

# Etiska aspekter i samband med förskrivning av Fysisk aktivitet på recept

FÖRFATTARE	Eva Edwartz och Frida Brinck Davidsson
PROGRAM/KURS	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska, 75 hp Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot primärvård, OM5310 HT 2012
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Eva Lidén
EXAMINATOR	Kristin Falk

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

*Vi vill tacka vår handledare Eva Lidén för de goda råd och den vägledning hon gett oss under arbetes gång. Vi vill också rikta ett stort tack till de distriktssköterskor som medverkat i studien.*

Titel (svensk):	Etiska aspekter i samband med förskrivning av Fysisk aktivitet på recept.
Titel (engelsk):	Ethical aspects associated with prescribing Exercise on Prescription.
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program:	Specialistsjuksköterska med inriktning mot distriktssköterska, 75 hp.
Kurs/kurskod:	Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot primärvård/OM5310
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	39 sidor
Författare:	Eva Edwartz och Frida Brinck Davidsson
Handledare:	Eva Lidén
Examinator:	Kristin Falk

## SAMMANFATTNING

**Introduktion:** I det hälsofrämjande arbetet, som är en del av distriktssköterskans specialistkompetens, är rådgivning en grundläggande arbetsuppgift. Socialstyrelsen menar att hälso- och sjukvårdspersonal i sitt hälsofrämjande arbete behöver ställa frågor om levnadsvanor i större utsträckning än vad som görs idag. Ibland kan det dock finnas skäl till att inte ta upp dessa frågor med en patient. Om frågorna inte känns relevanta finns det en risk att de upplevs som kränkande, vilket i förlängningen skulle kunna leda till skuldbeläggning och obehag och därigenom skapa ytterligare ohälsa. *Fysisk aktivitet på Recept (FaR)* är en metod som innebär att patienten får ett recept förskrivet på individuellt anpassad fysisk aktivitet. **Syfte:** Att belysa etiska aspekter i samband med förskrivning av FaR, ur ett distriktssköterskeperspektiv. **Metod:** Kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats användes som metod i pilotstudien. Fyra distriktssköterskor som arbetar på olika vårdcentraler deltog i semistrukturerade intervjuer. **Resultat:** Distriktssköterskorna upplevde inga etiska svårigheter i arbetet med FaR men uppfattade att situationen kunde upplevas som känslig för patienten. De påpekade att det aldrig säkert går att veta hur patienten uppfattar situationen. Patientens förkunskaper och positiva inställning till att få hjälp ansågs bidra till att göra arbetet med FaR mindre laddat. I de fall då distriktssköterskorna upplevde att patienten kände skuld och skam handlade det om känslor som fanns hos patienten redan innan mötet med distriktssköterskan. Att ha ett respektfullt förhållningssätt och att vara lyhörd och empatisk framhölls som viktigt för att inte skapa obehagskänslor hos patienten. För att undvika obekväma situationer använde distriktssköterskorna sig av olika pedagogiska verktyg. Möjligheten att träffa patienten flera gånger och bygga upp ett förtroende, ansågs också minska risken för obekväma situationer. Att se det positiva och det som fungerar samt att ge anpassat stöd var sätt att komma vidare då patienten upplevde känslor av misslyckande. **Konklusion:** Ingen av distriktssköterskorna upplevde några större etiska svårigheter i arbetet med FaR, men samtliga hade ett flertal strategier för att inte väcka obehagskänslor hos patienter.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Advice is a fundamental part of the health promotion work performed by the district nurse. The National Board of Health and Welfare argues that health care professionals need to ask questions about lifestyle habits in their health promotion work to a greater extent than they do today. Sometimes, though, there may be reasons not to raise these issues with a patient. If the questions don't feel relevant, there is a risk that they are perceived as offensive, which ultimately could lead to guilt and discomfort, thereby creating additional health problems. FaR stands for Exercise on Prescription, and is a method whereby the patient receives a prescription for individualized physical activity. **Purpose:** To describe ethical issues associated with prescribing FaR, from the perspective of the district nurse. **Method:** Qualitative content analysis with inductive approach was used as a method in the pilot study. Four district nurses working at various Healthcare centers participated in semi-structured interviews. **Results:** The district nurses felt no ethical difficulties working with FaR but realized that the health promotion situation could be perceived as sensitive to the patient. They pointed out that one could never be certain exactly how the patient perceives this situation. The patient's knowledge and positive attitude towards getting help makes working with FaR less contentious. In cases where the district nurses sensed that the patient felt guilt and shame, the patient already had these feelings before meeting with the district nurse. Having a respectful attitude and being sensitive and empathetic were pointed out as important not to create discomfort for the patient. To avoid creating uncomfortable situations the district nurses also used different pedagogical tools. The opportunity to meet with the patient several times and build trust also reduced the risk of uncomfortable situations. By affirming what is positive and what works, and to provide tailored support was the way forward when the patient experienced feelings of failure. **Conclusion:** None of the district nurses experienced any major ethical difficulties in the process of FaR, but all had a number of strategies not to create discomfort in patients.

**Keywords:** District nurse, Exercise on Prescription, Ethical aspects, Experience.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INTRODUKTION</b> .....	1
INLEDNING .....	1
BAKGRUND .....	1
Distriktssköterskans folkhälsouppdrag .....	1
FYSS och FaR .....	3
Styrdokument .....	3
ETIK .....	5
Omvårdnadsetik .....	5
Etiska värden .....	5
Normativ etik .....	6
Att utveckla etisk kompetens .....	7
TIDIGARE FORSKNING .....	9
Vårdpersonalens perspektiv .....	10
Patientens perspektiv .....	11
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b> .....	14
<b>SYFTE</b> .....	14
<b>METOD</b> .....	14
URVAL .....	15
DATAINSAMLING .....	15
DATAANALYS .....	16
PILOTSTUDIEN .....	16
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN .....	18
<b>RESULTAT</b> .....	20
VÄLJER ATT SE MÖJLIGHETER .....	20
Att reflektera och tolka .....	20
<i>Upplever inga etiska svårigheter</i> .....	21
<i>Självreflektion</i> .....	21
<i>Patientens önskan om hjälp</i> .....	22
<i>Patientens känsla av otillräcklighet</i> .....	22
Att förhålla sig .....	23
<i>Att vara respektfull</i> .....	23
<i>Att vara lyhörd</i> .....	23
<i>Att vara empatisk</i> .....	24

Att handla.....	25
<i>Tar hjälp av pedagogiska verktyg</i> .....	25
<i>Kontinuitet skapar förtroende</i> .....	25
<i>Väljer att se det positiva</i> .....	26
<i>Ger anpassat stöd</i> .....	26
<b>DISKUSSION</b> .....	27
METODDISKUSSION.....	27
RESULTATDISKUSSION.....	30
Slutord.....	35
Arbetsfördelning.....	36
<b>REFERENSLISTA</b> .....	37

## **BILAGOR**

1. Forskningspersonsinformation
2. Intervjuguide

# INTRODUKTION

## INLEDNING

Som distriktssköterskor kommer vi att arbeta med folkhälsa och omvårdnad som våra huvudområden. Medan folkhälsovetenskap handlar om stora befolkningsgrupper och undersökningar av hälsa på gruppnivå handlar omvårdnadsvetenskap om mötet med den enskilda individen. Vilka etiska frågor väcks när de två perspektiven möts? I det hälsofrämjande arbetet som är en del av distriktssköterskans specialistkompetens är rådgivning en grundläggande arbetsuppgift. Enligt Distriktssköterskeförbundet i Sverige (1) ska distriktssköterskan självständigt kunna utföra och utvärdera:

*”rådgivningens etiska dilemma för att uppnå en balans mellan hälsofrämjande omsorg och aktivt uppmuntra patientens självbestämmande” (1, s.12)*

Vi har kommit att intressera oss för om distriktssköterskan upplever några etiska svårigheter eller problem kring dessa arbetsuppgifter. Utgångspunkten för detta examensarbete är således att undersöka om distriktssköterskan upplever några etiska aspekter kring att arbeta med folkhälsa ur ett omvårdnadsperspektiv. För att göra arbetet mer greppbart har vi valt att fokusera på distriktssköterskor som arbetar med Fysisk aktivitet på recept (FaR).

## BAKGRUND

### Distriktssköterskans folkhälsouppdrag

Distriktssköterskans kompetensområde sträcker sig över fyra olika områden. Dessa är omvårdnad/vårdvetenskap, medicinsk vetenskap, folkhälsovetenskap samt beteendevetenskap/inriktning vårdpedagogik (1). International Council of Nurses (ICN) har tagit fram ICN:s Etiska Kod för Sjuksköterskor (2) där att främja hälsa, att förbygga sjukdom, att återställa hälsa samt att lindra lidande beskrivs som sjuksköterskans grundläggande ansvarsområden. Vidare går att läsa att det:

*”I vårdens natur ligger respekt för mänskliga rättigheter, kulturella rättigheter, rätten till liv, till värdighet och till att behandlas med respekt” (2, sid 3).*

I Kompetensbeskrivningen för distriktssköterskor (1) framgår att distriktssköterskan ur ett omvårdnadsperspektiv ska visa respekt för individens val i arbetet med enskilda patienter. Det vill säga att behålla fokus på patientens upplevelse av hälsa och livsstil samtidigt som hon eller han vidtar åtgärder för att behandla och lindra sjukdom, symtom och handikapp.

Distriktssköterskans etiska förhållningssätt syftar till att genom lyhördhet, närvaro och bekräftelse stödja patientens integritet och autonomi. Vidare framgår att distriktssköterskan ur ett folkhälsoperspektiv ska ha fördjupade kunskaper i både vad som är folkhälsans bestämningsfaktorer samt vilka tillvägagångssätt hon eller han ska använda för att kunna bedriva ett hälsofrämjande arbete på individ-, grupp- och samhällsnivå. En del av distriktssköterskans medicinska kunskap är att kunna bedöma behovet av träning och fysisk aktivitet för en patient, samt initiera detta. I sitt utövande av vårdpedagogik ska hon eller han kunna handleda och ge stöd till patienten utifrån fördjupade kunskaper i kommunikation och samtalsmetodik, samtidigt som individens egen makt och förmåga att fatta beslut stärks. Fokus ska ligga på patientens egenvårdsförmåga och delaktighet i vården.

Folkhälsoområdets traditionella mål har sedan dess genombrott under 1800-talet varit att främja befolkningshälsan. Utifrån detta mål ligger fokus på att befolkningens behov av hälso- och sjukvårdsinsatser som helhet minimeras. Detta innebär att individer med mindre behov av sjukvårdande insatser kan prioriteras framför de med större behov, därför att befolkningshälsan som helhet gynnas mer effektivt då. Denna strategi att i första hand se till befolkningens hälsa som helhet gör det praktiskt möjligt att ha en allmänt tillgänglig hälso- och sjukvård. Sedan 70-talet har synen på vad som är folkhälsoområdets mål gradvis förskjutits och vården som rättvis fördelning och självbestämmande har lyfts fram. En satsning på rättvis fördelning har rent praktiskt tagit sig uttryck i exempelvis en ökning av riktade åtgärder till svagare grupper i samhället. Bakgrunden till ett ökat fokus på den enskilda individens självbestämmande finns i en växande kritik mot de kollektiva lösningar som traditionellt använts och som bortsett från det som inom vårdetik är ett centralt värde, det vill säga att låta enskilda individer själva avgöra om de vill bli föremål för olika hjälpinsatser eller inte. Detta innebär att man mer och mer har börjat satsa på åtgärder där man erbjuder hjälp till befolkningen och där denna hjälp också är rättvist fördelad. På detta sätt ges utrymme för individen att själv bestämma om hon eller han vill ta del av åtgärderna eller inte. Trots att folkhälsoprofessionen har berörts av de yrkesetiska regler och riktlinjer som är etablerade inom hälso- och sjukvården, liksom inom medicinsk forskning, finns det dock inte någon formulerad yrkesetik inom folkhälsoområdet, vilket även är genomgående för hela Europa (3).



## **FYSS och FaR**

FYSS/FaR är en arbetsmetod för att öka fysisk aktivitet hos individen. FYSS står för *FYSisk aktivitet i Sjukdomsprevention och Sjukdomsbehandling* och är en informationsbank för personal inom hälso- och sjukvården. Den ges ut både i bokform och kan läsas på internet. Dess innehåll är en sammanfattning av hur olika sjukdomstillstånd kan förebyggas och behandlas med hjälp av fysisk aktivitet samt förslag på olika motionsaktiviteter, råd om hur FaR kan ordinerats samt vilka specifika risker det finns för fysisk aktivitet för olika patientkategorier (4). FaR är själva metoden som innebär att patienten får ett recept förskrivet på individuellt anpassad fysisk aktivitet, på motsvarande sätt som ett läkemedel. Det är viktigt att en anamnes tas innan ordinationen och att behandlingsresultatet sedan följs upp. På receptet står vilken typ av aktivitet som ordinerats, aktivitetens intensitet och frekvens samt längden på behandlingsperioden (4, 5, 6). Receptet kan gälla en aktivitet som patienten utför på egen hand men även på gruppaktiviteter eller andra aktiviteter som organiseras av någon friskvårdsaktör. Dessa aktiviteter kan se olika ut i olika landsting varför det är viktigt med samverkan mellan förskrivare och friskvårdsorganisationer (4). FaR får förskrivas av all legitimerad personal inom hälso- och sjukvården förutsatt att god kompetens och kunskap finns hos vederbörande. Vidare ska ordinationen dokumenteras i patientjournalen, i enlighet med 3 § i patientjournallagen. Detta gäller även för muntliga råd (6).

## **Styrdokument**

Socialstyrelsen gav 2011 ut *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder – stöd för styrning och ledning* (5), vilket är en del i att ge hälsofrämjande och förebyggande perspektiv en mer central ställning inom hälso- och sjukvården. Riktlinjerna fokuserar på fyra ohälsosamma levnadsvanor samt ger råd kring vilka metoder som kan användas för att hjälpa patienter till en förändrad livsstil. De olika områdena är tobaksbruk, riskbruk av alkohol, ohälsosamma matvanor samt otillräcklig fysisk aktivitet. Socialstyrelsen bedömer att det bedrivs hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande vård runt om i landet idag men att skillnaderna är stora mellan olika landsting och vårdenheter på grund av avsaknad av en enhetlig praxis. Vid otillräcklig fysisk aktivitet rekommenderar Socialstyrelsen att patienten erbjuds rådgivande samtal tillsammans med skriftlig ordination eller stegräknare samt särskild uppföljning.

Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, (7) gjorde 2004 en sammanfattande litteraturöversikt över metoder för att främja fysisk aktivitet. Starkast evidens hade att ge

rådgivning till patienter. Rådgivning i kombination med ordination, dagbok, informationsbroschyr eller stegräknare och/eller upprepade kontakter och uppföljning kunde leda till ytterligare effekt. Primärvården i Västra Götalandsregionen genomgick 2009 en stor omorganisering då vårdval infördes. För att en vårdverksamhet ska bli godkänd och få bedriva vård inom det som nu kallas VG Primärvård krävs att målen i *Krav och Kvalitetsboken* (8) uppfylls. För hälsofrämjande förhållningssätt och sjukdomsförebyggande insatser gäller att:

*”Vårdenheten ska på individ- och gruppnivå systematiskt arbeta med hälsofrämjande och förebyggande åtgärder, ge råd om egenvård samt arbeta för tidig upptäckt av hälsorisker. Insatserna ska särskilt riktas mot tobak, alkohol/droger och övervikt/fetma. Insatser skall följas upp och rutiner och metoder ska dokumenteras. Strukturerade hälsosamtal och förskrivning av fysisk aktivitet (FaR) ska erbjudas” (8, sid14).*

Vidare framgår att FaR ingår som en av fyrtio kvalitetsindikationer för målrelaterad ersättning inom VG Primärvård. Detta innebär således att en vårdcentral inte bara är skyldig att erbjuda FaR utan också får ekonomisk ersättning enligt fastställda regler när ett visst antal recept förskrivs (8). Socialstyrelsen menar att hälso- och sjukvårdspersonal i sitt hälsofrämjande arbete bör ställa frågor om levnadsvanor i större utsträckning än vad de gör idag. Ibland kan det dock finnas skäl till att inte ta upp frågan med en patient. Om frågan inte känns relevant för patienten finns det en risk att den upplevs som kränkande, vilket i förlängningen skulle kunna leda till skuldbeläggning och obehag och därigenom skapa ytterligare ohälsa. Vårdpersonalen måste vara lyhörd för patientens inställning och göra en enskild bedömning vid varje möte (5). Även i SBU:s rapport om metoder för att främja fysisk aktivitet (7) lyfts de etiska och sociala aspekterna fram:

*”Tillämpningen av olika metoder för att främja fysisk aktivitet kan inkräkta på en patients privatsfär, livsprojekt, värderingar och åsikter. Det är därför viktigt att man är uppmärksam på denna risk och undviker att kränka patientens rätt till medbestämmande, vilket kan resultera i motsatt effekt. Om vårdansvarig personal anser sig veta bättre än patienten själv vad som är bäst för patienten och låter detta styra handlandet, vilket brukar kallas ett paternalistiskt förhållningssätt, så är det kränkande – även om det sker i all välmening – eftersom det innebär att man omyndigförklarar patienten” (7, Etiska och sociala aspekter).*

## **ETIK**

### **Omvårdnadsetik**

Omvårdnad kan ses som en moralisk verksamhet där själva grunden och idén är att göra det som är gott och rätt för andra människor. Då omvårdnad till stor del handlar om vardagsnära möten mellan patienten och sjuksköterskan och där relationen dem emellan är central, är närhet en förutsättning för den etiska beslutsprocess som leder fram till den etiskt goda handlingen (9). Malmsten (10) menar att all omvårdnad har en etisk dimension. Patientens och sjuksköterskans relation är, sett ur ett maktperspektiv, asymmetrisk. Patienten är oftast i beroendeställning medan sjuksköterskan besitter både kunskaper och befogenheter. Enligt Sarvimäki (9) är utgångspunkten för den etiska omvårdnaden att sjuksköterskan respekterar patientens integritet och rätt till självbestämmande, vilket även innefattar respekt för patientens val av livsstil. Vidare menar Sarvimäki att som människor är både sjuksköterskan och patienten ansvariga för sina egna handlingar och frågan om var gränsen går mellan deras respektive ansvar är en av de svåraste etiska frågorna inom omvårdnaden. Det finns inga entydiga svar, utan kräver en återkommande etisk reflektion.

Sarvimäki (9) tar upp begreppet sårbarhet som centralt inom omvårdnadsetiken. Enligt den existentialistiska filosofin är sårbarhet ett grundvillkor för att vara människa. Två olika dimensioner beskrivs av begreppet. Dels kan individen vara svag, skör och ömtålig, känna sig oskyddad mot fysiska eller verbala angrepp, känna sig utsatt, ”hudlös”, uppleva sig som i en ”riskzon” för någonting. Detta kan göra individen lätt att såra eller skada fysiskt och själsligt. Individen kan också vara sårbar i bemärkelsen mottaglig och sensitiv, vilket kan ses som en egenskap och något positivt. I relationer till andra kan sårbarhet och känslighet bli en resurs som bidrar till att bättre kunna förstå och sätta sig in i andras situation, samt lättare uppfatta deras behov och önskemål.

### **Etiska värden**

Till grund för etiken ligger de etiska värdena, vilka är abstrakta föreställningar som uttrycker vad som uppfattas som betydelsefullt och bra att sträva efter och förverkliga, samt det som är mindre bra och bör undvikas. De mest betydelsefulla värdena inom omvårdnad idag och som ligger till grund för sjuksköterskans etiska ställningstagande är människors lika värde, integritet, självbestämmande, respekt, värdighet och rättvisa (9). Svensk sjuksköterskeförening gav 2010 ut Sveriges och professionens första nationella *Värdegrund för omvårdnad*. Dokumentet beskriver centrala värden av betydelse för omvårdnad med avsikt

att skapa en etisk plattform och ett gemensamt förhållningssätt i arbetet, samt skapa förutsättningar för att utveckla etisk kompetens och ge vägledning i samtal och reflektioner kring etiska ställningstaganden (11). Som redan nämnts har värden som självbestämmande och rättvisa på senare år alltmer även kommit att betonas inom folkhälsoprofessionen (3).

### **Normativ etik**

Ett område inom kunskapsfältet etik som har haft betydelse för omvårdnad är den normativa etiken, i vilken olika teorier försöker besvara frågan om vad som gör en handling moraliskt värdefull. Teorierna argumenterar för grundläggande principer, ideal, dygder och värden, samt ställer upp moraliska riktlinjer som kan betraktas som handlingsföreskrifter. Teorierna koncentrerar sig ofta på värdekonflikter, det vill säga på situationer där det kan vara värdefullt att handla både på det ena och på det andra sättet. Inom den normativa etiken finns ett flertal teorier, där de två största och mest inflytelserika traditionella riktningarna är konsekvensetik och pliktetik. Konsekvensetik fokuserar på de konsekvenser en viss handling ger. Handlingen har alltså inget moraliskt värde i sig, utan dess värde avgörs enbart av vilka konsekvenser som uppnås. Traditionella folkhälsomål kan ses som konsekvensetiska då fokus är på befolkningen som helhet, snarare än på den enskilde individen. Pliktetik utgår däremot från själva handlingen, som har ett värde i sig, oberoende av vilka konsekvenser den medför. Moraliskt goda handlingar betecknas som ”plikter” och kan komma som påbud utifrån, genom olika regler, lagar eller principer eller inifrån individen själv genom hennes egen inre morallag, som säger vad som är rätt eller orätt. Omvårdnad har historiskt sett haft pliktetiska inslag, då sjuksköterskeyrket tidigare ansågs vara ett ”kall” (9, 12).

Två normativa teorier som idag har stort inflytande inom omvårdnad är dygdeetik och närhetsetik. Dygdeetikens ursprung kan härledas till Aristoteles (385-322 f. Kr.). Enligt denna etik är en god människa en individ som besitter moraliskt goda egenskaper, så kallade dygder, och handlar utifrån dem. För att vara en god människa räcker det dock inte med att utföra goda handlingar utan man måste även utföra dem utifrån en bestämd föresats och för dess egen skull, inte för att uppnå egna personliga fördelar. Dygderna ses inte som medfödda utan förvärfvas genom upprepat och reflekterat handlande, vilket till slut gör att dygden integreras i personligheten. När dygdeetiken tillämpas inom omvårdnad är sjuksköterskan som person, och hennes karaktärsegenskaper, i fokus (9). Silfverberg (13) beskriver dygden som en karaktärsinställning, som omfattar föresatser, känslor och handling. Viktiga dygder ur ett sjuksköterskeperspektiv är exempelvis dialogisk förmåga, reflektion, ödmjukhet, empati.

Malmsten (14) menar att dygderna är viktiga egenskaper människor behöver för att ha förmåga att utveckla så goda relationer som möjligt.

Närhetsetikens centrala tankar är att de normer och värderingar som styr individens handlande växer fram och får näring ur det konkreta mötet med andra människor. Individen har en naturlig impuls att ta ansvar för sina medmänniskor och i mötet med andra väcks därför en stark plikt-känsla. Denna känsla kan man inte komma undan med mindre än att man förvandlar den andre till objekt. Därför förutsätter moraliskt handlande inlevelseförmåga, delaktighet och engagemang i relationen till andra människor (15). Den danske teologen och filosofen Løgstrup (1905-1981) (16) räknas som en av Nordens främsta etiker och hans tankar och idéer har stora likheter med närhetsetiken. Avgörande i hans etik är mötet med andra. Han menar att människor är hänvisade och beroende av varandra, vilket gör dem sårbara. På grund av detta finns hos människan ett outtalat krav att ta hand om och ta ansvar för varandra. När individen möter någon som har det svårt väcks en spontan känsla av att vilja hjälpa. Andra spontana känslor kan vara tillit, barmhärtighet, öppenhet, uppriktighet och ärlighet. Dessa känslor menar Løgstrup är något grundläggande mänskligt och uppstår spontant i mötet med andra. Att de är spontana innebär att de är omedelbara och den grundläggande impulsen att handla baseras på tillit och utan baktankar. Om individen istället för att hjälpa börjar tänka egoistiskt, kvävs den spontana impulsen och känslor som till exempel avundsjuka, självupptagenhet, hat, misstro kommer till uttryck. Dessa känslor är sekundära och betingade av att man först och främst tänker på sig själv. I dessa situationer kommer något som Løgstrup benämner ”det etiska kravet” in. Detta krav innebär en plikt och ett ansvar att handla osjälviskt, men på vilket sätt får individen räkna ut själv med hjälp av sin livserfarenhet och sitt kunnande. Till skillnad från de spontana känslorna kräver handlingar sprungna ur det etiska kravet mer ansträngningar av individen (16).

### **Att utveckla etisk kompetens**

Enligt Sarvimäki (9) innefattar etiskt god omvårdnad både förhållningssätt, reflektion, omdöme och handling. För att sjuksköterskan ska kunna ge detta krävs att hon har förmåga att kunna uppfatta vad det etiskt goda är, förstå vad det kan innebära i en aktuell situation, samt både kunna fatta beslut och ha modet att genomföra det. Sarvimäki har vidareutvecklat dessa tankar i en modell som belyser olika etiska kunskaper. Sjuksköterskan behöver för att kunna ge etisk omvårdnad ha teoretisk etikkunskap, etisk handlingskunskap, etisk situationskunskap och personlig etisk kunskap, vilka tillsammans utgör ett integrerat etiskt kunnande.

Teoretisk etikkunskap innebär att inte bara ha kunskap om olika etiska koder och principer och veta hur man bör handla, utan också ha förmågan att reflektera över abstrakta etiska begrepp och teorier för att därigenom tillägna sig en etisk helhetsuppfattning. Denna uppfattning ligger sedan till grund för etiskt medvetna val och handlingar. Etisk handlingskunskap innebär att ha förmåga att kunna omsätta sitt teoretiska kunnande i praktiken. Handlandet sker då inte på ett oreflekterat och rutinmässigt sätt, utan val av lämplig handling avgörs utifrån en analys av vad situationen kräver. Etisk situationskunskap innebär att ha förmågan att kunna uppfatta att det finns etiska aspekter i en händelse eller situation. Det kan handla om hur val av egna handlingar kan påverka andra eller om när någon annan behandlas på ett oetiskt sätt. Personlig etisk kunskap innebär att etiska värden såsom empati, känslighet, vänlighet och osjälviskhet finns integrerade i personligheten. Detta medför en vilja att handla etiskt, samt en utvecklad förmåga att kunna ”stå över” och hantera de mer egoistiska impulser som människor med jämna mellanrum ställs inför (9).

När dessa fyra olika etikkunskaper finns närvarande och stöder varandra har sjuksköterskan en integrerad etikkunskap. Relaterar man den integrerade etikkunskapen till de olika etiska teorierna ses den omfatta både dygder och plikt känsla, samt kunskaper om etiska principer och olika handlingars konsekvenser (9).

Silfverberg (13) lyfter fram dialogen som det främsta verktyget för att främja utvecklandet av vår mänskliga mognad och etiska kompetens. När vi lyssnar på vad vi själva och andra säger får vi möjlighet att tydliggöra vad vi tycker och tänker, samt bli klarare över sådant som ännu inte nått upp till vårt medvetande. Genom att sätta ord på händelser kan vi nå fram till en ny eller annorlunda förståelse, vilket i sin tur leder till att handlingar kan få en annan innebörd och olika perspektiv kan mötas, vilket utvecklar den egna omdömesförmågan. Att gå in i en dialog motverkar också den risk för paternalism som alltid finns i de mänskliga möten som utmärks av obalans i fråga om makt och beroende, vilket är fallet i relationen mellan patient och sjuksköterska. Dialogen ger även möjlighet att träna vår förmåga att argumentera för etiska val och ståndpunkter.

Malmsten Gedda (14) har utarbetat en enkel modell för att reflektera och samtala kring etiska problem, där samtalet börjar med en personlig reflektion över frågorna: Hur handlade jag? Vad kände jag? Vad tänkte jag? i nämnd ordning. Genom att reflektera över de egna handlingarna fås en insikt om etiska svårigheter, vilka annars kunnat förbli omedvetna. De känslor som upplevdes när handlingen utfördes kan berättas om den var god eller mindre god.

Efter denna reflektion ställs ytterligare frågor som: Hur kommer det sig att jag gör som jag gör? Hur kommer det sig att jag känner som jag känner? Hur kommer det sig att jag tänker som jag tänker? Först efter dessa personliga reflektioner påbörjas en öppen och respektfull dialog för att utbyta tankar och upplevelser med andra.

## TIDIGARE FORSKNING

För att få en överblick över tidigare forskning kring etiska frågor i samband med rådgivning om fysisk aktivitet gjordes upprepade sökningar i databaserna Scopus, PubMed och CINAHL. Sökningarna gjordes i början av arbetet med studien och återupprepades sedan efter att halva studietiden hade gått. De sökord som användes var *ethics, ethics of care, ethical dilemma's, nurse\*, nursing, physical activity, physical activity on prescription, counseling, lifestyle counseling, lifestyle, public health*, i varierande konstellationer. Det stod tidigt klart att det är lite forskat kring detta ämne och vi hittade egentligen ingenting som knöt an till den planerade studiens fråga. Därför vidgades sökningen till att gälla även andra frågor om patient- och/eller livsstilsrådgivning samt andra professioner inom vården. Initialt användes samma sökord men med färre begränsningar men vid det senare söktillfället inkluderades även sökorden *lifestyle advice, motivational interviewing, risk factors*, samt *alcohol, smoking, weight* och *diet*. Även efter denna sökning kunde konstateras att etiska frågor i samband med patientrådgivning och/eller rådgivning kring livsstilsfrågor är ett område som det inte är forskat på i någon större omfattning, men trots detta bedömdes några artiklar vara av intresse för den planerade pilotstudien. Artiklarnas relevans bedömdes efter att titel samt abstract lästs igenom noga. Ytterligare några artiklar hittades sedan via referensgenomgång av de artiklar som valts ut initialt. Eftersom forskningsområdet förföll vara litet har inga begränsningar gjorts gällande årtal eller typer av studier.

Åtta artiklar som ansågs relevanta för ämnet valdes slutligen ut. Sex var empiriska, blandat kvalitativa och kvantitativa, och två var teoretiska artiklar. Två av de empiriska studierna belyser livsstilssamtal ur läkare och sjuksköterskors perspektiv. Av de fyra artiklarna som tar upp patientens perspektiv, handlar tre om deras upplevelser av hälsorådgivning och en artikel handlar om känslor och upplevelser av att ligga i riskzonen för allvarlig sjukdom. Denna artikel bedömdes som relevant att ta med utifrån att många av de patienter distriktssköterskan träffar också ligger i riskzonen för allvarlig sjukdom.

## Vårdpersonalens perspektiv

I de två artiklarna som belyser vårdpersonalens tankar och upplevelser kring att ge livsstilsråd undersöktes danska allmänläkares upplevelser av Jacobseni et al (17) och finska läkares och sjuksköterskors syn på livsstilsrådgivning inom primärvården i en studie av Jallinojai et al (18). I båda dessa studier framkom att de flesta ansåg att patienten själv hade ansvar för sin hälsa och de livsstilsrelaterade beslut och handlingar de gjorde. Vidare upplevde man att patienter var ganska ovilliga att ändra på sina levnadsvanor (17, 18). Detta uttrycktes som ett stort dilemma, eftersom patientens egen insats i behandlingen av livsstilsrelaterade sjukdomar ansågs vara central. När patienter var ovilliga att förändra sina levnadsvanor upplevdes de som ett stort hinder för behandlingen, vilket skapade frustration hos personalen. Okunskap hos patienten upplevdes som ett mindre problem, då patienter uppfattades som relativt medvetna om livsstilens inverkan på hälsan (18). Läkarna upplevde att patienter inte tog livsstilsförändringar på allvar och de kunde känna frustration över att patienter ofta var mer intresserade av att få hälsokontroller gjorda än att sedan följa upp dessa med att göra förändringar i levnadsvanor (17).

Både i Jallinojais et al (18) och Jacobsenis et al (17) studie upplevde vårdpersonal en osäkerhet inför hur man handlade i dessa rådgivningssituationer och mer utbildning i samtals tekniker efterfrågades. Att ge information ansågs vara en viktig del av rådgivningen, men inte tillräckligt för att nå resultat. I Jallinojais et al (18) studie ansåg sig endast något mer än hälften av läkarna och sjuksköterskorna ha tillräckliga kunskaper för att ge livsstilsrådgivning. Bland sjuksköterskorna upplevde de med minst yrkeserfarenhet oftare att de hade tillräckliga kunskaper i ämnet.

I båda studierna (17, 18) ansåg i princip alla deltagare att det hörde till deras arbetsuppgifter att stödja och uppmuntra till livsstilsförändringar. I Jacobseni et al (17) studie var dock läkarna skeptiska till om deras insatser hade någon större effekt på patienters beteende och de kände etiska betänkligheter inför att ge livsstilsråd. De upplevde det förebyggande arbetet som en mycket komplex företeelse och poängterade vikten av att kunna sätta sig in i patientens hela livssituation, då dennes vardag och levnadsvillkor spelar stor roll för hälsotillstånd och levnadsvanor. Det kunde även upplevas svårt att balansera mellan å ena sidan en förståelse för patienten i dennes livssituation och å andra sidan frustrationen över att de inte gjorde en aktiv insats för att ändra på sina ohälsosamma vanor. Läkarna hyste också oro över att de kunde förlora patienter när de försökte prata om deras levnadsvanor. Var patienten inte motiverad kunde läkarens försök till samtal upplevas som ”tjat” och patienten kanske inte skulle komma



tillbaka. Läkarna såg även en risk i att patienter kunde känna sig överkörda när de satt och ”predikade”, som om de alltid visste vad som var rätt och hade alla svar.

### **Patientens perspektiv**

I de studier som utgår från patientens perspektiv undersökte Richards et al. (19) i vilken utsträckning skotska patienter med kärilkramp känner ansvar och skuld i förhållande till sin sjukdom. Frich et al. (20) studerade upplevelser av skuld och skam hos norska patienter med familjär hyperkolesterolemi och Butler et al. (21) har i en studie från Wales undersökt patienters upplevelser av läkares försök att få dem att sluta röka.

I alla studierna (19, 20, 21) hade flertalet patienter god kunskap om sambandet mellan deras levnadsvanor och hälsotillstånd. De ansåg sig också själva ha ansvaret för sin hälsa. Det var vanligt att man anklagade sig själv och kände skam- och skuldkänslor när man inte lyckades med de livsstilsförändringar man föresatt sig att klara av (19, 20, 21). Vissa patienter tyckte också att de fick skylla sig själva och ”förtjänade” sjukdomen eftersom de levte ohälsosamt (19). I studien av Frich et al. (20) framkom att mat och kostbehandling var det tema som gav mest skuld och skam, medan brist på fysisk aktivitet orsakade minst skuldkänslor. Patienterna uppgav att de dock inte kände några skuldkänslor över sjukdomen i sig då den var ärftlig, utan poängterade tvärtom att det var skönt, eftersom de då inte kunde ses som ansvariga för att ha fått den.

Enligt Richards et al. (19), Frich et al. (20) och Butler et al. (21) förväntade sig många patienter att bli klandrade för sina levnadsvanor och hälsoproblem när de sökte vård och ett flertal hade också upplevt det i tidigare vårdkontakter. Ett flertal rapporterade en känsla av utsatthet vid rådgivningstillfällena och upplevde det som ett intrång i deras privatliv när vårdpersonal började fråga och prata om deras levnadsvanor. Frich et al. (20) beskriver att patienter ofta upplevde att sjukvårdspersonalen hade en moraliserande attityd när de gav livsstilsråd. Vissa kunde dock tolka personalens moraliserande som ett tecken på engagemang och att personalen brydde sig. Andra upplevde sig förödmjukade över personalens tillvägagångssätt, exempelvis vid rådgivning om kost. Personalen kunde då tala om vad patienten fick äta och inte äta, istället för att ge olika val och alternativ.

I en teoretisk artikel beskriver Lazare (22) att i varje möte med vårdpersonal löper patienten stor risk att uppleva känslor av skam och förödmjukelse, då patienten ofta kan uppfatta sin sjukdom och sina olika symtom som defekter, brister eller tillkortakommanden hos dem

själva. Besök hos vårdpersonal förutsätter samtidigt alltid någon form av fysisk och psykisk exponering, som till exempel att avslöja personlig information om svagheter och brister eller att exponera sina kroppar. Detta sker i en miljö som för patienten ofta är okänd och där det är lätt att känna sig otrygg och utsatt. Dessa saker tillsammans utgör en stor risk för att patienten skall komma att uppleva känslor av skam och förödmjukelse. Sådana känslor och reaktioner kan leda till att patienten till exempel avbokar tider, undanhåller relevant information, inte söker vård, visar ilska, förnekar symtom eller sjukdom inför sig själv.

För att optimalt kunna hantera skam och förödmjukelse i medicinska sammanhang måste läkare förutsätta att alla sjukdomar och behandlingar kan framkalla dessa känslor när de interagerar med patientens individuella sårbarhet. För att kunna förhindra och mildra patientens skamkänslor är det viktigt att skapa en relation med patienten, där patienten tillåter läkaren att komma innanför de gränser som patienten satt upp för att skydda sig från skam. Läkare kan också många gånger minska patientens känslor av skam och förödmjukelse genom att ge sitt eget perspektiv på symtom och sjukdomar. Ibland kan patienter ha orealistiska och felaktiga uppfattningar, till exempel att de själva orsakat sin sjukdom. Detta kan ge skamkänslor och då kan läkaren ge andra förklaringar (22).

Richards et al. (19) och Butler et al. (21) beskriver vidare att patienters upplevelser av personalens attityder även kan påverka deras benägenhet att söka vård. En del avbokade sina läkartider eller sökte inte ens vård trots allvarigare tillstånd. I Butler et al. (21) beskrivs en kvinna med bröstsmärtor som undvek att söka sjukvård på grund av skuldskänslor och i tron att läkaren bara skulle säga att hon fick skylla sig själv eftersom hon var rökare. Richards et al. (19) beskriver att patienters självanklagelse och rädslan för att bli anklagade även av vårdpersonalen bidrar till motvilja att söka vård. Denna rädsla såg man också kunde leda till att patienter undanhöll vårdpersonal information, till exempel fanns en ovilja att berätta om hur mycket kärllkramp man hade haft sedan senaste besöket. Dessa känslor var vanligare i mer socioekonomiskt eftersatta områden. Flera patienter uppgav också att de mer eller mindre blivit avrådade från att söka vård så länge de fortfarande inte hade slutat med sin ohälsosamma levnadsvana.

Pichert och Elam (23) har i en teoretisk artikel belyst vikten av att vårdpersonal hanterar patienters känslor av skuld, eftersom det kan påverka både deras upplevelse av sin sjukdom och sättet att medverka till behandlingen. Att känna skuld kan vara både positivt och negativt. Om patienten har förmåga att påverka det som är orsak till skulden, kan den vara en sporre

som hjälper till att ta tag i saker hon eller han vill förändra i sitt liv. De som däremot inte känner skuld kan vara ovilliga och omotiverade att göra förändringar. Skulden kan också vara negativ, det vill säga man känner skuld men inte gör någonting åt den. Ibland kan skuldkänslor även vara orealistiska, vilket innebär att patienten inte har någon möjlighet att påverka det som gett upphov till känslan, men ändå känner sig ansvarig. Skuldkänslor resulterar ofta i en känsla av beroende och underlägsenhet, vilket i sin tur leder till lägre självkänsla och även i förlängningen en sämre förmåga till rehabilitering och/eller anpassning till sjukdom.

Vårdpersonal kan orsaka skuld hos patienten på flera olika sätt. Dels genom att betona egenvård, även då det kan finnas osäkerhet om hur stor effekt råden har. Detta kan ge upphov till skuldkänslor då patienten kanske inte upplever att hon eller han gjort tillräckligt. Det är viktigt att personal inte likställer god kontroll med frånvaron av komplikationer och dålig kontroll med närvaron av komplikationer. Personal kan också ha attityder som förstärker patientens skuld genom att förmedla budskapet att patienten har ansvar för sin egen hälsa. Detta kan vara negativt, speciellt i fall där patienten har dålig kontroll över sin sjukdom eller livssituation (23).

Att se till hela individen och ställa mer djupgående frågor, om till exempel hur patientens livssituation ser ut och vilka känslor som förknippas med rökning, ansåg patienter vara viktiga egenskaper hos vårdpersonalen enligt Butler et al. (21). Det upplevdes som viktigt att personalen inte ”predikar” och talar om hur patienten ska göra, utan istället visar på olika alternativ. Det poängterades även som viktigt att personalen var stödjande. I studien av Frich et al. (20) betonade patienter att " personkemi" var viktigt i kontakten med sjukvårdspersonal, liksom att kunna känna sig trygga.

I en studie av Gillespie (24) undersöktes amerikanska patienters känslor och erfarenheter av att ligga i riskzonen för allvarlig sjukdom. Två grupper undersöktes, en med förhöjt kolesterol och en med förhöjt PSA. De förhöjda värdena hade upptäckts vid en rutinmässig hälsokontroll. Efter beskedet upplevde många en oförmåga att fortsätta tänka på sig själva som friska. Att vara i riskzonen blev en indikator på stigande ålder och/eller ett tecken på att åldras i förtid. Många kände en osäkerhet och en utsatthet av att ligga i riskzonen för sjukdom, vilket ledde till rädsla, oro och ångest inför framtiden. Detta ledde till förändrade hälsoidentiteter och en känsla av sårbarhet. Att ha en riskfaktor som inte ger några fysiska symtom ledde till en försämrad förmåga att lita på kroppens förmåga att kunna kommunicera

hälsotillstånd. De med förhöjt PSA agerade ofta som om de redan hade cancer, det var bara en tidsfråga innan den skulle visa sig. De med förhöjda kolesterolvärden beskrev sig själva som tickande bomber och hade en känsla av att sjukdom kunde slå till när som helst. Att vara i ”riskzonen” fanns alltid med i medvetandet, inte alltid aktivt men i bakhuvudet.

## **PROBLEMFORMULERING**

Under senare år har en ökad tonvikt kommit att läggas på hälsofrämjande och förebyggande arbete inom hälso- och sjukvården. Hälsosamtal för att förbättra patienters levnadsvanor ska idag vara integrerade i distriktssköterskans arbetsuppgifter och i Västra Götalandsregionen är varje vårdcentral skyldig att erbjuda FaR (8). Tidigare forskning visar att det finns risk att patienter upplever krav, skuld och skam i samband med livsstilsrådgivning (19, 20, 21). Alltmer har också etiska värden som integritet, självbestämmande och respekt kommit att lyftas fram inom professionen och för några år sedan kom Sveriges första nationella värdegrund för omvårdnad (11). Få studier som undersöker etiska aspekter i samband med livsstilsrådgivning är gjorda i Sverige och vi anser att det därför är intressant att undersöka vilka erfarenheter distriktssköterskor har av att arbeta med FaR på vårdcentral utifrån ett etiskt perspektiv.

## **SYFTE**

Syftet med studien var att belysa etiska aspekter i samband med förskrivning av fysisk aktivitet på recept, FaR, ur ett distriktssköterskeperspektiv.

## **METOD**

För att besvara syftet föll valet av metod på kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats med målet att beskriva och tolka både den manifesta och den latentia innebörden i forskningsmaterialet. Datainsamlingen kommer ske genom semistrukturerade intervjuer. Metoden lämpar sig väl inom omvårdnadsforskning då den fokuserar på granskning och tolkning av texter, det vill säga analys av innehållet i berättande data (25, 26, 27). Med induktiv ansats menas att forskaren gör en förutsättningslös analys av datamaterialet och alltså inte arbetar efter någon i förväg vald modell eller teori (26, 27). Polit och Beck (27) beskriver kärnan i den kvalitativa forskningen som insamling av rikt, berättande material med syfte att undersöka olika företeelser ur ett helhetsperspektiv. Utgångspunkten är att världen är komplex och tolkningen av den subjektiv. Målet med forskningen är därför att försöka förstå olika företeelser från informantens synvinkel (26, 27). Den kvalitativa forskningens resultat bygger

således på människors upplevda berättelser kring olika företeelser (26). Analysen kan fokusera på det manifesta eller det latent innehåll i texten eftersom tolkningen av innehållet kan variera i djup och abstraktionsnivå. Vid en manifest innehållsanalys analyseras det uppenbara och synliga i texten, det som texten berättar, vilket mynnar ut i kategorier. Den latent innehållsanalysen beskriver och tolkar istället textens underliggande mening, vad den talar om, och mynnar ut i teman. Det förekommer alltid en tolkning oavsett val av analys, skillnaden ligger i tolkningens abstraktionsnivå (25).

## **URVAL**

Enligt Polit och Beck (27) finns det inga i förväg bestämda regler för hur stort urvalet ska vara i en kvalitativ studie utan antalet deltagare beror på syftet, kvalitén på insamlad data och vilka urvalsstrategier som används. Till exempel kan ett stickprov med många variationer behöva bestå av en större urvalsgrupp än en grupp med likartade egenskaper. Det är dock vanligast med små urval som inte valts ut slumpmässigt utan med en bakomliggande tanke om vad som ska studeras. Målet med forskningen är i första hand att skapa mening, inte att få fram generaliserbar kunskap.

Urvalet i den planerade studien kommer innefatta distriktssköterskor som arbetar på vårdcentral med att ordinera och följa upp FaR. Exklusionskriterier kommer att innefatta sjuksköterskor som arbetar med FaR men som inte har vidareutbildning till distriktssköterskor. Distriktssköterskor har en fördjupad kunskap i folkhälsa vilket är en förutsättning för studien. Vi bedömer att ett rimligt antal deltagare att tillfråga är cirka tjugo stycken. Det planerade tillvägagångssättet är att författarna först väljer ut de vårdcentraler som vi önskar deltagare från för att därefter inhämta respektive enhetschefs godkännande till att kontakta distriktssköterskor som kan delta i studien. Dessa kommer initialt kontaktas per telefon för ett första informationstillfälle. De som väljer att delta kommer att få Forskningspersonsinformation och samtyckesblankett skickat till sig ett par dagar i innan intervjun.

## **DATAINSAMLING**

Inom kvalitativ forskning inhämtas data vanligtvis genom intervjuer men också via observationer. Forskaren anger utgångspunkten men måste vara öppen och flexibel inför vad som framkommer under själva datainsamlingen då detta kan påverka vilken riktning insamlingen ska ta. Samspelet mellan intervjuaren och informanten spelar en viktig roll för

kvalitén på det insamlade materialet, likaså att intervjun genomförs i lugn miljö utan störande avbrott. En intervjusituation kräver stor koncentration varför bandspelare är att rekommendera istället för anteckningar då det senare kan vara distraherande för intervjuaren (27).

Datainsamlingen för den planerade studien är semistrukturerade intervjuer som beräknas ta mellan trettio och sextio minuter att genomföra. Distriktssköterskorna väljer plats för intervjun. Semistrukturerade intervjuer används när forskaren vill vara säker på att ett visst ämne eller område behandlas under intervjun. En intervjuguide förbereds där ett visst antal frågor eller teman som kommer att ställas till samtliga informanter tecknas ner. Även förslag på följdfrågor kan förberedas innan intervjutillfället. Det är sedan forskarens uppgift att få informanterna att prata så fritt som möjligt kring de olika delarna i intervjuguiden. Frågor som kan besvaras med ett enkelt ”ja” eller ”nej”, så kallade stängda frågor, undviks. Istället används öppna frågor som ger informanten möjlighet att lägga ut texten kring det studerade fenomenet (27).

## **DATAANALYS**

Det centrala i kvalitativ innehållsanalys är att finna likheter och skillnader i den berättande textens innehåll och sedan beskriva dessa i kategorier och teman. Analysen innefattar olika steg där data delas upp i mindre enheter som mynnar ut i mönster (26, 27). Först delas texten, som också kallas för analysenhet, in i meningsbärande enheter som kan bestå av ord, meningar eller stycken som svarar an mot syftet. Meningsenheterna kondenseras sedan för att bli kortare och mer lättarbetade. Detta sker utan att det väsentliga i textens innehåll går förlorat. Därefter abstraheras den kondenserade texten och får en kod vilket också kan ses som en etikett på olika meningsenheter som skildrar textens innehåll. De koder som har liknande innehåll grupperas sedan in under subkategorier varpå flera subkategorier med gemensamt mönster bildar en kategori (26).

## **PILOTSTUDIEN**

Innan en fullskalig studie görs kan en mindre och förberedande undersökning göras, en så kallad pilotstudie. I denna testas den planerade undersökningsprocessen, till exempel tänkta intervjufrågor, för att på så sätt ta reda på om det är möjligt att göra en fullskalig studie. Meningen är alltså att pilotstudien utförs på samma sätt som den fullskaliga studien men i en mindre skala (27, 28). Ett lämpligt antal deltagare kan enligt Nyberg (28) vara två till tio

personer som överensstämmer med den population som är tänkt att medverka i den fullskaliga studien. Erfarenheterna från pilotstudien kan användas för att förbättra möjligheterna för en lyckad fullskalig studie.

I pilotstudien intervjuades fyra distriktssköterskor som arbetar med FaR på vårdcentral. Dessa valdes ut genom en rundringning till flera vårdcentraler. Den första kontakten togs med enhetschefen på vårdcentralen som gav sitt muntliga tillstånd för intervjuerna och lämnade kontaktuppgifter till distriktssköterskan. Många distriktssköterskor var positiva till att delta i studien men var tvungna att tacka nej på grund av tidsbrist. De utvalda distriktssköterskorna fick först muntlig information om studiens syfte, metod och hur lång tid intervjuerna beräknades ta, via telefon. Därefter mejlades Forskningspersonsinformation, se bilaga 1, till var och en av dem ett par dagar innan den planerade intervjun. Distriktssköterskorna fick själva välja var de ville intervjuas och samtliga valde sin arbetsplats.

Författarna gjorde enskilda intervjuer med två distriktssköterskor var. Intervjuerna tog mellan tjugo och trettiofem minuter att genomföra och spelades in på mobiltelefon. Det inspelade materialet transkriberades därefter av respektive intervjuare. Vid transkriberingen skrevs intervjuerna ordagrant ner, det vill säga utskriften blev i talspråk. Även uttryck som *eh*, *hm*, *ah* skrevs ner liksom om informanterna stakade och upprepade sig. Information om informanternas kroppsspråk och eventuella tankepauser bedömdes dock som inte intressant inför den kommande tolkningen av texten och uteslöts därför. Vid analysarbetets start lästes texten först igenom upprepade gånger med syftet att reflektera över dess helhet och få kunskap om dess innehåll. Därefter plockades de delar av texten som ansågs relevanta utifrån studiens syfte ut och bildade meningsbärande enheter. Genom att kondensera de meningsbärande enheterna, det vill säga korta ner dem utan att förlora det ursprungliga innehållet, blev textmassan mer lätthanterlig. Detta gjordes av respektive intervjuare och därefter jämfördes texterna för att på så sätt öka tillförlitligheten i materialet. Under arbetet med att kondensera de meningsbärande enheterna framkom koder som kortfattat beskrev innebörden i de olika texterna. De koder som ansågs ha ett gemensamt mönster bildade sedan en subkategori. Subkategorierna jämfördes därefter med varandra och de som bedömdes ha liknande innehåll bildade en kategori. Totalt framträdde tre kategorier ur texten. Tabell 1 visar ett exempel på innehållsanalysens olika steg.

Tabell 1. Exempel på analysens olika steg

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Kod	Subkategori	Kategori
<i>Ja men jag tycker det är viktigt att man lyssnar på patienten och låter patienterna prata, hur har dom det i vardagen, vad gör dom, liksom är dom.. ja.. jobbar man mycket, eller är man pensionär, eller.. ja att man kan lyssna in lite granna och förstå om det är läge att ställa frågor om motion och fysisk aktivitet på recept och så... att man lyssnar in...</i>	Det är viktigt att man lyssnar in och låter patienten prata om hur de har det i vardagen för att förstå om det är läge att ställa frågor om motion och fysisk aktivitet på recept.	Viktigt att lyssna in	Att vara lyhörd	Att förhålla sig

Under analysens gång ökade kunskapen om innehållets underliggande mening genom den upprepade läsningen av texterna, utvärdering och förfining av koderna och genom författarnas diskussioner med varandra. En röd tråd framträdde vilket tolkades som det latent innehåll. Detta bildade ett tema.

### **FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN**

Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet (HSFR) (29) skriver i Forskningsetiska Principer i humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning att:

*”Forskning är viktigt och nödvändigt för både individernas och samhällets utveckling. Samhället och samhällets medlemmar har därför ett berättigat krav på att forskning bedrivs, att den inriktas på väsentliga frågor och att den håller hög kvalitet.” (29, sid 5)*



Samtidigt har individen rätt att ställa krav på skydd mot intrång i privatlivet och får inte utsättas för varken fysisk eller psykisk skada såväl som någon form av kränkning eller förödmjukelse (29). Forskningsetik handlar dels om vilka forskningsmetoder som används, dels om vilka konsekvenser forskningsresultatet ger. Idag måste all forskning i Sverige som involverar försökspersoner eller djur få godkännande från en etisk kommitté innan forskningen får genomföras (30, 31, 32). Syftet med etikprövningslagen (SFS 2003:460) är att skydda den enskilda människan och respekten för människovärdet (32). Dagens forskningsetiska krav bygger i stor utsträckning på Helsingforsdeklarationen som menar att forskningen måste ha en tydlig vetenskaplig grund, bedrivs av personer med tillräcklig kompetens inom området samt visa hänsyn för de inblandade individernas integritet (33). För att skydda individer som ingår i forskningsprojekt har HSFR (29) tagit fram fyra forskningsetiska principer: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet. Informationskravet innebär att informanterna informeras om forskningens syfte, villkoren för deras medverkan samt att det är frivilligt att delta och går att avbryta medverkan när som helst under forskningens gång utan att detta ger några negativa följder för informanten. Samtyckeskravet innebär att informanterna själva har rätt att bestämma över sin medverkan och att deras samtycke till medverkan ska inhämtas innan forskningen börjar, företrädesvis skriftligen. Konfidentialitetskravet innebär att alla uppgifter om informanterna samt det insamlade datamaterialet ska behandlas och förvaras på ett sådant sätt att ingen obehörig kan ta del av det. Nyttjandekravet innebär att de insamlade uppgifterna om informanterna bara får användas för forskningsändamål (29, 33).

För studier på avancerad nivå på universitet eller högskola gäller att en etisk prövning inte behöver göras enligt SFS 2008:192 (34). I pilotstudien skickades Forskningspersonsinformation ut till deltagarna ett par dagar innan den planerade intervjun. Denna informerade om pilotstudiens syfte, varför detta ansågs intressant att studera samt varför deltagaren tillfrågats att delta. Dessutom framgick det att deltagandet var frivilligt och att inga obehöriga kommer att få ta del av det insamlade datamaterialet vilket kommer att kasseras när pilotstudien är färdig. Muntligt samtycke för deltagande inhämtades vid intervjutillfället. Nyttan med pilotstudien kunde vara att öka förståelsen för de etiska problem distriktssköterskan möter i sitt arbete med att ordinera och följa upp fysisk aktivitet på recept. Nyttan ansågs överstiga risken för eventuellt obehag för deltagarna trots att samtal kring personliga upplevelser kan väcka sådana känslor.

## RESULTAT

I analysen framkom att ingen av distriktssköterskorna upplevde några större etiska svårigheter i arbetet med FaR, men att samtliga hade ett flertal strategier för att inte väcka obehagskänslor hos patienter. Resultatet presenteras i tre kategorier och elva subkategorier enligt tabell 2 nedan.

Tabell 2. Subkategorier, kategorier och tema.

<b>Tema</b>	Väljer att se möjligheter		
<b>Kategorier</b>	Att reflektera och tolka	Att förhålla sig	Att handla
<b>Subkategorier</b>	Upplever inga etiska svårigheter Självreflektion Patientens önskan om hjälp Patientens känsla av otillräcklighet	Att vara respektfull Att vara lyhörd Att vara empatisk	Tar hjälp av pedagogiska verktyg Kontinuitet skapar förtroende Väljer att se det positiva Ger anpassat stöd

### VÄLJER ATT SE MÖJLIGHETER

Under analysens gång växte ett tema fram som speglar det latent innehåll i texten, det vill säga den underliggande meningen. Temat handlade om att distriktssköterskorna försökte se möjligheterna istället för hindren i varje given situation. Detta gällde både för själva samtalet med patienter och för det mer praktiska arbetet med FaR samt patienternas fysiska förutsättningar. Distriktssköterskorna valde aktivt att se det positiva och att lägga det som inte fungerade åt sidan. Istället för att lägga fokus på varför ett hinder uppstod valde de att se framåt och på hur situationen bäst kunde lösas.

#### **Att reflektera och tolka**

Denna kategori belyser distriktssköterskans tankar, reflektioner och tolkningar kring sig själv, patienten och arbetet med FaR.

### ***Upplever inga etiska svårigheter***

På en direkt fråga upplevde ingen av distriktssköterskorna några etiska svårigheter i arbetet med FaR. De kände inte att patienterna tog illa vid sig och de tyckte att det var förvånansvärt sällan som det blev obekvämt i samtalen, tvärtom upplevdes patienter oftast som mycket positiva.

*Det har jag nog aldrig upplevt att man liksom skulle trampa in på deras område..*

De kände inte heller några tveksamheter med att arbeta med FaR, då de menade att det är väl vetenskapligt belagt att det är nyttigt att röra på sig.

*..men det tycker jag inte att man känner nån nån tveksamhet om liksom just eller någon etisk syn på det liksom att man för jag menar det är ju underbyggt att det är bra att röra på sig och att dom flesta vet ju det också..*

En av de intervjuade distriktssköterskorna, med lång erfarenhet av att arbeta med livsstilsfrågor, upplevde att patienter under de senaste åren hade blivit mycket mer öppna med att berätta om sina levnadsvanor. Det poängterades även av flera att eftersom det är sådan fokus på livsstilsfrågor i media idag är patienter både medvetna och vana vid att diskutera dessa frågor. Alla distriktssköterskor tyckte också att det idag hade blivit en naturlig och integrerad del i det övriga arbetet att prata om livsstil. Det gick alltid att infoga frågor om exempelvis fysisk aktivitet i samtalen, oavsett vad patienten sökte för.

### ***Självreflektion***

Trots att de inte upplevde några etiska svårigheter i samtalen, fanns funderingar och reflektioner över det egna förhållnings- och arbetssättet. Distriktssköterskorna poängterade att levnadsvanor i allra högsta grad kan vara ett känsligt ämne att prata om för patienten. De framhöll att det aldrig riktigt gick att veta hur patienten egentligen upplevde situationen, ifall de kanske kände sig påhoppade eller obekväma i samtalen.

*..en del bokar av sina tider och då är det ju frågan.. beror det på att dom känner att dom blivit överkörda när jag pratat med dom?.. eller att man kommer, att man sår ett frö och att man inser..*

En av distriktssköterskorna uttryckte även hur hennes ifrågasättande var ett sätt att utvecklas i sin yrkesroll.

*Ja ibland kan jag ifrågasätta om det verkligen är någon ide att jag håller på med det jag gör.. att jag är ändå så övertygad om att det är bra.. så att det.. ja men det klart man ifrågasätter ..alltid.. men det tänker jag å andra sidan att det är positivt för att man försöker bli lite bättre*

### ***Patientens önskan om hjälp***

Distriktssköterskorna upplevde att patienter oftast var positivt inställda till att få hjälp och att många uppskattade när man frågade dem om deras levnadsvanor.

*..men i de flesta fall så har ju patienten själv haft det haft det önskemålet att få någon hjälp då..*

Många patienter som önskade hjälp var också redan innan besöket medvetna om att de levde fel och vad de ville förändra. En del hade själva sökt kontakt med vården, till exempel för att få hjälp och stöd med att gå ner i vikt. Då patienterna själva valde att komma och var inställda på en förändring skapades gynnsamma förutsättningar och en positiv inställning från deras sida.

*Så att dom här patienterna har ju liksom, dom kommer ju hit och är mycket medvetna om att dom måste ändra på sitt beteende*

En distriktssköterska beskrev också att många patienter blev väldigt tacksamma och glada när de erbjöds ett alternativ till mediciner, samt över att de ofta fick väl tilltagen tid på sig för att initiera dessa livsstilsförändringar.

Även de patienter som inte hade lyckats så bra med vad de förutsatt sig kom ofta tillbaka och hade en önskan om ytterligare hjälp och stöd.

### ***Patientens känsla av otillräcklighet***

Distriktssköterskorna framhöll att samtal kring fysisk aktivitet potentiellt kunde innehålla mycket skuld- och skamkänslor, speciellt eftersom det idag är så stort fokus på livsstil och individens eget ansvar för sin hälsa. De upplevde att många patienter kände krav på sig att leva "hälsosamt" och många ursäktade sig under besöken för att de till exempel inte motionerade tillräckligt. Speciellt yngre patienter kände höga krav på sig i det dagliga livet. Arbete och familj tog mycket tid i anspråk och då prioriterades inte den egna hälsan.

*Det man kan känna är att patienterna ber om ursäkt för att de inte har rört på sig eller för att de är överviktiga..*

Distriktssköterskorna upplevde inte själva att de bidrog till patientens skuld- och skamkänslor eller de krav som patienten kände, utan uppfattade att patienten redan hade dessa känslor med sig när de kom till besöket.

### **Att förhålla sig**

Denna kategori beskriver distriktssköterskans förhållningssätt gentemot patienten i arbetet med FaR samt hur det påverkar situationen.

### **Att vara respektfull**

Att visa respekt för patienten och för det eventuellt känsliga i att ta upp frågan om levnadsvanor poängterades av samtliga distriktssköterskor flera gånger. De var alla noga med att fråga patienten om de fick lov att prata om livsstilsfrågor innan de påbörjade samtalet för att på så sätt undvika att sätta patienten i en obekväm situation.

*..man måste fråga.. det tror jag och hur man frågar ”är det nåt du är intresserad av?” ”vill du att jag ska prata om detta?”*

Att vara ödmjuk och att tänka på hur man formulerar sig så att ingen känner sig utpekad var också viktiga aspekter, likaså att inte skuldbelägga patienten. Med detta som utgångspunkt ansåg distriktssköterskorna att risken för att skapa obehag för patienten minimerades och att samtalet om levnadsvanor blev givande.

*det är väldigt viktigt att man är ödmjuk inför den här situationen och att man det beror på hur man ställer frågan...*

Att vara respektfull handlade även om att respektera patientens vilja i de fall då patienten inte ville ta till sig av råden samt att inte försöka övertala någon till en förändring denne inte var intresserad av.

### **Att vara lyhörd**

Lyhördhet betonades som en mycket angelägen egenskap i arbetet med livsstilsförändringar. Det beskrevs som viktigt att kunna ”känna in” var patienten befann sig någonstans, för att på så sätt kunna bedöma hur man skulle agera i olika situationer. Ibland kanske det inte var någon idé att överhuvudtaget ta upp frågor kring fysisk aktivitet. Patienter kunde vara alltför

stressad och ha tankarna på annat håll, eller den aktuella livssituationen kanske gjorde det svårt att fokusera på levnadsvanor.

*Ja men jag tycker det är viktigt att man lyssnar på patienten och låter patienterna prata (...) ja att man kan lyssna in lite granna och förstå om det är läge att ställa frågor om motion och fysisk aktivitet på recept och så... att man lyssnar in...*

Distriktssköterskorna betonade också vikten av att inte "lägga ord i munnen" på patienten och komma med färdiga lösningar, utan att istället låta patienterna själva uttrycka sina tankar och känslor, samt förhoppningsvis formulera sina egna lösningar på problemen. Det framhölls även som viktigt att prata på patientens nivå, då förmågan att förstå och ta till sig information kan variera mycket mellan olika individer. En av distriktssköterskorna poängterade betydelsen av hur man uttrycker sig. Det var viktigt att inte uppfattas som en "besserwisser" som talar om vad som är rätt och fel och hur saker ska vara, eftersom det då finns stor risk för att patienten känner sig överkörd och inte kommer tillbaka.

*"Ja, så att det ska bli liksom smidigt, smidigt så va (...) Så att det så att man, annars förlorar jag ju personen, då kommer ju inte den tillbaka"*

### ***Att vara empatisk***

Distriktssköterskorna uttryckte en förståelse för att det är svårt att skapa en stadigvarande livsstilsförändring. De poängterade att det inte är enkelt att ändra på invanda mönster och än mindre hålla fast vid nya rutiner. Detta var viktigt att förmedla till patienten för att på så sätt kunna ta tag i problemet gemensamt och komma vidare.

*men så är det med allt utav det här tycker jag... du har lyckats gå ner i vikt tidigare och har bra kunskap om det.. vad behöver vi göra för förändring för att det ska bli stadigvarande... och det är ju inte enkelt då hade dom ju inte suttit mittöver mig*

Det var inte ovanligt att patienter kom igång bra med till exempel en ny motionsform men när vardagen sedan trängde sig på föll den nya rutinen bort. Distriktssköterskorna var noga med att förmedla till patienter att detta var både förståeligt och vanligt förekommande.

### **Att handla**

Denna kategori beskriver hur det konkreta handlandet i arbetet med FaR ser ut samt vilka verktyg som distriktssköterskan använder sig av för att kunna ge en god omvårdnad och förhindra att patienten känner sig obekvämt.

### ***Tar hjälp av pedagogiska verktyg***

Samtliga distriktssköterskor använde sig av olika pedagogiska verktyg i arbetet med FaR. Dessa användes dels för att öka förståelsen för vad FaR innebär men även för att undvika att skapa obehag för patienten.

*Eh, och då faller man väldigt lätt in i på ett naturligt sett att man man, eh, den är en inplastad, eh... ett ja en mall då som som, då förstår patienten att den gäller för alla, den är inte bara utpekad till den personen*

Det vanligaste verktyget var motiverande samtal (MI) vilket alla fyra distriktssköterskor använde sig av. Särskilt i de fall då patienten kom på återbesök och inte hade lyckats med det hon eller han föresatt sig var MI en bra hjälp för att undvika att skapa skuld hos patienten. På samma sätt var metoden bra att använda när man försökte hitta vad det var som hindrade patienten, samt komma vidare med ny motivation. Även andra verktyg användes för att konkretisera för patienten och en av distriktssköterskorna hade gått en coachutbildning som hon tyckte hjälpte henne mycket i arbetet.

### ***Kontinuitet skapar förtroende***

Distriktssköterskorna ansåg att återbesök och uppföljning på flera sätt bidrog till att motverka risken för obekväma situationer kring livsstilsrådgivning. Först och främst ledde den återkommande kontakten till att man lärde känna varandra och på så sätt kunde bygga ett förtroende. När distriktssköterskorna lärde känna sina patienter kunde de också bättre avgöra när och hur de skulle ta upp svårare frågor.

*Och då får man den vinsten att man man lär känna varandra och får ett förtroende då och ett ja man får en kontakt och så, så att då kan man ju ta det det på sikt*

Dessutom gav den planerade uppföljningen dem möjligheten att rent praktiskt dela upp informationen mellan flera tillfällen och inte ta allting på en gång. Detta gjorde det lättare för patienten att ta till sig råden vilket ökade chansen för en varaktig förändring.

### ***Väljer att se det positiva***

Flera av distriktssköterskorna uttryckte att en av de starka sidorna med FaR som arbetsredskap är att man alltid ska välja att fokusera på det positiva och lyfta fram det som fungerar. Samtliga var noga med att uppmuntra sina patienter och att aktivt välja att titta på det som fungerar istället för det som inte fungerar. Detta var särskilt viktigt i de fall då patienten återkom till distriktssköterskan och inte hade lyckats med det hon eller han hade föresatt sig.

*inte tänka "ah, nu är jag dålig för jag fick inte till den halvtimmen" utan tänk istället "ah, jag fick fem till fem minuter där och fem minuter där"*

Ofta upplevde distriktssköterskorna att patienterna var ursäktande i dessa situationer och de såg det då som sin uppgift att vända det negativa till något positivt och att ta bort patientens skuld känslor.

*alltså snarare att man kanske lyfter bort lite skuld och försöker hitta lusten och det enkla man kan göra*

En distriktssköterska menade att ett sätt att hjälpa patienter med detta var att förmedla kunskap kring det medicinska vid till exempel viktnedgång. Hon upplevde att patienterna kände mindre skuld över sin övervikt när hon informerade om olika genetiska förutsättningar och att återfall till en mindre aktiv livsstil och sämre matvanor ingår i förändringsprocessen.

### ***Ger anpassat stöd***

För att patienter skulle lyckas med livsstilsförändringar var distriktssköterskorna noga med att hitta motionsformer som skulle passa den enskilda individen. Enkla och lustfyllda motionsformer ansågs öka chanserna till en varaktig förändring och vardagsmotionen lyftes i första hand fram.

*"finns det nånting som du gillar att göra" för det måste vara lustfyllt annars blir det inte av det kan inte bli ett stressmoment så får det absolut inte bli, utan att man diskuterar kring motionsformer som kanske passar*

De upplevde att patienter många gånger blev lättade när de fick information om att det man strävar efter är trettio minuters aktivitet på en måttligt intensiv nivå fem gånger per vecka. I de fall då patienter återkom och inte hade lyckats komma igång med den planerade motionen



fokuserade distriktssköterskorna på att få patienten intresserad av att prova nya vägar och kanske ännu enklare alternativ.

*Då försöker vi igen (...) att vi får ändra.. ändra kanske lite grann i upplägget man kanske behöver lite mera peppning, tycka det är roligt..*

## **DISKUSSION**

### **METODDISKUSSION**

Då avsikten med studien var att beskriva distriktssköterskors erfarenheter föll valet på kvalitativ metod. Denna metod används för att förstå helheter genom att organisera, strukturera och få fram mening ur berättande data. När önskan är att försöka förstå olika företeelser från informantens synvinkel är den särskilt bra (26, 27). Den kritik som vanligtvis riktas mot kvalitativ metod är att det finns risk för ovetenskaplighet då antalet respondenter är få. Detta kan ge upphov till ett alltför litet datamaterial som i sin tur inte är generaliserbart. En noggrann analys och en tydlig beskrivning av forskningsfrågan ökar dock tillförlitligheten (35). Polit och Beck (27) menar att det kan vara svårt att bedöma och kritisera kvalitativ forskning. Den främsta orsaken är att läsaren inte har tillgång till forskarens tankeprocess och därför inte kan veta hur datamaterialet tolkats när skapandet av koder, kategorier och teman skett. Tankeprocesser är i sig själva svåra att förklara och dokumentera.

Kvalitativ innehållsanalys valdes i denna studie då den är flexibel och kan appliceras på olika texter. Möjligheten att analysera både det manifesta och det latent innehåll i texten var också en avgörande orsak. Dessutom kan metoden anpassas till forskarens kunskaper och erfarenheter och passar bra att använda när studien inte är förankrad i en särskild forskningstradition. Den är användbar när man söker svar på konkreta frågor och önskar komma nära texten (25, 27). Den kvalitativa innehållsanalysen fokuserar på subjektet och dess kontext och lägger betoningen på skillnader och likheter i resultatet som presenteras i koder, kategorier och teman. När forskaren tar sig an en text sker alltid en form av tolkning. Eftersom verkligheten kan tolkas på fler sätt än ett behöver läsaren få information om forskaren, informanterna och relationen dem emellan för att trovärdigheten i analysen ska kunna bedömas (25).

Fyra distriktssköterskor valdes ut för intervju. De hade mellan fem och tjugo års erfarenhet av distriktssköterskeyrket och två till sex års erfarenhet av att arbeta med FaR och de arbetade i två olika landsting. Den långa erfarenheten anser vi vara av godo för trovärdigheten i

resultatet medan det lilla urvalet skulle kunna ses som en nackdel när det gäller dess giltighet. Två av distriktssköterskorna arbetade i storstadsmiljö och två arbetade i småstadsmiljö. Anledningen till detta var inte någon ambition om att jämföra landsting eller arbetsmiljö med varandra från vår sida utan handlade mer om logistiska skäl. Att de arbetade i olika landsting och miljöer verkar inte heller ha gjort någon skillnad för resultatet då samstämmigheten mellan deras svar på intervjufrågorna var stor. Samtliga informanter angav initialt att de inte upplevde några etiska svårigheter i arbetet med FaR. Som en av orsakerna till detta angavs att det är väl förankrat i vetenskap att fysisk aktivitet är bra samt att de uppskattar FaR som metod. Det är möjligt att svaret på frågan hade blivit annorlunda om informanterna inte hade haft en positiv inställning till FaR som utgångspunkt.

Inför intervjuerna förbereddes en intervjuguide, se bilaga 2. Både huvudfrågor och förslag på följdfrågor skrevs ner och fokus låg på att använda öppna frågor som informanterna skulle kunna prata fritt kring. Upplevelsen efter intervjuerna var att det var svårt att få djupgående svar på frågorna och att intervjutekniken lämnade mycket att önska. Till exempel ställdes flera frågor i en vilket påverkar svaret och en del av följdfrågorna kunde uppfattas som ledande. Det går inte att bortse från att forskaren har betydelse för resultatet inom kvalitativ forskning och att våra tillkortakommanden här således påverkar datamaterialets kvalitet. Positivt var dock att informanterna pratade fritt kring ämnet i stor utsträckning. I arbetet med att skapa intervjuguiden valdes ordet etik bort då det kan uppfattas som värdeladdat och dessutom tolkas på många olika sätt. Det är möjligt att vi hade fått mer djupgående svar om vi hade valt att inkludera detta ord i stället. Intervjuerna tog mellan tjugo och trettiofem minuter att genomföra och spelades in på band. Denna process fungerade utmärkt liksom även transkriberingen. Samtliga intervjuer skedde på informanternas arbetsplats, i enskilt rum. Under en av intervjuerna avbröts samtalet av en telefon som ringde. Informanten var jour och var tvungen att svara vilket ledde till ett avbrott på ungefär trettio sekunder. Då avbrottet var kort och intervjun hade pågått en stund anser vi inte att det påverkade situationen och datainsamlingen på ett negativt sätt.

Trots vår ovana vid att intervjua anser vi att det datamaterial vi fått fram är rikt på innehåll och håller en god kvalitet. Informanternas långa erfarenhet av arbetet med FaR och livsstilsrådgivning bidrog sannolikt till de många spontana, specifika och relevanta svaren. Informanternas uppfattningar och svar liknar varandra i stor utsträckning vilket stärker studiens giltighet. Polit och Beck (27) menar att det är viktigt att fråga sig om samma resultat skulle komma fram om studien upprepades med likvärdiga respondenter i likvärdiga miljöer

vid ett senare tillfälle. Om svaret är ja på den frågan ökar det resultatets trovärdighet. Utifrån informanternas många likriktade svar anser vi att det är rimligt att tro att så vore fallet i vår studie. En nackdel med datamaterialet är att det får anses handla mer generellt om livsstilsrådgivning än om FaR i flera fall. Tanken med att undersöka etiska aspekter i samband med FaR och inte med livsstilsrådgivning i stort var att på så sätt avgränsa forskningsområdet. Kanske var det inte nödvändigt då distriktssköterskorna arbetar med dessa frågor parallellt och hade svårt att avgränsa sina svar till att handla om FaR specifikt.

En studies resultat är bara så bra som forskaren är. I det hänseendet har det varit en tillgång att vara två i detta arbete eftersom det minskar risken för partiskhet och alltför egenartad tolkning. På samma sätt verifieras trovärdigheten i resultatet när två forskare kommer till liknande slutsatser (27). När analysen startade läste var och en av oss igenom hela datamaterialet flera gånger och därefter valdes meningsbärande enheter ut. Dessa kondenserades och kodades varpå de koder som ansågs höra ihop bildade en subkategori. I varje del av analysen har vi först arbetat enskilt för att därefter jämför våra tankar och tolkningar med varandra. Därefter gick vi ibland tillbaka ett steg och ändrade i till exempel kodningen. Vi anser att detta arbetssätt har ökat tillförlitligheten i resultatet vilket också styrks av Graneheim och Lundman (25) som menar att analysprocessen måste innehålla moment av att gå fram och tillbaka mellan datamaterialets olika delar. Arbetet med huvudkategorierna och temat skedde gemensamt från början till slut. Kodningen och skapandet av subkategorier ansågs som svårast och tog också längst tid. Här har det varit en nackdel att vi inte befunnit oss på samma plats rent geografiskt, utan vi har samarbetat över telefon och med ett gemensamt datorokument. I övrigt har samarbetet varit lyckat.

Förutom det som redan är sagt är det av värde att nämna att en god dokumentation av hur studien är gjord ökar möjligheterna att upprepa den vilket i sin tur ökar trovärdigheten (27). Vi anser att vi efter bästa förmåga har beskrivit både metod och analysprocess på ett noggrant och utförligt sätt. Vad gäller överförbarhet så ligger det främst i läsarens ögon att avgöra om resultatet kan överföras till andra områden. Forskarens uppgift är att förse läsaren med den information som behövs för att kunna avgöra detta (27). Fokus i studien har varit etiska aspekter i samband med förskrivning av FaR. Då detta är en form av livsstilsrådgivning ligger det nära till hands att tro att resultatet bör gå att överföra även till andra frågor som rör livsstil, såsom kost, alkohol och stress.

Inför det eventuella genomförandet av en fullskalig studie finns det anledning att tänka över hur intervjufrågorna formuleras. Det är önskvärt att få mer djupgående svar och att få informanterna att dröja kvar vid frågan om etik. Att aktivt leta efter informanter som inte nödvändigtvis har en positiv inställning till FaR och livsstilsrådgivning skulle möjligtvis kunna bredda svarsalternativen. En intressant tanke är att använda sig av fokusgrupper istället för eller vid sidan av intervjuer. Det upplevdes som en nackdel att informanterna till viss del informerade om arbetet med FaR snarare än svarade på frågor kring upplevelser av etiska aspekter. Kanske kan en fokusgrupp där samtalet i första hand sker mellan jämlikar som har samma förkunskap kring arbetssättet komma förbi ett sådant hinder och därför generera mer djupgående svar?

## **RESULTATDISKUSSION**

I resultatet från pilotstudien framkom att de intervjuade distriktssköterskorna inte upplevde några etiska svårigheter vid arbetet med fysisk aktivitet på recept. Samtidigt fanns en medvetenhet om att hälsosamtal kan vara en potentiell laddad situation, där bland annat skuld och skam kan finnas närvarande hos patienten, både innan besöket eller skapas under själva omvårdnadssituationen. Distriktssköterskorna hade ett flertal strategier till sin hjälp för att undvika att obehagliga situationer uppstod. Att visa respekt för patientens integritet och självbestämmande, att vara lyhörd för patientens förutsättningar och livssituation, samt att förmedla empati betonades som viktiga egenskaper och förhållningssätt. Att ha kunskap om samtalsmetoder och att använda sig av olika pedagogiska verktyg ansågs även vara värdefulla hjälpmedel i samtalen.

Graneheim och Lundman (25) menar att ett tema är den röda tråden som löper genom samtliga delar av resultatet och visar på dess underliggande mening. Under analysens gång stod det klart att distriktssköterskorna i alla delar av arbetet med FaR fokuserade på att se möjligheter istället för hinder. Detta tog sig praktiska uttryck när de försökte hitta motionsformer som passade den enskilda individen, men blev också tydligt då patienter ursäktade sitt beteende och anklagade sig själva för sina misslyckanden. Distriktssköterskorna fokuserade då på vad som faktiskt fungerade istället för att lägga tid på det negativa. Även i intervjusituationen var distriktssköterskorna inriktade på möjligheter och lösningar. På frågor om upplevda problem eller svårigheter fick vi visserligen jakande svar men alltid snabbt följt av hur dessa gick att lösa eller jobba runt. Att få dem att stanna upp och problematisera upplevdes som svårt, istället fanns det en framåtblickande och lösningsorienterad anda under

samtalen. Detta har vi tolkat som det latent innehåll i resultatet och valt att lyfta fram som ett tema.

Tidigare forskning motsäger delvis de delar i pilotstudiens resultat som handlar om att distriktssköterskorna inte upplevde några etiska svårigheter i samband med förskrivning av FaR. Både i studier av Jallinojai et al (18) och Jacobseni et al (17) upplevde vårdpersonal det komplicerat med livsstilsrådgivning och kände sig osäkra på hur de skulle närma sig patienten. Många upplevde sig även, i motsats till distriktssköterskorna i pilotstudien, sakna kunskap om olika samtalsmetoder. I Jacobseni et al (17) studie uttryckte läkarna etiska betänkligheter. De var ambivalenta till generella livsstilsinterventioner då de upplevde att patienten hade ett bristande intresse, samt tvivlade på att deras insatser verkligen fick någon effekt på patientens beteende. I Jallinojais et al (18) studie ansåg sig yngre sjuksköterskor ha tillräckliga kunskaper betydligt oftare än äldre. En anledning till detta kan vara att dessa ämnen ges större utrymme i dagens vårdutbildningar och att de mer nyutbildade alltså känner sig säkrare på sina förmågor. Utbildningar i motiverande samtal och andra samtalstekniker har blivit allt vanligare i Sverige under de senaste åren och rekommenderas också av Socialstyrelsen (5).

I studierna av Richards et al. (19), Frich et al. (20) och Butler et al. (21) beskrevs att många patienter förväntade sig att bli klandrade för sina levnadsvanor när de sökte vård och att ett flertal även hade upplevt det tidigare. I vår studie däremot poängterade distriktssköterskorna som ytterst viktigt att alltid inleda samtalen med att fråga patienten om de fick ställa frågor om levnadsvanor och om patienten var intresserad av att de berättade om livsstilens inverkan på hälsan. I en teoretisk artikel gjord i Norge och Danmark 2007 (36) har man tittat på studier kring hur läkare kan undvika att skapa obehag för patienten i det kliniska mötet. Författarna Malterud och Hollnagel menar att traditionellt vetenskapliga begrepp som objektivism, rationalitet och distans präglat inställningen till patientmötet vilket bidragit till ett ibland nedvärderande beteende från läkarnas sida. Genom utvecklad självkänedom menar författarna att läkaren kan utnyttja de känslomässiga reaktioner som uppstår i mötet för att förbättra relationen till patienten. Att vara medveten om sina egna känslor är en av grundbultarna i att inneha den moraliska varseblivning som behövs för att förebygga nedvärderande beteende i det kliniska mötet. Därför måste känslor bli lika erkända som grunden för ett patientcentrerat möte som de traditionellt vetenskapliga begreppen. Enligt Sarvimäki (9) innefattar en god etisk omvårdnad både förhållningssätt, reflektion, omdöme och handling. En förutsättning för detta är sjuksköterskan själv som person, med hennes

förmåga till inlevelse och reflektion samt förmågan att använda sitt samvete som utgångspunkt för sitt handlande.

För att kunna ge god etisk omvårdnad behöver sjuksköterskan ha teoretisk etikkunskap, etisk handlingskunskap, etisk situationskunskap och personlig etisk kunskap, vilka tillsammans utgör ett integrerat etiskt kunnande (9). Resultatet i pilotstudien visar på att distriktssköterskorna uppfyllde flera av dessa kriterier i arbetet med FaR. Deras beskrivningar pekar på att de hade god inlevelseförmåga. Lyhördhet framhölls som viktigt för att kunna bilda sig en uppfattning om vilken hjälp som var relevant att erbjuda patienten. De uttryckte empati när de visade att de hade förståelse för att livsstilsförändringar var svårt att genomföra, tog lång tid och att återfall tillhörde processen. De uttryckte även respekt för patientens självbestämmande, då de betonade att det var patientens eget val om hon eller han ville göra en förändring, samt frågade alltid först om patienten ville att de skulle prata om dessa saker. Dessa egenskaper och förhållningssätt kan relateras till både etisk handlingskunskap, etisk situationskunskap och personlig etisk kunskap. Att distriktssköterskorna däremot inte ansåg att det var etiskt svårt att arbeta med FaR och inte heller resonerade så mycket kring den frågan, skulle kunna uppfattas så att deras teoretiska etikkunskap var bristande. Kanske är de så skickliga i sin praktiska yrkesutövning att de förekommer problemen innan de uppstår och därför inte reflekterar över de möjliga etiska konflikter som faktiskt finns? Detta skulle kunna kopplas till Løgstrups (16) tankar om de ”spontana känslorna” som sker naturligt, omedelbart och utan reflektion. Då distriktssköterskorna var väldigt engagerade och tyckte det var roligt att arbeta med dessa frågor, bidrog det säkert till att göra arbetet okomplicerat och spontant. Løgstrup menade att det framförallt är de ”sekundära känslorna”, som är betingade av att man först och främst tänker på sig själv, som kräver ansträngningar och reflektioner av individen.

I pilotstudien framkom att distriktssköterskorna var väl medvetna om att patienter idag ofta känner krav på sig att ”leva hälsosamt”. Patienters upplevelse av skuld och skam när de inte lyckas med livsstilsförändringar bekräftas också av tidigare studier (19, 20, 21, 22, 23, 24). I dessa studier framkom dock att upplevelser av skuld och skam ofta skapades under själva mötet med vårdpersonalen. I pilotstudien däremot upplevde distriktssköterskorna att patienter hade dessa känslor med sig redan innan besöket och de uppfattade inte sig själva som moraliserande eller skuldbeläggande. Samtidigt reflekterade distriktssköterskorna över att de inte med bestämdhet kunde veta om de ändå förmedlade dessa känslor, och att så säkert var fallet ibland. De framhöll att de trodde att strategier som samtalsmetoder och pedagogiska verktyg ofta förhindrade att så skedde.

En indikation på att distriktssköterskorna i pilotstudien lyckades undvika att förmedla skuld- och skamkänslor till patienter var att de inte upplevde att patienter hade några problem med att dela med sig om sina levnadsvanor. Tvärtom så beskrevs det att patienter ofta uttryckte en önskan om att få hjälp och att de verkade uppskatta när distriktssköterskorna ställde frågor om deras levnadsvanor. En av distriktssköterskorna med många års erfarenhet av dessa frågor beskrev också stor skillnad idag mot då hon som nybliven distriktssköterska började med livsstilsrådgivning. I takt med att ämnet så frekvent belyses i media idag och även kommit att alltmer betonas både i samhället i stort och inom sjukvården kanske en förändrad attityd håller på att ske och som i förlängningen påverkar individens integritetsgränser i dessa frågor. Våra levnadsvanor har idag alltmer blivit något som inte enbart hör till vår privata sfär.

Idag har individens ansvar för sin egen hälsa alltmer kommit att betonas både från sjukvårdens, - folkhälsoområdets, - medias- och samhällets sida. Munthe (3) tar upp att ju bättre befolkningshälsan är i ett samhälle ju viktigare blir det att tona ner färdiga kollektiva lösningar och istället ge individen utrymme att själv fatta de beslut som rör den egna hälsan. Under senare år har en allt större kritik mot olika folkhälsoverksamheter vuxit fram. Kollektiva lösningar som traditionellt har använts har bortsett från det som inom vårdetik är ett centralt värde, det vill säga individens självbestämmande. Kopplingen mellan självbestämmande och individuellt ansvar innebär också att den som väljer att inte förbättra sin hälsa har sig själv att skylla, den sämre hälsan är individens misslyckande snarare än samhällets.

Närhetsetik och dygdetik kan förhoppningsvis hjälpa patienten att inte känna skuld och skam eftersom det i dessa teorier finns en lyhörddhet inför patientens behov och önskningar. Samtidigt så ligger även i dessa förhållningssätt implicit en större tonvikt på det egna valet, vilket istället kanske ytterligare kan öka skuld- och skamkänslor. Sambandet mellan ökat självbestämmande, eget ansvar och skuld- och skamkänslor är kanske svårt att komma förbi så länge som hälso- och sjukvårdens tydliga budskap är att befolkningen bör ändra på sina levnadsvanor. Då det traditionella folkhälsoarbetet med dess konsekvensetiska arbetssätt inte på samma sätt tog hänsyn till den enskilda individens behov och önskningar, lades inte heller samma ansvar på individen utan snarare på samhället.

Några frågor att ställa sig i detta sammanhang är hur fritt individens eget val egentligen är. Är det så att det idag läggs krav på individen som många gånger kanske är näst intill omöjliga att leva upp till? Förr satte miljön gränser för människors levnadsvanor, de hade varken

möjlighet att äta för mycket eller att vara fysiskt passiva. Idag lever vi i ett överflöd som är svårt att hantera och motstå. En del av dagens produkter skapar även beroenden, vilket ytterligare begränsar möjligheten till ett fritt val. I en teoretisk artikel från 2006 är Fugelli (37) kritisk till att folkhälsan idag framställs som opolitisk, där den individuella livsstilen står i centrum. Uppmärksamheten riktas mot den enskildes oförmåga istället för på sociala orättvisor och han menar att de största hoten mot folkhälsan i Europa fortfarande är arbetslöshet, social ojämlikhet, fattigdom, rasism och en kultur där perfektion framhävs. Munthe (3) pekar också på risken att befolkningshälsan kan komma att sjunka när samhället lägger tonvikten på att erbjuda möjligheter till hjälp, eftersom individer då kan välja bort de erbjudanden som ges.

Patienter som på hälsokontroll fått besked om att de låg i riskzon för sjukdom på grund av förhöjda PSA- eller kolesterolvärden förändrade sina hälsoidentiteter radikalt och upplevde sig stigmatiserade, vilket också skapade oro och ångest, skuld och skam (24). Att ha en riskfaktor är inte samma sak som att vara sjuk och patienter måste få hjälp med att hålla isär dessa begrepp. Sarvimäki (9) belyser att känslan av att ligga i en riskzon för någonting många gånger kan öka individens sårbarhet. Distriktssköterskorna i pilotstudien poängterade genomgående att det var viktigt att se och betona det friska och positiva istället för att fokusera på det sjuka och negativa. Då dagens hälsodefinitioner lyfter fram en holistisk syn på hälsa, där välbefinnande betonas, är det viktigt att beakta att inte fokus på riskfaktorer tar överhanden. Två frågor som kan vara rimliga att ställa i detta sammanhang är, om och i så fall, hur mycket sjukvården skapar ohälsa. Det är också viktigt att reflektera över hur starkt vetenskapligt stöd olika förebyggande behandlingar för ”risktillstånd” har. Eftersom den medicinska vetenskapen många gånger är en färskvara och man kan förutsätta att inga behandlingsdirektiv eller nationella riktlinjer är för evigt fastslagna kan det ifrågasättas om strategin att leta riskfaktorer hos mer eller mindre friska individer är en framkomlig väg för att förebygga ohälsa. Man kan även ställa sig frågan vad all denna fokus på att leva sunt, hälsoundersökningar, riskfaktorer, gränsvärden, gör med oss människor i ett längre perspektiv. Blir vi rentav rädda för att leva? Vågar vi till slut unna oss något av livets goda utan att få skuldkänslor?

Fugelli (37) är kritisk till dagens folkhälsopolitik och menar att man inte ger uttryck för den osäkerhet som ligger i de forskningsresultat som man bygger olika riktlinjer och behandlingsprinciper på. Han menar också att hälsa har kommit att förknippas med kamp och försakelse och att vi idag har en nästan tvångsmässig upptagenhet av risker och faror. Fugelli



menar att folkhälsoarbetare måste vara mer nyanserade och förmedla att risker, sjukdomar och misslyckanden är en del av livet. Det är viktigt att betona de positiva sidorna av hälsa för att underlätta livet och förmedla att hälsa först och främst handlar om livsglädje. Fugelli menar att både individen och samhället vinner på att acceptera ett visst mått av risker, faror och sjukdomar. Är vi för ivriga och angelägna efter trygghet och hälsa försvinner vår sinnenro och glädje i livet.

### **Slutord**

Vi frågade oss i inledningen vilka etiska frågor som kan uppstå när folkhälso- och omvårdnadsperspektivet möts? Folkhälsa och omvårdnad kan sägas hamna i spänningsfältet mellan vad som är bra för samhället och vad som är bra för individen. Att samtidigt respektera individens självbestämmande och att motivera till livsstilsförändringar är kanske inte en helt enkel och entydig uppgift. Frågan om i vems intresse riktade åtgärder görs är en central etisk frågeställning, då samhällsekonomiska intressen och folkhälsopolitiska beslut inte alltid går hand i hand med individens önskningar. Då det kanske för de flesta av oss i första hand inte handlar om att lägga år till livet, utan att istället ha ett så bra liv som möjligt de år vi faktiskt lever krävs en god etisk kompetens för att uppfatta på vilket sätt vi distriktssköterskor bäst kan hjälpa till. Är det att hjälpa patienten att förändra en ”ohälsosam” levnadsvana eller att hjälpa patienten att inte känna skuld för den ”ohälsosamma” levnadsvana som hon eller han faktiskt vill fortsätta att leva med? Kanske har distriktssköterskorna i vår pilotstudie med sitt salutogena arbetssätt kommit en bit på väg när de försöker se möjligheter istället för hinder, det friska istället för det sjuka. Vidare forskning i dessa frågor anser vi angeläget. Framförallt att undersöka patienters upplevelser av hälsorådgivning, med betoning på om sjuksköterskan förmedlar krav, skuld och skam. Genom att få ökad kunskap om patienters upplevelser kan förhoppningsvis vårdpersonal på ett ännu bättre sätt hjälpa dem att förhålla sig till de livsstilsförändringar de blir erbjudna.

## **Arbetsfördelning**

Förutsättningarna inför denna studie var sådana att vi, författarna, varken kände varandra eller bodde i samma stad. Det har under arbetets gång skiljt femtio mil mellan oss rent fysiskt men ändå har samarbetet fungerat bra. Vi har arbetat med ett gemensamt datordokument och tagit ett likvärdigt ansvar för vår studie. Rent praktiskt har vi delat upp vissa uppgifter mellan oss men hela tiden läst och kommenterat varandras texter, så att vi båda ska känna alla delar i vårt arbete lika väl. Detta arbetssätt gäller framför allt de teoretiska delarna i bakgrund, syfte och metod. Resultatet och diskussionen har vi arbetat fram tillsammans över telefon i första hand. I samband med handledning och obligatoriska sammankomster i skolan har vi även träffats och arbetat tillsammans. Vi är både mycket positiva till hur bra samarbetet har fungerat och hur mycket vi lärt oss under arbetets gång. Det som från början kändes som ett orosmoment, att inte vara på samma plats, har inte alls upplevts som ett problem. Vår målsättning var att producera en likvärdig mängd text i arbetet och att ha en likvärdig arbetsbörda och detta anser vi att vi lyckats med.

## REFERENSER

- 1) Distriktssköterskeföreningen i Sverige. Kompetensbeskrivning, Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska. 2008.  
<http://www.swenurse.se/Documents/Kompetensbeskrivningar/KompbeskrDistriktwebb.pdf> (tillgänglig 2012-09-03)
- 2) Svensk Sjuksköterskeförening. ICN:s ETISKA KOD FÖR SJUKSKÖTERSKOR. 2007.  
<http://www.swenurse.se/PageFiles/2582/SSF%20Etisk%20kod%20t%20webb2.pdf> (tillgänglig 2012-09-10)
- 3) Munthe C. The Goals of Public Health: An Integrated, Multidimensional Model. Public Health Ethics 2008; 1(1): 39-52.
- 4) Yrkesföreningen för Fysisk Aktivitet. FYSS Fysisk aktivitet i Sjukdomsprevention och Sjukdomsbehandling. 2008. <http://www.fyss.se/> (tillgänglig 2012-09-03)
- 5) Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011.  
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18484/2011-11-11.pdf> (tillgänglig 2012-09-03)
- 6) Statens folkhälsoinstitut. FaR - Fysisk aktivitet på recept. 2012.  
<http://www.fhi.se/FaR-/> (tillgänglig 2012-09-03)
- 7) Statens beredning för medicinsk utredning (SBU). Metoder för att främja fysisk aktivitet. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: SBU-rapport nr 181; 2007.  
<http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Metoder-for-att-framja-fysisk-aktivitet/> (tillgänglig 2012-09-04)
- 8) Västra Götalandsregionen. Krav och kvalitetsbok. 2012.  
<http://www.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/VG%20Prim%C3%A4rv%C3%A5rd/KoK/Krav-%20och%20kvalitetsbok%20VG%202012.pdf> (tillgänglig 2012-09-03)
- 9) Sarvimäki A, Stenbock-Hult B. Omvårdnadens etik: sjuksköterskan och det moraliska rummet. 1. uppl. Stockholm: Liber; 2008.
- 10) Svensk Sjuksköterskeförening. En litteraturstudie om omvårdnadens värdegrund. 2010.  
[http://www.swenurse.se/PageFiles/8810/Nr40\\_17sept\\_Vardegrund\\_Litteraturstudie.pdf](http://www.swenurse.se/PageFiles/8810/Nr40_17sept_Vardegrund_Litteraturstudie.pdf) (tillgänglig 2012-09-04)
- 11) Svensk Sjuksköterskeförening. Värdegrund för omvårdnad. 2010.  
[http://www.swenurse.se/PageFiles/8804/Nr55\\_13okt\\_NYWEB.pdf](http://www.swenurse.se/PageFiles/8804/Nr55_13okt_NYWEB.pdf) (tillgänglig

2012-09-04)

- 12) Tännsjö T. Grundbok i normativ etik. 1. uppl. Stockholm: Thales; 2003 (2000).
- 13) Silfverberg G. Praktisk klokhet: om dialogens och dygdens betydelse för yrkesskicklighet och socialpolitik. Eslöv: B. Östlings bokförl. Symposion; 1999.
- 14) Malmsten, K. Etik i basal omvårdnad ... i någon annans händer ... . Lund: Studentlitteratur; 2007
- 15) Birkler J. Filosofi och omvårdnad: etik och människosyn. 1. uppl. Stockholm: Liber; 2007.
- 16) Løgstrup KE. Det etiska kravet. Göteborg: Daidalos; 1994.
- 17) Jacobsen E.T, Rasmussen S.R, Christensen M, Engberg M, Lauritzen T. Perspectives on lifestyle intervention: The views of general practitioners who have taken part in a health promotion study. *Scandinavian Journal of Public Health* 2005; 33: 4–10.
- 18) Jallinoja P, Absetz P, Kuronen R, Nissinen A, Talja M, Uutela A, Patja K. The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2007; 25: 244-249.
- 19) Richards H, Reid M, Watt G. Victim blaming revisited: a qualitative study of beliefs about illness causation, and responses to chest pain. *Family Practice* 2003; 20: 711–716.
- 20) Frich J.C, Malterud K, Fugelli P. Experiences of guilt and shame in patients with familial hypercholesterolemia: A qualitative interview study. *Patient Education and Counseling* 2007; 69: 108–113.
- 21) Butler C.C, Pill R, Stott N.C.H. Qualitative study of patients' perceptions of doctors' advice to quit smoking: implications for opportunistic health promotion *BMJ* 1998; 316: 1878–81.
- 22) Lazare A. Shame and humiliation in the medical encounter. *Arch Intern Med* 1987; 147: 1653–8.
- 23) Pichert J.W, Elam P. Guilt and shame in therapeutic relationships. *Patient Education and Counseling* 1986; 8.
- 24) Gillespie C. The experience of risk as ‘measured vulnerability’: health screening and lay uses of numerical risk. *Sociology of Health & Illness* 2012; 34(2): 194–207.

- 25) Graneheim U.H, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education Today* 2004; 24(2): 105-112.
- 26) Lundman B, Hällgren Graneheim U. Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär M, Höglund-Nielsen B, red. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur; 2008: 159-172.
- 27) Polit D.F, Beck C.T. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2008.
- 28) Nyberg R. *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar med stöd av IT och Internet*. 4., [bearb.] uppl. Lund: Studentlitteratur; 2000.
- 29) Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet (HSFR). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. 1999.  
[www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf](http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf) (tillgänglig 2012-09-06)
- 30) Forsman B. *Forskningsetik – en introduktion*. Upplaga 1:16. Lund: Studentlitteratur; 1997.
- 31) Forsman B. *Etik i biomedicinsk forskning – en orientering*. Lund: Studentlitteratur; 2005.
- 32) Svensk författningssamling. Lag om etikprövning av forskning som avser människor: SFS 2003:460. <http://62.95.69.3/SFSdoc/03/030460.PDF> (tillgänglig 2012-09-06)
- 33) Sykepleiernes Samarbeid i Norden (SSN). *Etiske retningslinjer for omvårdnadsforskning i Norden*. 2003.  
<http://www.sykepleien.no/ikbViewer/Content/337889/SSNs%20etiske%20retningslinjer.pdf> (tillgänglig 2012-09-06)
- 34) Svensk författningssamling. Lag om ändring i lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor: SFS 2008:192.  
<http://www.lagboken.se/files/SFS/2008/080192.PDF> (tillgänglig 2012-09-06)
- 35) Dahlberg K. *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur; 1997.
- 36) Malterud K, Hollnagel H. Avoiding humiliations in the clinical encounter. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2007; 25: 69-74.
- 37) Fugelli P. The Zero-vision: Potential side effects of communicating health perfection and zero risk. *Patient Education and Counseling* 2006; 60: 267–271.

## **Bilaga 1**

# **FORSKNINGSPERSONSINFORMATION**

### **Bakgrund**

Distriktssköterskor arbetar med folkhälsa och omvårdnad som sina huvudområden. Medan folkhälsovetenskap handlar om stora befolkningsgrupper och undersökningar av hälsa på gruppnivå handlar omvårdnadsvetenskap om mötet med den enskilda individen.

Utgångspunkten för studien är en undran kring vilka etiska frågor som väcks när de två perspektiven möts? Studien riktar in sig på livsstilsfrågor i form av fysisk aktivitet och distriktssköterskans arbete med att ordinera och följa upp Fysisk aktivitet på recept, FaR.

### **Syfte**

Syftet med studien är att belysa etiska aspekter i samband med förskrivning av Fysisk aktivitet på recept, FaR, ur ett distriktssköterskeperspektiv.

### **Förfrågan om deltagande**

Du tillfrågas om deltagande i studien eftersom du arbetar som distriktssköterska på vårdcentral och ordinerar samt följer upp fysisk aktivitet på recept, FaR.

### **Hur går studien till?**

Om du väljer att delta i studien kommer en av författarna att göra en enskild intervju med dig som spelas in på band. Intervjun beräknas ta trettio till sextio minuter och görs under arbetstid. Du väljer själv plats för intervjun. Bandinspelningen skrivs sedan ner och analyseras. Resultatet kommer att presenteras i form av en magisteruppsats vid Sahlgrenska Akademin vid Göteborgs Universitet.

### **Finns det några risker med att delta?**

Ambitionen är att du inte ska uppleva något obehag av att delta i studien. En möjlig risk är att du kommer att uppfatta det känsligt att svara på frågor kring din yrkesroll och yrkesutövning. Du väljer själv vad du vill ta upp under intervjun och det kommer inte gå att urskilja vad just du har sagt när resultatet presenteras.

### **Finns det några fördelar med att delta?**

Det finns inga direkta fördelar att delta i studien för dig personligen.

### **Hantering av data och sekretess**

Intervjun spelas in på band och skrivs sedan ut. I enlighet med Personuppgiftslagen (SFS 1998:204) kommer personuppgifter tas bort i utskriften och i presentationen av resultatet så att det inte går att identifiera dig som person. Vidare kommer både text och ljudinspelning förvaras så att ingen obehörig kan få tillgång till materialet. Efter avslutade studier kasseras materialet.

### **Hur får jag information om studiens resultat?**

Om du önskar få ta del av studiens resultat kan du göra det genom att kontakta ansvariga för studien enligt nedan.

**Ersättning**

Din verksamhetschef har godkänt att intervjun sker på arbetstid. Annan ersättning utgår inte.

**Frivillighet**

Ditt deltagande i studien är helt frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta, utan särskild förklaring. Om du väljer att avbryta kommer inget av det material som rör ditt deltagande i studien att användas i resultatet.

**Ansvariga för studien**

Eva Edwartz

Tel: 0707-28 74 45

Mail: [evaedwartz@hotmail.com](mailto:evaedwartz@hotmail.com)

Frida Brinck Davidsson

Tel: 0706-44 45 86

[fridabrinckdavidsson@gmail.com](mailto:fridabrinckdavidsson@gmail.com)

Handledare:

Eva Lidén

[evaliden@gu.se](mailto:evaliden@gu.se)

## Bilaga 2

### Intervjuguide

Intervjun inleds med en presentation av oss själva och studiens syfte som är *att undersöka etiska aspekter i samband med förskrivning av fysisk aktivitet på recept ur ett distriktssköterskeperspektiv*. Informanten har möjlighet att ställa frågor innan bandinspelningen börjar och informeras om att det även går bra att ställa frågor under intervjuens gång. Innan bandspelaren slås på ställs två frågor om hur länge informanten varit distriktssköterska samt hur länge hon arbetat med FaR.

### Huvudfrågor:

1. Kan du berätta för mig hur du gör när du skriver ut FaR?
2. Har du varit med om en situation som blivit obekvämt i samband med förskrivning av FaR?
  - Hur såg situationen ut?
  - Hur upplevde du situationen?
  - Vad var svårt?
  - Hur hanterade du situationen?
3. Hur upplever du patienternas sinnesstämning när de kommer till din FaR-mottagning?
4. Vilka egenskaper tycker du att en distriktssköterska behöver ha för att kunna hantera den här typen av situationer?
  - Varför just de egenskaperna?
5. Om du **inte** varit med om en obekvämt situation, skulle du ändå kunna föreställa dig att en sådan?
  - Hur skulle den se ut?
  - Vilka skulle svårigheterna vara?
  - Hur skulle du hantera dem?

### Avslutande frågor:

6. Har du fler tankar kring det här ämnet?
7. Är det något som du tycker att jag glömt fråga dig?