

**SJUKSKÖTERSKORS INSTÄLLNING OCH ANVÄNDANDE AV
FYSISK AKTIVITET PÅ RECEPT (FaR®)**
– en enkätstudie

Författare:
Emma Agerbjer
Marie Karlsson

Titel	Sjuksköterskors inställning och användande av Fysisk aktivitet på Recept (FaR®) – en enkätstudie
Författare	Emma Agerbjer & Marie Karlsson
Utbildningsprogram	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp
Handledare	Eva Nilsson
Examinator	Mona From Attebring
Adress	Växjö universitet. Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete
Nyckelord	Fysisk aktivitet, inställning, recept, sjuksköterskor

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Fysisk aktivitet är all kroppsrörelse som resulterar i ökad energiförbrukning. Genom att vara fysisk aktiv så minskar risken att drabbas av flera sjukdomar. Balans och muskelstyrka förbättras och risk för benskörhet minskar. Fysisk aktivitet kan användas både i förebyggande syfte och som behandling av sjukdom. Sedan 2001 har fysisk aktivitet kunnat förskrivas på recept (FaR®). FaR® innebär att en läkare, sjuksköterska, sjukgymnast eller annan legitimerad vårdpersonal kan ordinera fysisk aktivitet på ett liknande sätt som läkemedel.

Syfte: Syftet med studien var att kartlägga inställning till och användande av fysisk aktivitet på recept (FaR®) hos sjuksköterskor i primärsjukvården inom Växjö kommun.

Metod: Metoden som användes var en kvantitativ enkätundersökning som genomfördes på sjuksköterskor på elva vårdcentraler inom Växjö kommun. Svarsfrekvensen var 73 %.

Resultat: De flesta sjuksköterskorna i studien diskuterade ofta fysisk aktivitet med sina patienter. Inställningen till FaR® var övervägande positiv, en knapp fjärdedel hade förskrivit FaR®.

Slutsatser: Sjuksköterskor är mycket eller ganska positiva till att ordinera FaR® i förebyggande syfte och merparten av dem är positiva till att ordinera FaR® i behandlande syfte. En trolig slutsats är att FaR® kommer att användas i större utsträckning i framtiden under förutsättning att tillräcklig utbildning och uppföljning görs.

INNEHÅLL

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Fysisk aktivitet	1
Effekter av fysisk aktivitet	1
Fysisk aktivitet på recept (FaR®)	2
Effekter av fysisk aktivitet på recept (FaR®)	2
Sjuksköterskans ansvarsområde	3
TEORETISK REFERENSRAM	4
PROBLEMFÖRMULERING	4
SYFTE	5
METOD	5
Urval	5
Datainsamling	5
Dataanalys	6
Etiska överväganden	7
RESULTAT	7
DISKUSSION	11
Metoddiskussion	11
Resultatdiskussion	13
Slutsatser	15
REFERENSER	
BILAGOR	
1. Enkät	
2. Följebrev	

INLEDNING

Vi valde att skriva vår C-uppsats om Fysisk aktivitet på Recept (FaR®) därför att vi själva är fysiskt aktiva och känner att det är en viktig del i vårt liv för att vi ska må bra. Vi anser att det är sjukvårdens ansvar att hjälpa människor att öka sitt välbefinnande. FaR® tror vi är ett bra sätt för sjukvården att belysa vikten av att vara fysiskt aktiv för att må bra. På våra praktikplatser under sjuksköterskeutbildningen har vi vid flera tillfällen uppmärksammat patienter som upplever att de äter väldigt många tabletter. Många av sjukdomstillstånden som de tablettbehandlas för, kan både förebyggas och behandlas med fysisk aktivitet (Axelsen, Danielsson, Norberg & Sjöberg, 2009). Detta gjorde oss intresserade av att ta reda på om sjuksköterskor förskriver FaR® som en del i ett hälsofrämjande arbete.

BAKGRUND

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet är all kroppsrörelse som resulterar i ökad energiförbrukning (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2007). Det kan vara alla typer av muskelaktiviteter, som exempelvis promenader, hushållsarbete, fysiskt belastande arbete, motion eller träning. Motion definieras som en planerad fysisk aktivitet med en viss avsikt, som exempelvis viktnedgång eller ökat välbefinnande. Träning är en form av fysisk aktivitet som har som målsättning att öka prestationsförmågan, vanligtvis inom idrotten (Leijon et al. 2008). För att fysisk aktivitet ska vara hälsofrämjande rekommenderas att vuxna personer ska vara fysiskt aktiva av måttlig grad, motsvarande rask promenad, minst 30 minuter per dag. De 30 minuterna kan delas upp i mindre delar, t.ex. 3x10 minuter eller 2x15 minuter. Barn och ungdomar bör vara fysiskt aktiva 60 minuter per dag av måttlig till hög intensitet. Med hög intensitet menas att andningsfrekvensen ökar och att pulsen ökar (Axelsen et al. 2009) till 150 slag per minut eller mer hos en ung person (Hagströmer & Hassmén 2008).

Effekter av fysisk aktivitet

Vid fysisk aktivitet används skelettmuskulaturen, det stimulerar muskeluppbyggnad och fettnedbrytning samt påverkar ämnesomsättningen. Förhöjt blodsocker och skadligt förhöjda blodfetter sänks. Denna effekt på ämnesomsättningen varar i ett till två dygn, därför är det väsentligt att den fysiska aktiviteten utförs dagligen (Axelsen et al. 2009).

De positiva effekterna av fysisk aktivitet ökar med tilltagande aktivitetsnivå. De personer som går från att vara fysiskt inaktiva till att vara fysiskt aktiva regelbundet gör de allra tydligaste hälsovinster (Ibid.).

Fysisk aktivitet kan användas både i förebyggande syfte och som behandling av sjukdom. Genom att vara fysiskt aktiv så minskar risken att drabbas av livsstilsrelaterade sjukdomar som högt blodtryck, typ II-diabetes, hjärt- kärlsjukdom samt sjukdomar som bröstcancer och tjocktarmscancer. Balans och muskelstyrka förbättras och risk för benskörhet minskar, detta leder till färre fallolyckor och benbrott. Det finns ett stort antal sjukdomstillstånd där fysisk aktivitet kan användas som behandling. Några exempel är diabetes, högt blodtryck (hypertoni) (Ibid.) och kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) (Emtner, 2008). Hos personer med diabetes ökar insulinkänsligheten vid fysisk aktivitet, det innebär att insulinbehovet minskar. Vid typ II-diabetes är fysisk aktivitet, viktminskning vid övervikt samt rökstopp den grundläggande behandlingen (Östenson, Birkeland & Henriksson, 2008). Daglig fysisk aktivitet är en metod för att sänka blodtrycket. Efter fysisk aktivitet av minst måttlig grad

sänks det systoliska blodtrycket med 10-20 mm Hg jämfört med det normala blodtrycket i vila. Det är inte bara i vila blodtrycket sänks, även under fysiskt arbete och mental stress blir blodtrycksreaktionen mindre om regelbunden fysisk aktivitet utförs (Börjesson, Kjeldsen & Dahlöf, 2008). Fysisk aktivitet och träning har både fysiologiskt och psykologiskt positiva effekter hos patienter med KOL. Lungfunktionen hos en patient med KOL kan inte förbättras, däremot kan syreupptagningsförmågan och uthållighetsförmågan öka betydligt vid konditionsträning. De psykologiska effekterna av fysisk aktivitet är att patienterna känner mindre rädsla för att anstränga sig och blir då mer fysiskt aktiva i vardagen vilket ökar känslan av välbefinnande (Emtner, 2008).

Fysisk aktivitet på Recept (FaR®)

Sedan år 2001 har fysisk aktivitet kunnat förskrivas på recept (FaR®) (Strandell, Tranquist, Kallings & Lamming, 2002). FaR® innebär att en läkare, sjuksköterska, sjukgymnast eller annan legitimerad vårdpersonal kan ordinera fysisk aktivitet på ett liknande sätt som läkemedel. Det är ett komplement eller ersättning till läkemedel och ordineras individuellt efter patientens hälsotillstånd (Jakobson, 2008). Vid förskrivning av läkemedel används Farmaceutiska Specialiteter i Sverige (FASS) som kunskapskälla. Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (FYSS) har samma funktion, men där söker förskrivaren istället information om hur fysisk aktivitet kan ordineras som förebyggande och behandlande metod vid olika sjukdomstillstånd (Karlsson & Ståhle, 2008).

I en studie av Puig Ribera, McKenna och Riddoch (2005) undersöktes läkares och sjuksköterskors attityder till FaR® i den Katalanska primärsjukvården. Studien bestod både av en kvantitativ och kvalitativ del. Deltagarna fick själva anmäla sig om de ville vara med i studien, vilket kan ha lett till att de som var med var positivt inställda till FaR®. Forskarna fann tre kategorier av personal, icke förskrivare, de som skrev FaR® ibland och aktiva förskrivare. Icke förskrivarna rapporterade att de skulle förskriva FaR® om det inte var tidskrävande och om de kunde se det som en tydlig metod till särskilda sjukdomar. De hade även en känsla av att patienterna föredrog traditionell medicinsk behandling. De förskrivare som förskrev FaR® ibland, sa sig ha baskunskaperna om FaR® och de hälsofördelar det har. De uppgav att de endast skrev ut FaR® till de patienter som de kände väl och visste skulle reagera positivt. Det som hindrade dem att skriva ut FaR® till andra patienter var att de inte visste hur de skulle agera om patienten sa sig ha ont om tid och pengar. De aktiva förskrivarna hade skapat kontakter med träningsanläggningar och skolor och uppgav att de hade höga färdigheter i att förskriva FaR®. Även om de hade kontakter med träningsanläggningar och liknande uppgav de att de inte hade tillräckligt med ställen att hänvisa patienterna till.

I en pilotstudie för att testa och utvärdera FaR® och FYSS av Leijon och Kallings (2003) visas bland annat att de förskrivare som själva är fysiskt aktiva diskuterar fysisk aktivitet i högre grad med sina patienter än de som är fysiskt inaktiva, sambandet är signifikant. Ungefär en tredjedel av förskrivarna uppger att de bara ger råd om fysisk aktivitet till patienter tillhörande vissa sjukdomsgrupper, exempelvis övervikt, diabetes och högt blodtryck. De hinder som framkom för att förskriva FaR® var bland annat tidsbrist, bristande kunskap om hälsoeffekterna av fysisk aktivitet och svårigheter att identifiera de fysiskt inaktiva patienterna.

Effekter av Fysisk aktivitet på Recept (FaR®)

I Leijon och Fornanders (2006) rapport om FaR® visas det att fysisk aktivitet på ordination leder till en ökad fysisk aktivitetsnivå hos patienterna. Rapporten belyser att den grupp som är viktigast att nå för att främja fysisk aktivitet är de som är minst aktiva. Undersökningen visar

att en tredjedel av dem som följer ordinationen av fysisk aktivitet har en ökad livskvalitet tre månader efter ordinationstillfället. I en finsk randomiserad studie av Aittasalo, Miilunpalo, Kukkonen-Harjula & Pasanens (2006) undersöktes effekten av FaR®. Interventionsgruppen fick FaR®, stegräknare och aktivitetsdagbok, hälften av kontrollgruppen fick stegräknare och aktivitetsdagbok, den andra hälften av kontrollgruppen fick endast vanlig vård. Den vanliga vården innebar att patienterna fick behandling för det de sökte för, men inte specifika verktyg för att öka sin fysiska aktivitet. Alla deltagare fick fylla i en enkät om sina aktivitetsvanor före läkarbesöket samt två och sex månader efter. Efter sex månader hade både kontroll- och interventionsgruppen ökat sin fysiska aktivitetsnivå, interventionsgruppen hade dock ökat sin aktivitetsnivå 20-50 procent mer än kontrollgruppen.

I en litteraturstudie av Bak Sørensen, Skovgaard och Puggaard (2006) undersöktes effekterna av FaR®. Studien visade att patienternas fysiska aktivitetsnivå var signifikant högre för patienter med FaR® än de som inte fick FaR® i hälften av de studier som de granskade. I en randomiserad kontrollerad studie av Petrella, Kovall, Cunningham och Paterson (2003) med syfte att jämföra effekten av FaR® och vanlig vård hos patienter över 65 år framkom det att syreupptagningsförmågan i interventionsgruppen ökade signifikant efter sex och tolv månader. Som slutsats skriver de att primärvårdsläkare kan öka motionen och på så sätt förbättra konditionen hos äldre patienter genom att förskriva FaR®.

I en randomiserad kontrollerad studie av Swinburn, Walter, Arroll, Tilyard och Russell (1998) ingick fysiskt inaktiva patienter. En grupp fick muntliga råd om fysisk aktivitet av en läkare. Den andra gruppen fick FaR® av en läkare. Efter sex veckor blev deltagarna intervjuade via telefon, frågorna handlade om hur mycket de var fysiskt aktiva. För att jämföra om den fysiska aktivitetsnivån var förändrad fick deltagarna samma frågor före och efter den skriftliga ordinationen eller de muntliga råden. Alla deltagares aktivitetsnivå hade ökat efter sex veckor, i den grupp som fått FaR® var skillnaden signifikant.

I en pilotstudie av Leijon och Kallings (2003) framkommer det att de patienter som fått FaR® generellt är positiva. Patienterna uttryckte flera positiva synpunkter bland annat att de tack vare FaR® fått ett nytt liv och en positiv utveckling av deras livssituation.

Sjuksköterskans ansvarsområde

Sveriges hälso- och sjukvård ska enligt lag (SFS, 1982:763) förebygga sjukdom och ohälsa hos Sveriges befolkning. Hälso- och sjukvården ska ge alla patienter individuellt anpassad information om deras hälsotillstånd, metoder för att förebygga sjukdomstillstånd och om den vård och behandling som finns. Om det finns flera behandlingsalternativ till en sjukdom som överensstämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet ska patienten få möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Socialstyrelsen har utformat en kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor (Socialstyrelsen, 2005) för att tydliggöra sjuksköterskeprofessionen. I kompetensbeskrivningen står det att sjuksköterskan ska främja hälsa och förebygga ohälsa och vid behov motivera till förändrade livsstilsfaktorer.

Att ta en anamnes om fysisk aktivitet för att bedöma den nuvarande aktivitetsnivån hos patienten är viktigt för att sjuksköterskan ska kunna rekommendera lämplig aktivitet. Anamnesen bör innehålla uppgifter om någon aktivitet utförs, i så fall vilken, hur mycket patienten rör på sig, hur mycket patienten anser sig hinna med och hur aktiv patienten har varit tidigare. Sedan kan sjuksköterskan använda FYSS för att finna lämpliga aktiviteter som behandling för den sjukdomen patienten lider av. Det är viktigt att ta anamnes för att råden

ska bli individuella och för att aktivitetsnivån ska bli realistisk för patienten, vilket då ökar följsamheten och minskar risken för misslyckande (Leijon et al. 2008).

TEORETISK REFERENSRAM

Studien kommer att bygga på disciplinen vårdvetenskap. Vårdvetenskapens intresseområden är de fyra koncensusbegreppen, människan, hälsan, världen/omgivningen och vårdandet. Som sjuksköterska är det viktigt att vårdandet utgår från patientens perspektiv, som tydliggörs med begreppen välbefinnande/lidande, livsvärld, subjektiv kropp och vårdrelation. Målet med vårdandet är att lindra eller förhindra lidande och att skapa förutsättningar för människor att känna välbefinnande (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003).

Regelbunden fysisk aktivitet är en viktig pusselbit till att förbättra den fysiska och mentala hälsan. Genom förbättrad mental hälsa ökar välbefinnandet, självkänslan och humöret och på så sätt ökar livskvaliteten (Faskunger, Leijon, Ståhle & Lamming, 2007). I Dahlberg et al. (2003) menar Eriksson (1994) att känna välbefinnande är att känna sig som en hel människa och känna ödmjukhet för sitt eget liv. En människa kan uppleva välbefinnande och lidande samtidigt, eftersom lidande kan bero på flera olika orsaker. Lidande kan exempelvis vara sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Vid sjukdomslidande kan människan uppleva att kroppen sviker pga. en långvarig sjukdom, om hon då kan ta kontrollen över sitt liv och sin kropp kan hon uppleva välbefinnande (Ibid.). Fysisk aktivitet kan bl.a. motverka hjärt-kärlsjukdom, typ 2-diabetes och övervikt. Genom ökad motion förbättras den fysiska och funktionella hälsan och på så sätt ökar den kroppsliga och funktionella självständigheten (Faskunger et al. 2007).

Att som vårdare visa intresse för patientens egen berättelse och livshistoria innebär att hon respekterar patientens livsvärld. Livsvärlden är den verklighet som vi dagligen lever i. Alla människor upplever och erfar världen på olika sätt, därför kan ingen fullt ut förstå någon annans livsvärld. Det är genom vår kropp som vi har tillgång till världen, kroppen är något subjektivt och levande, den är inte något objekt utan är både fysisk, psykisk, existentiell och andlig på en och samma gång. Om kroppen förändras på grund av exempelvis en skada eller sjukdom medför detta en förändring av den levda kroppen, och med det tillgången till världen. För att vården ska lindra lidande och främja välbefinnande måste det finnas en fungerande mellanmänsklig vårdrelation mellan vårdare och patient (Dahlberg et al. 2003).

PROBLEMFORMULERING

FaR® har funnits i några år, trots detta har författarna upplevt att det är många i omgivningen som inte känner till vad FaR® är. Detta gäller även kommande legitimerad personal inom sjukvården, de som i framtiden kommer att förskriva FaR®. Bristande kunskap kan vara en anledning till att FaR® inte används, det visas bland annat i en pilotstudie av Leijon och Kallings (2003). Där framkom det också att tidsbrist och svårigheter att identifiera de fysiskt inaktiva patienterna var ett hinder för att förskriva FaR®. Därför vill författarna ta reda på om FaR® används av sjuksköterskor och deras inställning till FaR®. Om FaR® inte används vill författarna veta vad det beror på, om det beror på bristande kunskap eller om det finns andra anledningar. Fysisk aktivitet kan förebygga sjukdom och ohälsa. Det är därför betydelsefullt att kartlägga hur sjuksköterskor inom primärsjukvården i Växjö kommun använder sig av FaR® för att förbättra den fysiska och mentala hälsan hos patienterna.

SYFTE

Syftet med studien var att kartlägga inställning till och användande av fysisk aktivitet på recept (FaR®) hos sjuksköterskor i primärsjukvården inom Växjö kommun.

METOD

Författarna valde att göra en enkätstudie eftersom de anser att den metoden bäst kunde besvara syftet. En enkät är ett frågeformulär med övervägande fasta svarsalternativ som respondenten själv fyller i. En av fördelarna med en enkätstudie är att ett förhållandevis stort urval kan nå jämfört med en intervjustudie. Vid en enkätstudie är risken mindre att respondenten påverkas av intervjuarens sätt att ställa frågor än vid en intervjustudie. Det finns många regler att följa när ett enkätformulär tillverkas för att reliabiliteten och validiteten ska bli hög. Några av dem är att språket i enkäten ska vara enkelt, frågorna ska inte kunna tolkas på mer än ett sätt och frågorna ska ej vara ledande (Ejlertsson, 2005). Det går inte heller att ställa för många frågor. Studien var en tvärsnittsstudie, där attityder och förhållande undersöktes vid ett visst tillfälle utan någon relation framåt eller bakåt i tiden (Ejlertsson, 2003).

Urval

All legitimerad sjukvårdspersonal får förskriva FaR® (Jakobson, 2008), men författarna valde att genomföra studien på sjuksköterskor. För att begränsa antalet deltagare i studien skapades följande inklusionskriterier: deltagarna skulle arbeta på en vårdcentral inom Växjö kommuns gränser och de skulle möta vuxna patienter i sitt dagliga arbete. De sjuksköterskor som exkluderades även fast de arbetade på en vårdcentral var de som endast arbetade på barnvårdscentralen (BVC). Antalet besvarade enkäter var 55 stycken av 75 stycken utsända, de som ej deltog i studien var sjukskrivna, lediga eller valde att inte delta. Alla deltagare var kvinnor och medelåldern var 50 år. Deltagarna hade arbetat mellan 2 och 44 år som sjuksköterskor, medelvärdet var 25 år.

Datainsamling

Enkäten, se bilaga 1, bestod av 13 slutna frågor samt en möjlighet för respondenten att skriva sina egna tankar och synpunkter om FaR®. Enkätfrågorna utformades med hjälp av tidigare enkäter, som använts vid C-uppsatser inom samma ämnesområde (Ahlin & Andersson, 2007; Folkesson, 2003), samt med stöd av litteratur om enkätmetodik (Ejlertsson, 2005; Trost & Hultåker, 2007). Författarna läste igenom Ahlin & Andersson (2007) samt Folkessons (2003) enkäter för att se om deras enkätfrågor kunde användas för att besvara syftet i denna studie. Deras metoddiskussion lästes också igenom för att se vad de själva hade funnit för nackdelar med deras enkäter. Författarna fann då att vissa enkätfrågor gick att använda i denna studie. Fråga tolv har utformats med stöd av Ejlertsson (2005) och Trost & Hultåker (2007).

Enligt Ejlertsson (2005) ska en pilotstudie göras för att undersöka om enkätfrågorna tolkades på det sätt som frågekonstruktörerna tänkt sig. Sju sjuksköterskestudenter i termin sex besvarade enkäten och kom med synpunkter angående den. Sjuksköterskestudenter valdes som testpersoner av enkäten eftersom de liknade den kommande undersökningsgruppen. Det bästa hade varit att genomföra pilotstudien på en grupp sjuksköterskor som arbetade inom primärsjukvården. Eftersom alla sjuksköterskor inom primärsjukvården i Växjö kommun deltog i studien kunde inte pilotstudien genomföras på dem.

För att nå deltagarna till studien kontaktades verksamhetscheferna på de olika vårdcentralerna via telefon. Syftet med studien och dess upplägg förklarades för dem och författarna frågade om tillstånd att kontakta sjuksköterskorna på respektive vårdcentral. Verksamhetscheferna blev även tillfrågade om de anställda sjuksköterskornas e-postadresser så att författarna kunde kontakta dem och sända ut ett följebrev, se bilaga 2. Tillsammans med verksamhetscheferna bestämde författarna ett datum då de kunde besöka respektive vårdcentral för att lämna ut och samla in enkäterna. Författarnas önskan var att få träffa alla respondenterna vid respektive vårdcentral vid ett och samma tillfälle, exempelvis vid ett sjuksköterskemöte. Detta för att författarna då trodde att svarsfrekvensen skulle bli så hög som möjligt. Vid fem av elva vårdcentraler var detta möjligt. Vid de övriga sex vårdcentralerna lämnade författarna enkäterna till en anställd som tog ansvar för att enkäterna blev utdelade och insamlade. Enkäterna hämtades vid ett senare tillfälle av författarna.

Ett följebrev medföljde enkäten. Följebrevet utformades med stöd av Ejlertsson (2005). I följebrevet förklarades syftet med studien, dess deltagare, när enkäten skulle besvaras samt att deltagandet var frivilligt och att svaren skulle behandlas konfidentiellt. Följebrevet sändes även ut via e-post till merparten av deltagarna i studien några dagar innan enkäten skulle besvaras. Ett par verksamhetschefer valde att inte ge författarna sjuksköterskornas e-postadress, därför fick inte alla deltagare följebrevet i förväg.

Dataanalys

Varje fråga i enkäten är en variabel och varje svarsalternativ ett variabelvärde (Trost & Hultåker, 2007). Vid de svarsalternativ som hade en linje där respondenten själv fick sätta ett kryss fritt (fråga 9, 10, 11, 13a, 13b och 13c, se bilaga 1), hade författarna redan förutbestämda svarsalternativ för varje centimeter på linjen. På så sätt fick dessa svarsalternativ ett variabelvärde. Varje variabelvärde fick en kod i form av siffror som användes vid inskrivning i statistikprogrammet Statistical Packages for Social Sciences (SPSS). Statistikprogrammet SPSS sammanställde variabelvärdena och författarna kunde därefter analysera materialet. För att få en överblick av materialet gjorde författarna frekvenstabeller. Frågan *Anser du dig vara tillräckligt fysiskt aktiv?* sammanfördes med frågorna *Har du förskrivit FaR®?* och *Hur ofta diskuterar du fysisk aktivitet med dina patienter?* i två korstabeller, då även ett chi-två värde räknades ut (Ejlertsson, 2003). Detta för att se om det fanns något samband mellan dessa frågor. Signifikansnivån bestämdes till $p < 0,05$. För att beräkna reliabiliteten räknades ett Cronbachs alpha-värde ut. För att beräkna ett Cronbachs alpha-värde sammanställs frågor som samvarierar till ett index. Författarna valde att konstruera fråga 10, 11, 13a, 13b och 13c till ett index eftersom de alla mätte respondenternas inställning till FaR®. Se tabell 1. Cronbachs alpha-värdet blev 0,665. Enligt Ejlertsson (2005) är ett acceptabelt värde omkring 0,7 eller högre.

Tabell 1. De frågor och påståenden som ingick i index. Cronbachs alpha-värde = 0,665.

Fråga 10	Fråga 11	Fråga 13a	Fråga 13b	Fråga 13c
Hur ställer du dig till att ordinera FaR® i förebyggande syfte	Hur ställer du dig till att ordinera FaR® i behandlande syfte	Jag anser att FaR® är ett bra komplement till farmaceutiska recept	Jag anser att förskrivning av FaR® är ett bra tillvägagångssätt för att åstadkomma en livsstilsförändring hos patienten	Jag anser att när det gäller livsstilsförändring kan det vara lika effektivt att ge muntliga råd om fysisk aktivitet som att skriva ut ett recept på det

Etiska överväganden

I följebrevet hade författarna informerat deltagarna om studiens syfte, metod, att deltagandet var frivilligt och att uppgifterna skulle behandlas konfidentiellt. Dessa krav finns beskrivna i Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2004) som är en forskningsetisk deklARATION. Enligt Ejlertsson (2005) får den information författarna fått genom enkäterna endast användas för det syfte enkäten avser. Detta har författarna följt eftersom materialet endast har använts i studien.

RESULTAT

Resultaten som redovisas i procent har avrundats till närmaste heltal, förutom i figur 1.

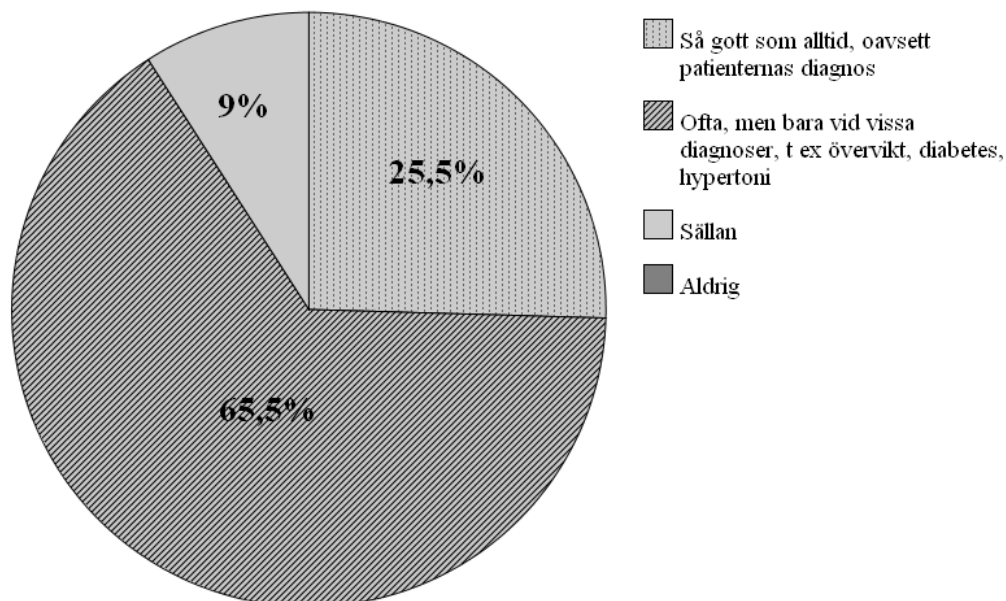
Den totala svarsfrekvensen var 73 %. Alla deltagare i studien var kvinnor, medelåldern var 50 år. Deltagarna hade arbetat som sjuksköterskor mellan 2 och 44 år. Av respondenterna ansåg sig 87 % vara fysiskt aktiva minst 30 minuter per dag av minst måttlig intensitet. Se tabell 2.

Tabell 2. Bakgrundsdata (medelvärde, spridningsmått, antal och andel %).

Sjuksköterskor			n = 55 (100 %)
Ålder	år(spridning)	50(31-66)	
Yrkeserfarenhet	år(spridning)	25(2-44)	
Fysiskt aktiva			
Ja	n(%)	48(87)	
Nej	n(%)	7(13)	

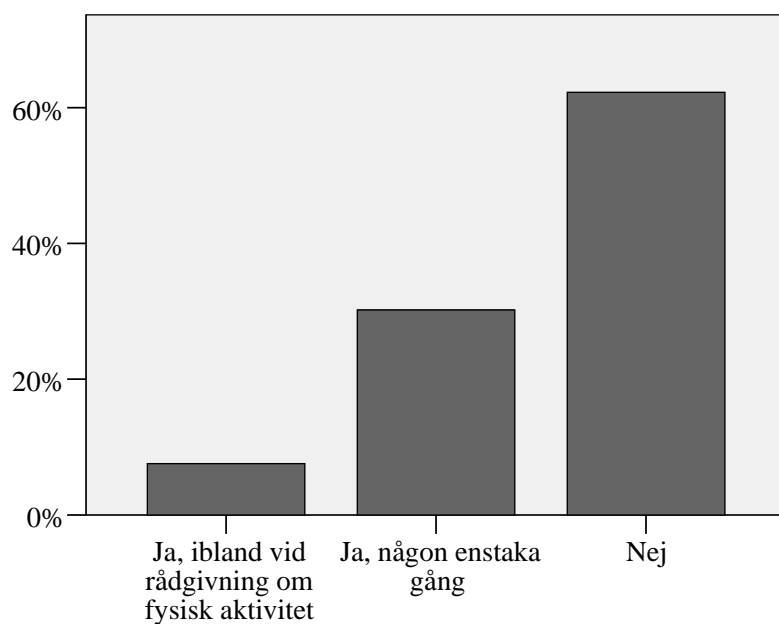
Figur 1 visar hur ofta sjuksköterskorna diskuterade fysisk aktivitet med patienterna. En fjärdedel diskuterade så gott som alltid fysisk aktivitet med patienterna, oavsett deras diagnos. Majoriteten (65,5 %) diskuterade ofta, men bara vid vissa diagnoser, fysisk aktivitet med sina

patienter. Det var 9 % av respondenterna som sällan diskuterade fysisk aktivitet medan ingen angav att de aldrig diskuterar fysisk aktivitet med patienterna.



Figur 1. Andel av respondenterna som diskuterade fysisk aktivitet med patienterna (%).

Figur 2 visar användandet av boken *Fysisk aktivitet i sjukomsprevention och sjukdomsbehandling (FYSS)* vid rådgivning om fysisk aktivitet. Ingen av respondenterna svarade att de så gott som alltid använder FYSS vid rådgivning om fysisk aktivitet, 7 % svarade att de använder FYSS ibland vid rådgivning om fysisk aktivitet. Det var 29 % av respondenterna som hade använt FYSS någon enstaka gång, majoriteten (60 %) hade aldrig använt FYSS. Det var 4 % av respondenterna som valde att inte besvara denna fråga (internt bortfall).



Figur 2. Andel av respondenterna som hade använt sig av FYSS vid rådgivning om fysisk aktivitet (%).

På frågan *Har du förskrivit Fysisk aktivitet på Recept (FaR®)?* svarade 22 % av respondenterna ja och 76 % nej.

Vid frågan om det fanns några hinder med att förskriva FaR® angav 69 % att det inte fanns några hinder, 27 % ansåg att det fanns hinder. De två vanligaste hindren de upplevde var otillräcklig kunskap om förskrivning av FaR® och tidsbrist.

Tabell 3 visar deltagarnas allmänna uppfattning om FaR® som komplement eller ersättning till annan behandling samt deras inställning till att ordinera FaR® i förebyggande och behandlande syfte. Den allmänna uppfattningen om FaR® som komplement eller ersättning till annan behandling var ganska eller mycket positiv. En majoritet av deltagarna var ganska eller mycket positiva till att ordinera FaR® i förebyggande och behandlande syfte.

Tabell 3. Respondenternas allmänna uppfattning om FaR® som komplement eller ersättning till annan behandling samt deras inställning till att ordinera FaR® i förebyggande och behandlande syfte (%).

	Mycket positiv	Ganska positiv	Varken positiv eller negativ	Ganska negativ	Mycket negativ
Vilken är din allmänna uppfattning om FaR® som komplement eller ersättning till annan behandling (n=52)	71	13	9	2	0
Hur ställer du dig till att ordinera FaR® i förebyggande syfte (n=53)	60	22	7	4	4
Hur ställer du dig till att ordinera FaR® i behandlande syfte (n=52)	60	15	18	2	0

På frågan om respondenterna ansåg att det ingick i sjuksköterskeprofessionen att förskriva FaR® svarade 89 % av respondenterna ja och 9 % nej. De som svarade nej menade att det var en eller flera av följande yrkesgruppers uppgift att förskriva FaR® istället för sjuksköterskor: dietister, psykologer, sjukgymnaster och läkare.

Tabell 4 visar respondenternas ställningstagande till påståenden om FaR® och fysisk aktivitet. Majoriteten (80 %) av respondenterna instämde helt i påståendet om att FaR® är ett bra komplement till farmaceutiska recept. Även till påståendet *Förskrivning av FaR® är ett bra tillvägagångssätt för att åstadkomma en livsstilsförändring hos patienten* instämde övervägande delen av respondenterna helt. Av respondenterna instämde 73 % i ganska hög grad eller helt till påståendet *Det är individens eget ansvar att vara fysiskt aktiv*. När det gäller livsstilsförändring hos patienten ansåg hälften av respondenterna att det var lika effektivt att

ge muntliga råd som att förskriva FaR®, medan hälften ansåg att det inte är lika effektivt med att ge muntliga råd som med att förskriva FaR®.

Tabell 4. Respondenternas ställningstagande till påståenden om FaR® och fysisk aktivitet (%).

	Instämmer helt	Instämmer i ganska hög grad	Instämmer i ganska låg grad	Instämmer inte alls
FaR® är ett bra komplement till farmaceutiska recept (n=53)	80	15	2	0
Förskrivning av FaR® är ett bra tillvägagångssätt för att åstadkomma en livsstilsförändring hos patienten (n=54)	80	11	7	0
Det är individens eget ansvar att vara fysiskt aktiv (n=54)	42	31	16	9
När det gäller livsstilsförändring kan det vara lika effektivt att ge muntliga råd om fysisk aktivitet som att skriva ut ett recept på det (n=52)	16	31	29	18

Det fanns inget samband mellan om respondenterna ansåg sig vara tillräckligt fysiskt aktiva och om de hade förskrivit FaR® (p=0,130). Detta visas i tabell 5.

Tabell 5. Visar sambandet mellan om respondenterna ansåg sig vara tillräckligt fysiskt aktiva och om de hade förskrivit FaR®.

Sjuksköterskor n = 54	Anser sig vara tillräckligt fysiskt aktiva				
	Nej	Ja	Total	p-värde	
Har förskrivit FaR®	Nej	7	35	42	0,130
	Ja	0	12	12	
Total		7	47	54	

Tabell 6 visar att det inte fanns något samband mellan om respondenterna ansåg sig vara fysiskt aktiva och hur ofta de diskuterade fysisk aktivitet med patienter (p=0,120).

Tabell 6. Visar sambandet mellan om respondenterna ansåg sig vara tillräckligt fysiskt aktiva och hur ofta de diskuterade fysisk aktivitet med sina patienter.

Sjuksköterskor n = 55		Anser sig vara tillräckligt fysiskt aktiva			
		Nej	Ja	Total	p-värde
Hur ofta diskuterar du fysisk aktivitet med dina patienter?	Så gott som alltid, oavsett patienternas diagnos	0	14	14	0,120
	Ofta, men bara vid vissa diagnoser, t ex övervikt, diabetes, hypertoni	7	29	36	
	Sällan	0	5	5	
Total	7	48	55		

Alla respondenter fick möjlighet att i enkäten skriva ner sina tankar och synpunkter om FaR®. Det som framkom där var bland annat att några av sjuksköterskorna kände sig osäkra på hur mycket och vilken form av fysisk aktivitet som passar olika diagnoser. En av respondenterna uttryckte det såhär ”Bland osäker om patientens diagnos tillåter fysisk aktivitet”. Det framkom också att några av sjuksköterskorna tyckte sig ha för lite utbildning och kunskap om FaR® och dess nytta. Några av sjuksköterskorna skrev att de var positiva till FaR®, men att de inte riktigt kommit igång med att använda det och hoppades att de skulle använda det mer i framtiden.

DISKUSSION

De flesta sjuksköterskorna i studien diskuterar ofta fysisk aktivitet med sina patienter och inställningen till FaR® är övervägande positiv, trots detta är det knappt en fjärdedel som har förskrivit FaR®. De vanligaste hindren till att förskriva FaR® är otillräcklig kunskap om förskrivning av FaR® och tidsbrist. Det är ett fåtal av sjuksköterskorna som använt FYSS vid rådgivning om fysisk aktivitet. De flesta sjuksköterskor anser att det ingick i sjuksköterskeprofessionen att förskriva FaR®.

Metoddiskussion

Vi valde att göra en enkätstudie eftersom vi anser att en enkät bäst hjälper oss att besvara vårt syfte. Vårt syfte var att kartlägga hur sjuksköterskor i primärsjukvården inom Växjö kommun använder sig av fysisk aktivitet på recept (FaR®). En intervjustudie skulle kunna ha genomförts för att delvis besvara syftet, men då hade endast ett fåtal sjuksköterskor kommit till tals. Ejlertsson (2005) skriver att vid en intervju kan frågor och även följdfrågor ställas till respondenten för att få en djupare förståelse för respondentens svar. Vårt intresse var att få en ögonblicksbild över hur alla sjuksköterskor i primärsjukvården inom Växjö kommun använder sig av fysisk aktivitet på recept (FaR®) just nu. Detta gör att en enkätstudie var det

bästa alternativet. Genom att använda en enkätstudie kunde alla sjuksköterskor inom primärsjukvården i Växjö kommun komma till tals och på så sätt skulle studiens resultat kunna generaliseras till dem vid god svarsfrekvens. En nackdel med enkätstudie är att det oftast blir ett internt och extern bortfall som kan påverka studiens resultat, validitet och reliabilitet, vid en intervjustudie undviks detta. Externt bortfall är de enkäter som inte har blivit besvarade.

Den totala svarsfrekvensen var 73 %. Andelen besvarade enkäter var högre på de vårdcentraler där författarna fanns på plats under tiden enkäten besvarades. Om författarna haft längre tid till datainsamlingen hade de troligtvis fått en högre svarsfrekvens. Detta eftersom vissa vårdcentraler inte hade möjlighet att samla sjuksköterskorna vid ett tillfälle under den tiden som författarna gjorde sin datainsamling.

För att kunna generalisera resultatet till sjuksköterskorna inom primärsjukvården i Växjö kommun anser vi att svarsfrekvensen borde ha varit minst 80 %. Svarsfrekvensen i denna studie var 73 %. När urvalet i studien endast bestod av 75 sjuksköterskor anser vi att det är för få svarande för att resultatet ska kunna generaliseras. Om studien hade bestått av fler deltagare och svarsfrekvensen var 73 % anser vi att resultatet hade kunnat generaliseras eftersom varje respondents svar då inte väger lika tungt.

Studien har några interna bortfall. De berörda frågorna är nummer sex och åtta samt 9-13 (se bilaga 1), där några respondenter har valt att inte ta ställning till en eller flera av de frågorna. En av respondenterna valde att inte besvara fråga 9-13, hennes förklaring var att hon inte hade någon utbildning om FaR® eller använt sig av det och därför inte kunde ta ställning till dessa frågor. Denna förklaring tror vi även gäller för de andra interna bortfallen på fråga sex samt 9-13. En av respondenterna har valt att inte besvara fråga sex till nio (se bilaga 1), dessa frågor är samlade på samma sida. Den troliga förklaringen till att dessa frågor inte besvarades är att respondenten missade denna sida i enkäten. Endast en respondent valde att inte besvara fråga nummer åtta, vi kan inte finna någon rimlig förklaring till det.

Vid enkätundersökningar ställs alltid forskaren inför frågan om resultaten är korrekta. Om frågorna i enkäten är ställda på fel sätt, om fel personer har besvarat enkäten eller om många personer inte har besvarat enkäten är det svårt att använda resultatet. För att mäta studiers kvalitet används begreppen validitet och reliabilitet. Validitet i en kvantitativ enkätstudie innebär att enkätfrågan mäter det den är avsedd att mäta. Med reliabilitet menas att upprepade mätningar ger samma resultat (Ejlertsson, 2005). För att stärka kvaliteten i vår enkätstudie valde vi att använda frågor som tidigare använts i snarlika studier. Alternativet hade varit att vi hade konstruerat frågorna i enkäten. Risken att respondenterna skulle missuppfatta frågorna hade då varit större eftersom det är svårt att konstruera frågor på rätt sätt som nybörjare. Genom att använda tidigare konstruerade frågor som har använts i C-uppsatser som har kvalitetsgranskats av deras författare samt av oss med stöd av litteratur om enkätmetodik stärks möjligheten att tydliggöra validiteten i denna studie. Ejlertsson (2005) menar att enkätens layout påverkar svarsfrekvensen, en ologiskt utformad enkät ger ett oseriöst intryck vilket leder till en minskad svarsfrekvens. Vi lät även en testgrupp bestående av sju sjuksköterskestudenter besvara enkäten och komma med synpunkter om frågorna och enkätens utformning. Detta för att se om frågorna tolkades på det sätt vi tänkt oss samt för att se om instruktionerna till hur enkäten skulle fyllas i uppfattades korrekt. Testgruppen ansåg att enkätens utformning var bra, eftersom den var lätt att läsa och fylla i. De hade några synpunkter om enkäten och dess utformning, två av förslagen de gav, ett extra svarsalternativ samt förtydligande av en fråga, använde vi oss av. Då testgruppen uppfattade frågorna på det

sätt som vi tänkt anser vi att ”face validity” är god. Face validity innebär att enkäten vid en första anblick verkar mäta det den är avsedd att mäta (Patel & Tebelius, 1987). Vi hade kunnat utföra en pilotstudie på sjuksköterskor inom primärsjukvården i en annan kommun, men på grund av tidsbrist valde vi att inte göra det. För att mäta reliabiliteten räknades ett Cronbachs alpha-värde ut på ett index bestående av fråga 10, 11, 13a, 13b och 13c (se bilaga 1). Cronbachs alpha-värdet blev 0,665. Enligt Ejlertsson (2005) är ett acceptabelt värde omkring 0,7. Därför är vårt Cronbachs alpha-värde för lågt för att kunna säga att indexet på dessa frågor är reliabelt. När index består av få frågor blir Cronbachs alpha-värdet lägre, därför kan ett lågt Cronbachs alpha-värde accepteras vid få frågor (Ibid). Därmed anser vi att vårt Cronbachs alpha-värde kan accepteras och ger dessa frågor tillräcklig reliabilitet.

Om studien hade inkluderat alla sjuksköterskor som arbetar inom primärsjukvården i Sverige och möter vuxna patienter i sitt dagliga arbete hade validiteten och reliabiliteten blivit högre. I vår studie som bara bestod av 55 respondenter utgör varje respondent en stor andel av det totala antalet respondenter. Det gör att varje svar tydliggörs i resultatet. Om studien hade inkluderat alla sjuksköterskor som arbetar inom primärsjukvården i Sverige hade antalet respondenter varit många fler och då hade inte ett enskilt svar betytt lika mycket för resultatet. Vid en hög svarsfrekvens hade då resultatet kunnat generaliseras till den populationen.

Resultatdiskussion

Det var endast kvinnor som deltog i studien, detta eftersom det endast arbetade kvinnliga sjuksköterskor inom primärsjukvården i Växjö kommun vid datainsamlingstillfället. Vi tror att det är övervägande kvinnor som arbetar som sjuksköterskor på vårdcentraler i Sverige. Därför anser vi att studiens resultat inte påverkas av att det endast var kvinnliga sjuksköterskor som besvarade enkäten. Respondenterna hade arbetat som sjuksköterskor allt från två till 44 år, det är en stor spridning som medför att sjuksköterskor med olika erfarenhetsgrad har kommit till tals.

Majoriteten av respondenterna diskuterar ofta fysisk aktivitet med patienterna och en fjärdedel diskuterar så gott som alltid fysisk aktivitet med patienterna. Det visar att de tycker att främjande av fysisk aktivitet är en del av hälso- och sjukvården. Trots detta är det endast 22 % av respondenterna som har förskrivit FaR®. På påståendet *Det är individens eget ansvar att vara fysiskt aktiv* instämde majoriteten av respondenterna. Detta kan vara en orsak till att endast 22 % av respondenterna har förskrivit FaR®. Det kan även betyda att respondenterna anser att ansvaret att vara fysiskt aktiv ligger på individen och inte på sjukvården. Att endast ett fåtal av respondenterna har förskrivit FaR® kan bero på flera olika orsaker. Några av dem som framkommit i enkäten är brist på tid, kunskap och rutiner. När det finns brist på kunskap och rutiner för FaR® upplever troligtvis många sjuksköterskor att det tar längre tid att både diskutera fysisk aktivitet och förskriva FaR® än att endast diskutera fysisk aktivitet. Detta kan också ses i Leijon och Kallings (2003) rapport om FaR®, där det framkom att de hinder förskrivaren bland annat upplevde var tidsbrist, bristande kunskap om hälsoeffekterna av fysisk aktivitet och svårigheter att identifiera de fysiskt inaktiva patienterna. Därför anser vi att det är betydelsefullt att sjuksköterskorna får mer kunskap om FaR® och skapar rutiner för hur de ska använda sig av FaR®. Genom rutiner och ökad kunskap blir FaR® mer användbart.

När det gäller att få en patient att förändra sin livsstil anser hälften av respondenterna att det är lika effektivt att ge muntliga råd om fysisk aktivitet som att skriva ut FaR®. Hälften av respondenterna anser inte att muntliga råd är lika effektivt som FaR®. En randomiserad kontrollerad studie av Swinburn et al. (1998) visar att den grupp som fick FaR® ökade sin

fysiska aktivitetsnivå mer än den grupp som endast fick muntliga råd om fysisk aktivitet. Det är betydelsefullt att denna information framkommer till sjuksköterskor så att de känner till skillnaden.

I vår studie framkom det att några av respondenterna anser att de har otillräcklig kunskap om FaR®. I FYSS kan en förskrivare söka information om hur fysisk aktivitet kan ordinerars vid olika sjukdomstillstånd (Karlsson & Ståhle, 2008). På enkätfrågan, *Har du använt dig av boken "Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling" (FYSS) för att ge patienter råd om fysisk aktivitet?* svarade 60 % av respondenterna att de aldrig använt FYSS till det. Det kan vara förklaringen till att respondenterna anser sig ha brist på kunskap om FaR®.

I Leijon och Fornanders (2006) rapport om FaR® visar de att fysisk aktivitet på ordination leder till en ökad fysisk aktivitetsnivå hos patienterna. Axelsen et al. (2009) menar att genom att vara fysiskt aktiv minskas risken att drabbas av högt blodtryck, typ II-diabetes, hjärt-kärlsjukdom samt sjukdomar som bröstcancer och tjocktarmscancer. Balans och muskelstyrka förbättras och risk för benskörhet minskar, detta leder till färre fallolyckor och benbrott. Om fler av Sveriges befolkning blir fysiskt aktiva kommer färre individer drabbas av livsstilssjukdomar. Detta medför att belastningen på sjukvården minskar och mer tid kan ägnas åt förebyggande insatser. Därför är det viktigt att sjuksköterskor får kunskap och skapar rutiner för förskrivning av FaR®. Vid förskrivning av FaR® måste förskrivaren ta hänsyn till patientens livsvärld och i samråd med patienten komma fram till vilken form av fysisk aktivitet som bäst passar patienten och hur det ska följas upp. Detta för att respektera patienten och för att en mellanmänsklig vårdrelation mellan vårdare och patient ska kunna skapas (Dahlberg et al. 2003).

Enligt Axelsen et al. (2009) kan fysisk aktivitet användas i både förebyggande syfte och som behandling av sjukdom. Respondenterna i denna studie var mycket eller ganska positiva till att ordinera FaR® i förebyggande och behandlande syfte. Genom att respondenterna är positiva till att ordinera FaR® i förebyggande och behandlande syfte är det större chans att de kommer att använda sig av FaR® än om deras inställning hade varit negativ. En stor del av respondenterna är mycket positiva till FaR® som komplement eller ersättning till annan behandling. Detta gör att FaR® troligtvis kommer att kunna utvecklas och användas i större utsträckning av sjuksköterskorna i primärsjukvården inom Växjö kommun i framtiden. Utbildning och uppföljning av detta arbete kommer att bli en väsentlig del i arbetet med att öka sjuksköterskans användning av FaR®.

I resultatet framkom det att den största andelen av respondenterna ansåg sig vara tillräckligt fysiskt aktiva. I den grupp som inte ansåg sig vara tillräckligt fysiskt aktiva hade ingen förskrivit FaR®. I den grupp som ansåg sig vara tillräckligt fysiskt aktiv hade 12 respondenter förskrivit FaR®, men 35 respondenter hade inte förskrivit FaR®. Därför är inte sambandet signifikant i denna studie. Det finns ändå en antydning till att de som anser sig vara tillräckligt fysiskt aktiva i större utsträckning förskriver FaR® än de som inte anser sig vara tillräckligt fysiskt aktiva. Vid en större studie med fler respondenter som har förskrivit FaR® kanske ett signifikant samband kan ses.

I en pilotstudie för att testa och utvärdera FaR® och FYSS av Leijon och Kallings (2003) visar de att förskrivare som själva är fysiskt aktiva diskuterar fysisk aktivitet i högre grad med sina patienter än de som är fysiskt inaktiva, detta samband var signifikant. I vårt resultat framkom att i stort sett alla diskuterar fysisk aktivitet med sina patienter så gott som alltid

eller ofta. De som så gott som alltid diskuterar fysisk aktivitet med sina patienter anser sig vara tillräckligt fysiskt aktiva. I den grupp som inte anser sig vara tillräckligt fysiskt aktiva diskuterar ingen så gott som alltid fysisk aktivitet med sina patienter. Sambandet är trots detta inte signifikant. Vi drar slutsatsen att det beror på att antalet respondenter som inte ansåg sig vara tillräckligt fysiskt aktiva i denna studie är för få.

Enligt Jakobson (2008) får all legitimerad sjukvårdspersonal förskriva FaR®. De flesta respondenter i studien anser att det ingår i sjuksköterskeprofessionen att förskriva FaR®. De som inte anser att det är en sjuksköterskeuppgift menar att det är en eller flera av följande yrkesgruppers uppgift att förskriva FaR® istället för sjuksköterskor: dietister, psykologer, sjukgymnaster och läkare. Anledningen till att de inte anser att det är en sjuksköterskeuppgift kan bero på att de menar att de andra yrkesgrupperna har mer kunskap om fysisk aktivitet. Därför prioriterar sjuksköterskorna inte detta område som viktigt i sin yrkesutövning. Mer utbildning, stöd och uppföljning i FaR® skulle kunna bidra med en attitydförändring. Utbildningsövningar i hur en sjuksköterska kan motivera till livsstilsförändring och ökad fysisk aktivitet hos patienter borde vara en del i sjuksköterskeutbildningen.

Denna studie kan ses som en pilotstudie inför en studie med fler deltagare i Sverige. Det vore intressant att jämföra sjuksköterskors användande av FaR® samt deras inställning till FaR® mellan olika län i Sverige och med den kunskap de har om FaR®. Denna studie skulle kunna genomföras på nytt på sjuksköterskorna i primärsjukvården inom Växjö kommun om några år för att se om kunskaperna och förskrivning av FaR® har förändrats. Enkäten skulle då kunna utvecklas med en fråga om hur mycket kunskap sjuksköterskorna anser sig ha om FaR® samt var och hur de fått sin kunskap. En intressant frågeställning för framtida forskning är om befolkningen är mer fysiskt aktiv och om andelen med livsstilssjukdomar är färre i de län där FaR® används i högre utsträckning. Forskning om hur patienter upplever att få FaR® förskrivet är även en viktig del i framtida forskning.

Slutsatser

De flesta sjuksköterskor i studien diskuterade ofta fysisk aktivitet med sina patienter. Det visade att de ansåg att fysisk aktivitet är en del av hälso- och sjukvården. Inställningen till FaR® var övervägande positiv, trots detta var det mindre än en fjärdedel (22 %) av respondenterna som hade förskrivit FaR®. De vanligaste hindren till att förskriva FaR® var otillräcklig kunskap om förskrivning av FaR® och tidsbrist. Mer än hälften av sjuksköterskorna hade aldrig använt FYSS vid rådgivning om fysisk aktivitet. Det kan vara en av anledningarna till att respondenterna ansåg sig ha bristande kunskap om FaR®. Sjuksköterskorna i denna studie var övervägande positiva till att ordinera FaR® i förebyggande och behandlande syfte. Det kan göra att FaR® kommer att användas i större utsträckning i framtiden om sjuksköterskor får mer utbildning och uppföljning av sitt arbete med att förskriva FaR®.

*De som tror att de inte har tid med fysisk aktivitet
måste förr eller senare avsätta tid för sjukdom
– Edvard Stanley*

REFERENSER

Ahlin, S. & Andersson, C. (2007). *Studenters inställning till fysisk aktivitet på recept – ger yrkesutbildningen förutsättningar för studenterna att arbeta med metoden?* Högskolan Kristianstad: Institutionen för hälsovetenskaper.

Aittasalo, M., Miilunpalo, S., Kukkonen-Harjula, K. & Pasanens, M. (2006). A randomized intervention of physical activity promotion and patient self-monitoring in primary health care. *Preventive Medicine* 42, 40-46.

Axelsen, M., Danielsson, M., Norberg, M & Sjöberg, A. (2009). Matvanor och fysisk aktivitet. I: *Folkhälsorapport 2009*. Västerås: Edita Västra Aros.

Bak Sørensen, J., Skovgaard, T. & Puggaard, L. (2006). Exercise on prescription in general practice: A systematic review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 24, 69-74.

Börjesson, M., Kjeldsen, S. & Dahlöf, B. (2008). Hypertoni. I: Ståhle, A. (red) *FYSS 2008: fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, 2 uppl.* Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud B-O. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Ejlertsson, G. (2003). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.

Ejlertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken – En handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Emtner, M. (2008). Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL). I: Ståhle, A. (red) *FYSS 2008: fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, 2 uppl.* Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Faskunger, J., Leijon, M. Ståhle, A. & Lamming, P. (2007). *Fysisk aktivitet på recept (FaR®): en vägledning för implementering*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Folkesson, M. (2003). *Läkares och sjukgymnasters inställning till fysisk aktivitet på recept – en enkätstudie*. Högskolan i Halmstad: Sektionen för hälsa och samhälle.

Hagströmer, M. & Hassmén, P. (2008). Bedöma och styra fysisk aktivitet. I: Ståhle, A. (red) *FYSS 2008: fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, 2 uppl.* Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Jakobson, K. (2008). Fysisk aktivitet på recept (FaR), Vårdguiden, Stockholms läns landsting www.vardguiden.se/templates/Article.aspx?c=3405 hämtat 3 april 2009.

Karlsson, J. & Ståhle, A. (2008). Bakgrund. I: Ståhle, A. (red) *FYSS 2008: fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, 2 uppl.* Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Leijon, M. & Fornander, L. (2006). *Fysisk aktivitet på recept (FaR) i Östergötland 2005 – Lovande resultat, men receptet för framtiden ligger i en ännu bättre samverkan*. Linköping: Folkhälsovetenskapligt centrum i Östergötland.

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

Leijon, M., Kallings, L., Faskunger, J., Lærum, G., Börjesson, M. & Ståhle, A. (2008). *Främja fysisk aktivitet. I: Ståhle, A. (red) FYSS 2008: fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, 2 uppl.* Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Patel, R. & Davidson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder – att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.

Patel, R. & Tebelius, U. (1987). Om säkerhet vid insamlande av information. I: Patel, R & Tebelius, U. (red) *Grundbok i forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Petrella, R.J., Kovall, J.J., Cunningham, D.A. & Paterson, D.H. (2003). Can primary care doctors prescribe exercise to improve fitness? The Step Test Exercise Prescription (STEP) project. *American Journal of Preventive Medicine* 24, 316-322.

Puig Ribera, A., McKenna, J. & Riddoch, C. (2005). Attitudes and practices of physicians and nurses regarding physical activity promotion in the Catalan primary health-care system. *European Journal of Public Health* 15(6), 569-575.

SFS, 1982:763 *Hälso- och sjukvårdslagen*.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). (2007). *Metoder för att främja fysisk aktivitet: en systematisk litteraturöversikt*. Mölnlycke: Elanders Infologistics Väst AB.

Strandell, A., Tranquist, J., Kallings, L. & Lamming, P. (2002). *Sätt Sverige i rörelse 2001 – redovisning och erfarenheter*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.

Swinburn, B A., Walter, L G., Arroll, B., Tilyard, M W. & Russell, D G. (1998). The green prescription study – A randomized controlled trial of written exercise advice provided by general practitioners. *American Journal of Public Health* 88(2), 288-291.

The world medical association (2004). Helsingforsdeklarationen. www.wma.net/e/policy/b3.htm hämtat den 20 april 2009.

Trost, J. & Hultåker, O. (2007). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur.

Östenson, C-G., Birkeland, K. & Henriksson, J. (2008). Diabetes mellitus – typ 2-diabetes. I: Ståhle, A. (red) *FYSS 2008: fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, 2 uppl.* Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

ENKÄT OM FYSISK AKTIVITET PÅ RECEPT (FaR®) OCH FYSISK AKTIVITET I SJUKDOMSPREVENTION OCH SJUKDOMSBEHANDLING (FYSS)

Besvara frågorna med endast ett kryss som svarsalternativ, om inget annat anges.

Fråga 1-4 handlar om dig och din bakgrund

1. Ange ditt kön Kvinna
Man
2. Ange din ålder _____ år
3. Hur många års yrkeserfarenhet
 som sjuksköterska har du? _____ år

Enligt de nationella rekommendationerna för fysisk aktivitet bör alla individer vara fysiskt aktiva sammanlagt minst 30 minuter per dag med måttlig intensitet (motsvarande rask promenad).

4. Med hänvisning till ovanstående rekommendation, anser du dig vara tillräckligt fysiskt aktiv? Ja
Nej

Fråga 5-13 handlar om Fysisk aktivitet på Recept (FaR®) och fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (FYSS)

5. Hur ofta diskuterar du fysisk aktivitet med dina patienter? Så gott som alltid, oavsett patienternas diagnoser
Ofta, men bara vid vissa diagnoser, t ex övervikt, diabetes, hypertoni
Sällan
Aldrig

6. Har du använt dig av boken *fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (FYSS)* för att ge patienter råd om fysisk aktivitet?

- Ja, så gott som alltid vid rådgivning om fysisk aktivitet
- Ja, ibland vid rådgivning om fysisk aktivitet
- Ja, någon enstaka gång
- Nej

7. Har du förskrivit Fysisk aktivitet på Recept (FaR®)?

- Ja
- Nej

8. Anser du att det finns några hinder för dig som sjuksköterska att skriva ut Fysisk aktivitet på Recept (FaR®)?

- Ja
- Nej

Om du svarat *ja*, kryssa i de hinder du upplever (flera alternativ kan väljas)

- Otillräcklig kunskap om effekterna av fysisk aktivitet
- Otillräcklig kunskap om rådgivning av fysisk aktivitet
- Otillräcklig kunskap om förskrivning av Fysisk aktivitet på Recept (FaR®)
- Bristande tilltro till patienternas följsamhet
- Svårighet att följa upp patienternas följsamhet
- Tidsbrist
- Annat, ange vad:

9. Vilken är din allmänna uppfattning om Fysisk aktivitet på Recept (FaR®) som komplement eller ersättning till annan behandling?

(Markera med ett kryss på linjen)

Mycket
positiv

Mycket
negativ

|—————|

10. Hur ställer du dig till att ordinera Fysisk aktivitet på Recept (FaR®) i förebyggande syfte?
(Markera med ett kryss på linjen)

Mycket positiv

Mycket negativ

11. Hur ställer du dig till att ordinera Fysisk aktivitet på Recept (FaR®) i behandlande syfte?
(Markera med ett kryss på linjen)

Mycket positiv

Mycket negativ

12. Anser du att det ingår i din profession som sjuksköterska att förskriva Fysisk aktivitet på Recept (FaR®)?

Ja

Nej

Om du svarat nej, kryssa i den yrkesgrupp du tycker ska förskriva recept istället för sjuksköterskor
(flera alternativ kan väljas)

Dietist

Psykolog

Arbetsterapeut

Sjukgymnast

Läkare

Annan,

ange vilken/vilka:

13. Jag anser att...
(Markera med ett kryss på linjen)

Instämmer helt

Instämmer inte alls

a) Fysisk aktivitet på Recept (FaR®) är ett bra komplement till farmaceutiska recept

b) förskrivning av Fysisk aktivitet på Recept (FaR®) är ett bra tillvägagångssätt för att åstadkomma en livsstilsförändring hos patienten

c) när det gäller livsstilsförändring kan det vara lika effektivt att ge muntliga råd om fysisk aktivitet som att skriva ut ett recept på det

Jag anser att...

(Markera med ett kryss på linjen)

Instämmer
helt

Instämmer
inte alls

**d) det är individens eget ansvar
att vara fysiskt aktiv**

|—————|

Har du några övriga tankar eller synpunkter om Fysisk aktivitet på Receipt (FaR®) är du välkommen att skriva det här:

Tack för din medverkan!

Till dig som arbetar som sjuksköterska på X vårdcentral!

Sedan 2001 har fysisk aktivitet kunnat förskrivas på recept (FaR®). Syftet med studien är att undersöka på vilket sätt sjuksköterskor använder sig av Fysisk aktivitet på Recept (FaR®). Vi har valt att i vår C-uppsats undersöka sjuksköterskors förskrivande av FaR®.

Vi sänder ut en enkät till dig och övriga sjuksköterskor som arbetar på vårdcentralerna i Växjö kommun. Det tar ca 5 minuter att besvara frågorna.

Ditt deltagande i undersökningen är naturligtvis frivilligt, men det är betydelsefullt för undersökningens genomförande att enkäten besvaras. Vi kommer till din vårdcentral den X för att dela ut enkäten.

Svaren kommer att behandlas konfidentiellt!

I enkätens högra hörn finns ett löpnummer för att vi ska veta vilka som fått och återlämnat enkäten. Svaren kommer att databehandlas utan identitetsuppgifter och kommer alltså inte kunna kopplas till dig som person. Namnlistan med löpnummer kommer att förstöras när enkätundersökningen är genomförd.

Har du frågor eller synpunkter på enkäten kommer vi att finnas på plats för att besvara dem. Är det något du undrar innan eller efter enkäten är besvarad är du välkommen att ringa eller e-posta till Emma Agerbjer, Marie Karlsson eller Eva Nilsson.

Tack på förhand att du tar dig tid att besvara frågorna för att öka kunskaperna om sjuksköterskors användande av FaR®!

Växjö, april 2009

Emma Agerbjer
Sjuksköterskestuderande
E-post: X
Tel: XXXX-XXX XXX

Marie Karlsson
Sjuksköterskestuderande
E-post: X
Tel: XXXX-XXX XXX

Eva Nilsson
Handledare
E-post: X
Tel: XXXX-XXX XXX