



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för vårdvetenskap

Distriktssköterskors erfarenheter av att använda FaR inom primärvården

En intervjustudie

Anne-Sofie Eriksson
Annie Costell Lindberg

2021

Examensarbete, Avancerad nivå (yrkesexamen), 15 hp
Omvårdnad
Specialistsjuksköterskeprogrammet, inriktning distriktssköterska
Examensarbete inom distriktssköterskans kunskapsområde, 15 hp

Handledare: Ann-Sofi Östlund
Examinator: Annica Björkman

Sammanfattning

Bakgrund: Enligt WHO dör 41 miljoner människor i världen varje år av icke-smittsamma sjukdomar som hjärt- och kärlsjukdomar, cancer, kroniska lungsjukdomar samt diabetes. Där fysisk inaktivitet är en av de främsta riskfaktorerna till dessa sjukdomar. Fysisk aktivitet har multifaktoriella effekter på kroppen, kan förebygga/behandla sjukdomar och därmed främja hälsa. Där det evidensbaserade FaR varit en metod till att främja hälsa.

Syfte: Syftet med studien var att beskriva distriktssköterskors erfarenheter av att använda FaR inom primärvården.

Metod: Studien har en beskrivande design med kvalitativ ansats. Tio distriktssköterskor från primärvården deltog. Datan insamlades med semistrukturerade intervjuer, via telefon/Skype. Materialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

Huvudresultat: FaR var ett bra verktyg för att motivera patienter till regelbunden fysisk aktivitet. Arbetet utifrån den enskilda individen var betydelsefullt. Vanligaste målgrupperna var patienter med diabetes, astma/KOL, hypertoni och höga blodfetter. Promenader var den mest förekommande aktiviteten. FaR utfördes sällan, samtal om kost och fysisk aktivitet skedde alltid. FaR var ett bra komplement till läkemedel. Inställningen till FaR, brist på information samt kunskaps- och tidsbrist påverkade det hälsofrämjande arbetet, därmed förskrivningarna av FaR. Brist på information och stöd från ledningen framkom som ett hinder av distriktssköterskorna. Önskan om mer stöd från ledningen fanns samt att FaR skulle lyftas mer på arbetsplatserna.

Slutsats: Distriktssköterskor upplevde FaR som positivt för folkhälsan, men svår att implementera i det hälsofrämjande arbetet. Att motivera patienter och att utgå från individen var betydande. Även om FaR sällan förskrevs, så samtalades det om fysisk aktivitet och kost med patienter. Att Verksamhetsledningen prioriterade och uppmuntrade det hälsofrämjande arbetet kring FaR uttryckte som en önskan av distriktssköterskorna för att kunna förbättra.

Nyckelord: Distriktssköterskor, Erfarenheter, Fysisk aktivitet på recept (FaR), Hälsofrämjande, Primärvården

Abstract

Background: According to the WHO, 41 million people worldwide die each year from non-communicable diseases such as cardiovascular disease, cancer, chronic lung disease and diabetes. Where physical inactivity is one of the main risk factors for these diseases. Physical activity has multifactorial effects on the body, can prevent/treat diseases and thus promote health. Where the evidence-based PAP has been a method of promoting health.

Aim: The aim of the study was to describe district nurses' experiences of using PAP in primary care.

Method: The study had a descriptive design with a qualitative approach. Ten district nurses from primary care participated. Data collection was performed with semi-structured interviews, by telephone/Skype (videocall). The material was analyzed with qualitative content analysis.

Main results: PAP was a good tool for motivating patients to regular physical activity. The work based on the individual was important. The most common target groups were patients with diabetes, asthma / COPD, hypertension and high blood fats. Walking was the most common activity. PAP was rarely performed, conversations about diet and physical activity always took place. PAP was a good complement to drugs. The attitude to FaR, lack of information and lack of knowledge and time affected the health promotion work, thus the prescriptions of PAP. Lack of information and support from management emerged as an obstacle for the district nurses. There was a desire for more support from the management and that PAP would be raised more in the workplaces.

Conclusion: District nurses perceived PAP as positive for public health but were difficult to implement in the health promotion work. Motivating patients and starting from the individual was important. PAP was rarely prescribed but talked about physical activity and diet with patients. There was a need for the Management to prioritize and encourage the health promotion work around PAP.

Keywords: District Nurses, Experiences, Health promotion, Primary Care, Physical Activity on Prescription (PAP)

Innehållsförteckning

Introduktion	1
Primärvård	1
Distriktssköterskans kompetensområde och hälsofrämjande roll	2
Fysisk aktivitet	4
Fysisk aktivitet på recept -FaR	5
Teoretisk referensram	8
Problemformulering	9
Syfte	10
Metod	10
Design	10
Urvalsmetod och undersökningsgrupp	10
Datainsamlingsmetod	10
Tillvägagångssätt	11
Dataanalys	12
Forskningsetiska överväganden	13
Resultat	15
Positivt för folkhälsan- svårt att implementera	15
Arbetet med FaR	16
<i>Att motivera och utgå från individen</i>	16
<i>Den typiska patienten och aktiviteten</i>	17
<i>Förskrivning av FaR</i>	17
<i>Betydelsen av kontinuerlig uppföljning</i>	18
FaR som ett verktyg	19
<i>Komplement till läkemedel</i>	19
<i>Distriktssköterskornas inställningar till FaR</i>	20
<i>Hinder med FaR</i>	20
Organisatoriska faktorer	21
<i>Ledningens betydelse för förskrivning</i>	21
<i>Behovet av förbättringsarbete</i>	22
<i>Kompetens och tillgång till information</i>	23
<i>Ekonomiska aspekter</i>	23
Diskussion	24
Huvudresultat	24
Resultatdiskussion	25
Metoddiskussion	27
<i>Giltighet</i>	27
<i>Tillförlitlighet</i>	28
<i>Överförbarhet</i>	29
Kliniska Implikationer för omvårdnad	29
Förslag till fortsatt forskning	30
Slutsats	31
Referenser	32

Introduktion

Enligt World Health Organization [WHO](2021) dör 41 miljoner människor varje år i världen av icke-smittsamma sjukdomar vilket motsvarar 71 % av alla dödsfall globalt. Som icke-smittsamma sjukdomar, eller folksjukdomar, räknas hjärt-kärlsjukdomar, cancer, kroniska lungsjukdomar samt diabetes (WHO 2021). Fysisk inaktivitet är en av de främsta riskfaktorerna till att drabbas av folksjukdomar, då risken ökar med 20–30% (WHO 2020). Andra riskfaktorer är användning av tobak, ohälsosamma kostvanor och hög alkoholkonsumtion (WHO 2021). Fysisk aktivitet har multifaktoriella effekter på kroppen, både fysiskt och psykiskt. Många folksjukdomar kan förebyggas och behandlas genom fysisk aktivitet och därmed främja hälsa (Folkhälsomyndigheten 2021a; Olsson et.al 2015; WHO 2020). Globalt 2016 uppskattades att av världens befolkning var 27,5% av alla vuxna > 18 år samt 81% av barn/ungdomar, inte tillräckligt fysiskt aktiva ur hälsosynpunkt enligt WHO (2020), kvinnor var minst aktiva. En undersökning som gjordes 2020 av Folkhälsomyndigheten (2021a) visade att 66 % av Sveriges befolkning är tillräckligt fysiskt aktiva (150 minuter eller mer, under en vanlig vecka de senaste 12 månaderna) och att skillnaden är liten mellan kvinnor och män. Uppskattningsvis skulle fyra till fem miljoner dödsfall per år kunna avvärjas om världens befolkning var mer fysiskt aktiva (WHO 2020).

Primärvård

Primärvården är en del av den öppna hälso- och sjukvården i Sverige som ansvarar för och ska tillgodose förebyggande- och hälsofrämjande arbete, grundläggande medicinska behandlingar, omvårdnad och rehabiliteringar. Det som inte kräver sjukhusens tekniska och medicinska resurser eller annan särskild kompetens. Vården ska vara patientsäker och av god kvalité, uppfylla behoven av trygghet och kontinuitet samt vara lättillgänglig. God vård med respekt för individens självbestämmande och integritet, samt erbjudas utan begränsningar till sjukdom, ålder eller patientgrupp (SFS 2017:30; Socialstyrelsen 2016). I primärvården är distriktssköterskans uppdrag att arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande (SFS 2017:30; Socialstyrelsen 2016). Hälsa definieras som ett tillstånd av välbefinnande, men även som avsaknad av ohälsa. Att ha god hälsa gynnar både individen och samhället i stort, men förutsättningarna idag är inte jämnt fördelade i befolkningen. Primärvården kan nå ut till en stor del av

befolkningen och har därmed möjlighet att påverka det hälsofrämjande arbetet och ska bidra till att skillnaderna i hälsa/ohälsa minimeras (Folkhälsomyndigheten 2021a; Socialstyrelsen 2016). När hälsoläget i en befolkning ska belysas, är det av lika stor betydelse att följa människors självskattade hälsa och välmående som diagnostiserad sjuk- och dödlighet (Folkhälsomyndigheten 2021a). Det viktigaste sättet till att förebygga folksjukdomar är att försöka förhindra ohälsosamma livsstilsval då det annars kan bidra till att folksjukdomar utvecklas. Det innebär bland annat att minska användningen av tobak och hög konsumtion av alkohol men även att upprätthålla en aktiv livsstil och utveckla hälsosamma kostvanor (WHO 2021). Det finns en hälsoekonomisk vinst att arbeta hälsoförebyggande för befolkningen, och olika metoder finns för att nå dit enligt Lundberg, Jong, Kristiansen & Jong (2017).

I en tvärsnittsstudie av Kardakis, Weinehall, Jerdén, Nyström & Johansson (2014) som gjordes år 2011 på 61 hälsocentraler i Sverige med deltagare som bland annat distriktssköterskor och läkare framkom att en väsentlig del av deras arbete bestod av livsstilsinterventioner samt att majoriteten av de olika professionerna önskade arbeta ännu mera med detta och att grundläggande kompetens fanns för detta. Något som framkom var att strukturen för långsiktigt förebyggande- och hälsofrämjande arbete saknades samt att det fanns ett behov av nationella riktlinjer (Kardakis et al. 2014). I en longitudinell studie (Kardakis, Jerdén, Nyström, Weinehall & Johansson 2018) beskrevs resultatet efter ett implementeringsarbete, där nationella riktlinjer för livsstilsinterventioner i Sverige införts. För ett framgångsrikt genomförande av ett förändringsarbete var vårdpersonalens kunskapsnivå en nyckelfaktor, utvecklingen kan hindras om den brister (Kardakis et al. 2018). I tidigare forskning framkom att patienter har förtroende för primärvården och att det är förväntat att primärvården ska arbeta med just hälsofrämjande insatser av olika slag samt med livsstilsförändringar (Jerdén et al 2018; Leijon et al. 2010; Nymberg & Drevenhorn 2016).

Distriktssköterskans kompetensområde och hälsofrämjande roll

Distriktssköterskor arbetar utifrån en kompetensbeskrivning (Distriktssköterskeföreningen 2019) som fungerar som ett stöd och för att

tydliggöra den förväntade kompetensen hos distriktssköterskor, vilket ska bidra till en mer säker och jämlik vård. Enligt International Council of Nurse [ICN](2012) finns etiska koder som ligger till grund för distriktssköterskans arbete. De beskriver fyra arbetsområden, vilka är; att förebygga sjukdom, främja hälsa, att lindra lidande samt att återställa hälsa (ICN 2012). Distriktssköterskan ska ha fördjupad kunskap om frisk- och skyddsfaktorer för att främja hälsa och bra levnadsvanor hos individer. Detta innebär att även ha fördjupade kunskaper om fysisk aktivitet som sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling för att kunna arbeta förebyggande, hälsofrämjande och individanpassat på individ, grupp och samhällsnivå (Svensk sjuksköterskeförening 2021). Distriktssköterskan ska ha kompetens och förmåga att stödja individen till en god hälsa genom ett hälsofrämjande synsätt (Distriktssköterskeföreningen 2019). Att använda sig av råd och stöd i det hälsofrämjande arbetet har visat sig betydelsefullt (Andersen, Lendahls, Holmberg & Nilsen 2019).

Distriktssköterskan ska kunna jobba i ett team, vilket innebär att kunna samarbeta med andra instanser men även att kunna arbeta nära patienten genom ett patientsäkert förhållningssätt (Barrett, Latham & Levermore 2007). Att ha goda kunskaper i vad som påverkar människors hälsa och ohälsa är viktigt som distriktssköterska för att kunna driva ett arbete med livsstilsförändringar. Distriktssköterskan ska även bidra till att utveckla den evidensbaserade omvårdnaden genom att ta del av forskning, kvalitetsutveckling och förbättringsarbete som berör professionen (Distriktssköterskeföreningen 2019), samt ha förmåga att reflektera över sitt egna förhållningssätt (Barrett, Latham & Levermore 2007). I en kvalitativ intervjustudie av Eriksson & Engström (2015) var syftet att beskriva distriktssköterskors uppfattning om deras hälsofrämjande arbete i det dagliga arbetet samt förutsättningar för det. Där framkom att distriktssköterskorna upplevde det som en stimulerande uppgift, men att de strukturella förutsättningarna på hälsocentralerna inte alltid fanns vilket var frustrerande. Detta framkom särskilt bland de som inte dagligen arbetade vid distriktssköterskeledda specialistmottagningar. Distriktssköterskorna beskrev att de mestadels fick ägna sig åt det sjukdomsrelaterade arbetet och upplevde då att deras tidigare kunskaper inte togs tillvara på rätt sätt vilket ledde till oengagemang samt kunskapsförlust. Behovet av utbildning och kompetensutveckling framkom

hos distriktssköterskorna, dock erbjöd ledningen sällan tillfällen till det (Eriksson & Engström 2015).

Fysisk aktivitet

Begreppet fysisk aktivitet definieras som alla kroppsrörelser som ökar den energiförbrukning som finns vid vila som till exempel det vid arbetet, vid hushållssyssla eller vid trädgårdsarbete. Vid fysisk träning är den fysiska aktiviteten mer strukturerad och planerad samt att det ofta krävs ett ombyte. Avsikten vid fysisk träning är att behålla och förbättra styrka och kondition. Stillasittande eller inaktivitet innebär den vakna tid då det endast finns liten tillstymmelse till eller så gott som avsaknad av kroppsrörelse vilket genererar i låg energiförbrukning (WHO 2020; Yrkesföreningar för fysisk aktivitet [YFA] 2021).

Enligt WHO:s (2020) rekommendationer bör alla människor röra sig mer och sitta mindre, och all rörelse räknas. Rekommendationerna för fysisk aktivitet är anpassade utifrån individen, till exempel barn/ungdomar, under/efter graviditeten, 18-64 år, >65 år samt vid funktionsnedsättning. För vuxna i ålder 18-64 år rekommenderas att regelbundet vara fysiskt aktiva och begränsa stillasittandet. För betydande hälsovinster bör pulshöjande (aerob) aktivitet av måttlig intensitet utföras 150-300 minuter i veckan alternativt 75-150 minuter i veckan av hög intensitet. Måttlig intensitet ska ge en märkbar ökning av puls och andning, medan en hög intensitet ger en markant ökning. För ytterligare hälsovinster bör kroppens stora muskelgrupper involveras i någon stärkande aktivitet minst två gånger i veckan och de fysiska aktiviteterna spridas över veckan (WHO 2020; YFA 2021). Fysisk aktivitet är en evidensbaserad och effektiv behandlingsmetod för individen vid flera kroniska sjukdomar. Fysisk aktivitet medför få risker för individen och har många positiva egenskaper för hälsa och välbefinnande, fysiska funktioner och prestationsförmåga samt att det även kan påverka behovet/användandet av diverse läkemedel. Symtom som smärta och nedstämdhet kan minskas och vid regelbunden fysisk aktivitet minskar även risken för diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar, demens, depression, fetma, olika cancerformer som tjocktarms- och bröstcancer samt höft och kotfrakturer (WHO 2020; YFA 2021). En av distriktssköterskans stående arbetsuppgifter var att motivera till

fysisk aktivitet enligt Bohman et al. (2015)

Fysisk aktivitet på recept -FaR

Fysisk aktivitet på recept (FaR) är en evidensbaserad modell för att öka den fysiska aktiviteten och innebär en individanpassad skriftlig ordination på fysisk aktivitet. FaR utvecklades av Statens folkhälsoinstitut 2001 i samband med det nationella initiativet *Sätt Sverige i rörelse*, vilket därefter utvecklats och anpassats till de regionala och lokala förutsättningarna (Folkhälsomyndigheten 2021b).

Under ett treårigt EU- projekt år 2019-2022 ska Folkhälsomyndigheten koordinera införandet av den svenska modellen FaR i nio europeiska länder. I samband med överförandet ska viktiga faktorer för implementering identifieras samt uppföljningen av FaR utvecklas. Projektet kommer även Sverige till nytta då användandet och tillämpningen av FaR kommer att ses över i landet (Folkhälsomyndigheten 2021b). För att bedriva en hälsofrämjande vård och för att öka den fysiska aktivitetsnivån är FaR en viktig arbetsmetod inom primärvården som rekommenderas (Folkhälsomyndigheten 2021b; Socialstyrelsen 2016; Socialstyrelsen 2018; YFA 2021).

Trots att FaR varit en effektiv metod för att öka den fysiska aktiviteten och givit långsiktiga hälsovinster (Andersen, Holmberg, Årestedt, Lendahls & Nilsen 2020; Røjder, Jonsdottir & Börjesson 2016), har antalet förskrivningar av FaR markant minskat de senaste åren (Folkhälsomyndigheten 2019). Detta framkom även i en studie (Kallings) 2012 om statistiken över förskrivningar av FaR mellan 2007-2010, som visade stora variationer mellan landstingen/regioner i landet. Dock kunde den vara något missvisande då en enhetlig statistik för FaR inte fanns, då det registreras på olika sätt inom sjukvården i landet. Det betonades att FaR var en underutnyttjad resurs som behövde implementeras bättre då det tio år efter införandet fortsatt påvisade låg frekvens (Kallings 2012). I *Primärvårdens stöd till patienter med ohälsosamma levnadsvanor 2019* (Socialstyrelsen 2021) framkom att år 2019 var det första året primärvården inom alla regioner i landet hade fått lämna in uppgifter om deras arbete med levnadsvanor som otillräcklig fysisk aktivitet, riskbruk av alkohol, daglig rökning samt ohälsosamma matvanor,

vilket visade en ökning av rådgivning gällande levnadsvanor och då främst om fysisk aktivitet på 6,1%. Flest genomförda åtgärder av rådgivande eller kvalificerade samtal till patienter om fysisk aktivitet uppvisar Stockholm, Västernorrland, Västmanland och Norrbotten på 6,3-7,2% (Socialstyrelsen 2021).

Ordination och förskrivning av FaR utförs av distriktssköterska, sjuksköterska, fysioterapeut, läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, där målet är att behandla, förhindra eventuella sjukdomar samt främja regelbunden fysisk aktivitet. FaR kan användas i kombination med annan behandling eller ersätta läkemedel. Den skriftliga ordinationen FaR bör utgå från individen och ett patientcentrerat förhållningssätt samt utifrån hälsotillstånd, livssituation och intressen. Viktiga beståndsdelar är att det för individen känns genomförbart, meningsfullt och roligt. Som grund för ordinationen kan den evidensbaserade kunskapsbanken Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (FYSS) användas. I FYSS finns rekommendationer om olika slags aktiviteter, för olika diagnoser och sjukdomstillstånd, i syfte att passa den enskilde individen och dennes hälsotillstånd. Kunskapsbanken FYSS är till stöd för hälso- och sjukvårdspersonal men även som vägledning för allmänheten och beslutsfattare. Som komplement till FaR kan exempelvis en stegräknare eller en aktivitetsdagbok användas. Uppföljningen bör ske utifrån patientens behov. Samverkan sker även med hälso- och sjukvård och lokala aktivitetsarrangörer (Folkhälsomyndigheten 2021b; YFA 2021).

I en intervjustudie (Joelsson, Bernhardsson & Larsson 2017) framkom att patienter upplevde att de fått för lite information om varför de ordinerats FaR, även vad FaR innebar samt hur det skulle hjälpa dem. Liknande framkom i en kvalitativ studie (Leijon, Faskunger, Bendtsen, Festin & Nilsen 2011) där patienterna beskrev orsaker till mindre följsamhet i FaR. Patienterna menade att om ordinationen istället varit mer välskriven med tydligare mål hade det varit enklare att följa (Joelsson, Bernhardsson & Larsson 2017). I Josyula & Lyle (2013) framkom att patienters motivation till att utföra och fortsätta med fysisk aktivitet ökade vid skriftlig ordination av FaR samt genomförda uppföljningar (Richards & Cai 2016) .

Några av de vanligaste anledningarna till att FaR föreskrivits är smärtproblematik, övervikt, diabetes och högt blodtryck (Kallings, Leijon, Hellénus & Ståhl 2008; Leijon, Bendtsen, Nilsen, Ekberg & Ståhle 2008; Røjder et al. 2016). I studien av Kallings et al. (2008) framkom att den mest förskrivna fysiska aktiviteten i alla åldrar varit promenader och att följderna av den ökade fysisk aktiviteten resulterat i både förbättrad hälsa och lindrad kroppslig smärta. I en interventionsstudie av Kallings et al. (2009) av 100 äldre kvinnor framkom det att FaR anpassat utifrån individen hade gett goda effekter som minskad smärtproblematik i skelettmuskulaturen, minskade metaboliska riskfaktorer, mindre bukfetma och viktning. Även i en studie av Lundqvist, Börjesson, Larsson, Hagberg & Cider (2017) framkom att de metaboliska riskfaktorerna minskade och individerna upplevde att deras livskvalité ökade. I en annan i prospektiv interventionsstudie av Lundqvist, Börjesson, Larsson, Cider & Hagberg (2019) med 444 inaktiva patienter, i åldrarna 27-85 år med metaboliska riskfaktorer, mättes hur hög grad av hälsa patienterna upplevde efter att ha använt FaR i sex månader. Graden av hälsa visade sig då vara relaterade till den nivå av fysisk aktivitet de utförde. Individer med låg aktivitet eller som varit stillasittande upplevde lägre nivå av hälsa. Av individer som fått FaR så visades störst hälsoeffekt hos de som från början varit mest inaktiva (Lundqvist et al. 2019). Enligt Røjder et al. (2016) har FaR positiva och ihållande effekter för individer då de upplevt en förbättrad livskvalité i upptill två år efter förskrivning.

Distriktssköterskor ska ha fördjupade kunskaper om fysisk aktivitet som sjukdomsprevension och behandling för att kunna ordinera individanpassad fysisk aktivitet (Distriktssköterskeföreningen 2019). Samtidigt beskrev förskrivare av FaR att de hade begränsade kunskaper och erfarenheter i hur de skulle ge råd om fysisk aktivitet till patienter (Bohman, Mattson & Borglin 2015; O'Brien, Shields, Oh & Fowles 2017). Bristande kunskap och en ovana att förskriva FaR samt tidsbrist ledde ofta till att muntliga råd istället gavs till patienterna framkom av distriktssköterskor (Eriksson & Engström 2015). I arbetet med FaR framkom även att förskrivare såg tidsbrist som ett hinder (Bohman, Mattson & Borglin 2015; Eriksson & Engström 2015; Gustavsson et al. 2018) eller att det inte uppfattades att ligga inom ens ansvarsområde vilket framkom i en intervjustudie med läkare (Persson, Brorsson, Ekvall Hansson, Troein & Strandberg 2013). De menade att

sjuksköterskor eller sjukgymnaster var mer lämpade att förskriva FaR, dessutom var de tveksam till att ett skriftligt recept i handen skulle förändra och främja individers fysiska aktivitet (Persson et al. 2013). Att förskrivare av FaR önskade ett större engagemang från ledning, tillgång till riktlinjer om FaR samt mer utbildning i ämnet var något som beskrevs i flera intervjustudier (Bohman, Mattson & Borglin 2015; Gustavsson et al. 2018; Persson et al. 2013).

Teoretisk referensram

Enligt Berbiglia & Banfield (2018) definierar Dorothea Orem egenvård som individens egna förmåga till att utöva aktiviteter för att bevara liv, hälsa och välmående. Detta för att upprätthålla ett meningsfullt och självständigt liv. Vidare ses människan som en helhet, en intelligent individ med god potential som behärskar mycket och har stor förmåga att lära och vidareutvecklas. Fokus ligger på individens självständighet samt att bevara och utgå från det friska i varje individ, dock kan förmågan av egenvård försämrans om individen inte har tillräckligt med kunskap om sin sjukdom eller saknar motivation. Sjuksköterskan bör då assistera individen i dennes vård med hjälp av till exempel utbildning och information (Berbiglia & Banfield 2018). Teori om egenvårdsbalans omfattas av tre teorier som är relaterade till varandra; *Teorin om egenvård*, *Teorin om egenvårdsbrist* och *Teorin om omvårdnadssystemet* (Berbiglia & Banfield 2018). *Teorin om egenvård* beskriver personens förmåga att vårda sig själv och sina närstående. Egenvård är en medveten handling men också ett inlärt beteende. Individens egenvårdskapacitet styrs av en rad olika faktorer som ålder, kön, familjesituation, livsstil, hälsotillstånd, socialt nätverk med mera. God hälsa kan vara en fingervisning på att individen har en tillfredsställande egenvårdsförmåga för att kunna balansera sina behov. *Teorin om egenvårdsbrist* beskriver begränsningar i individens förmåga att balansera sina behov. Individens kunskap, förmåga och oförmåga att möta sina egenvårdsbehov påverkas både av inre och yttre faktorer. Att individer hindras av att utföra nödvändig egenvård kan bero på trauma, fysisk- eller psykisk sjukdom. Individens oförmåga kan vara hel/delvis, permanent eller tillfällig. *Teorin om omvårdnadssystemet* beskriver förutsättningarna för omvårdnadsprocessen och förklarar egenskaperna i omvårdnaden som ska stödja och utveckla individens förmåga till att tillgodose

sina egenvårdsbehov. Teorin inriktar sig på sjuksköterskans förmåga att identifiera obalans mellan individens egenvårdsförmåga och de egenvårdsbehov som det aktuella hälsotillståndet kräver samt att kunna erbjuda stödjande omvårdnadsåtgärder. För sjuksköterskan kan de stödjande åtgärderna genomföras på olika sätt, som till exempel genom att utföra, stödja, undervisa och erbjuda en utvecklande miljö (Berbiglia & Banfield 2018).

Problemformulering

Distriktssköterskors uppdrag inom primärvården är att arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande, där förskrivning av individanpassad FaR ingår. Det finns en tydlig koppling mellan otillräcklig fysisk aktivitet och ökad ohälsa runtom i världen. Studier har visat att FaR förbättrar individens hälsa både fysiskt och psykiskt. I tidigare studier framkommer att risken för att livsstilsrelaterade sjukdomar ska utvecklas samt att dessa sjukdomar kan förhindras och behandlas genom fysisk aktivitet. Socialstyrelsen rekommenderar FaR i distriktssköterskans hälsofrämjande arbete samt inom hälso- och sjukvården överlag. Att primärvården ska arbeta hälsofrämjande samt stötta till livsstilsinterventioner har också framkommit av patienter att de förväntat sig i tidigare studier, då de uttryckt behovet av hjälp till livsstilsförändring samt behovet av uppföljande rådgivning. Trots att FaR har funnits sedan 2001 och nu finns i Sveriges alla regioner är förskrivningen fortfarande låg. Flera tidigare studier med deltagare som distriktssköterskor, läkare och andra professioner inom hälsocentraler, har belyst vad som kan underlätta samt förhindra implementeringsarbetet av FaR. Många studier finns också om distriktssköterskors erfarenheter/upplevelser om det hälsofrämjande arbete inom området FaR. Det framkommer i studierna att distriktssköterskorna vill jobba mer hälsofrämjande men ofta hindrats av organisatoriska faktorer och ibland av egna begränsningar, vilket kan vara en bidragande orsak till att antalet förskrivningar av FaR fortsätter att minska. Stora kunskapsluckor finns kring varför FaR inte används i primärvården och vad som behövs för att FaR ska utvecklas och användas. Genom att fortsätta att forska kring hur FaR används, belyses ämnet ytterligare. Genom att synliggöra eventuella behov som finns hos förskrivare, både ur individ-, organisation- och nationell nivå, inom det hälsofrämjande arbetet så kan det bidra till underlättande för förskrivare och i längden till en förbättrad folkhälsa.

Syfte

Syftet är att beskriva distriktssköterskors erfarenheter av att använda FaR inom primärvården.

Metod

Design

Studien har en beskrivande design med kvalitativ ansats, som enligt Polit & Beck (2017) är lämplig att använda när erfarenheter studeras då det beskriver och ger oss en djupare förståelse för det studerade ämnet.

Urvalsmetod och undersökningsgrupp

Författarna har använt ett ändamålsenligt urval. Detta innebär att inkluderade deltagare till studien har erfarenheter och kunskaper som kan bidra till att syftet besvaras (Polit & Beck 2017). Undersökningsgruppen var deltagare som arbetade inom primärvård både inom regional och privat regi i en region i Mellansverige. Detta för att verksamheternas förutsättningar eventuellt kan skilja sig åt och då visa olika erfarenheter. Inklusionskriterier för att delta i studien var distriktssköterskor som arbetat minst ett år inom primärvården. Deltagarna skulle också ha jobbat med vuxna patienter över 18 år i sitt dagliga arbete och ha ordinerat FaR. Totalt tillfrågade deltagare var tio stycken, alla tackade ja till att delta i föreliggande studie. Samtliga deltagare var kvinnor vilka intervjuades fortlöpande, en och en. Av dessa var samtliga distriktssköterskor, sju var deltagare från regional primärvård och tre från privat regi. Ålder på de deltagande distriktssköterskorna var 40-61 år (medianålder 56 år). De hade varit yrkessamma som distriktssköterska 9-22 år (median 15 år) och dessförinnan som legitimerad sjuksköterska i 3-17 år (median 7,5 år). Nio av deltagarna hade även en vidareutbildning inom diabetes, barnhälsovård, hypertoni eller njurmedicin.

Datainsamlingsmetod

Datainsamlingsmetoden i föreliggande studie skedde genom semistrukturerade intervjuer. För att säkerställa att studiens syfte besvarades ställdes samma frågor till alla

deltagare genom att använda en intervjuguide som stöd. Metoden var fördelaktig då deltagaren fick möjlighet att svara med egna ord på de förbestämda frågorna, vilket stärker studiens giltighet (Graneheim & Lundman 2004). Innan intervjuerna påbörjades genomförde författarna en pilotintervju med den första deltagaren som önskade delta. En pilotintervju rekommenderas vid kvalitativa studier för att testa den tekniska utrustningen samt se om intervjuguiden var genomförbar och svarade mot studiens syfte, detta för att säkerställa studiens tillförlitlighet (Graneheim & Lundman 2004) samt om frågor gick att förstå (Polit & Beck 2017; Kvale & Brinkmann 2014). Pilotintervjun inkluderades i studien, efter att ha diskuterat innehållet och intervjuguiden med ansvarig handledare. Författarna genomförde intervjuerna tillsammans och turades om att vara aktiv frågeställare och observatör, vilket kan stärka en studies tillförlitlighet (Polit & Beck 2017; Kvale & Brinkmann 2014). Samtliga intervjuer spelades in med en digital ljudinspelare, vilket deltagarna informerades och påmindes om innan det spelades in i samband med intervjuerna.

Intervjuerna inleddes med bakgrundsfrågor som: antal år som distriktssköterska, sjuksköterska och om de hade annan specialistutbildning. Intervjun bestod sedan av åtta öppna frågor; *“Vilka erfarenheter/upplevelser har du av FaR?”* *“ Hur använder du dig av FaR - typ av aktivitet, målgrupp etc.?”* *“ Hur tänker du kring FaR?”* *“ Vad skulle kunna få dig att skriva ut FaR i högre utsträckning?”* För att få mer uttömmande svar och djupare förståelse om ämnet så ställde författarna följdfrågor som till exempel: *“Kan du utveckla?”* *“Förstår jag dig rätt...?”* *“Kan du ge några konkreta exempel?”* Detta för att deltagarna skulle få möjlighet att utveckla sina svars, samt för att få mer detaljerad och värdefull information som kunde ha missats under de öppna frågorna (Polit & Beck 2017). Intervjuerna avslutades med frågorna: *“Har du något mer att tillägga?”* *“Går det bra att återkomma vid eventuella frågor och funderingar?”* Intervjuerna ägde rum under två veckor i april 2021 och pågick 10-18 minuter (medellängd 14,5 minuter) och skedde på de sätt deltagarna önskade. På grund av rådande situation med Covid-19 valde inga deltagare att träffas fysiskt. Av tio intervjuer genomfördes sex via telefonen och resterande via Skype.

Tillvägagångssätt

Anhållan om tillstånd för att genomföra studien, samt informationsbrev, skickades via e-post till sju verksamhetschefer – fyra verksamma inom regionens regi resterande inom

privat regi. Via e-post emottog författarna svar, från fyra verksamhetschefer med direkt återkoppling med skriftligt tillstånd för deltagande. Tre verksamma inom regionens regi samt ett tillstånd från verksamhetschef inom privat regi. Från övriga verksamheter erhöles inget svar. Påminnelse skickades till samtliga verksamhetschefer som inte svarat vid första tillfället, inga ytterligare svar erhöles. I samband med tidigare erhållna svar från verksamhetscheferna, hade kontaktuppgifter till vårdenhetschefer efterfrågats. Via e-post tog sedan författarna kontakt med tio vårdenhetschefer, som fick information samt informationsbrev om studien samt vilka inklusionskriterier som distriktssköterskorna förväntades uppfylla för att delta. Vårdenhetscheferna fick även kontaktuppgifter till författarna samt bifogat ett informationsbrev till eventuella deltagare. Samtidigt ombads vårdenhetscheferna att tillhandahålla författarna möjliga deltagares kontaktuppgifter. Ett påminnelsemejl skickades till de tio vårdenhetscheferna varav fem återkopplade till författarna och dessa returnerade svar med e-postadresser till totalt tio möjliga deltagare. Författarna fick då kontaktuppgifter till tio möjliga deltagare som tillfrågades om deltagande via e-post. Samtliga tillfrågade tackade ja, samtliga svarade ja till att ha fått det skriftliga informationsbrevet samt läst informationen om studien. Deltagarna i föreliggande studie fick välja tid och plats för intervjun. Ingen valde att träffas fysiskt utan intervjuerna genomfördes via Skype eller telefon. Deltagarna lämnade muntligt samtycke till deltagande i föreliggande studie i samband intervjutillfället och fick åter muntlig information om studien av författarna, att det var frivilligt samt att medverkan kunde avslutas när som helst under studiens gång utan att behöva uppge anledning.

Dataanalys

Intervjumaterialet analyserades genom kvalitativ innehållsanalys, inspirerad av Graneheim & Lundman (2004). Analysen är användbar inom omvårdnadsforskning där man granskar, tolkar texter samt utskriften av inspelat material. Författarna lyssnade på de inspelade intervjuerna som transkriberades ordagrant även skratt, pauser och andra läten inkluderades då det kan påverka den underliggande meningen i intervjun. För att säkerställa att inte ord eller ljud fallit bort vid transkriberingen, lyssnades intervjuerna åter igenom samtidigt som det transkriberade materialet lästes (Graneheim & Lundman 2004). Materialet lästes igenom upprepade gånger av båda författarna för att skapa en helhetsbild och förståelse av materialet. Transkriberat material analyserades mot studies syfte. Likvärdiga ord, fraser och uttryck som hörde ihop delades in

meningsbärande enheter som svarade mot studiens syfte. Meningsbärande enheter kondenserades, då text reducerades genom att ta bort onödiga ord, men det betydande innehållet bevarades. På de kondenserade enheterna sattes sedan koder som beskrev textinnehållet. Koderna bearbetades ytterligare och de som liknade varandra sorterades in under samma subkategori. Utifrån subkategorier som liknade varandra skapades så kategorier (Graneheim & Lundman 2004). Författarna har använt sig av manifest och latent innehållsanalys. Det manifesta innehållet beskriver det textnära och uppenbara i innehållet och uttrycks på en beskrivande nivå i form av kategorier. Det latent handlar textens underliggande budskap, det som sägs mellan raderna och uttrycks på en tolkande nivå i form av teman på olika abstraktionsnivåer. Innehållet är den röda tråden som genomsyrar koder eller kategorier (Graneheim & Lundman 2004). Trovärdigheten stärktes genom att materialet lästes igenom och bearbetades tillsammans med handledare och studenter vid handledningstillfällena (Graneheim & Lundman 2004).

Tabell 1. Exempel ur innehållsanalysen

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Kod	Subkategori	Kategori	Tema
Ehh..ja man ska ju egentligen gå igenom det tillsammans med då med patienten då och höra sig för vad de kan tänka sig för slags aktiviteter själv då.. ja för att det ska bli av att göra det.. inte bara för att jag sitter och säger att nu ska du göra det och det och det.. för då brukar det ju ganska sällan leda till till någonting positivt.. utan man försöker sitta och resonera då vad man..vad de tycker att de kan göra...	Egentligen gå igenom det tillsammans med patienten. Höra vad de kan tänka sig sig för aktivitet för att det ska bli av. Sällan positivt om jag säger att "du ska göra det där". Resonerar tillsammans.	Utgå från individen	Att motivera och utgå från individen	Arbetet med FaR	Positivt för folkhälsans svårt att implementera
Likväl som att man skriver ut stämningshöjande mediciner, man skriver ut diabetestabletter eller att man skriver ut blodtrycksmedicin så..så är ju absolut fysisk aktivitet en medicin...	Likväl som att förskriva läkemedel så är ju absolut fysisk aktivitet en medicin.	Komplement till läkemedel	Komplement till Läkemedel	FaR som verktyg	
Ja men hur gör man det rent praktiskt?! Jag vet inte riktigt hur man gör nu..jag menar då ja´ skrev då var det väl fortfarande gula recept liksom.. nu är det ju e-recept. Förmodligen så skriver man väl ett recept och så skriver man ut det på papper...	Vet inte hur man gör det rent praktiskt. Var gula recept senast skrev, nu e-recept. Troligen skriver man ut det på papper.	Kunskapsbrist	Behovet av förbättringsarbete	Organisatoriska faktorer	

Forskningsetiska överväganden

Författarna i föreliggande studie har följt de fyra grundläggande principerna, som nämns i Helsingforsdeklarationen (World Medical Association 2021) vilka finns för att skydda individen vid forskning och dessa är *samtyckes-*, *informations -*, *konfidentialitets-* och *nyttjandeprincipen* (World Medical Association 2021). För

att tillgodose *samtyckesprincipen* har samtliga distriktssköterskor fått lämna sitt samtycke vid två tillfällen, första tillfället var skriftligt via e-post då de tackade ja till deltagande i studien och det andra tillfället var muntligt samtycke i samband intervjun. Samtliga verksamhetschefer för tilltänkta verksamhetsområden fick en skriftlig anhållan om tillstånd. De aktuella deltagarna för studien returnerade ett skriftligt samtycke till författarna innan intervjuerna påbörjades. För att tillgodose *informationsprincipen* har samtliga distriktssköterskor informerats muntligt och skriftligt om studiens syfte och att de när som helst har rätt att avsluta sitt deltagande utan att ange anledning. För att tillgodose *konfidentialitetsprincipen* så hanterades allt insamlat material konfidentiellt och kommer inte att kunna härledas till den enskilda distriktssköterskan. Detta för att skydda distriktssköterskornas integritet. Allt insamlat material har förvarats i en lösenordsskyddad mapp på författarnas datorer.

För att tillgodose *nyttjandepincipen* har insamlat material enbart använts i föreliggande studie (World Medical Association 2021), och det insamlade materialet kommer att kasseras av författarna när examensarbetet är godkänt och blivit publicerat i DiVA som är en plattform för examensarbeten. Noggrannhet och objektivitet bör beaktas (World Medical Association 2021), vilket författarna i föreliggande studies har haft i åtanke. Det finns en vinst med extern granskning av alla studiers etiska dimensioner och är av stor vikt vid studier att de etiska principerna beaktas (Polit & Beck 2017). Detta har författarna i föreliggande studie haft i åtanke, dock berörde inte frågeställningarnas distriktssköterskornas fysiska eller psykiska hälsa. Omvårdningsforskning vilar på de etiska principerna: godhetsprincipen, respekt för mänsklig värdighet och rättvisepincipen (Polit & Beck 2017). *Godhetsprincipen* innebär att forskaren ansvarar för att fördelarna med att delta i studien väger tyngre än nackdelarna genom att undvika eller minimera skada. Nästa princip är *respekt för mänsklig värdighet* som innebär att deltagarna har rätt till autonomi (Polit & Beck 2017), vilket tillgodosågs genom att allt deltagande i studien var frivilligt och att distriktssköterskorna kunde avbryta studien när som helst utan att ange orsak. Den tredje principen är *rättvisepincipen* som innebär att deltagarna får en rättvis behandling och blir respekterade som individer. Vidare innebär denna princip att deltagaren har rätt

till bibehållen integritet (Polit & Beck 2017), vilket tillgodosågs då ingen av alla tillfrågade distriktssköterskor valdes ingen bort.

Resultat

Föreliggande intervjustudie om distriktssköterskors erfarenheter av att använda FaR skapade ett övergripande tema; *Positivt för folkhälsan - svårt att implementera*. Under analysprocessen framkom tre kategorier; *Arbetet med FaR*, *FaR som verktyg* samt *Organisatoriska faktorer*. Kategorierna skapades utifrån elva subkategorier som liknade varandra. Under varje kategori finns tre till fyra subkategorier. Resultatet redogörs i löpande text med citat ur det transkriberade materialet. Efter varje citat visas ett nummer som representerar vilken intervju citatet kommer ifrån. Kategorier och subkategorier presenteras även i tabell 2.

Tabell 2. Presentation av kategorier, subkategorier och tema.

Kategori	Subkategori	Tema
Arbetet med FaR	<ul style="list-style-type: none"> - Att motivera och utgå från individen - Den typiska patienten och aktiviteten - Förskrivning av FaR - Betydelsen av kontinuerlig uppföljning 	Positivt för folkhälsan- svårt att implementera
FaR som verktyg	<ul style="list-style-type: none"> - Komplement till läkemedel - Distriktssköterskornas inställningar till FaR - Hinder med FaR 	
Organisatoriska faktorer	<ul style="list-style-type: none"> - Ledningen betydelse för förskrivning - Behovet av förbättringsarbete - Kompetens och tillgång till information - Ekonomiska aspekter 	

Positivt för folkhälsan- svårt att implementera

Utifrån studiens syfte identifierades temat: Positivt för folkhälsan- svårt att implementera, vilket är representativt för de intervjuade distriktssköterskorna.

Distriktssköterskornas erfarenheter av FaR var att det var positivt för folkhälsan men att det var svårt att implementera i det hälsofrämjande arbetet.

Arbetet med FaR

Kategorin: *Arbete med FaR* bildades utifrån subkategorierna: *Att motivera och utgå från individen, Den typiska patienten och aktiviteten, Förskrivningar av FaR samt Betydelsen av kontinuerlig uppföljning.*

Att motivera och utgå från individen

Distriktssköterskorna beskrev att erfarenheterna av FaR var att det var bra för att motivera patienter, bland annat till de som hade svårigheter att komma igång med regelbunden fysisk aktivitet. FaR kunde användas som en "morot" för patienterna och för att "så frön". Genom att fokusera på FaR och samtidigt låta patienterna använda sig av exempelvis FYSS aktivitetsdagbok att anteckna utförda aktiviteter i, blev det mera handgripligt för patienterna i och med att de då tydligt kunde se vad de presterat. Att kunna motiveras till att gå 5 minuter om dagen var bättre än ingenting. För redan aktiva patienter användes FaR lite mer sällan men ibland var det bra att ta till när det behövdes något extra som till långvariga patientkontakter. Omotiverade patienter och patienter som redan sa sig veta vad de skulle göra men ändå inte gjorde det, var mer utmanande att nå och att motiveras av FaR enligt distriktssköterskorna.

" En del tar det på väldigt stort allvar.. å ofta har det kanske inte lett att man uppfyller ordinationen... men att man kommit igång med någonting regelbundet åhh.. det är ju egentligen syftet med det. Är man inte följsam direkt i ordinationen så har det iallafall gett någon förändring" (6)

Distriktssköterskorna beskrev att det var av stor vikt att jobba utifrån den enskilda individen i arbetet med FaR och utgick ifrån vad de kunde tänka sig för aktivitet för att det skulle bli av, kännas meningsfullt och vara värt att fortsätta med. Distriktssköterskor på livsstilmottagning uppgav att de alltid samtalade med patienten om vad de kunde tänka sig för motion, för att förbättra sin fysiska aktivitet oavsett FaR eller inte. En del distriktssköterskor frågade alltid om patienterna trodde sig vara hjälpta av att få ett FaR, om patienterna sa att de inte tänkte förändra sin fysiska aktivitet så förskrevs inget recept. Några distriktssköterskor valde aktiviteter utifrån vad de trodde var rimligt för patienterna att genomföra. Att man egentligen skulle gå igenom FaR tillsammans med patienterna beskrevs, men var något som inte alltid gjordes. Distriktssköterskorna

beskrev att de individanpassade informationen utifrån de skilda patientgrupperna då de pratade kost och motion. Då de kan skiljas åt och ligga på olika nivåer beroende på patient, till exempel 90-åring med rullator eller en kraftig överviktig 45-åring med målet att gå ner i vikt. Något distriktssköterskorna poängterade var att alla människor har förmågan att göra någon form av fysisk aktivitet.

“Det kunde ibland, det var ju, det var ju liksom.. man försökte ju ändå hitta någonting, för det va ju..det vá .. man kunde ju alltid göra någonting i alla fall, så är det ju. Och även om du inte kunde gå ut och ta den där promenaden, så kanske du kan du resa dig upp och ned från en stol några gånger.. eller vad det kan vara liksom, det är ju kreativiteten som.. sätter stopp, så.” (4)

Den typiska patienten och aktiviteten

Distriktssköterskorna uppgav att den vanligaste målgruppen för FaR var patienter med diabetes. Andra målgrupper vid FaR var patienter med astma/KOL, hypertoni och höga blodfetter. Några distriktssköterskor uppgav även att de inte fanns någon särskild målgrupp eller att den varierade och att FaR egentligen kan användas till alla, oberoende av ålder och den fysiska förmågan. Den vanligaste återkommande aktiviteten som valdes vid FaR var promenader som är skonsamt för de mindre aktiva. Övriga valda aktiviteter kunde vara cykling, styrketräning eller träning i hemmet med hjälp av hantlar och gummiband. I intervjuerna framkom det att aktiviteterna ofta valdes av distriktssköterskan, men i samråd med patienten och bara ibland av patienterna själva. Aktiviteter kunde också utgå utifrån patienternas diagnos och rekommendationer av aktiviteter i handboken FYSS. Att använd sig av aktivitetsdagbok var också vanligt hos några distriktssköterskor.

“ Ja, det var nog sannolikt det hära promenader... i och med att man råkade just en sån typ av människa som man sa det till.. så var det nog inte så mycket aktiviteter som den hade... i och med att man skrev ut det liksom.. och då började man snällt liksom... ” (5)

Förskrivning av FaR

Distriktssköterskor berättade att de endast förskrivit FaR vid något tillfälle men var ändå och var positiva till fysisk aktivitet. Några distriktssköterskor uppgav att de

arbetade med FaR kontinuerligt vilket innebar 2-3 FaR per år. Någon distriktssköterska hade förskrivit FaR nyligen, i samband med intervjun, medan andra inte förskrivit något FaR alls det senaste året och för någon var det 14 år sedan. Upplevelsen från distriktssköterskorna var att förskrivningen gick lite i vågor, däremot var det sällan det blev ett skrivet recept. Att samtala om fysisk aktivitet med patienter på mottagningsbesök var något som distriktssköterskorna uppgav att de gjorde. Ofta blev det mer en överenskommelse med patienterna där distriktssköterskorna gav enkla råd om hälsofrämjande livsstilsförändringar och då kunde lyfta det om kost och fysisk aktivitet lite mer.

“Jobbet gör jag ju, det är bara det att jag inte skriver ut det på ett papper. Det är ju dä.. jag jobbar otroligt mycket preventivt och pratar om att sätta rimliga mål och allt räknas. Allt är bättre än ingenting och försöker att entusiasmeras liksom.. men jag skriver inte ut det på papper. Så jag jobbar så här men inte med just FYSS och FaR” (1)

Distriktssköterskorna berättade att FaR sällan var något som efterfrågas av patienter, men att när FaR nämnts har det ändå varit något som de flesta patienterna kände till. I de fall då patienter faktiskt efterfrågat FaR uppfattade distriktssköterskorna mer att syftet varit för att få rabatt på årsavgiften för att träna på gym eller till exempel för att gå på simhall. Tidigare vid förskrivning av FaR fanns samarbeten mellan hälsocentraler, olika föreningar och organisationer i kommunen, vilket var något som distriktssköterskorna nämnde, men hur det såg ut idag var de flesta ovissa om.

” Den sista jag skrev, då var det till en som sökte själv för att han ville ha rabatt... eller komma in på ett gym...” (7)

Det framkom att några av distriktssköterskorna ibland kontaktade eller hänvisade till fysioterapeuten gällande fysisk aktivitet, särskilt för patienter med restriktioner av olika anledningar. Att fysisk aktivitet mer naturligt ansågs vara fysioterapeuterna arbetsområde var något som flera av distriktssköterskorna uppgav, men även något som de trodde att patienterna förväntade sig.

Betydelsen av kontinuerlig uppföljning

Distriktssköterskorna beskrev uppföljningarna av FaR som bristfälliga, och de uppgav att det är något de borde gjort oftare. Vidare framkom det att en de följde riktlinjerna

som innebar uppföljning efter 3-6 månader, antingen via mottagningsbesök eller via telefon. I andra fall följdes patienterna upp vid det årliga besöket och i vissa fall gjordes ingen uppföljning alls. Flera av distriktssköterskorna beskrev att patienterna var mer följsam till den ordinerade fysiska aktiviteten om uppföljningen inte låg för långt fram i tiden. De uppgav att går det mer än ett halvår så har patienterna oftast tappat farten, att 2-3 månader är optimalt för uppföljning.

“ Sen får man väl se när hon kommer på besök igen hur långvarigt det har varit för att det är ju tyvärr så att det går ett tag och sen faller man gärna tillbaka av olika anledningar till, ja det gamla vanliga mönstret så att.. det är inte alltför ovanligt att, ja, att det är då att det blir sämre igen sen efter ett tag om man inte fortsätter och kanske har den hära pushningen med jämna mellanrum då.” (10)

Vidare beskrev distriktssköterskorna att även om det gått en tid efter att de förskrivit FaR så kommer patienterna ihåg att fullfölja receptet om de blev påmind regelbundet. De flesta distriktssköterskorna uppgav även att uppföljningarna var väldigt varierande, en del patienter tog FaR på stort allvar medan andra inte kommit igång alls. Vid de tillfällena av uppföljningar då patienterna inte varit direkt följsamma i ordinationen, så visade det sig ibland att de ändå kommit igång med någon slags fysisk aktivitet som lett till positiv förändring.

FaR som ett verktyg

Kategorin: *FaR som verktyg* bildades utifrån subkategorierna: *Komplement till läkemedel, Distriktssköterskornas inställningar till FaR och Hinder med FaR.*

Komplement till läkemedel

Distriktssköterskorna beskrev att FaR ibland kan vara ett alternativ och komplement till läkemedel. Bättre än att ge någon medicin, likväl som att skriva ut stämningshöjande, diabetestabletter eller blodtrycksmedicin kunde fysisk aktivitet ge likvärdig effekt. De beskrev även att fysisk aktivitet istället för doshöjning av läkemedel ofta fungerade som en “morot” för patienterna. Distriktssköterskorna betonade att det finns evidens för FaR, både att det fungerar och att det ger resultat.

“Det är ju sällan en medicin... eh... är att man ska vara stillasittande, utan de flesta sjukdomar blir man ju bättre av om man rör på sig mycket. Psykisk ohälsa, hjärt och kärl, blodtryck, ja det är ju hjärt och kärl, diabetes ja you name it. Det är ju liksom dom allra flesta är ju fysisk aktivitet en bra medicin för kroppen. Vi behöver ju röra på oss, vi är gjord för att röra på oss” (8)

Distriktssköterskornas inställningar till FaR

Distriktssköterskorna uttryckte att konceptet FaR var något jättebra, att det var en fantastisk tanke och bra att använda sig av. FaR är en bra metod för att komma igång med fysisk aktivitet. Alla distriktssköterskor påtalade vikten av att röra på sig samt evidensen och de goda följderna och effekterna av FaR. Att FaR var rätt i tiden då alla vet att fysisk aktivitet är gynnsamt. Distriktssköterskorna upplevde att det kunde bli lite mera “tryck i det hela” där FaR var ett hjälpmedel och diskussionsunderlag att diskutera kring vid fysiska aktiviteten. Den generella tanken hos distriktssköterskorna var att det kunde ge patienterna en extra liten tanke för att de skulle känna och förstå vikten av att komma igång att röra på sig. Distriktssköterskor beskrev FaR som något fantastiskt och som de förutsatte att det fanns någon vinning med. Även om distriktssköterskorna i grunden var positiv till FaR så framkom det att några hade dubbla känslor gällande FaR och var tveksamma till om FaR verkligen fungerade.

“För lite det här att, det här är... jag tycker det är lika viktigt som vad proverna visar. Så att ja.. jag tror egentligen inte på att det blir mer fysisk aktivitet. Jag tror mer på att man har en god relation till patienterna än att det är själva receptet som gör skillnad. Egentligen” (2)

Några menar att det egentligen inte var receptet i sig som var det viktiga utan att det istället främst innebar att få till en förändring samt att bryta inaktiviteten. Hade patienten redan bestämt sig för att göra en livsstilsförändring så fixade patienten det ändå.

Hinder med FaR

Distriktssköterskorna beskrev att det fanns vissa hinder för att förskriva FaR. Ett av hindren var att distriktssköterskan själv inte trodde på FaR eller på effekten av FaR.

Något mer som framkom var tveksamhet till ifall distriktssköterskorna själva skulle förändra sin livsstil bara av att få ett papper i handen. Andra tyckte att det blev “kaka på kaka” att både prata om fysisk aktivitet och sedan förskriva FaR. FaR kunde vara ett känsligt ämne att ta upp med vissa patienter framkom av distriktssköterskor som ibland upplevde det som obekvämt och stötande beroende på patienten de hade framför sig som exempelvis då patienter var kraftigt överviktiga. Ibland undveks frågorna om FaR och livsstilsförändringar för att inte belasta patienterna mera då det kunde bli ytterligare en grej “spik i kistan” för vissa patienter. Vissa patienter kanske redan hade mycket med sig i bagaget sedan tidigare som psykisk ohälsa, diabetes eller andra sjukdomar. Ett annat hinder till att inte diskutera FaR kunde vara ifall patienten inte skulle röra på sig av någon specifik anledning, hade fysisk oförmåga eller var rullstolsburen. Ibland fick distriktssköterskorna intrycket av ett eget hinder hos patienterna, att de var tvungna gå på gym, simhall eller anmäla sig till någon aktivitet vilket gjorde att distriktssköterskorna undvek att fråga om FaR. Uppfattningen hos distriktssköterskorna var att patienterna ibland lättare tar emot ett piller som läkaren förskrivit, istället för att själv (egenansvar) behöva anstränga sig fysiskt. Något mer som beskrevs var att patienten hade ovilja till aktivitet genom FaR, att de ofta sa att de själva kunde klara av en enklare aktivitet som en promenad utan FaR. Vidare framkom att en del patienterna upplevdes ta emot FaR enbart för att göra distriktssköterskorna nöjda.

“för att jag känner att det är ljug att skriva det där om de inte tänker att dem ”att det här inser jag att det är viktigt” ... “ (1)

Organisatoriska faktorer

Kategorin: *Organisatoriska faktorer* bildades utifrån subkategorierna: *Ledningens betydelse för förskrivning, Behovet av förbättringsarbete, Kompetens och tillgång till information och Ekonomiska aspekter.*

Ledningens betydelse för förskrivning

Distriktssköterskorna uttryckte en önskan att cheferna skulle kunnat ha pushat på mer om FaR. En önskan fanns hos distriktssköterskorna om att det skulle läggas mer fokus på FaR från ledningen, att det skulle informeras och lyftas mer om metoden FaR på arbetsplatserna samt uppmuntras till kompetensutveckling samt motivera till att använda

sig av FaR. Till exempel också uppmuntrat distriktssköterskor till att delta på informationsträffar om FaR. Några distriktssköterskor berättade att de hade informerats om FaR på arbetsplatsträffarna av cheferna. Dessa chefer hade varit positiva till FaR och uppmuntrat distriktssköterskorna till att använda FaR i det dagliga arbetet. Det framkom av de flesta distriktssköterskor att cheferna på hälsocentralerna inte hade informerat något om FaR och att de heller inte prioriterade FaR. Vissa chefer betonade mera vikten av åtgärdskodande av diagnoserna för att hälsocentralerna skulle erhålla ersättningar. Distriktssköterskor minns att det för några år sedan var viktigare för cheferna att FaR förskrevs och följdes upp, vilket troligen var förknippat med den ekonomiska ersättningen hälsocentralerna fick i samband med detta.

“Så sätter man pengar på det, då, ja men visst skulle de säga ”det här också”.. Ja men då är det väl klart att vi skulle spotta ut fler sådana, ja det skulle vi göra. Och då fyller det inte sitt syfte tycker jag, inte utav den anledningen. Men en och annan kanske man fick med sig, för då fick man ut fler, det är klart.” (2)

Behovet av förbättringsarbete

Distriktssköterskornas uppfattning var att det fanns ett stort behov av förbättringsarbete kring arbetet av FaR i det hälsofrämjande arbetet, både ur distriktssköterskans perspektiv men även från ledning och högre styrande. Att FaR borde implementeras mer i det dagliga arbetet samt att ha ett bredare och mer strukturerat arbetssätt med hälsobefrämjande tankesätt framkom. Den uppfattningen delades även av de som regelbundet jobbade med FaR, som önskade att fler av kollegorna började använda verktyget i det dagliga arbetet. Att FaR fallit i glömska mer eller mindre var något distriktssköterskorna hade erfarenhet av. Då en del distriktssköterskor redan upplevde hög arbetsbelastning och tidsbrist beskrev de att FaR lätt kunde bortprioriteras för andra arbetsuppgifter. FaR uppfattades som tidskrävande och en ytterligare belastning med uppföljningar och extra besök för patienterna på mottagningarna. Andra distriktssköterskor framhöll att är man väl insatt i FaR så är det ett enkelt och snabbt arbetsmoment att utföra. De menade att det fanns så många andra arbetsuppgifter som var mer tidskrävande och onödigt som de gjorde. Andra orsaker som framkom var praktiska svårigheter som att många inte satt sig in i FaR eller kunskapsbanken FYSS, eller att de inte kände till hur man förskriver FaR, deras lathet och ointresse samt att det

glömts bort när de inte påmindes om det. Någon menade att FaR varit komplicerat att implementera. Att fysisk aktivitet förväntades vara fysioterapeuternas arbetsområde var också uppfattningen hos distriktssköterskor.

“Det är ju så svårt när man inte håller på med det där nu.. men som sagt, de flesta har väl lagt ned, jag förstår ju att det är så...” (4)

Kompetens och tillgång till information

Samtliga distriktssköterskor var väl medvetna om FaR. Majoriteten av distriktssköterskorna arbetade dagligen på livsstilmottagningar, några var även regelbundet på BHV-mottagningar medan någon distriktssköterska aldrig arbetat på en livsstilmottagning. Några hade fått information om FaR via utbildningar, informationsträffar samt e-post, och fick det fortfarande regelbundet. Medan andra distriktssköterskor också fått e-post men uppgav att de inte tog del av den. Några hade för ett flertal år sedan gått utbildning om FaR, kortare internutbildningar, andra via folkhälsoenheten eller på Karolinska Universitetssjukhuset. Ingen distriktssköterska hade fått någon utbildning om FaR på hälsocentralerna. Några trodde de enbart fått kunskap om FaR via distriktssköterske- eller sjuksköterskeutbildningen. De distriktssköterskor som inte fått någon utbildning i FaR upplevde det som svårt över hur det praktiskt användes men ansåg sig ändå inte i behov av någon utbildning. Informationen de fick om FaR var ofta via hälsoutvecklare, där både kommunen och andra organisationer eller patientföreningar kunde delta. Gemensamt för alla var uppfattningen om att det pratades mycket mera om FaR på hälsocentralerna förr. Framst handlade det då om hur man praktiskt förskrev FaR, gjorde uppföljningar, hur och vem som registrerade FaR och om det ens hade utförts.

“Ja iaf skriv sådär och gör så här och utifrån det här liksom. Mer kommer jag inte ihåg [skratt].” (1)

Ekonomiska aspekter

Distriktssköterskornas erfarenhet av att använda FaR var att de förskrev fler FaR förr, då det utgick ersättning till hälsocentralerna vid varje förskrivning. Det framkom av distriktssköterskor att det fanns vissa förutsättningar för att då få ersättning för FaR,

men kravet var att uppföljningar gjordes. Distriktssköterskorna beskrev att de också uppfattade att cheferna “låg på” distriktssköterskorna mycket mera om detta då. När ersättningarna inte längre utgick resulterade det i att FaR förskrevs i mindre utsträckning, jämfört med när hälsocentralerna erhöll “en peng” enligt några av distriktssköterskorna.

“...då användes det ju väldigt tokigt... för det var ju då dom som bara gav ut ett recept och sedan så ringde man och så följde man upp och så fick man pengar liksom...då vart det ju den inriktningen. Då vart det ju jättemånga skrivna men hur mycket det gagnade personen som fick det eller inte... det är nog ytterst tveksamt” (2)

Diskussion

Huvudresultat

Syftet med studien var att beskriva distriktssköterskors erfarenheter av att använda FaR inom primärvården. I resultatet framkom: Positivt för folkhälsan men svårt att implementera. Det framkom att FaR var bra att använda för att motivera patienter till regelbunden fysisk aktivitet. Att arbeta utifrån den enskilda individen var av stor vikt men upplevdes ibland som en svårighet. Den vanligaste målgruppen vid FaR var patienter med diabetes, astma/KOL, hypertoni och höga blodfetter. Promenader var den mest förekommande valda aktiviteten. Det framkom att förskrivning av FaR och uppföljningar sällan utfördes, men att samtal om kost och fysisk aktivitet alltid skedde i mötet med patienterna. FaR efterfrågades inte heller av patienterna. FaR beskrevs vara ett bra komplement till läkemedel och att små förändringar av fysisk aktivitet kunde göra stora skillnader hos patienterna. Distriktssköterskornas inställningar till FaR, brist på information samt deras kunskaps- och tidsbrist påverkade det hälsofrämjande arbetet och därmed förskrivningarna av FaR. Brist på information och stöd från ledningen var ansågs vara ett hinder till att arbeta med FaR. Att FaR inte förskrivs i lika stor utsträckning idag framkom kunna bero på de ekonomiska aspekterna, då det tidigare utgick en ersättning vid förskrivning och uppföljning av FaR, vilket gjorde att cheferna uppmanade mer till det då. För att förskrivningen av FaR på hälsocentralerna ska kunna öka framkom det av flertalet av distriktssköterskorna att ledningen bör lyfta det mer på arbetsplatserna.

Resultatdiskussion

I resultatet framkom att distriktssköterskorna upplevde FaR som ett bra verktyg till att motivera inaktiva patienter till att komma igång med regelbunden fysisk aktivitet. Samt att det var av stor vikt att arbeta individanpassat, vilket ibland upplevdes som en svårighet. Det är betydelsefullt och viktigt att utgå ifrån varje enskild individs behov och ta hänsyn till patientens tidigare erfarenheter och hälsotillstånd (Distriktssköterskeföreningen 2019). I Jerdén, Hansson, Flacking & Weinehall (2006) framkom att det är viktigt att bekräfta patientens egna tankar och ideer om sin fysiska aktivitet i det hälsofrämjande arbetet för att därmed ta hänsyn till patientens integritet. Om patienten inte är motiverad till FaR, får det inte glömmas bort att det är frivilligt och därmed släppa arbetet med FaR för den gången. Det hälsofrämjande arbetet är en relationsprocess där det är av stor vikt att skapa ett samspel med patienten (Jerden et al. 2006). I föreliggande studie framkom att distriktssköterskorna upplevde det som en svårighet att motivera patienter som var mindre mottaglig för livsstilsförändring. I Dorothea Orems teori (Berbiglia & Banfield 2018; Selander, Schmieding & Hartweg 1995) framkom att motivationen hos patienterna finns, men att de inte agerar eftersom de inte har tillräckligt med kunskap kring sitt hälsoproblem. Även om patienten har förmågan och motivationen som krävs för egenvården så innebär det ändå inte att alla kommer att utföra egenvården (Berbiglia & Banfield 2018; Selander, Schmieding & Hartweg 1995).

Ett hinder för patienterna som kan begränsa egenvården kan hänga ihop med sjukdom eller psykisk ohälsa, och då leda till egenvårdsbrist och sjuksköterskan ska identifiera begränsningar som påverkar patienten samt ge stöd för att hantera begränsningarna (Berbiglia & Banfield 2018; Selander, Schmieding & Hartweg 1995). I resultatet framkom att den vanligaste patientgruppen vid FaR var patienter med diabetes, astma/KOL, hypertoni och höga blodfetter. Att förskriva FaR till dessa patientgrupper har även framkommit sig i andra studier (Kallings et al. 2008; Kallings et al. 2009; Leijon et al. 2008; Lundqvist et al. 2017; Lundqvist et al. 2020; Joelsson, Lundqvist & Larsson 2020; Røjder et al. 2016). Även Kallings (2008) beskrev att promenader var vanligt att ordinera som aktivitet vid FaR. Vilket även framkom av distriktssköterskor i föreliggande studie. Det framkom även att fysisk aktivitet kunde vara en "morot" för patienterna då de fick möjlighet att förändra sin livsstil i första hand, innan ett läkemedel eventuellt sattes in eller att de behövde öka dosen av ett redan insatt

läkemedel. Evidensen och möjligheten till att behandla en stor mängd sjukdomstillstånd och funktionsnedsättningar med fysisk aktivitet är väl kända vilket även beskrevs av Pedersen & Saltin (2015) och YFA (2021). I Joelsson, Lundqvist & Larsson (2020) framkom att patienternas motivation till FaR ökade av ett individanpassat och respektfullt bemötande samt då de haft möjligheten att påverka sin behandling, utifrån tidigare motionsvana, begränsningar och motivationsnivå. I föreliggande studiens resultat framkom att det även fanns delade meningar om hur uppföljningen skulle gå till. Vissa distriktssköterskor beskrev en osäkerhet i uppföljningen medan andra tyckte att det föll sig naturligt då patienterna ändå kom åter för till exempel blodtryck eller diabeteskontroller. Att ha haft fortlöpande kontakt, uppföljning och stöd av förskrivaren på primärvården upplevdes av patienterna som särskilt värdefullt samt varit en förutsättning för att klara av att prioritera och bibehålla livsstilsförändringen (Joelsson, Lundqvist & Larsson 2020), mot bakgrund av detta anser författarna i föreliggande studie att det är av betydelse att detta belyses och synliggörs för alla förskrivare av FaR.

I resultatet framkom även att tidsbrist var ett hinder till att genomföra uppföljningsarbete effektivt för att kunna uppnå resultat i beteendeförändringar hos patienter. Att uppleva tidsbristen som ett hinder, uttrycktes även i flera andra intervjustudier bland distriktssköterskor samt andra förskrivare inom primärvård (Bohman, Mattson & Borglin 2015; Eriksson & Engström 2015; Gustavsson et al. 2018; Persson et al. 2013). Distriktssköterskorna i föreliggande studie betonade att fysisk aktivitet är något fantastiskt och att FaR är ett bra redskap att använda sig av. Även om det inte alltid blev ett skriftligt recept så talades det alltid om fysisk aktivitet och kost med patienterna. Även om de flesta i grunden var positiva till FaR så fanns ändå en tveksamhet och misstro till verktyget, om det verkligen fungerade! Liknande inställning kunde ses i tidigare studie (Kardakis et al. 2018). Något mer som framkom i föreliggande studie var att distriktssköterskorna funderade på varför FaR och det hälsofrämjande arbetet inte lyfts mer av ledningen/cheferna. Ledningen inom hälso-och sjukvård har i uppdrag av staten att driva ett hälsofrämjande arbete (Socialstyrelsen 2016) och det finns rekommendationer att utgå ifrån (WHO 2021). I resultatet framkom att distriktssköterskorna efterfrågade mer kunskap och utbildning i metoden FaR, för att kunna använda det i högre utsträckning. Den upplevelsen stöds även i tidigare studier (Bohman, Mattson & Borglin 2015; Eriksson & Engström 2015; Gustavsson et al. 2018). För ett framgångsrikt genomförande av ett förändringsarbete är vårdpersonalens

kunskapsnivå en nyckelfaktor menade Kardakis, Jerdén, Nyström, Weinehall & Johansson (2018). Som Lundberg et al. (2017) beskrev så är kärnan i distriktssköterskans arbete att främja och förebygga sjukdom hos individer, med bättre folkhälsa finns en hälsoekonomisk vinst. Några nämnda skäl till att inte FaR användes av distriktssköterskorna i föreliggande studie var brist på tid och kunskap samt osäkerhet i hur man använder FaR. I flera studier (Brobeck, Odenrants, Bergh & Hildingh 2013; Eriksson & Engström 2015) framkom att distriktssköterskor uttryckt en önskan om att det hälsofrämjande arbetet ska få ta mer plats, få mer fokus och synliggöras. Detta var också något som uttrycktes i Wilhelmsson & Lindberg (2009) då distriktssköterskorna upplevde det som att det grundläggande medicinska uppgifter kom i första hand och det hälsoförebyggande i andra hand.

Metoddiskussion

I en kvalitativ studie kan trovärdigheten öka genom att granska och föra en diskussion om de tre begreppen; *giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet* (Graneheim & Lundman 2004; Polit & Beck 2017).

Giltighet

Författarna bör i kvalitativa studier arbeta för att uppnå ett så giltigt resultat som möjligt (Graneheim & Lundman 2004). Med *giltighet* menas hur pålitligt studiens resultat är. Studiens giltighet värderas utifrån hur väl datainsamling, urval och analysmetod förhåller sig till studiens syfte. Att författarna beskriver sina tillvägagångssätt så tydligt som möjligt är också av stor vikt för giltigheten (Graneheim & Lundman 2004). Syftet med föreliggande studie var att beskriva distriktssköterskors erfarenheter av att använda FaR inom primärvården. Föreliggande studie genomfördes med en kvalitativ ansats och beskrivande design då det lämpade sig bäst till studiens syfte, vilket även Polit & Beck (2017) menar stärker studiens giltighet. Deltagarna rekryterades enligt ett ändamålsenligt urval då föreliggande studies syfte var att beskriva deltagarnas erfarenheter, och genom att använda sig av ett ändamålsenligt urval för att rekrytera deltagare som har erfarenheter som svarar mot en studies syfte och frågeställningar kan studiens giltighet stärkas (Polit & Beck 2017).

Datainsamlingen genomfördes genom semistrukturerade intervjuer med öppna frågor

vilket möjliggjorde för deltagarna att berätta fritt om sina erfarenheter. En intervjuguide användes för att säkerställa att studiens syfte täcktes och för att säkerställa att samma frågor ställdes till alla deltagarna. Genom ett beskrivande sätt kan deltagarna berätta om sina erfarenheter inom området vilket stärker giltigheten (Kvale & Brinkman 2014; Polit & Beck 2017). Vid kvalitativa studier är det viktigt att författarna inte påverkar datainsamlingen då de är delaktiga i intervjuerna, hanteringen och tolkningen av insamlat material. Antalet deltagare och vilken mängd data som krävs för att besvara en kvalitativ forskningsfråga beror på studiens syfte och kvaliteten på datan. Studiens giltighet och trovärdighet ökar om deltagarna har en variation och bredd av erfarenheter i det undersökta ämnet (Graneheim & Lundman 2004). I föreliggande studie fanns deltagare både från region- samt privatdriven regi i primärvård.

Enligt Graneheim & Lundman (2004) ökar också en studies giltighet om det finns en variation mellan deltagare. Studiedeltagarnas variation i ålder och arbetslivserfarenhet i föreliggande studie stärker giltigheten då de hade olika erfarenheter och kan då belysa ämnet från olika håll. En svaghet i föreliggande studie skulle då kunna vara att det endast var kvinnor som intervjuades. En större geografisk spridning hade varit önskvärt och hade kunnat stärka studiens giltighet ytterligare, men det var inte genomförbart. Att tydligt redovisa hur analysprocessen har gått till är en del i att styrka en studies trovärdighet och giltighet (Graneheim & Lundman 2004). I metoden i föreliggande studie beskrivs dataanalysmetod och analysprocessen i löpande text och i en tabell för att tydliggöra detta för läsaren. Citat från deltagare presenteras i varje subkategori i resultatet, vilket stärker giltigheten då läsaren får ta del av representativa delar av det insamlade materialet (Graneheim & Lundman 2004). Analysprocessens alla steg har genomförts gemensamt av författarna, vilket stärker en studies giltighet (Graneheim & Lundman 2004).

Tillförlitlighet

Tillförlitlighet handlar om hur väl en studies resultat skulle bli likvärdigt om den utfördes igen och vid ett annat tillfälle, i liknande sammanhang samt med likvärdiga deltagare (Polit & Beck 2017). Graneheim & Lundman (2004) menar att tillförlitlighet också handlar om hur data och förutsättningar förändras över tid samt om forskaren ändrat sina beslut under analysprocessen. Styrkor i föreliggande studie kan vara att data insamlades under en begränsad tidsperiod om två veckor i april 2021 och inte borde ha

hunnit ändrats över tid. Av författarna skapades en intervjuguide med ett antal förbestämda frågor samt följdfrågor som testades i en pilotintervju och därefter diskuterades den med en handledare. Intervjuguiden användes sedan till föreliggande studies samtliga intervjuer, och är något som kan stärka tillförlitligheten ytterligare i en studie, att alla deltagare får samma frågor i det ämne studien syftar till (Graneheim & Lundman 2004). Samtliga intervjuer genomfördes tillsammans där författarna turades om att vara observatör och intervjuare, vilket kan ses som en styrka att båda deltagit och detta bidragit till en likvärdig intervjustil. Enligt Polit och Beck (2017) kan värdefull information erhållas med fler följdfrågor, vilket ovana intervjuare dock kan missa. Författarna har dock viss vana av att intervjua i sitt dagliga arbete, vilket skulle kunna vara ytterligare en styrka. Ytterligare styrka kan också ha varit att deltagarna genom en öppen fråga fick möjlighet att delge den information de ville, vilket är viktigt för att inte gå miste om relevant information (Polit & Beck 2017). Polit och Beck (2017) menar att telefonintervjuer kan vara ett sätt att samla in data på, framför allt när det handlar om relativt korta intervjuer och inte för personliga. Detta beaktades av författarna och kan ses som en styrka då samtliga deltagare själva valde på vilket sätt och vid vilket tillfälle för hur intervjuerna skulle utföras, som skedde via telefonen eller via Skype (videosamtal).

Överförbarhet

Överförbarhet innebär i vilken utsträckning av en studies resultat är överförbar till en annan grupp eller annat sammanhang och är upp till läsaren själv att avgöra. Avgörandet för läsaren kan underlättas av att studiens urvalsprocess, deltagare, datainsamlingsmetod samt hur data analyserats finns tydligt beskrivna av författarna menar Graneheim och Lundman (2004). I föreliggande studies metodavsnitt har författarna beskrivit alla steg på ett så utförligt sätt som möjligt vilket kan underlätta avgörandet för läsaren.

Kliniska Implikationer för omvårdnad

Studiens resultat visar att det finns ett behov och vilja att börja använda FaR mer inom primärvården för att arbeta hälsofrämjande och förebygga sjukdom. Trots detta så används FaR allt mindre av distriktssköterskorna idag. Om det förebyggande arbetet genom FaR skulle börja användas bättre skulle därmed hälsan stärkas och det skulle innebära vinster både på individnivå och samhällsnivå. Det skulle för den enskilde individen kunna innebära ett minskat

behov av läkemedel och ge förbättrad hälsa hos patienten. Även samhällsekonomisk vinning skulle ses med minskat behov av sjukvård och mindre kostnad för läkemedel. Denna studie visar att det finns förbättringspotential inom primärvården när det gäller användandet av FaR och resultatet skulle kunna leda till utveckling av arbetssättet. Förhoppningsvis kan studien leda till att fler distriktssköterskor inom primärvården får gå en strukturerad utbildning i FaR där alla får samma grund att stå på, vilket ökar möjligheten till att FaR börjar användas mer. Studien kan även bidra till ett ökat organisatoriskt stöd genom att få en förståelse för distriktssköterskornas erfarenheter i det hälsofrämjande arbetet samt vad som ansågs som en utmaning. Studien kan även bidra med värdefull information om förbättringsmöjligheter. Författarna till föreliggande studie hoppas att resultatet ska kunna bidra till en fortsatt utveckling av det hälsofrämjande arbetet på arbetsplatserna inom primärvården.

Förslag till fortsatt forskning

Forskningen kring FaR har fokuserats mest på vad fysisk aktivitet kan påverka kroppsligt, samt en del på erfarenheter och upplevelser från distriktssköterskor och sjuksköterskor. Förslag till vidare forskning vore att studera hur distriktssköterskorna som arbetar med FaR kontinuerligt, får ett bra och fungerande arbete. Andra förslag till fortsatt forskning kan vara: En större studie med ökat antal deltagare och en större geografisk spridning. Att då inkludera flera hälsocentraler i regionen för att se eventuella likheter och skillnader i arbetssätt och antal förskrivningar. Även studier ur patientens perspektiv om användandet av FaR samt vad de tror sig skulle hjälpa dem till livsstilsförändringar. Det vore också intressant att studera nyexaminerade sjuksköterskor om vad de har för kunskap/ brister med sig från grundutbildningen. En annan möjlig studie skulle kunna vara att undersöka hur cheferna och hälsosamordnare ser på FaR. Ett ytterligare område att forska över skulle kunna vara den totala förskrivningen av FaR bland de legitimerade yrkesgrupperna som får förskriva FaR. Även att jämföra antal förskrivningar inom landstinganslutna och privata hälsocentraler.

Slutsats

Distriktssköterskornas erfarenheter av FaR var att det var positivt för folkhälsan men att det var svårt att implementera i det hälsofrämjande arbetet. Att motivera patienter och utgå från individen visade sig betydelsefullt. Distriktssköterskorna förskrev sällan FaR men vid varje patientkontakt samtalades det om fysisk aktivitet och kost. Det krävs att verksamhetsledningen prioriterar och uppmuntrar det hälsofrämjande arbetet kring FaR.

Referenser

Andersen, P., Holmberg, S., Årestedt, K., Lendahls, L. & Nilsen, P. (2020). Physical activity on prescription in routine health care: 1-year follow-up of patients with and without counsellor support. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), ss. 5679.

Andersen, P., Lendahls, L., Holmberg, S. & Nilsen, P. (2019). Patients' experiences of physical activity on prescription with access to counsellors in routine care: a qualitative study in Sweden. *BMC Public Health*, 19(1).

Barrett, A., Latham, D. & Levermore, J. (2007). Part 3: Defining the unique role of the specialist district nurse practitioner, *British journal of community nursing*, 12(12), ss. 566–570. doi: 10.12968/bjcn.2007.12.12.27744.

Berbiglia, V., A. & Banfield, B. (2018). Self-Care Deficit Theory of Nursing. I Allgood, M. R. *Nursing Theorists and Their Work*. St Louis: Elsevier, ss. 198-212

Bohman, D., Mattsson, L. & Borglin, G. (2015). Primary healthcare nurses' experiences of physical activity referrals: An interview study. *Primary Health Care Research & Development*, 16(3), ss. 270-280. doi:10.1017/S1463423614000267

Brobeck, E., Odencrants, S., Bergh, H. & Hildingh C. (2013). Health promotion practice and its implementation in Swedish health care. *Int Nurs Rev*.60(3) ss. 374-80. doi: 10.1111/inr.12041.

Distriktssköterskeföreningen (2019). *Distriktssköterskeföreningen i Sverige*.

Kompetensbeskrivning avancerad nivå- distriktssköterska.

<https://distriktsskoterska.com/wpcontent/uploads/2019/05/Kompetensbeskrivning-avancerad-niv%C3%A5-distriktssk%C3%B6terska-reviderad-2019.pdf>

Eriksson, A. & Engström, M. (2015). Distriktssköterskors beskrivningar av sjukdomsförebyggande arbete i daglig verksamhet och strukturella förutsättningar för detta arbete: District nurses' perceptions of their preventive work and structural conditions for this work. *Nordic Journal of Nursing Research*. 35(2) ss. 77-84. doi:10.1177/0107408315569122

Folkhälsomyndigheten (2019). *Folkhälsans utveckling. Årsrapport 2019.*

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/d162673edec94e5f8d1da1f78e54dac4/folkhalsans-utveckling-arsrapport-2019.pdf> [2021-05-15]

Folkhälsomyndigheten (2021a). *Folkhälsans utveckling. Årsrapport 2021.*

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/39ef6af33177445bb6d2ad88829cc5ce/folkhalsans-utveckling-arsrapport-2021.pdf>

Folkhälsomyndigheten (2021b). *EUPAP - Fysisk aktivitet på export till Europa.*

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/fysisk-aktivitet-och-matvanor/eupap--far-pa-export-till-europa/>

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

doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001.

Gustavsson, C., Nordqvist, M., Bröms, K., Jerdén, L., Kallings, L. V. & Wallin, L. (2018). What is required to facilitate implementation of Swedish physical activity on prescription? - interview study with primary healthcare staff and management. *BMC Health Serv Res.* 18(1) ss. 196. doi: 10.1186/s12913-018-3021-1.

International Council of Nurses (ICN) (2012). *The ICN Code of Ethics for nurses.*

https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20eng.pdf

Jerdén, L., Dalton, J., Johansson, H., Sorensen, J., Jenkins, P. & Weinehall, L. (2018). Lifestyle counseling in primary care in the United States and Sweden: a comparison of patients' expectations and experiences. *Global health action*, 11(1), 1438238.

<https://doi.org/10.1080/16549716.2018.1438238>

Jerdén, L., Hansson, A. C., Flacking, R. & 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), ss. 448-454.

<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2006.00427.x>

Joelsson, M., Bernhardsson, S. & Larsson, E. H., M. (2017). Patients with chronic pain may need extra support when prescribed physical activity in primary care: a qualitative study, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 35(1), ss. 64-74, DOI: [10.1080/02813432.2017.1288815](https://doi.org/10.1080/02813432.2017.1288815)

Joelsson, M., Lundqvist, S. & Larsson, M. E. H. (2020). Tailored physical activity on prescription with follow-ups improved motivation and physical activity levels. A qualitative study of a 5-year Swedish primary care intervention. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 38(4) ss. 399-410. doi: [10.1080/02813432.2020.1842965](https://doi.org/10.1080/02813432.2020.1842965).

Josyula, L. & Lyle, R. (2013). Health Care Provider Physical Activity Prescription Intervention, *American Journal of Health Education*, 44(3), ss. 162-168. doi: [10.1080/19325037.2013.77990](https://doi.org/10.1080/19325037.2013.77990)

Kallings, L.(2012). Läkartidningen. https://lakartidningen.se/wp-content/uploads/OldWebArticlePdf/1/19030/LKT1251s2348_2350.pdf

Kallings, L. V., Leijon, M., Hellénus, M. L. & Ståhl, 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) ss.154-61. doi: [10.1111/j.1600-0838.2007.00678.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2007.00678.x).

Kallings, L. V., Sierra Johnson, J., Fisher, R. M., Faire, Ud., 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 and Rehabilitation*, 16(1), ss 80-84. doi: [10.1097/HJR.0b013e32831e953a](https://doi.org/10.1097/HJR.0b013e32831e953a).

Kardakis, T., Jerdén, L., Nyström, M. E., Weinehall, L. & Johansson, H. (2018). Implementation of clinical practice guidelines on lifestyle interventions in Swedish primary healthcare - a two-year follow up. *BMC Health Services Research*. 18(1) ss. 227. doi: [10.1186/s12913-018-3023-z](https://doi.org/10.1186/s12913-018-3023-z).

Kardakis, T., Weinehall, L., Jerdén, L., Nyström, M. E. & Johansson, H. (2014). Lifestyle interventions in primary health care: professional and organizational

challenges. *European Journal of Public Health*, 24(1) ss.79–84.

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt052>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur AB.

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

Leijon, M.E., Stark-Ekman, D., Nilsen, P., Ekberg, K., Walter, L., Ståhle, A. & Bendtsen, P. (2010). Is there a demand for physical activity interventions provided by the health care sector? Findings from a population survey. *BMC Public Health* 10(34). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-34>

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 for prescriptions, and prescribed activities. *BMC Health Services Research*, 8, ss. 1–9. doi: [10.1186/1472-6963-8-201](https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-201).

Lundberg, K., Jong, M. C., Kristiansen, L. & Jong, M. (2017). Health Promotion in Practice-District Nurses' Experiences of Working with Health Promotion and Lifestyle Interventions Among Patients at Risk of Developing Cardiovascular Disease. *Explore (New York, N.Y.)*, 13(2), ss.108–115. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2016.12.001>

Lundqvist, S., Börjesson, M., Cider, Å., Hagberg, L., Ottehall Bylin, C., Sjöström, J. & Larsson, E. H. M. (2020). Long-term physical activity on prescription intervention for patients with insufficient physical activity level—a randomized controlled trial. *Trials* 21, ss. 793. doi: [org/10.1186/s13063-020-04727-y](https://doi.org/10.1186/s13063-020-04727-y)

Lundqvist, S., Börjesson, M., Larsson, M. E. H., Cider, Å. & Hagberg, L. (2019). Which patients benefit from physical activity on prescription (PAP)? A prospective observational analysis of factors that predict increased physical activity. *BMC Public Health*, 19(1) ss. 482. doi: [10.1186/s12889-019-6830-1](https://doi.org/10.1186/s12889-019-6830-1).

Lundqvist, S., Börjesson, M., Larsson, M. E. H., Cider, Å. & Hagberg, L. (2017). Physical Activity on Prescription (PAP), in patients with metabolic risk factors. A 6-

month follow-up study in primary health care. *PLoS ONE* 12(4)

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175190>

Nymberg, P. & Drevenhorn, E. (2016). Patients' experience of a nurse-led lifestyle clinic at a Swedish health centre. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(2), ss. 349-355. <https://doi.org/10.1111/scs.12254>

O'Brien, M.W., Shields, C.A., Oh, P. I. & Fowles, J. R. (2017). Health care provider confidence and exercise prescription practices of Exercise is Medicine Canada workshop attendees. *Applied Physiology Nutrition and Metabolism*. 42(4) ss. 384-390. doi: 10.1139/apnm-2016-0413.

Olsson, S. J., Börjesson, M., Ekblom-Bak, E., Hemmingsson E., Hellénus M. L. & Kallings, L. V. (2015). Effects of the Swedish physical activity on prescription model on health-related quality of life in overweight older adults: a randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 15(687).

doi: 10.1186/s12889-015-2036-3.

Pedersen, B., K. & Saltin, B. (2015). Exercise as medicine - evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scandinavian Journal of Medicine & Science of Sports*. 3, ss. 1-72. doi: 10.1111/sms.12581

Persson, G., Brorsson, A., Ekvall Hansson, E., Troein, M. & Strandberg, E., L. (2013). Physical activity on prescription (PAP) from the general practitioner's perspective – a qualitative study. *BMC Family Practice* 14, ss. 128. doi: org/10.1186/1471-2296-14-128

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer

Richards, E. A. & Cai, Y. (2016). Integrative Review of Nurse-Delivered Physical Activity Interventions in Primary Care. *Western journal of nursing research*, 38(4), ss. 484–507. <https://doi.org/10.1177/0193945915581861>

Rödger, L., H., Jonsdottir, I. & Börjesson, M. (2016). Physical activity on prescription (PAP): self-reported physical activity and quality of life in a Swedish primary care population, 2-year follow-up. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 34(4),

ss.443-452. doi: 10.1080/02813432.2016.1253820.

Selanders, C. L., Hartweg, L. D. & Schmieding, N. J. (red.) (1995). *Anteckningar om omvårdnadsteorier 4*. Lund: Studentlitteratur

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

Socialstyrelsen (2018). *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor*.

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepointdokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-24.pdf> [2020-10-19]

Socialstyrelsen (2021). *Primärvårdens stöd till patienter med ohälsosamma levnadsvanor*.

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepointdokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-1-7185.pdf>

Socialstyrelsen (2016). *Primärvårdens uppdrag*.

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepointdokument/artikelkatalog/ovrigt/2016-3-2.pdf> [2020-10-20]

Svensk sjuksköterskeförening (2021). *ICN:s Etiska kod för*

sjuksköterskor. <https://www.swenurse.se/publikationer/icns-etiska-kod-for-sjukskoterskor>

Wilhelmsson, S. & Lindberg, M. (2009). Health promotion: facilitators and barriers perceived by district nurses. *International Journal of Nursing Practice*. 15(3):156-63. doi: 10.1111/j.1440-172X.2009.01740.x.

World Health Organization (2021). *Noncommunicable diseases*.

https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab_2

World Health Organization (2020). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. World Health Organization.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/336656>

World Medical Association (2021). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet (YFA) (2021). Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, FYSS 2017. <http://www.fyss.se/>