



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV  
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

---

## **Distriktssköterskors erfarenhet och inställning till preventivt arbete**

Jämförelser mellan distriktssköterskor med eller utan  
specialkompetens och med eller utan utbildning i  
samtalsmetodik.

Emma Johansson

2015

Examensarbete, Avancerad nivå (magisterexamen), 15 hp  
Omvårdnad  
Specialistsjuksköterskeprogrammet, inriktning distriktssköterska  
Självständigt examensarbete inom distriktssköterskans kunskapsområde  
Handledare: Marja-Leena Kristofferzon  
Examinator: Anna-Greta Mamhidir

---



## Sammanfattning

Fysisk inaktivitet som leder till ohälsa och sjukdom är ett stort folkhälsoproblem. Distriktssköterskan har en viktig roll i det hälsofrämjande arbetet och kan vägleda patienter till ökad fysisk aktivitet, detta kan leda till hälsovinster hos patienter men även för samhället. **Syftet** med denna studie var att undersöka distriktssköterskors/sjuksköterskors inställning till och erfarenheter av att använda sig av FaR, även jämföra om det fanns några skillnader hos distriktssköterskor/sjuksköterskor med eller utan specialkompetens och skillnader hos distriktssköterskor/sjuksköterskor med eller utan utbildning i samtalsmetodik inom primärvården, i arbetet med FaR. En enkät delades ut till distriktssköterskor/sjuksköterskor på 17 hälsocentraler, de var 88 av 122 tillfrågade som deltog. **Resultatet** visade att många av distriktssköterskorna hade en positiv inställning till prevention, samtalsmetodik, FaR och FYSS. Vid jämförelser mellan grupper framkom att distriktssköterskor med specialkompetens ansåg i högre grad att hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser är en uppgift för hälso- och sjukvården och en självklar del i varje behandling, de diskuterade fysisk aktivitet oftare med patienter än de utan specialkompetens. Distriktssköterskor utan specialkompetens ansåg att tidsbrist var ett större hinder för att förskriva FaR än de med specialkompetens. Distriktssköterskor med utbildning i samtalsmetodik ansåg i större grad att förebyggande insatser är en stimulerande utmaning, att det är lättare att ta upp livsstilsfrågor och de diskuterade oftare fysisk aktivitet med patienter än de utan utbildning. Många av distriktssköterskorna utan utbildning i samtalsmetodik önskade fördjupad kunskap i samtalsmetodik. **Slutsats:** distriktssköterskor i primärvården är positiva till preventivt arbete. Distriktssköterskor med specialkompetens och distriktssköterskor med utbildning i samtalsmetodik verkar ha större möjlighet till att arbeta preventivt och arbeta med FaR.

Nyckelord: Prevention, hälsa, fysisk aktivitet, FaR, enkätstudie,

## **Abstract**

Physical inactivity leading to illness and disease is a major public health problem. District nurses have an important role in health promotion and can guide patients to increase physical activity, this can lead to health benefits for patients but also for society. The purpose was to investigate the nurses views and experiences of the use of physical activity on prescription, even compare if there were any differences among district nurses with or without specialized skills and differences of district nurses with or without training in communication methods in primary care, in the prevention work. A questionnaire was distributed to district nurses at 17 health centers, 88 of 122 respondents who participated. The results showed that many of the district nurses had positive attitude towards prevention, communication methods, physical activity on prescription and FYSS. Comparisons between groups showed that district nurses with specialist felt increasingly that health promotion and disease prevention is a health care task and an integral part of each treatment. They more frequently discussed physical activity with patients than those without specialized skills. District nurses without specialist competence felt lack of time a major obstacle prescribing physical activity than those with specialized skills. District nurses with training in communication methods considered in the larger point prevention a stimulating challenge, easier to address lifestyle issues and discussed often physical activity with patients than those without training. Many district nurses without training in communication methods required in-depth knowledge in communication methods. Conclusion: District nurses in primary care are positive to preventive work. District nurses with specialist and district nurses with training in communication methods appear to be more able to work preventively and working with physical activity on prescription.

Keywords: Prevention, health, physical activity, physical activity on prescription, survey.

---

## Innehållsförteckning

<b>Introduktion</b>	1
<b>Bakgrund</b>	1
<i>Fysisk aktivitet</i>	1
<i>Fysisk aktivitet på recept (FaR)</i>	2
<i>Fysisk aktivitet i Sjukdomsprevention och Sjukdomsbehandling-FYSS</i>	3
<i>Teoribaserad förändringsmodell</i>	4
<i>Motiverande samtal (MI)</i>	5
<b>Problemformulering</b>	6
<b>Syfte och frågeställningar</b>	7
<b>Metod</b>	7
<b>Design</b>	7
<b>Urvalsmetod/ Undersökningsgrupp</b>	8
<b>Datainsamlingsmetod</b>	10
<b>Tillvägagångssätt</b>	11
<b>Dataanalys</b>	12
<b>Forskningsetiska överväganden</b>	12
<b>Resultat</b>	13
<b>Distriktssköterskors inställning till prevention</b>	13
<b>Distriktssköterskors inställning till och erfarenhet av samtalsmetodik</b>	14
<i>Erfarenhet av samtalsmetodik</i>	15
<i>Inställning till samtalsmetodik</i>	15
<b>Distriktssköterskors inställning till och erfarenhet av FaR och FYSS</b>	16
<i>Erfarenhet av FaR och FYSS</i>	16
<i>Inställning till FaR och FYSS</i>	17

<b>Jämförelse mellan distriktssköterskor med eller utan specialkompetens</b>	<b>í í ...</b>	<b>17</b>
<b>Jämförelse mellan distriktssköterskor med eller utan utbildning i samtalsmetodik</b>	<b>í í</b>	<b>.18</b>
<b>Diskussion</b>	<b>.....</b>	<b>19</b>
<b>Huvudresultat</b>	<b>í í</b>	<b>...19</b>
<b>Resultatdiskussion</b>	<b>í í</b>	<b>20</b>
<b>Metoddiskussion</b>	<b>í í</b>	<b>...23</b>
<b>Kliniska implikationer</b>	<b>.....</b>	<b>24</b>
<b>Förslag till fortsatt forskning</b>	<b>í í</b>	<b>...25</b>
<b>Slutsats</b>	<b>.....</b>	<b>25</b>
<b>Referenser</b>	<b>í í</b>	<b>...26</b>

## **Introduktion**

Människan är byggd för rörelse, kropp och själ mår bra av fysisk aktivitet. Regelbunden fysisk aktivitet främjar hälsan, välbefinnande och har en sjukdomsförebyggande effekt.<sup>1</sup> En del av distriktssköterskans arbete är att främja hälsa och förebygga sjukdom hos patienter. I distriktssköterskans kompetensbeskrivning finns världshälsoorganisationens (WHO) definition av hälsa beskrivet; hälsa är ett tillstånd av fullständig fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom eller funktionshinder.<sup>2</sup> Distriktssköterskans hälsofrämjande arbete ska stärka patienter till god hälsa genom att identifiera, aktivt förebygga hälsorisker och vid behov motivera patienter till förändrade livsstilsfaktorer. De ska undervisa och stödja patienter i syfte att främja hälsa, förhindra ohälsa, identifiera och bedöma patienters resurser och förmåga till egenvård.<sup>3</sup> Distriktssköterskan i primärvården möter en stor andel människor i sitt dagliga arbete och har därför en viktig roll och en unik position<sup>4</sup> till att främja till ökad fysisk aktivitet och att arbeta hälsopreventivt.<sup>5</sup>

## **Bakgrund**

### **Fysisk aktivitet**

Fysisk aktivitet har multifaktoriella effekter på kroppen, både biologiska och fysiologiska system i kroppen påverkas. Fysisk aktivitet har både omedelbara och långvariga positiva effekter på kroppen. Omedelbara positiva effekter kan vara bättre stämningsläge, kognition, blodtryck och lägre blodsocker. Vid regelbunden fysisk aktivitet har långvariga positiva effekter setts såsom bättre livskvalité, kognition, stämningsläge, fysisk kapacitet och en minskad risk för att drabbas av sjukdomar. Fysisk aktivitet minskar risken för hjärt- och kärlsjukdomar, cancer, psykisk ohälsa och metabola sjukdomar. Definition av fysisk aktivitet är all kroppsrörelse som leder till en ökad energiförbrukning förutom energiförbrukningen vid vila.<sup>1</sup> Via Folkhälsomyndigheten är fysisk aktivitet enligt WHO en av de viktigaste faktorerna för hälsa och välbefinnande hos befolkningen och att motsatsen, fysisk inaktivitet och stillasittande, ökar risken för många sjukdomar. WHO:s Europaregion beslutade i september 2015, på ett regionkommittémöte, att samtliga 53 medlemsländer antagit en strategi för att främja till ökad fysisk aktivitet hos befolkningen. De ska arbeta för en jämlik hälsa genom att dels arbeta på olika samhällsnivåer, men också att samarbeta mellan länder och aktörer, för att regelbunden fysisk aktivitet hos befolkningen ska

generera bättre hälsa och ett förlängt liv.<sup>6</sup> Rekommendation av fysisk aktivitet är att alla individer bör vara fysiskt aktiv minst 30 min om dagen, intensiteten i aktiviteten bör vara måttlig, som till exempel raskt promenadtempo, samt undvika en stillasittande och en fysisk inaktiv livsstil. Fysisk inaktivitet och en stillasittande livsstil är en av våra största hälsorisker idag.<sup>1</sup> Enligt Folkhälsomyndighetens skattning är cirka två tredjedelar av Europas befolkning otillräckligt fysiskt aktiva. Fysisk inaktivitet är den fjärde största orsaken till att dö i förtid.<sup>5</sup> Fysisk inaktivitet som leder till ohälsa och sjukdom resulterar i stora kostnader för samhället och en stor belastning för Hälso- och sjukvården. En studie har visat att fysisk inaktivitet och en stillasittande livsstil är en riskfaktor för sjukdomar såsom hjärt- och kärlsjukdomar.<sup>7</sup> Sjukdom och ohälsa som orsakats av fysisk inaktivitet kostar samhället i Sverige cirka sju miljoner kronor varje år. Enligt Folkhälsomyndigheten används endast fem procent av den totala kostnaden för Hälso- och sjukvård till preventivt arbete i Sverige, medan merparten av resurserna går till behandling och rehabilitering.<sup>5</sup> Prevention syftar till att påverka livsstilsfaktorer. Preventivt arbete innebär att ha kunskap om vad som orsakar sjukdom och förhindra att sjukdom bryter ut, primär prevention innebär att förhindra ohälsa och sekundär prevention innebär att hindra utveckling av befintlig sjukdom.<sup>8</sup>

### **Fysisk aktivitet på recept (FaR)**

Ökad fysisk aktivitet är ett av Regeringens målområden för att förbättra folkhälsan.<sup>9</sup> Efter ett samarbete mellan Regeringen och Folkhälsoinstitutet beslutades det att år 2001 skulle bli ett fysiskt aktivitetsår, som skulle främja till ökad fysisk aktivitet främst i de grupper i samhället som var minst aktiva, detta år kallades Ö Sätt Sverige i rörelse 2001ö. I samband med detta utvecklade Statens Folkhälsoinstitut arbetsmetoden FaR. FaR är en förkortning av Fysisk aktivitet på recept och är tänkt att användas som ett verktyg för de som arbetar inom Hälso- och sjukvård. Fysisk aktivitet på recept kan förskrivas av all legitimerad sjukvårdspersonal och de ger förslag på aktivitet som är lämplig för patienten.<sup>5</sup> En svensk studie har visat att det är sjuksköterskor, läkare men främst fysioterapeuter som förskriver FaR i primärvården. Tanken med receptet är att det ska främja till ökad fysisk aktivitet hos befolkningen.<sup>10</sup> Studier har visat att FaR har god evidens,<sup>5</sup> att FaR ger ökad fysisk aktivitet,<sup>11,12</sup> har även lett till andra positiva hälsovinster såsom minskade depressiva symtom hos patienter.<sup>13</sup> För att uppnå bästa effekt med FaR är det viktigt med uppföljning<sup>14</sup> och individanpassning av receptet.<sup>10</sup> I en studie där sjuksköterskor använde sig av ett utarbetat program i uppföljningen av



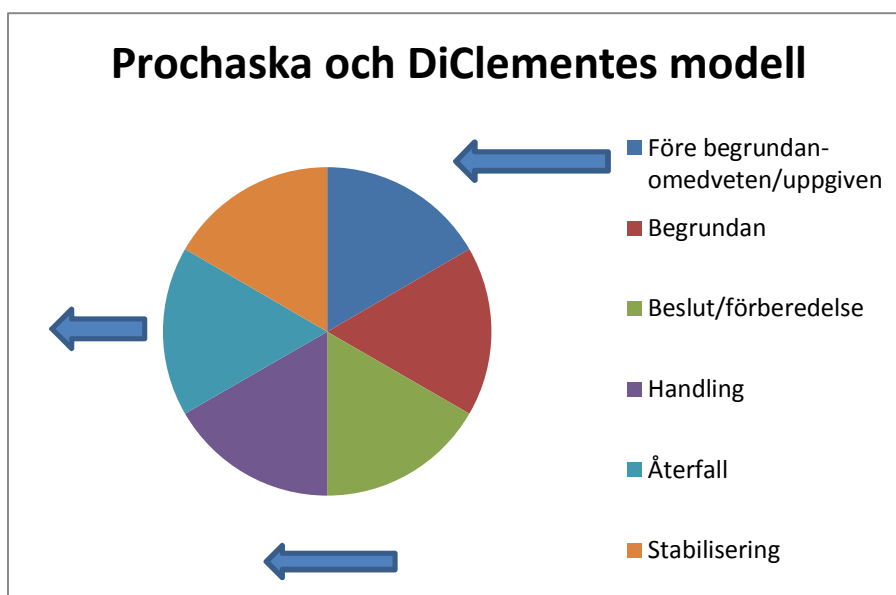
patienter som fått FaR utskrivet, visade resultatet att programmet hade god effekt, gav en ökad fysisk aktivitet hos patienten och den visade sig vara mycket kostnadseffektiv.<sup>15</sup> Forskning har visat att många distriktssköterskor/sjuksköterskor har en positiv inställning till FaR och många anser att främja patienter till ökad fysisk aktivitet som en naturlig del i det dagliga arbetet.<sup>16,17</sup> Flera distriktssköterskor beskriver att de har en vilja att arbeta hälsoförebyggande, men beskriver även att det är ovanligt att FaR skrivs ut i ett förebyggande syfte, utan skrivs ut då olika hälsoproblem och sjukdomar redan uppstått hos patienten.<sup>16</sup> I litteraturgenomgången framkom det att det fanns många hinder för sjuksköterskor att arbeta hälsoförebyggande.<sup>18,19</sup> Hinder som beskrevs var tidsbrist, bristande kunskap om att ge råd om fysisk aktivitet,<sup>20</sup> negativ attityd,<sup>21</sup> brist på rutiner, resurser<sup>22</sup> och bristande stöd från ledning/chef,<sup>23</sup> fanns även beskrivet om patienters egenansvar, att en del av patienterna har en ovilja till att förändra sitt ohälsosamma beteende.<sup>18,24</sup> Många distriktssköterskor och sjuksköterskor har behov av mer kunskap om fördelarna med fysisk aktivitet för att bättre kunna uppmuntra patienter till en ökad fysisk aktivitet.<sup>25</sup> I en svensk studie framkom det bland annat att den vanligaste åtgärden som utfördes varje vecka i distriktssköterskors arbete med överviktiga patienter var att ge råd om fysisk aktivitet, det framkom även att nästan en tredjedel av distriktssköterskorna i undersökningen sällan eller aldrig gav ut råd om fysisk aktivitet. I samma studie framkom det att distriktssköterskor med specialiserade arbetsuppgifter, längre arbetslivserfarenhet och distriktssköterskor med högre upplevd personlig effektivitet utförde fler råd, såsom fysisk aktivitet och andra allmänna livsstilsråd till patienter än vad andra distriktssköterskor gjorde.<sup>26</sup>

### **Fysisk aktivitet i Sjukdomsprevention och Sjukdomsbehandling -FYSS**

Ett hjälpmedel till dem som ordinerar och förskriver FaR är handboken Fysisk aktivitet i Sjukdomsprevention och Sjukdomsbehandling -FYSS. FYSS är skriven av svenska och norska forskare. I FYSS finns det allmänna rekommendationer beskrivna men även risker som finns med fysisk aktivitet för vissa patientgrupper. Flera sjukdomstillstånd finns beskrivna och rekommendationer om lämplig fysisk aktivitet för varje sjukdomstillstånd finns beskrivna, all rekommenderad fysisk aktivitet har dokumenterad effekt. FYSS huvudmål är att sprida kunskap till hälso- och sjukvården om att en fysisk aktiv livsstil medför minskad risk att utveckla flera olika sjukdomstillstånd och att fysisk aktivitet kan vara en viktig del i sjukdomsbehandlingar.<sup>1</sup>

## **Teoribaserad beteendeförändringsmodell**

FaR är inspirerad av flera teoribaserade beteendeförändringsmodeller, en av dessa är den transteoretiska modellen (TTM).<sup>5</sup> Forskarna James Prochaska och Carlo Diclemente utvecklade TTM från 80-talet och framåt. Modellen utvecklades ur flera olika teorier därav namnet transteoretiska. Transteoretiska modellen är en teori som kan användas vid önskad beteendeförändring när det gäller ohälsosamma levnadsvanor såsom otillräcklig fysisk aktivitet. Den transteoretiska modellen beskriver hur ett beteende förändras. Förändringsprocessen startar när en person börjar ifrågasätta sig själv, att personen till exempel känner ambivalens inför sin ohälsosamma livsstil/fysiska inaktivitet. Patienten måste ha vilja och motivation till förändring och enligt teorin är det själva motivationen som är drivkraften till att förändra ett beteende. Förändringen hos patienten ses som en process där det finns fem stadier. Dessa fem stadier är: före begrundan, begrundan, beslut, handling och stabilisering, se figur 1. En förändring sker när patienten flyttas från ett stadium till ett annat. TTM kan ses som en svängdörr då modellen tillåter att patienter/personer i förändring kan stanna upp eller återgå till ett tidigare stadie då de inte har lyckats genomföra en förändring, detta åskådliggör återfall som är vanligt vid förändringsförsök och ses som en naturlig del i förändringsprocesser, se figur 1.<sup>27</sup> Beroende på var patienten befinner sig i sin förändringsprocess är det upp till behandlaren/distriktssköterskan att anpassa åtgärder som kan hjälpa patienten framåt. Åtgärder kan vara hjälpmedel som finns för att underlätta övergångar mellan de fem olika stadierna. Hjälpmedel kan vara att diskutera för och nackdelar angående den aktuella beteendeförändringen, att patienten blir mer medveten om orsaker och samband med sitt ohälsosamma beteende och att få patienten att omvärdera sin situation.<sup>5</sup> Distriktssköterskan kan använda TTM som ett teoretiskt ramverk för att vägleda patienter till ökad fysisk aktivitet.<sup>28</sup> Distriktssköterskan kan genom att använda sig av TTM få en djupare förståelse, detta hjälper distriktssköterskan till att se var patienten befinner sig i sin förändringsprocess.<sup>27</sup> Forskning styrker den transteoretiska modellen och dess stadier som en väl fungerande teori för beteendeförändring.<sup>29,30</sup> Vid önskad livsstilsförändring har användning av den TTM har visat sig ge positiva effekter till ökad fysisk aktivitet,<sup>31</sup> ökad aktivitetslängd och ökad frekvens på den fysiska aktiviteten.<sup>32</sup>



Figur 1 Svängdörr.<sup>27</sup>

### Motiverande samtal (MI)

Motiverande samtal är en samtalsmetod som kan användas vid rådgivning och behandling vid förändringsprocesser. Metoden används främst inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten och olika rehabiliteringsverksamheter. MI:s grundare är främst psykologen William Miller och psykologen Stephen Rollnick, metoden utvecklades från 1980 talet och framåt. Syftet med metoden är att motivera och främja till beteendeförändring hos patienter som till exempel är fysiskt inaktiva. Genom att ha en empatisk lyssnade teknik kan MI-rådgivaren till exempel distriktssköterskans genom samtal hjälpa patienten att förstå sitt problem, hämta fram och förstärka deras egen motivation, få patienten till egna argument till förändring, stärka patientens beslut till förändring. Patienten och dess autonomi är i fokus i metoden och samtalet mellan patienten och MI-rådgivaren ska leda till förändring genom en reflekterande distans till det aktuella problemet hos patienten.<sup>27</sup> Den transteoretiska modellen TTM har haft betydelse för utvecklingen av MI. MI kan kombineras med TTM, TTM kan användas som ett redskap som hjälper rådgivaren till ökad förståelse till var patienten befinner sig i förändringsprocessen. TTM hjälper rådgivaren att ge struktur och översikt som underlättar vid MI rådgivning.<sup>27,33</sup> En studie som författaren har hittat styrker att MI i kombination med TTM är en hjälpsam strategi till att vägleda patienter att ändra en ohälsosam livsstil.<sup>28</sup> MI anses vara en bra metod för att möjliggöra livsstilsförändringar såsom ökad fysisk aktivitet<sup>34,35</sup> och är rekommenderad att användas som ett

komplement vid förskrivning av FaR.<sup>1</sup> Forskning visar att många distriktssköterskor och sjuksköterskor inom primärvården är positiva till att använda sig av motiverande samtal och de beskriver det som ett bra verktyg i det hälsofrämjande arbetet.<sup>36,37</sup>

Distriktssköterskan har genom sin unika position i samhället goda möjligheter att vägleda patienter till ökad fysisk aktivitet genom att använda sig av MI.<sup>38</sup>

### **Problemformulering**

Fysisk inaktivitet som leder till sjukdom och ohälsa är idag ett stort folkhälsoproblem. Endast en liten del av den totala kostnaden för hälso- och sjukvården går till preventivt arbete, medan merparten av pengarna går till behandling och rehabilitering.

Distriktssköterskan har en viktig roll och en unik position och träffar dagligen många människor i sitt arbete. Genom att arbeta i ett mer hälsofrämjande perspektiv kan distriktssköterskan främja patienter till ökad aktivitet, detta kan leda till stora hälsovinster hos den enskilda patienten men även för hela samhället. Att som distriktssköterska använda sig av verktyget FaR i sitt arbete, kan göra skillnad och främja till en ökad fysisk aktivitet i befolkningen. Forskning inom ämnet har visat att många distriktssköterskor är positiva till FaR, hälsofrämjande arbete och MI. Forskningen beskriver även att det finns många hinder för sjuksköterskor i det hälsofrämjande arbetet, hinder som finns beskrivna är tidsbrist, bristande kunskap om att ge råd om fysisk aktivitet, negativ attityd, brist på rutiner, resurser och stöd från chef och patienters ovilja till att förändra sig. Författaren till denna undersökning har inte funnit några studier som gjort jämförelser mellan sjuksköterskor/distriktssköterskor i primärvården när det gäller inställning till och erfarenhet av FaR, MI och inställning till preventivt arbete. Författaren har hittat en svensk studie, där resultatet visade att distriktssköterskors med specialiserade arbetsuppgifter, längre arbetslivserfarenhet och distriktssköterskor med högre upplevd personlig effektivitet utförde fler råd, såsom fysisk aktivitet och andra allmänna livsstilsråd till patienter än vad andra distriktssköterskor gjorde i arbetet med överviktiga patienter. Författaren till denna studie skulle därför finna det intressant att undersöka mer om det valda ämnet.

## **Syfte och frågeställningar**

Syftet med studien var att undersöka distriktssköterskors och sjuksköterskors inställning till och erfarenheter av att använda sig av FaR som ett verktyg inom primärvårdens preventiva arbete. Syftet var också att jämföra om det fanns några skillnader hos distriktssköterskor och sjuksköterskor med eller utan specialkompetens\* inom primärvården och jämföra om det fanns några skillnader hos distriktssköterskor och sjuksköterskor med eller utan utbildning i samtalsmetodik inom primärvården, när det gäller arbetet med FaR?

Frågeställningar utifrån syftet är:

1. Vilken inställning har distriktssköterskor och sjuksköterskor till preventivt arbete inom primärvården?
2. Vilken inställning till och erfarenhet av samtalsmetodik har distriktssköterskor och sjuksköterskor inom primärvården?
3. Vilken inställning till och erfarenhet av FaR har distriktssköterskor sjuksköterskor och hur upplevs FYSS som hjälpmedel inom primärvården?
4. Finns det några skillnader hos distriktssköterskor och sjuksköterskor med eller utan specialkompetens\* inom primärvård, angående inställning och erfarenhet av preventivt arbete, samtalsmetodik, FYSS och FaR?
5. Finns det några skillnader hos distriktssköterskor och sjuksköterskor med eller utan utbildning i samtalsmetodik inom primärvård, angående inställning och erfarenhet av preventivt arbete, samtalsmetodik, FYSS och FaR?

\*Specialkompetens innebär i denna undersökning att distriktssköterskan, sjuksköterskan arbetar med ett specialområde på sin arbetsplats inom primärvård på hälsocentral. Specialområde kan vara till exempel diabetes, KOL/astma, psykiatri, tobaksavvänjning, inkontinens.

Fortsättningsvis kommer distriktssköterskor och sjuksköterskor att benämnas som distriktssköterskor.

## **Metod**

### **Design**

Studien har en deskriptiv komparativ design med kvantitativ ansats.<sup>39</sup>

## **Urvalsmetod och undersökningsgrupp**

Examensarbetet genomfördes i södra delen av ett län i Mellansverige. Ett bekvämlighetsurval<sup>39</sup> gjordes då de hälsocentraler som valdes ut fanns i författarens närhet. Totalt tjugo hälsocentraler valdes ut för undersökningen. Det beräknades finnas cirka 120 distriktssköterskor tillgängliga för undersökningen. Långtidslediga till exempel föräldralediga, tjänstlediga även timanställda och sjukskrivna exkluderas. Slutligen deltog 17 hälsocentraler då det var tre verksamhetschefer som inte besvarade författarens mail med information och förfrågan om att delta i undersökningen. Av dessa 17 hälsocentraler var det 8 stycken som var drivna av privata aktörer och 9 stycken som var landstingsdrivna. Sammanlagt lämnades 122 enkäter ut och 90 besvarades. Två av 90 enkäter exkluderades då dessa inte var fullständigt besvarade. Sammanlagt deltog 88 distriktssköterskor i undersökningen. Detta innebar en svarsfrekvens på 72 procent. Beskrivning av undersökningsgruppen redovisas i tabell 1 och 2.

## **Beskrivning av undersökningsgruppen**

Övervägande del var kvinnor och medianen låg i åldersgruppen 45-54 år. De flesta deltagarna var utbildade till distriktssköterska och medianen för yrkeserfarenhet som distriktssköterska låg i klassen 11-20 år. På frågan om utbildning fanns ett svarsalternativ om annan specialistutbildning förutom DSK utbildning där deltagarna hade möjlighet att skriva vilken specialistutbildning de har. Det var 15 av 29 som hade specialistutbildning i diabetes, resterande hade specialistutbildningar i psykiatri, astma/KOL, barn och ungdom, barnmorska, IVA, hjärtsvikt, operation eller inkontinens. På frågan om utbildning fanns även ett svarsalternativ om annan utbildning där deltagarna hade möjlighet att skriva själva. Där var det sju deltagare som hade uppgett annan utbildning såsom 30 högskolepoäng, handledning, samtalsutbildning, KOL/Astma, öppen hälso- och sjukvård/ förskrivarrätt och två deltagare som har svarat ja men inte angett vilken utbildning de hade. Frågan om möjlighet till fysisk aktivitet på arbetstid var det fem som svarade ja på den frågan och följdfråga var hur ofta det utnyttjades. Det var en deltagare som aldrig utnyttjade fysisk aktivitet under arbetstid, tre deltagare som utnyttjade fysisk aktivitet under sin arbetstid mindre än en gång i månaden, en deltagare som utnyttjade fysisk aktivitet under arbetstid någon gång per månad (tabell 1).

Tabell 1. Bakgrundsdata: Kön, Ålder, Utbildning, yrkeserfarenhet SSK, yrkeserfarenhet DSK.

Bakgrundsdata	n	%
<b>Kön:</b>		
Kvinna	85	96,6
Man	3	3,4
Totalt:	88	100
<b>Ålder:</b>		
25-34år	6	6,8
35-44år	24	27,3
45-54år	32	36,4
55-64år	25	28,4
>65år	1	1,1
Totalt:	88	100
<b>Utbildning:</b>		
SSK	6	6,8
DSK	82	93,2
Totalt:	88	100
<b>Annat specialist utbildning än DSK :</b>		
Ja	29	33
Nej	59	67
Totalt:	88	100
<b>Kandidatexamen:</b>		
Ja	14	15,9
Nej	57	64,8
Bortfall	17	19,3
Totalt:	71	80,7
<b>Magisterexamen:</b>		
Ja	24	27,3
Nej	63	71,6
Bortfall	1	1,1
Totalt:	87	98,9
<b>Yrkeserfarenhet SSK:</b>		
1-5år	8	9,1
6-10år	13	14,8
11-20år	28	31,8
>20år	39	44,3
Totalt:	88	100
<b>Yrkeserfarenhet DSK:</b>		
0år	6	6,8
<1år	7	8,0
1-5år	15	17,0
6-10år	14	15,9
11-20år	46	52,3
Totalt:	88	100
<b>Möjlighet till fysisk aktivitet på arbetstid:</b>		
Ja	5	5,7
Nej	83	94,3
Totalt:	88	100

n=antal personer, SSK= sjuksköterska, DSK= distriktssköterska

Sammanfattningsvis var deltagarnas fysiska aktivitetsnivå hög då medelvärdena för gruppen genomgående var höga, ju högre poäng desto mer fysisk aktiv. Frågan om vilken omfattning de *ägnat sig åt frivillig vald motion* hade medelvärdet 3,68 av max 5

poäng och tyder på att många av deltagarna utför *mer ansträngande motion minst en gång i veckan*, se tabell 2.

Tabell 2. Bakgrundsdata: Skattning av egen fysisk aktivitet.

Bakgrundsdata	n	%	M	SD
<b>Nuvarande nivå på fysisk aktivitet:</b>				
Min 1. Inte särskilt fysisk aktiv, ingen avsikt att bli mer fysisk aktiv	1	1,2		
2. Inte särskilt fysisk aktiv, har funderat på att öka aktivitetsnivån.	6	7,0		
3. Inte särskilt fysisk aktiv, men fast besluten med att öka aktivitetsnivån.	10	11,6		
4. Brukade vara fysisk aktiv, men senaste månaderna varit mindre aktiv.	7	8,1		
5. Fysisk aktiv, bara varit det de senaste 6 månaderna.	7	8,1		
Max 6. Fysisk aktiv, varit det längre än 6 månader.	56	64,0		
Bortfall:	1			
Totalt:	88	100	5,07	1,42
<b>Hur mycket vardagsmotion, under de senaste 12 månaderna:</b>				
Min 1. Ingen vardagsmotion alls	4	4,5		
2. Någon gång per vecka	12	13,6		
3. Flera gånger per vecka	34	38,6		
Max 4. Dagligen/nästan dagligen	38	43,2		
Totalt:	88	100	3,20	0,85
<b>Vilken omfattning under de senaste 12 månader, ägnat åt frivillig vald motion/idrott/friluftaktivitet:</b>				
Min 1. Rört mig mycket lite	4	4,5		
2. Rört mig mycket lite, men tagit enstaka promenad	5	5,7		
3. Lättare form av motion, tex promenad minst en gång per veckan.	19	21,6		
4. Mer ansträngande motion minst en gång per vecka.	47	53,4		
Max 5. Regelbundet ägnat åt hård motion eller tävling, där den fysiska ansträngningen varit stor.	13	14,8		
Totalt:	88	100	3,68	0,95

n= antal personer, M= medelvärde, SD= standardavvikelse. Min= lägsta värdet, Max= högsta värdet. Värden för respektive fråga där ju högre poäng desto mer fysisk aktiv.

### Datansamlingsmetod

Datansamling utfördes genom en enkätundersökning under våren 2015. Enkäten som användes i studien har konstruerats av Lena Kallings och Matti Leijon. Enkäten användes då till att utvärdera vårdpersonalens erfarenheter gällande FYSS, FaR, samtalsmetodik, utbildning av FaR, och vårdpersonalens inställning till preventivt arbete. Enkäten ingick i ett nationellt pilotprojekt då metoden infördes i Sverige.<sup>40</sup>

Författaren har reviderat fem av originalenkätens frågor för att anpassa till undersökningens syfte och frågeställningar. Följande ändringar var: svarsalternativ om deltagarnas ålder höjdes till 24 år, detta gjordes då det inte är troligt att arbeta som sjuksköterska/distriktssköterska vid 18 års ålder. Svarsalternativet yrke ändrades till utbildning och andra professioner inom vården togs bort, då enkäten endast var riktad



till sjuksköterskor och distriktssköterskor. Fler svarsalternativ för ö annan utbildningö lades till, såsom specialistutbildning, kandidat- och magisterutbildning. Bakgrundsfråga om yrkeserfarenhet reviderades och yrkeserfarenhet som sjuksköterska och yrkeserfarenhet som distriktssköterska lades till. En fråga angående utbildning i samtalsmetodik reviderades då originalfrågan var riktad till pilotprojektet. Gällande frågorna om prevention togs svarsalternativet *ingen uppfattning* bort, anledningen till detta var att deltagarna inte skulle ha möjlighet att undvika ett ställningstagande i frågorna. Slutligen togs två frågor om pilotprojektet bort. Författaren lade även till kommentarsfält efter varje avsnitt i enkäten, där deltagarna hade möjlighet att skriva kommentar/kommentarer.

Enkäten bestod av 41 frågor och påståenden. Enkätens frågor var uppdelade i följande områden: bakgrundsfrågor (nio frågor) om deltagarnas kön, ålder, yrkeserfarenhet, utbildning och motionsvanor, frågor om erfarenhet av FYSS/FaR (sex frågor) där svarsalternativen var ja eller nej, frågor om samtalsmetodik (åtta frågor) där fyra av svarsalternativen var ja eller nej och resterande svarsalternativ var påståenden instämmer inte alls ó instämmer helt på en skala ett till fem. Påståenden om inställning till FYSS och FaR (nio frågor) där svarsalternativen var en skala från ett till fem, där ett var instämmer inte alls och fem var instämmer helt, samt påståenden om inställning till preventivt arbete (nio frågor), där svarsalternativen var instämmer helt ó instämmer delvis ó instämmer ej. Nästan alla frågor i enkäten hade bundna svarsalternativ förutom frågan om utbildning då deltagarna fick skriva om de hade någon specialistutbildning, annan utbildning eller utbildning i samtalsmetodik. Enligt enkätens grundare är enkäten ej validerad eller reliabilitets testad.<sup>40</sup>

### **Tillvägagångssätt**

Skriftlig förfrågan med frankerat svarskuvert om tillstånd för att genomföra enkätundersökningen skickades ut till ansvarig verksamhetschef. Efter godkännande från verksamhetscheferna tog författaren kontakt med respektive enhetschef för varje hälsocentral. Enhetscheferna fick via mail ta del av all information angående studien och tillfrågades om att lämna ut information om de tilltänkta deltagarna. Information som lämnades ut var deltagarnas förnamn, efternamn och mailadress, dessa uppgifter behövdes då enkäterna kodades för undersökningen. Tre påminnelser skickades via mail till de enhetschefer som inte hade besvarat det första mailet. Sammanlagt var det tre

enhetschefer som inte besvarade mailet och därför var det tre hälsocentraler som ej deltog i undersökningen. Efter kodning av deltagare och enkäter för undersökningen skickades ett mail till respektive enhetschef med information om när författaren planerade att komma ut till arbetsplatsen och lämna ut enkäterna till deltagarna. Enhetschefen tillfrågades om att ge muntlig information om studien till de tilltänkta deltagarna. Enkäten, frankerat svarskuvert och informationsbrev angående undersökningen placerades i deltagarnas postfack på arbetsplatsen. Deltagarna fick därefter ett mail med information om undersökningen och att enkäten var placerad i respektives postfack. Till de deltagare som inte hade besvarat enkäten efter cirka en vecka efter utlämnandet skickades en påminnelse via mail. Efter påminnelse fick författaren in ett tiotal besvarade enkäter.

### **Dataanalys**

De insamlade svaren ifrån enkäterna bearbetades i dataprogrammet Statistical Package for the Social Sciences, version 22 (2012). Författaren drog 10 procent av enkäterna slumpvis och dubbelkontrollerade dessa manuellt för att se att korrekt data införts i SPSS innan analysen påbörjades. Beskrivande statistik användes för att kontrollera data. Genom att titta på minimum och maximum värden kunde felinmatade värden upptäckas. Median och medelvärden jämfördes för att se att fördelningen var symmetrisk. Frågeställning ett till tre analyserades med deskriptiv statistik. Oberoende t-test, Mann-Whitney U-test samt chi-2 test användes för jämförelser för att besvara frågeställning fyra och fem.

Författaren har använt sig av parametriska och icke- parametriska test för att kunna se eventuella skillnader mellan två grupper vid samma tidpunkt. Oberoende t-test användes vid normalfördelade variabler och då variabler inte var normalfördelade användes chi-2 test och Mann- Whitneys U-test. I undersökningen är signifikansnivån satt till  $p < 0,05$ .<sup>39</sup>

### **Forskningsetiska överväganden**

Författaren har tagit hänsyn till de gällande forskningsetiska regler och riktlinjer för denna undersökning. Tillstånd inhämtades hos verksamhetschef inför undersökningens genomförande. Distriktssköterskan erhöll ett informationsbrev inför undersökningen med information om att deltagande var helt frivilligt och hon/han hade rätt att när som helst avbryta sitt deltagande i undersökningen. Deltagarna som besvarade enkäten

ansågs av författaren ha gett sitt samtycke att delta i undersökningen. Svaren ifrån enkäterna behandlades konfidentiellt, ingen person kunde identifieras. Enkäten och deltagarna kodades och har behandlats enligt de gällande etiska regler som finns. Enkäterna och listan med deltagarnas personuppgifter har förvarats inlåsta och åtskilda. Listan med deltagarnas personuppgifter har förvarats inlåst hemma hos författaren. Allt material kommer att förstöras när examensarbetet är godkänt. Examensarbetets resultat kommer att presenteras på gruppnivå.<sup>41</sup>

## **Resultat**

Resultatet redovisas utifrån frågeställningarna: distriktssköterskor inställning till preventivt arbete, distriktssköterskor inställning till och erfarenhet av samtalsmetodik, distriktssköterskor inställning till och erfarenhet av FaR och FYSS, skillnader hos distriktssköterskor med eller utan specialkompetens, angående preventivt arbete, samtalsmetodik, FYSS och FaR samt skillnader hos distriktssköterskor med eller utan utbildning i samtalsmetodik, angående preventivt arbete, samtalsmetodik, FYSS och FaR. Resultatet redovisas i löpande text och i tabeller.

### **Distriktssköterskors inställning till prevention**

Generellt så var distriktssköterskornas inställning till prevention positivt. Maxpoängen var tre poäng och alla medelvärden ligger över två poäng och mer. En av frågorna där medelvärdet var lägst  $M= 2,37$  och skiljde sig lite ifrån mängden var påståendet Hälso- och sjukvårdspersonal bör föregå med gott exempel för att på så sätt vara ett föredöme för sina patienter, se tabell 3.

Tabell 3. Distriktssköterskors inställning till prevention.

<b>Prevention</b>	<b>n</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>
Sjukvården kan försöka påverka vederbörandes livsstil:	88	2,73	0,45
Livsstilsfrågor är den enskildes sak, som sjukvården inte ska lägga sig i:	88	2,93	0,25
Förbyggande insatser, såsom patientinriktad hälsouppllysning är en stimulerande utmaning:	88	2,72	0,45
Sjukdomsförbyggande insatser anses primärt inte är den enskilde vårdgivarens ansvar utan att sådana insatser bör skötas av t.ex. folkhälsoinstitutet och andra instanser utanför vården:	88	2,56	0,60
Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser en uppgift för hälso- och sjukvården och en självklar del i varje behandling:	88	2,80	0,48
HoS personal bör föregå med gott exempel för att på så sätt vara ett föredöme för sina patienter:	87	2,37	0,61
Förebyggande insatser är ett effektivt sätt att få ned kostnaderna för sjukvården:	88	2,86	0,41
En vårdgivares råd är effektivt sätt att hjälpa människor att ändra livsstil:	88	2,56	0,54
Patienter är själva ansvariga för sin egen hälsa:	88	2,61	0,49
<b>Prevention totalskala (9 frågor)</b>	87	2,68	0,24

n= antal personer, M= medelvärde, SD= standardavvikelse

Värden för resp. fråga och totalskalan: 1= minst positiva svar, 3= mest positiva svar

Sex deltagare valde att kommentera avsnittet prevention.

Kommentarer som framkom var vikten av att ge patienter tydlig information och upprepad information vid kost och motionsrådgivning, framkom även att det är viktigt med att belöna patienter som gjort positiva framsteg, stora som små. Framkom även att sjukvårdspersonal inte alltid kan vara perfekta och tränade, att alla har ett eget ansvar personal som patient och att det finns en problematik i att alla patienter inte har en egen vilja till att förändra sig. Slutligen framkom det att tidsbrist var en negativ faktor för att diskutera livsstilsförändringar med patienter.

### **Distriktssköterskors inställning till och erfarenhet av samtalsmetodik.**

Det var mer än hälften (n=49) av sköterskorna som hade utbildning i samtalsmetodik.

Det var 41 av 49 som hade utbildning i Motiverande samtal och resterande deltagare hade utbildning i annan samtalsmetodik. De som svarade ja på frågan om de hade

utbildning i samtalsmetodik hade möjlighet att svara på tre följdfrågor angående samtalsmetodik, där majoriteten av sköterskorna hade en positiv inställning till samtalsmetodik, se tabell 4.

Tabell 4. Erfarenhet av samtalsmetodik

<b>Samtalsmetodik</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Deltagit i någon utbildning i samtalsmetodik:</b>		
Ja	49	55,7
Nej	39	44,3
Totalt:	88	100
<b>Upplivede att kunskaper ökade för att arbeta med beteendeförändringar:</b>		
Ja	42	87,5
Nej	6	12,5
Totalt:	48	100
<b>Upplivede att färdigheter ökade för att arbeta med beteendeförändringar</b>		
Ja	39	81,2
Nej	9	18,8
Totalt:	48	100
<b>Rekommenderar utbildning i samtalsmetodik till kollegor:</b>		
Ja	43	93,5
Nej	3	6,5
Totalt:	46	100

n= antal personer

Tabell 5 beskriver fyra påståenden om inställning till samtalsmetodik där sköterskorna fick skatta på en skala från ett till fem, där ett räknades som det minst positiva svaret, och fem som det mest positiva svaret. Genomgående hade sköterskorna en positiv inställning till samtalsmetodik då sammanlagda medelvärdet på alla fyra påståendena var 3,93. Det lägsta medelvärdet på ett av påståendena var 3,51 och det högsta medelvärdet på ett av påståendena var 4,59, se tabell 5.

Tabell 5. Inställning till samtalsmetodik

<b>Samtalsmetodik</b>	<b>n</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>
Hur man samtalar med patienten (samtalsmetodik) är viktigt vid livsstilsråd:	88	4,59	0,72
Lättare att ta upp livsstilsfrågor om man har utbildning i samtalsmetodik:	86	3,51	1,24
Önskar fördjupad kunskap inom området samtalsmetodik:	85	3,54	1,21
Viktigt att generellt höja personalens kunskap beträffande samtalsmetodik	86	4,05	0,96
<b>Samtalsmetodik (4 frågor)</b>	85	3,93	0,74

n= antal personer, M= medelvärde, SD= standardavvikelse

Värden för resp. fråga och totalskalan: 1= Instämmer inte alls, 5= Instämmer helt

## Distriktssköterskors inställning till och erfarenhet av FaR och FYSS

Majoriteten av distriktssköterskorna kände sig delaktiga i arbetet med FaR och de flesta känner till FYSS, se tabell 6. Det var färre än hälften som hade besökt FYSS på dess hemsida men det var mer än hälften som har använt sig av FYSS. Det var knappt hälften av distriktssköterskorna som hade deltagit i FYSS utbildning.

Tabell 6. Erfarenhet av FaR och FYSS

<b>FYSS och FaR</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Upplever delaktighet i arbetet med FaR:		
Ja	51	58
Nej	37	42
Totalt:	88	100
Känner till FYSS:		
Ja	85	96,6
Nej	3	3,4
Totalt:	88	100
Besökt FYSS på dess hemsida:		
Ja	36	40,9
Nej	52	59,1
Totalt:	88	100
Använt FYSS:		
Ja	54	61,4
Nej	34	38,6
Totalt:	88	100
Deltagit i utbildning om FYSS:		
Ja	39	44,3
Nej	48	54,5
Totalt:	87	98,9

n=antal personer

Två av deltagarna kommenterade avsnittet FaR och FYSS.

Kommentarer som framkom var att ersättningen som hälsocentralerna tidigare har fått för FaR nyligen utgått, detta har haft en negativ påverkan för förskrivningsfrekvensen av FaR. Annan kommentar beskrev att FaR och FYSS inte är prioriterat i primärvården, att det inte finns möjlighet för personalen att gå utbildning på grund av bemanningen.

En fråga i enkäten handlade om hur ofta distriktssköterskorna diskuterar fysisk aktivitet med sina patienter, svarsalternativen till frågan gjordes om till en skala från ett till fyra. Där ett poäng var det minst positiva svaret, att distriktssköterskan aldrig diskuterade fysisk aktivitet med sina patienter och där fyra poäng var det mest positiva svaret, att distriktssköterskan alltid diskuterade fysisk aktivitet med sina patienter. Medelvärde för hela gruppen på denna fråga var 3,14 (SD 0,75; n=88).

Resterande påståenden angående FaR och FYSS var på en skala från ett till fem, där ett var minimum instämmer inte alls och fem var maximum instämmer helt. Lägsta medelvärdena framkom för påståenden a och b som handlade om patientens fysiska aktivitet. Detta indikerar att distriktssköterskorna i låg grad instämde i dessa två påståenden. Högsta medelvärdena framkom för påståenden f och g som handlade om hur FYSS fungerar som hjälpmedel, se tabell 7.

Tabell 7. Inställning till FaR och FYSS

<b>FYSS och FaR</b>	<b>n</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>
a) Det är oavsett diagnos ointressant om en patient är fysisk aktiv eller ej	88	1,25	0,72
b) Är ingen idé att ge råd om fysisk aktivitet då patienten ändå inte följer rådet	88	1,36	0,70
c) Tidsbrist är ett stort hinder för att förskriva FaR	87	3,37	1,37
d) Tidsbrist är det största hindret för att förskriva FaR	87	3,01	1,41
e) Personal inom hälso- och sjukvården har generellt bristande kunskap om hur den fysiska aktivitetsnivån påverkar hälsan	87	1,94	0,99
f) FYSS är ett bra verktyg för att förskriva FaR	86	3,98	0,85
g) FYSS ökar tryggheten vid förskrivandet av FaR	84	3,62	0,84
h) FYSS är för krångligt och omfattande för att använda i praktiken	84	2,39	0,88
i) FaR är onödigt, ett muntligt råd är lika effektivt som ett recept	86	2,06	1,0

n= antal personer, M= medelvärde, SD= standardavvikelse  
Värden för resp. fråga: 1= Instämmer inte alls, 5= Instämmer helt

Två av deltagarna kommenterade avsnittet FaR och FYSS. En kommentar handlade om att det finns svårigheter i att fylla i FaR. Annan beskrev vikten av att en patient börjar utföra fysisk aktivitet, att det viktiga är att aktiviteten passar patienten, inte vad FYSS ösägerö.

### **Jämförelse mellan distriktssköterskor med eller utan specialkompetens**

Tabell 8 visar jämförelse mellan distriktssköterskor med eller utan specialkompetens. Det fanns ingen signifikant skillnad på den totala skalan mellan grupperna för

prevention. Det framkom en signifikant skillnad på en av frågorna om prevention mellan grupperna. Angående samtalsmetodik fanns ingen signifikant skillnad mellan grupperna varken på totalskalan eller enskilda frågor. På frågor och påståenden om FaR och FYSS fanns det en fråga och två påståenden där det framkom signifikanta skillnader mellan grupperna.

Tabell 8. Skillnader hos distriktssköterskor med eller utan specialkompetens

	Har Specialkomp.		n	Ej Specialkomp.		n	t-värde (df)	P-värde
	M	SD		M	SD			
<b>Prevention</b>								
-Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser en uppgift för hälso- och sjukvården och en självklar del i varje behandling:	2,93	0,37	29	2,73	0,52	59	2,09 (74,51)	<b>0,040</b>
Prevention Totalt: (9 frågor)	2,70	0,19	29	2,67	0,27	58	0,46 (73,27)	0,648
<b>Samtalsmetodik</b>								
Samtalsmetodik Totalt: (4 frågor)	3,82	0,72	28	3,99	0,75	57	-0,98 (55,85)	0,332
<b>FaR och FYSS</b>								
-Hur ofta diskuterar, fysisk aktivitet med patienter:	3,52	0,51	29	2,95	0,78	59	3,58 (86)	<b>0,001</b>
- Tidsbrist är ett stort hinder för att förskriva FaR:	2,72	1,33	29	3,69	1,29	58	-3,22 (54,36)	<b>0,002</b>
- Tidsbrist är det största hindret för att förskriva FaR:	2,34	1,34	29	3,34	1,33	58	-3,28 (55,67)	<b>0,002</b>

n= antal personer, M= medelvärde, SD= standardavvikelse, df= frihetsgrader

### Jämförelse mellan distriktssköterskor med eller utan utbildning i samtalsmetodik.

Tabell 9 visar jämförelse mellan distriktssköterskor med eller utan utbildning i samtalsmetodik. Det fanns ingen signifikant skillnad på den totala skalan mellan grupperna för prevention. Däremot framkom en signifikant skillnad på en av frågorna om prevention mellan grupperna. Angående samtalsmetodik fanns det två påståenden inom skalan där det framkom signifikanta skillnader mellan grupperna. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan grupperna gällande totalskalan för samtalsmetodik. Det framkom en signifikant skillnad mellan grupperna på en av frågorna angående FaR och FYSS.



Tabell 9. Skillnader hos distriktssköterskor med eller utan utbildning i samtalsmetodik

	Har Samtalsmetodik		n	Ej samtalsmetodik		n	t- värde (df)	P- värde
	M	SD		M	SD			
<b>Prevention</b>								
-Förbyggande insatser, såsom patientinriktad hälsouppllysning är en stimulerande utmaning:	2,82	0,39	49	2,61	0,50	38	2,22 (69,01)	<b>0,035</b>
Prevention Totalt: (9 frågor)	2,70	0,24	49	2,65	0,25	37	1,05 (76,32)	0,299
<b>Samtalsmetodik</b>								
-Lättare att ta upp livsstilsfrågor om man har utbildning i samtalsmetodik:	3,83	1,11	47	3,13	1,32	38	2,65 (83)	<b>0,010</b>
-Önskar fördjupad kunskap inom området samtalsmetodik:	3,20	1,28	46	3,95	1,01	38	-2,95 (82)	<b>0,004</b>
Samtalsmetodik Totalt: (4 frågor)	3,91	0,71	46	3,96	0,80	38	-0,29 (74,52)	0,777
<b>FaR och FYSS</b>								
-Hur ofta diskuterar, fysisk aktivitet med patienter:	3,31	0,74	49	2,89	0,69	38	2,65 (85)	<b>0,010</b>

n= antal personer, M= medelvärde, SD= standardavvikelse, df= frihetsgrader

## Diskussion

### Huvudresultat

Efter analys av insamlade data visade resultatet att många av distriktssköterskorna hade en positiv inställning till prevention, samtalsmetodik, FaR och FYSS.

Vid jämförelser mellan grupper framkom, att distriktssköterskor med specialkompetens ansåg i högre grad att hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser är en uppgift för hälso- och sjukvården och en självklar del i varje behandling än de utan specialkompetens. Det framkom även att de diskuterar fysisk aktivitet oftare med patienter än de utan specialkompetens. Distriktssköterskor utan specialkompetens ansåg att tidsbrist var ett större hinder för att förskriva FaR än de med specialkompetens.

Distriktssköterskor med utbildning i samtalsmetodik ansåg i större grad att förebyggande insatser, såsom patientriktad hälsouppllysning är en stimulerande utmaning, de ansåg också att det är lättare att ta upp livsstilsfrågor om man har utbildning i samtalsmetodik och de diskuterade oftare fysisk aktivitet med patienter än

de utan utbildning i samtalsmetodik. Distriktssköterskor utan utbildning i samtalsmetodik önskar fördjupad kunskap inom området samtalsmetodik i större utsträckning än de som redan har utbildning i samtalsmetodik.

### **Resultatdiskussion**

Majoriteten av distriktssköterskorna i studien hade en positiv inställning till det preventiva arbetet. Detta stämmer väl överens med tidigare forskning inom ämnet.<sup>16,17</sup> Ett påstående som hade det lägsta medelvärdet i avsnittet prevention var; *hälso- och sjukvårdspersonal bör föregå med gott exempel för att på så sätt vara ett föredöme för sina patienter*, se tabell 3. Detta framkom även i en av kommentarerna, att Hälso- och sjukvårdspersonal inte alltid kan vara ett föredöme och att alla har ett eget ansvar för sin hälsa, patient som personal. I en undersökning i England undersöktes sjuksköterskors egen hälsa och livsstil, i resultatet framkom att mer än hälften av sjuksköterskorna i undersökningen inte uppfyllde rekommendationer för fysisk aktivitet. Resultatet visade även att sjuksköterskor som var fysiskt inaktiva även hade en sämre allmän hälsa. Trots sjuksköterskors betydande utbildning i hälsofrämjande arbete, överfördes det inte på deras eget hälsobeteende.<sup>42</sup> Studier har visat att sjuksköterskors attityder och kunskap om att ge råd om fysisk aktivitet påverkar det hälsofrämjande arbetet. Sjuksköterskor med negativ attityd och begränsad kunskap om den fysiska aktivitetens hälsofrämjande egenskaper har visat sig vara ett hinder i det hälsofrämjande arbetet.<sup>20,21</sup> Den här studiens deltagare ansågs ha en hög fysisk aktivitetsnivå, då medelvärdena för gruppen genomgående var höga, se tabell 2, och deras inställning till prevention ansågs generellt som positiv. Detta kan tolkas som att distriktssköterskorna hade en generellt positiv attityd och detta kan främja det preventiva arbetet, såsom att öka patienters fysiska aktivitet. I studien var det flera av distriktssköterskorna som kommenterade patientens egen ansvar, att vissa patienter har en ovilja till att förändra sig, detta finns även beskrivet i flera studier, att patienters ovilja till förändring är ett hinder för sjuksköterskor i det hälsofrämjande arbetet.<sup>18,24</sup> Distriktssköterskan kan genom att använda sig av den transteoretiska modellen få en ökad förståelse och lättare sätta sig in i var patienten befinner sig i förändringsprocessen.<sup>27</sup> Genom att utgå från TTM kan sjuksköterskan få en förståelse för patientens ovilja till förändring. Genom att kombinera motiverande samtal och TTM kan sjuksköterskan motivera och vägleda patienten till ökad fysisk aktivitet.<sup>28</sup> En svensk studie har undersökt patienters upplevelser i mötet med sjuksköterskan i arbetet med livsstilsförändringar. I resultatet framkom det att patienter

hade en positiv syn på primärvårdens hälsofrämjande arbete, det framkom även att patienterna blivit mer medvetna om sina vanor efter mötet med sjuksköterskan, och de uppgav att en god personkemi mellan patient och sjuksköterska främjade till en positiv livsstilsförändring.<sup>43</sup> Studiens resultat kan som distriktssköterska vara bra att ha i åtanke i det preventiva arbetet, att ha ett helhetstänk i mötet med patienten där tillämpning av den TTM och MI kan ge distriktssköterskan en bra struktur och översikt i arbetet i att motivera och vägleda patienter till ökad fysisk aktivitet.<sup>28</sup>

Resultatet visar att distriktssköterskorna i undersökningen ofta diskuterar fysisk aktivitet med sina patienter, men det framkom också att flera av distriktssköterskorna upplevde tidsbrist som ett hinder vid förskrivning av FaR. I forskning av ämnet är det välbeskrivet om flertalet hinder som försvårar det hälsofrämjande arbetet,<sup>18,19</sup> ett av dessa hinder var tidsbrist.<sup>20-22</sup> I en kommentar framkom det att FaR och FYSS inte var prioriterat i primärvården, att det inte fanns någon möjlighet till utbildning inom området på grund av bemanningen. Detta återfanns även i flera studier, att resurser och bristande stöd från chef/ledning var ett hinder i det hälsofrämjande arbetet.<sup>22,23</sup> Flera av deltagarna i denna undersökning instämde inte i att hälso- och sjukvårdspersonal generellt har en bristande kunskap om fysisk aktivitet och dess positiva effekter på hälsan, trots att flera studier beskriver just det.<sup>20,25</sup> Mer än hälften av undersökningens deltagare har arbetat som distriktssköterska i 11-20 år, detta tyder på att många av deltagarna har en lång arbetserfarenhet. En studie som författaren har funnit visade på att distriktssköterskor med lång arbetserfarenhet utförde fler råd, såsom fysisk aktivitet och andra allmänna livsstilsråd till patienter än vad andra distriktssköterskor gjorde.<sup>26</sup> I distriktssköterskornas kompetensbeskrivning står det beskrivet att distriktssköterskor ska ha fördjupade kunskaper att bedriva hälsofrämjande arbete,<sup>2</sup> detta kan tolkas som att distriktssköterskor har mer utbildning i området och har därför mer kunskap till att arbeta preventivt än till exempel sjuksköterskor utan specialistutbildning.

Distriktssköterskor med specialkompetens ansåg i större grad, att hälsofrämjande och sjukdomsförbyggande insatser är en uppgift för hälso- och sjukvården och är en självklar del i varje behandling än de utan specialkompetens. Resultatet indikerar även att distriktssköterskor med specialkompetens oftare diskuterar fysisk aktivitet med patienter än de utan specialkompetens. Distriktssköterskor utan specialkompetens i anser i större grad att tidsbrist är ett stort hinder för att förskriva FaR än de med specialkompetens. Sammanlagt var det 29 deltagare som hade specialkompetens, 15 av

dessa hade specialkompetens i diabetes. Författaren har funnit två studier om diabetessköterskans arbete, och i dem framkom det vikten av patientcentrerad vård,<sup>44</sup> se till patientens individuella behov och kontinuitet med patienten,<sup>45</sup> diabetessköterskans arbetssätt skulle därför kunna gynna förutsättningarna i arbetet med FaR, då studier har visat att det är viktigt med uppföljning<sup>14</sup> och individanpassning av receptet.<sup>10</sup>

Signifikanta skillnader framkom i jämförelse mellan distriktssköterskor med eller utan utbildning i samtalsmetodik. Distriktssköterskor med utbildning i samtalsmetodik ansåg i högre grad att förebyggande insatser, såsom patientriktad hälsouppllysning är en stimulerande utmaning, även att det är lättare att ta upplivsstilsfrågor om man har utbildning i samtalsmetodik och de diskuterade oftare fysisk aktivitet med patienter än de utan utbildning i samtalsmetodik. Forskning visar att många distriktssköterskor upplever MI som en berikande och användbar metod som främjar medvetenhet och vägledning i vårdrelationen.<sup>36</sup> Syftet med metoden är att motivera och främja till beteendeförändring hos patienter som till exempel är fysiskt inaktiva.<sup>27</sup> MI anses vara en bra metod för att möjliggöra livsstilsförändringar såsom ökad fysisk aktivitet<sup>34,35</sup> och är rekommenderad att användas som ett komplement vid förskrivning av FaR.<sup>1</sup> Distriktssköterskor med MI utbildning har troligen mer kunskap i att främja patienter till en beteendeförändring. Genom att tillämpa sina MI kunskaper i samtalet med patienter och genom att kombinera MI med TTM kan öka till reflektion och en djupare förståelse hos distriktssköterskan, detta kan hjälpa distriktssköterskan att vägleda patienten till att förändra ett ohälsosamt beteende. Distriktssköterskor utan utbildning i samtalsmetodik önskade fördjupad kunskap i samtalsmetodik större utsträckning än de med utbildning i samtalsmetodik, detta kan kopplas till distriktssköterskors generella positiva inställning till preventivt arbete<sup>16</sup> och att det är välkänt att MI är en bra metod för att möjliggöra önskade livsstilsförändringar hos patienter.<sup>34,35</sup>

I sjuksköterskans kompetensbeskrivning finns det beskrivet att sjuksköterskan ska arbeta hälsofrämjande genom att stärka patienter till god hälsa genom att identifiera, aktivt förebygga hälsorisker och vid behov motivera patienter till förändrade livsstilsfaktorer.<sup>3</sup> Med sjuksköterskans kompetensbeskrivning i åtanke är det viktigt som distriktssköterska att ha en positiv inställning till preventivt arbete och ha en positiv attityd i mötet med patienter, oavsett patientens ovilja till att förändra sitt beteende, för

att öka möjligheten till att lyckas motivera patienten till förändrade livsstilsfaktorer såsom ökad fysisk aktivitet.

### **Metoddiskussion**

För denna studie valdes en kvantitativ ansats för att få ett större urval och för att beskriva distriktssköterskors inställning till och erfarenhet av fysisk aktivitet på recept (FaR), men även för att jämföra distriktssköterskor med eller utan specialkompetens och distriktssköterskor med eller utan utbildning i samtalsmetodik. Urvalsmetoden var ett bekvämlighetsurval detta anses som en svaghet i studien då resultatet av denna studie är svårare att generalisera på en större grupp.<sup>39</sup> En enkät användes som mätinstrumentet i studien och den lämnades ut till ett urval av sjuksköterskor och distriktssköterskor i södra delen av ett län i Mellansverige. Detta gjordes för att nå så många som möjligt. Deltagandet i studien var 72 %, detta är en styrka i studien då deltagandet var över 65 % och utesluter bias att de tillfrågade som inte besvarade enkäten skulle ha svarat så att utfallet på resultatet hade blivit ett helt annat.<sup>39</sup> Trots att författaren använde sig mest av mailkontakt för att informera enhetschefer och deltagare om studien blev deltagarantalet förhållandevis högt, då det anses att kontakt ansikte mot ansikte ofta kan öka deltagarantalet.<sup>39</sup> Författarens ihärdiga arbete med att lämna ut enkäter till respektive hälsocentral och att information lämnades ut både skriftligen och via mail tros haft en positiv effekt på deltagarantalet i studien. Tänkbara svagheter vid ifyllandet av enkäten kan ha varit tidsbrist i deltagarnas arbete, detta kan ha inneburit extra press på de som arbetade, dessutom var det sportlov under perioden då enkäten lämnades ut som även kan ha påverkat deltagarantalet. Ett fåtal frågor hade lämnats obesvarade, även detta kan ha berott på tidsbrist eller att deltagaren upplevde att svarsalternativen inte passade.

Originalenkäten besvarades av förskrivande vårdpersonal i det nationella pilotprojektet kring FaR.<sup>40</sup> Författaren såg det fördelaktigt att kunna utgå från en tidigare använd enkät. Dels underlättades förberedelsearbetet och dels ger användandet av ett tidigare fungerande mätinstrument större chans till reliabilitet och validitet.<sup>39</sup> Enligt enkätens grundare är enkäten inte reliabilitetstestad och detta ses som en svaghet i denna studie. Validiteten stärks av att enkäten svarade upp mot syfte och frågeställningar och att den mätte det den skulle mäta, det är den lägsta graden av styrka.<sup>39</sup> De justeringar som författaren gjorde i originalenkäten ansågs av författaren ha varit nödvändig för att uppnå större relevans och för att passa deltagarna i studien. Gällande frågorna om prevention

togs svarsalternativet *ingen uppfattning* bort, anledningen till detta var att deltagarna inte skulle ha möjlighet att undvika ett ställningstagande i frågorna om inställning till prevention. Det kan ha varit en svaghet att deltagarna fick skatta sig själva på några av frågorna och påståendena, det kan eventuellt vara lätt att svara efter vad de förväntas svara.<sup>39</sup> Deltagarna och enkäterna kodades och förvarades åtskilda och inlåsta. Deltagarna fick information om att svaren ifrån enkäterna behandlades konfidentiellt, att ingen person kunde identifieras och att examensarbetet skulle presenteras på gruppnivå, detta skyddade deltagarnas integritet.

Frågeställning ett, två och tre analyserades med beskrivande statistik. Dessa redovisades i antal, medelvärden, standardavvikelse och procent. När det gäller analysen av frågeställning fyra och fem användes parametrisk statistik då variabler var normalfördelade, icke parametrisk statistik användes då variabler inte var normalfördelade.<sup>39</sup> Författaren drog 10 procent av enkäterna slumpvis och dubbelkontrollerade dessa manuellt för att se att korrekt data införts i SPSS innan dataanalysen påbörjades, detta ses som en styrka och höjer trovärdigheten för studiens resultat. Medianvärdet och medelvärdet låg nära varandra vid analysen och medelvärdet valdes vid redovisning av resultatet i tabellerna.

### **Kliniska implikationer**

Det har visat sig i denna studie att distriktssköterskor med specialkompetens och distriktssköterskor med utbildning i samtalsmetodik oftare diskuterar fysisk aktivitet med patienter än de utan specialkompetens och utbildning i samtalsmetodik.

Distriktssköterskor med utbildning i samtalsmetodik ansåg i större grad att det var lättare att ta upp livsstilsfrågor om man har utbildning i samtalsmetodik än de utan utbildningen. Distriktssköterskor utan utbildning i samtalsmetodik önskade i större grad fördjupad kunskap i samtalsmetodik än de med utbildning. Med tanke på resultatet så bör distriktssköterskor utan utbildning i samtalsmetodik få möjlighet till att utbilda sig i samtalsmetodik, för att på så vis gynna det preventiva arbetet inom primärvården.

Resultatet av studien kan vara intressant för både enhetschefer och distriktssköterskor inom primärvården.

### **Förslag till fortsatt forskning**

Vid litteraturgenomgången till denna studie och i studiens resultat framkom det att många distriktssköterskor har en positiv inställning till preventivt arbete, men i verkligheten är det endast fem procent av den totala kostnaden för hälso- och sjukvård som används för preventivt arbete i Sverige. Det skulle därför vara intressant att göra en studie med kvalitativ ansats, för att få en djupare förståelse om distriktssköterskors inställning till och erfarenheter till det preventiva arbetet.

### **Slutsats**

I denna studie har det framkommit att distriktssköterskor i primärvården är positiva till det preventiva arbetet. Distriktssköterskor med specialkompetens och distriktssköterskor med utbildning i samtalsmetodik verkar ha en större möjlighet till att arbeta preventivt och till att arbeta med FaR. Däremot kan studien inte ange orsaken till detta.

## Referenser

1. FYSS. fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. 2. uppl. ed. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2008.
2. Svensk sjuksköterskeförening. Kompetensbeskrivning för distriktssköterskor. (Internet) Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening; 2008.(citerad 10 Okt 2015)  
Hämtad från: <http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Kompetensbeskrivningar-och-riktlinjer/Distriktsskoterska/>
3. Socialstyrelsen. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. (Internet) Stockholm: Socialstyrelsen; 2005. (uppdaterad feb 2005, citerad 11 Dec 2014) Hämtad från: [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf)
4. Barnett-Damewood M, Carlson-Catalano J. Physical activity deficit: a proposed nursing diagnosis. Nursing Diagnosis 2000; 11(1): 24-31.
5. Folkhälsomyndigheten. FaR. (Internet) Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2014 (uppdaterad 7 dec 2013, citerad 11 dec 2014) Hämtad från: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/far/>
6. Folkhälsomyndigheten. Strategi för fysisk aktivitet. (Internet) Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2015 (uppdaterad 17 sept 2015, citerad 1 okt 2015) Hämtad från: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2015/september/strategi-for-fysisk-aktivitet-antagen/>
7. Alspach J. Revisiting a Familiar but Lethal Cardiovascular Risk Factor: Sedentary Lifestyle. Critical Care Nurse 2015; 35(2): 14-17.
8. Svensk sjuksköterskeförening. Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete. (Internet) Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening; 2008. (citerad 26 Okt) Hämtad från: <http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Halsoframjande/Strategi-for-sjukskoterskans-halsoframjande-arbete/>
9. Regeringskansliet. Mål och visioner för folkhälsa och sjukvård.(Internet) Stockholm: Regeringen; 2014; Hämtad från: <http://www.regeringen.se/sb/d/14847/a/251402>.
10. Leijon M, Bendtsen P, Nilsen P, Ekberg K, Ståhle A. Physical activity referrals in Swedish primary health care - prescriber and patient characteristics, reasons for prescriptions, and prescribed activities. BMC Health Services Research 2008;1(8): 201.



11. Romé Å, Persson U, Ekdahl C, Gard G. Physical activity on prescription (PAP): costs and consequences of a randomized, controlled trial in primary healthcare. *Scandinavian J Of Primary Health Care* 2009; 27(4): 216-222.
12. Sørensen J, Sørensen J, Skovgaard T, Bredahl T, Puggaard L. Exercise on prescription: changes in physical activity and health-related quality of life in five danish programmes. *European J Of Public Health* 2011; 21(1): 56-62.
13. Patel A, Keogh J, Kolt G, Schofield G. The long-term effects of a primary care physical activity intervention on mental health in low-active, community-dwelling older adults. *Aging & Mental Health* 2013;17(6): 766-772.
14. Aittasalo M, Miilunpalo S, Kukkonen-Harjula K, Pasanen M. A randomized intervention of physical activity promotion and patient self-monitoring in primary health care. *Preventive Med* 2006; 42(1): 40-46.
15. Elley C, Garrett S, Rose S, O'Dea D, Lawton B, Dowell A, et al. Cost-effectiveness of exercise on prescription with telephone support among women in general practice over 2 years. *British J Of Sports Med* 2011; 45(15): 1223-1229.
16. Bohman D, Mattsson L, Borglin G. Primary healthcare nurses' experiences of physical activity referrals: an interview study. *Primary Health Care Research & Development* 2015; 16(3): 270-280.
17. Douglas F, Torrance N, van Teijlingen E, Meloni S, Kerr A. Primary care staff's views and experiences related to routinely advising patients about physical activity. A questionnaire survey. *BMC Public Health* 2006; 23(6):138.
18. Jallinoja P, Absetz P, Kuronen R, Nissinen A, Talja M, Patja K, et al. The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scan J Of Primary Health Care* 2007; 25(4): 244-249.
19. Turin R. Physical activity prescriptions in healthy populations: Resources for Canadian nurse practitioners. *Nurse Practitioner* 2015; 40(2): 45-54.
20. Puig Ribera A, McKenna J, Riddoch C. Attitudes and practices of physicians and nurses regarding physical activity promotion in the Catalan primary health-care system. *European J Of Public Health* 2005; 15(6): 569-575.
21. Ramos-Morcillo AJ, Ruzafa-Martínez M, Fernández-Salazar S, del-Pino-Casado R, Armero Barranco D. Attitudes of physicians and nurses towards health prevention and promotion activities in Primary Care. *Aten Primaria* 2014;46(9):483-91.
22. Rubio-Valera M, Pons-Vigués M, Martínez-Andrés M, Moreno-Peral P, Berenguera A, Fernández A. Barriers and facilitators for the implementation of primary prevention

- and health promotion activities in primary care: a synthesis through meta-ethnography. *PLoS One* 2014; 28(2):e89554
23. Majjala V, Tossavainen K, Turunen H. Identifying nurse practitioners' required case management competencies in health promotion practice in municipal public primary health care. A two-stage modified Delphi study. *J Of Clinical Nurs* 2015; 24(17/18): 2554-2561.
  24. Graham R, Dugdill L, Cable N. Health professionals' perspectives in exercise referral: implications for the referral process. *Ergonomics* 2005; 48(11-14): 1411-1422.
  25. Wu S, Wu S, Huang H. Nurses' attitudes towards physical activity care among older people. *J Of Clinical Nurs* 2013; 22(11/12): 1653-1662.
  26. Engström M, Skytt B, Ernesäter A, Fläckman B, Mamhidir A. District nurses' self-reported clinical activities, beliefs about and attitudes towards obesity management. *Applied Nursing Research* 2013; 26(4): 198-203.
  27. Barth T, Näsholm C. Motiverande samtal - MI : att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor. Lund: Studentlitteratur; 2006.
  28. Noordman J, de Vet E, van der Weijden T, van Dulmen S. Motivational interviewing within the different stages of change: An analysis of practice nurse-patient consultations aimed at promoting a healthier lifestyle. *Social Science & Med* 2013; 8760-67.
  29. Prochaska J, DiClemente C, Norcross J. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist* 1992; 47(9): 1102-1114.
  30. Sarkin J, Johnson S, Prochaska J, Prochaska J. Applying the transtheoretical model to regular moderate exercise in an overweight population: validation of a stages of change measure. *Preventive Medicine* 2001; 33(5): 462-469.
  31. Marshall S, Biddle S. The transtheoretical model of behavior change: a meta-analysis of applications to physical activity and exercise. *Annals Of Behavioral Medicine: A Publication Of The Society Of Behavioral Medicine* 2001; 23(4): 229-246.
  32. Tuah N, Amiel C, Qureshi S, Car J, Kaur B, Majeed A. Transtheoretical model stages of change for dietary and physical exercise modification in weight loss management for overweight and obese adults. *Cochrane Database Of Systematic Reviews* 2014; (2).
  33. Fabring C-Å. Handbok i motiverande samtal-MI: Teori, praktik och implementering. 1. Uppl. Stockholm: Natur & Kultur; 2010.

34. Cummings S, Cooper R, Cassie K. Motivational interviewing to affect behavioral change in older adults. *Research On Social Work Practice* 2009; 19(2): 195-204.
35. Brodie D, Inoue A. Motivational interviewing to promote physical activity for people with chronic heart failure. *J Of Adv Nurs* 2005; 50(5): 518-527.
36. Brobeck E, Bergh H, Odenocrants S, Hildingh C. Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. *J Of Clinical Nurs* 2011; 20(23/24): 3322-3330.
37. Miller S, Beech B. Rural healthcare providers question the practicality of motivational interviewing and report varied physical activity counseling experience. *Patient Education & Counseling* 2009; 76(2): 279-282.
38. Letourneau K, Goodman J. A Patient - Centered Approach to Addressing Physical Activity in Older Adults. *J Of Gerontological Nurs* 2014; 40(11): 26-32.
39. Polit DF, Beck CT. *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice*. 8. ed. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
40. Statensfolkhälsöinstitut. Kallings LV, Leijon M. Erfarenheter av fysisk aktivitet på recept- FaR. R2003:53. Stockholm: Statensfolkhälsöinstitut; 2003.
41. Codex. *Forskning som involverar människan* (Internet) Uppsala: Codex- regler och riktlinjer för forskning; 2014 (uppdaterad 10 dec 2014, citerad 14 dec 2014) Hämtad från: <http://codex.vr.se/forskningmanniska.shtml>
42. Blake H, Malik S, Mo P, Pisano C. 'Do as say, but not as I do': are next generation nurses role models for health?. *Perspectives In Public Health* 2011; 131(5): 231-239.
43. Nymberg P, Drevenhorn E. Patients' experience of a nurse-led lifestyle clinic at a Swedish health centre. *Scand J Caring Sci* 2015; (10).
44. Boström E, Isaksson U, Lundman B, Sjölander A, Hörnsten Å. Diabetes specialist nurses' perceptions of their multifaceted role. *European Diab Nurs* 2012; 9(2): 39-44.
45. Edwall L, Hellström A, Ohrn I, Danielson E. The lived experience of the diabetes nurse specialist regular check-ups, as narrated by patients with type 2 diabetes. *Journal Of Clinical Nurs* 2008;17(6): 772-781.