie upplevde MI som en bra samtalsmetod och fungerade väl som inkörsport till både motiverade och omotiverade patienter. Distriktssköterskorna utgick från patienternas förutsättningar, önskningar och möjligheter vilket överensstämmer med Rollnick, m.fl. (2009) som menar att samtalsledaren ska utgå från patientens egna resurser. Dock kände de sig tidspressade och använde sig därför av varianter av MI. Resultatet stärks i en studie av Brobeck, Bergh, Odencrants och Hildingh (2011) där det framkom att MI som metod upplevdes som tidskrävande men också berikande och användbar i det hälsofrämjande arbetet. Vidare ansågs det viktigt att distriktssköterskan hade

ett eget intresse för metoden för att kunna applicera MI på patienterna. I en annan studie av Brobeck, Odencrants, Bergh och Hildingh (2013) framgår det att trots att hälsofrämjande frågor är viktigt så undviker distriktssköterskor att ta upp frågan på grund av tidsbrist och rädsla över att inte kunna avsluta diskussionen på ett lämpligt sätt. Författarna till aktuell studie anser att MI är en bra samtalsmetod för distriktssköterskorna att använda då det synliggörs för både patient och samtalsledare var patienten befinner sig i förändringsprocessen. Dock är MI inte enda sättet att samtala med patienterna utan författarna är införstådda med att distriktssköterskorna finner och utvecklar en egen samtalsvariant som de känner sig trygga med.

I en studie av Kallings m.fl. (2008) framkom det att den transteoretiska modellen användes som ett utgångsläge för att veta var i förändringsstadiet som patienten befann sig i innan distriktssköterskan förskrev ett recept på fysisk aktivitet. Sex månader efter förskrivningen hade patienternas förändringsläge flyttats från begrundar- och förberedelsestadiet till handlings- och vidmakthållandestadiet. Författarna anser att det är av yttersta vikt att tillsammans med patienten ta reda på var i förändringsprocessen patienten befinner sig så att rimliga delmål och mål sätts upp. En genomtänkt förskrivning av fysisk aktivitet på recept med passande aktivitet är nödvändig så att patienten kan ta det till sig och känna sig motiverad.

Distriktssköterskorna i aktuell studie frågade sig hur stort deras uppdrag var. Ska de tala om fysisk aktivitet med alla patienter eller prioritera och rikta in sig på riskpatienterna? Det framgick att distriktssköterskorna upplevde att ämnet var så pass viktigt att det alltid var aktuellt. Socialstyrelsen (2011) rekommenderar att två frågor ställs vid samtalen med patienterna. Den första frågan som ställs gäller hur mycket intensiv fysisk träning patienten utför och den andra hur mycket vardagsmotion patienten utför. Genom att sammanställa den tid patienten är fysiskt aktiv kan de minst aktiva fångas upp då dessa har mest att vinna på att bryta sin inaktivitet. Socialstyrelsen menar att det är extra angeläget att hälso- och sjukvårdspersonalen ska ta upp frågan med högriskgrupperna som bl.a. är patienter som har diabetes, ischemisk hjärtsjukdom, högt blodtryck och övervikt men även arbeta förebyggande och ställa frågor till patienter vars levnadsvanor kanske inte alltid är kopplade till det sjukdomstillstånd som denne har sökt för. Ett resonemang utifrån detta är att det är lika viktigt att prata om fysisk aktivitet med patienter som har kroniska sjukdomar som med de som är i riskzonen för utveckling av sjukdom. I aktuell studie arbetade distriktssköterskorna enligt

Socialstyrelsens nationella riktlinjer då fysisk aktivitet ingick i konsultationen vid specialmottagningarna där högriskgrupperna var återkommande. Detta resultat stärks i en studie utförd på Nya Zeeland där patienter som var överviktiga, stillasittande eller hade kroniska sjukdomar fick rådgivning om fysisk aktivitet i högre grad (Croteau, Schofield & McLean, 2006). Även ur ett samhällsekonomiskt perspektiv är det av stor vikt att uppmärksamma dessa problem då sjukdomar som är kopplade till fysisk inaktivitet är kostsamma (Statens folkhälsoinstitut, 2011). Utifrån studiens resultat och Socialstyrelsens (2011) nationella riktlinjer frågar sig författarna om det finns tid och resurser för att ta upp ämnet med samtliga patienter eller är tanken att personalen ska så ett frö genom att bara ställa frågan om fysisk aktivitet?

Det framkom i studiens resultat att distriktssköterskorna upplevde att den fysiska aktiviteten hos patienterna var kopplad till det bostadsområde de bodde i. Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2008) har distriktssköterskan ett områdesansvar där kunskap om befolkningens behov och resurser hämtas. På så sätt kan ohälsa upptäckas tidigt och hälsofrämjande insatser kan tillämpas. Deltagarna i studien menade att det inte var just den geografiska placeringen av bostadsområden som avgjorde aktiviteten utan snarare vilken grad av utbildning, ekonomisk situation, ålder eller om de var födda i Sverige som spelade in. Det framkom i studien att distriktssköterskorna uppfattade att utländska kvinnor och äldre patienter ej var vana vid fysisk aktivitet sedan tidigare och därför var mindre aktiva. I bostadsområden där patienterna hade en lång utbildning och upplevdes som pålästa togs inte fysisk aktivitet upp i samma utsträckning. I Folkhälsomyndighetens (2014) årsrapport framgår det att den fysiska aktivitet som utfördes på fritiden var vanligare hos personer med lång utbildning samtidigt som stillasittande fritid var vanligast hos de med kort utbildning. De som fick minst rådgivning var de som redan var fysiskt aktiva (Croteau m.fl., 2006). Detta framkom även i aktuell studie. I en review-studie utförd av Woolf, Dekker, Rothenberg Byrne och Miller (2011) framkom det att barn till låginkomsttagare var mindre benägna att vara fysiskt aktiva. De med sämre socioekonomiska förhållanden har dessutom svårare att förändra sina levnadsvanor än de med goda förutsättningar (Folkhälsomyndigheten, 2014). Livsmiljön och levnadsförhållanden har ofta ett samband med ohälsosamma levnadsvanor. En reflektion författarna gör utifrån den aktuella studiens resultat och vetenskapliga studier är att det finns en ojämlikhet i hälsan. Distriktssköterskornas prioritering av att samtala om fysisk aktivitet är riktig då de patienter som har sämre socioekonomiska förutsättningar både har ett sämre utgångsläge och sämre möjligheter att förändra sina levnadsvanor.

Konklusion och implikation

I studien framkom det att distriktssköterskorna ansåg att det var viktigt att arbeta med att främja fysisk aktivitet och att de var engagerade i ämnet. De önskade dock att de tog upp fysisk aktivitet oftare. Slutsatsen av studien är att det finns goda förutsättningar för distriktssköterskan att främja fysisk aktivitet men att uppdraget behöver förtydligas och att mer tid behöver avsättas. Då hälsofrämjande arbete är en viktig del av distriktssköterskans uppdrag borde mer fokus ligga på att möjliggöra detta arbete genom ett ökat stöd från verksamheten med tydligare riktlinjer och rutiner. Mer forskning bör uppmuntras till att undersöka hur distriktssköterskans arbete med att främja fysisk aktivitet kan underlättas.

Referenser

Brobeck, E., Bergh, H., Odencrants, S., & Hildingh, C. (2011) Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. *Journal of clinical Nursing*, 20(23-24). 3322-3330. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03874.x

Brobeck, E., Odencrants, S., Bergh, H., & Hildingh, C. (2013) Health promotion practice and its implementation in Swedish health care. *International Nursing Review* 60(3). 374-380. doi: 10.1111/inr.12041

Creswell, J.W. (2009). *Research design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. (3. ed.) Thousand Oaks, Calif.: Sage.

Croteau, K., Schofield, G. & McLean, G. (2006). Physical activity advice in the primary care setting: results of a population study in New Zealand. *Australian and New Zealand journal of public health* 30 (3), 262-267. doi:10.1111/j.1467-842X.2006.tb00868.x

Elley, C. R., Kerse, N., Arrow, B., & Robinson, E. (2003) Effectiveness of counseling patients on physical activity in general practice: Cluster randomised controlled trial. *BMJ* 326(7393), 793-793. doi:10.1136/bmj.326.7393.793

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

Folkhälsomyndigheten. (2014). *Folkhälsan i Sverige: Årsrapport 2014*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten. Från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/17825/Folkhalsan-i-Sverige-arsrapport-2014.pdf>

Goodman, C., Davies, S.L., Dinan, S., See Tai, S. & Iliffe, S. (2011). Activity promotion for community-dwelling older people: A survey of the contribution of primary care nurses. *British Journal of Community Nursing*. 16(1), 12-17. Från <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=8750f7ac-e09b-4e75-80df-2afec651b4c0%40sessionmgr4004&hid=4109>

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2003) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24, 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001

International Council of Nurses (ICN)., & Svensk sjuksköterskeförening. (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Jerdén, L., Hillervik, C., Hansson, A-C., & Weinehall, L. (2006). Experiences of Swedish community health nurses working with health promotion and a patient-held health record. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 20(4), 448-454. doi: 10.1111/j.1471-6712.2006.00427.x

Kallings, L. V. (2012, 18 december). Fysisk aktivitet på recept: En underutnyttjad resurs. *Läkartidningen*, 109(51-52), 2348-2350. Hämtad från http://ww2.lakartidningen.se/store/articlepdf/1/19030/LKT1251s2348_2350.pdf

Kallings, L. V., 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*, 16(1), 80–84. doi:10.1097/HJR.0b013e32831e953a

Kallings, L.V., Leijon, M. E., Hellénus, M. L & Ståhle, A. (2008). Physical activity on prescription in primary health care: A follow-up of physical activity level and quality of life. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*. 18(2), 154–161. doi:10.1111/j.1600-0838.2007.00678.x

Kolt, G. S., Schofield, G. M., Kerse, N., Garrett, N., Ashton, T., & Patel, A. (2012) Healthy Steps Trial: Pedometer-Based Advice and Physical Activity for Low-Active Older Adults. *The Annals of Family Medicine*. 10(3), 206-212. doi:10.1370/afm.1345.

Kovelis, D., Zabatiero, J., Couto Furlanetto, K., Cruz Mantoani, L., Proença, M., & Pitta, F. (2012). Short-Term Effects of Using Pedometers to Increase Daily Physical Activity in Smokers: A Randomized Trial. *Respiratory Care*, 57(7), 1089-1097. doi: 10.4187/respcare.01458

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lamarche, K. & Vallance, J. (2013). Prescription for physical activity: A survey of canadian nurse practioners. *Canadian Nurse*, 109(8), 22-26. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

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

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (2.1 uppl., s. 187-201). Lund: Studentlitteratur.

Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.

Paulsson, G. (2008). Fenomenografi. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (1.3 uppl., s. 73-84). Lund: Studentlitteratur.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2009). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice* (7th ed.). Philadelphia PA : Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Prochaska J. O., Redding, C. A., & Evers K. E. (2008). The Transtheoretical Model and Stages of Change. In K. Glanz, B K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.) (2008). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice* (4th ed.) (s 97-121). San Francisco: Jossey-Bass

Rollnick, S., Miller, W. R., & Butler, C. C. (2009). *Motiverande samtal i hälso- och sjukvård: Att hjälpa människor att ändra beteende*. (1:3. uppl.) Lund: Studentlitteratur

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Fakta Info Direkt. Hämtad 20 december, 2013, från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Hämtad 20 oktober, 2014, från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/

Socialstyrelsen., & Statens folkhälsoinstitut. (2013). *Folkhälsan i Sverige: Årsrapport 2013* (Artikelnummer 2013-3-26). Stockholm: Socialstyrelsen & Statens folkhälsoinstitut. Från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19032/2013-3-26.pdf>

Socialstyrelsen. (2011). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011: Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Stöd för styrning och ledning*. (Artikelnr: 2011-11-11). Stockholm: Socialstyrelsen. Från: <http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/18484/2011-11-11.pdf>

SBU. (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. Från: http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/Fysisk_aktivitet.pdf

Statens folkhälsoinstitut. (u.å). *Sveriges elva folkhälsomål* [Broschyr]. Östersund: Statens folkhälsoinstitut. Hämtad 2 december, 2013, Från Statens folkhälsoinstitut, <http://www.eslov.se/download/18.3c709a8a13526f8f516800010649/Nationella+folkhälsomål.pdf>

Statens folkhälsoinstitut. (2011) *FaR®: Individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut. Från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12720/R-2011-30-FaR-individanpassad-skriftlig-ordination-av-fysisk-aktivitet.pdf>

Statens folkhälsoinstitut., & Yrkesföreningar för fysisk aktivitet. (2008). *FYSS 2008: fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. (2. uppl.) Stockholm: Statens folkhälsoinstitut. Från <http://fyss.se/wp-content/uploads/2011/02/FYSS-2008-hela-boken.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2008). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska* [Broschyr]. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Sørensen, J., Horstedt, C., & Andersen L. A. (2005). Modellering af potentielle sundhedsøkonomiske konsekvenser ved øget fysisk aktivitet i den voksne befolkning. *Syddansk Universitet*. Odense: Syddansk Universitet. Från http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/PUBL2005/CFF/ODELLERING/MODELLERING_POTENTIELLE_SUNDHEDSOEK_KONSEKVENSER.PDF

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. (4., [omarb.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

van Dillen, S.M.E., Noordman, J., van Dulmen, S., & Hiddink, G.J. (2014). Examining the content of weight, nutrition and physical activity advices provided by Dutch practice nurses in primary care: Analysis of videotaped consultations. *European Journal of Clinical Nutrition* 2014(68) 50-56. doi:10.1038/ejcn.2013.219

Woolf, S.H., Dekker, M.M., Rothenberg Byrne, F., & Miller, W.D. (2011). Citizen-centered health promotion: Building collaborations to facilitate healthy living. *American Journal of Preventive Medicine* 2011(40) 38-47. doi:10.1016/j.amepre.2010.09.025

World Health Organization (2004). *Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Vol. 1*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. (NLM classification: QT 255) Geneva: World Health Organization. Från http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf

World Medical Association (2013) *WMA Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Från [http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=\[page\]/\[toPage\]](http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=[page]/[toPage])

Intervjuguide

Inledningsfrågor:

Ålder:

Arbetslivserfarenhet:

Eventuell specialitet:

Intervjun startar med en öppen fråga:

- Vilken erfarenhet har du av att främja fysisk aktivitet?

Frågeområden som ska tas upp under intervjuerna:

- Indikationer
- Metoder för att främja fysisk aktivitet
- Insamling av information
- Upplevelse/trygg med att ta upp ämnet
- Hinder/möjligheter
- Uppföljning/utvärdering

Exempel på uppföljningsfrågor:

- Kan du berätta mer...
- Vilken betydelse har...
- Hur tänker du...
- Skulle du kunna ge ett exempel...