

FaR-förskrivning till patienter med hypertoni

ur ett distriktssköterskeperspektiv

FÖRFATTARE	Annika Jakobsson Maria Jonasson
PROGRAM/KURS	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska/ Examensarbete för magister i omvårdnad med inriktning mot primärvård OM5310 HT 2013
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Inger Kjellberg
EXAMINATOR	Eva Lidén

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Förord

Vi vill tacka vår handledare Inger Kjellberg för de goda råd och den vägledning hon gett oss under studiens gång. Allt hennes stöd och engagemang har betytt mycket för oss. Vi vill även tacka respondenterna för deras medverkan. Utan deras deltagande hade studien aldrig kunnat genomföras.

Titel (svensk):	FaR-föreskrivning till patienter med hypertoni- ur ett distriktssköterskeperspektiv
Title (engelsk):	Physical activity on prescription to patients with hypertension- from a district nurse perspective
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska, 75 Högskolepoäng
Kurs/ kurskod:	Examensarbete för magister i omvårdnad med inriktning mot primärvård/ OM5310
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	26
Författare:	Annika Jakobsson Maria Jonasson
Handledare:	Inger Kjellberg
Examinator:	Eva Lidén

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Hypertoni är ett av de stora folkhälsoproblemen i Sverige idag. Grunden i behandlingen är fysisk aktivitet. 2001 infördes Fysisk aktivitet på Recept (FaR) som metod för att minska fysisk inaktivitet. Distriktssköterskor inom primärvården är de som förväntas ta en stor del av ansvaret i det preventiva och hälsofrämjande arbetet. Det är ofta de som möter patienterna med hypertoni för uppföljning av blodtrycket. Vi ser FaR-föreskrivningen som en process som kan delas in i tre delar: Anamnes, receptskrivning samt uppföljning där alla delarna skall ingå. Att studera hur distriktssköterskor använder sig av FaR är värdefullt då patienter med hypertoni är en stor patientgrupp. **Syfte:** Syftet med studien är att beskriva hur distriktssköterskor arbetar med FaR som metod vid hypertoni. **Metod:** Semistrukturerade intervjuer genomfördes med fyra distriktssköterskor. Intervjumaterialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** I analysen framkom åtta stycken kategorier: Distriktssköterskornas inställning till FaR, Patientens förutsättningar, Patientens delaktighet, Framkallande av patientens inre resurser, Patientens egenansvar, Praktiska hinder i FaR-föreskrivningen, Brist på samarbete och Brist på rutiner för uppföljning. **Slutsats:** Övervägande delen av distriktssköterskorna var positiva till FaR som metod och ansåg att det var viktigt att göra patienten delaktig. Alla uttryckte att uppföljning av FaR genomfördes men de hade inga rutiner för detta. Samtliga respondenter upplevde att det fanns brister i samarbetet både med FaR-samordnare och med föreningslivet.

ABSTRACT

Background: Hypertension is one of the biggest public health problems in Sweden today. The basic treatment is physical activity. In year 2001, Physical activity on Prescription (PaP) was introduced as a method to reduce physical inactivity. District nurses in primary care, are those who is expected to take a major part of responsibility in the prevention and health care work. It is often these nurses who encounter patients with hypertension and monitor their blood pressure. We regard PaP as a process that can be divided into three sections: Anamnesis, writing prescriptions and follow-up. All three parts should be included. It is valuable to study how district nurses use PaP because patients with hypertension constitute a large patient group. **Purpose:** The purpose of this study was to describe how district nurses work with PaP as a method in hypertension. **Method:** Semi-structured interviews were conducted with four district nurses. The interviews were analyzed using qualitative content analysis. **Results:** The analysis revealed eight categories: District nurses attitude to PaP, The patient's potential, The patient's participation, Development of the patient's internal resources, The patient's own responsibility, Practical obstacles in PaP-prescribing, Lack of cooperation and Lack of follow-up routines. **Conclusion:** The majority of the district nurses were positive to PaP as a method and felt that it was important to make the patient involved. Everyone expressed that PaP follow-ups were carried out, however they had no routines for this. The respondents experienced that there were a lack of cooperation with both PaP- coordinators and associations.

Keywords: District nurse, Physical activity on Prescription (PaP), Hypertension, Health Promotion, Primary care.

INNEHÅLL

	Sid
INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	2
Primärvårdens uppdrag	2
Distriktssköterskans profession	2
Hypertoni	3
Fysisk aktivitet på Recept (FaR)	3
Teoretiska perspektiv	4
<i>Personcentrerad omvårdnad</i>	5
<i>Motiverande samtal</i>	5
<i>The Transtheoretical Model and Stages of Change (TTM)</i>	6
TIDIGARE FORSKNING	7
Problemformulering	8
SYFTE	9
FRÅGESTÄLLNINGAR	9
METOD	9
URVAL	10
DATAINSAMLING	11
DATAANALYS	11
PILOTSTUDIEN	12
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	13
RESULTAT	15
DISTRIKTSSKÖTERSKORNAS INSTÄLLNING TILL FaR	15
BEDÖMNING AV PATIENTENS FÖRUTSÄTTNINGAR	16
PATIENTENS DELAKTIGHET	16
SYNLIGGÖRA PATIENTENS INRE RESURSER	17
RESPEKTERA PATIENTENS EGENANSVAR	18

	Sid
PRAKTISKA HINDER I FaR- FÖRSKRIVNINGEN_____	18
BRIST PÅ SAMARBETE_____	19
INDIVIDANPASSAD UPPFÖLJNING_____	19
DISKUSSION_____	20
METODDISKUSSION_____	20
RESULTATDISKUSSION_____	21
Slutsats_____	24
Arbetsfördelning_____	24
REFERENSER_____	25

BILAGOR

1 Intervjuguide

2 Forskningspersonsinformation

INTRODUKTION

INLEDNING

Ett av de stora folkhälsoproblemen i Sverige idag är hypertoni. Enligt en SBU-rapport uppskattas 1,8 miljoner vuxna ha ett förhöjt blodtryck (SBU, 2004). Globalt ökar antalet patienter med hypertoni kraftigt och kommer troligen att vara 1,6 miljarder av jordens befolkning år 2025 (Statens folkhälsoinstitut & Yrkesföreningar för fysisk aktivitet, 2008). Behandlingen kan vara farmakologisk, icke-farmakologisk eller en kombination av dessa. Den farmakologiska behandlingen har länge varit enda alternativet men på senare år har större vikt lagts vid livsstilsförändringar. Den icke-farmakologiska behandlingen består bl.a. av fysisk aktivitet, vilket är en av de livsstilsförändringar som har störst effekt för att förhindra sjukdom och död. Ett högt blodtryck som inte åtgärdas ökar risken för hjärt- och kärlsjukdomar (Hunskår et al., 2007).

Distriktssköterskor inom primärvården är de som förväntas ta en stor del av ansvaret i det preventiva och hälsofrämjande arbetet. Distriktssköterskor är en yrkesgrupp som kan förskriva Fysisk aktivitet på Recept (FaR) till patienter med hypertoni och är ofta de som möter patienterna för uppföljning av blodtrycket. Efter att ha praktiserat och arbetat på vårdcentral har vi uppmärksammat att det finns brister i förskrivningen och uppföljningen av FaR, men är det verkligen så?

Varje FaR som skrivs genererar en viss summa pengar till vårdcentralen. Vi har fått uppfattningen att detta kan påverka antalet recept som skrivs ut, vilket i sin tur gör att fokus lätt hamnar mer på ekonomin än den enskilda individens behov.

I FaR-förskrivningen skall anamnes, receptskrivning och uppföljning ingå och vi ser detta som en process. Utifrån ovanstående har vi för avsikt att undersöka hur FaR-processen används i praktiken och öka medvetenheten kring denna process. Finns det några möjligheter respektive svårigheter och behöver processen förbättras?

BAKGRUND

Primärvårdens uppdrag

I Krav- och Kvalitetsboken (KoK-boken) beskrivs att det i primärvårdens uppdrag skall ingå ett hälsofrämjande förhållningssätt och sjukdomsförebyggande insatser. Detta beskrivs i KoK-boken på s.13: *"Vårdcentralen skall integrera ett hälsofrämjande och förebyggande förhållningssätt i alla kontakter och i all vård och behandling samt verka för en god och jämlik hälsoutveckling hos befolkningen"*. Enligt KoK-boken innebär ett hälsofrämjande förhållningssätt *"att informera, stödja och motivera individer att ta eget ansvar för sin hälsa och att förbättra den"*. Det beskrivs också att strukturerade hälsosamtal och förskrivning av fysisk aktivitet (FaR) skall erbjudas och följas upp. Primärvården har ett visst antal kvalitetsindikatorer som genererar en viss summa pengar till vårdcentralen om dessa utförs och registreras. En sådan kvalitets indikator är andelen listade som ordinerats FaR (Västra Götalandsregionen, 2013).

Enligt en verksamhetsrapport som är gjord av Västra Götalandsregionen skrev all legitimerad personal tillsammans ut ca 24 000 FaR under 2012. Uppföljning av dessa gjordes endast på ca 900. Läkare och sjuksköterskor var den personalgrupp som skrev ut flest recept. Enligt statistiken skrev de ut ungefär lika många FaR men uppföljningen gjordes mestadels av sjuksköterskorna. Statistiken är framtagen utifrån åtgärds-koder som är dokumenterade i journalen (Västra Götalandsregionen, 2012).

Distriktssköterskans profession

I distriktssköterskans kompetens och förmåga ingår ett hälsofrämjande synsätt som innebär att stärka patienten till god hälsa. Distriktssköterskan skall även ha ett evidensbaserat förhållningssätt och förmåga till kritiskt tänkande. Personliga egenskaper så som mod, inge trygghet, god självuppfattning och självkänsla är av stor betydelse för att vården ska kunna anpassas till individens omvårdnads-mässiga resurser. Det är av stor vikt att ha ett patientcentrerat arbetssätt för att kunna stödja och stärka individen samt att distriktssköterskan skall kunna integrera hälsofrämjande, omvårdnads- och medicinska ställningstaganden. Distriktssköterskans etiska förhållningssätt är särskilt viktigt och innebär bland annat respekt för patientens unikheter, integritet och autonomi (Distriktssköterskeförbundet i Sverige, 2008).

Hypertoni

Enligt WHO definieras hypertoni som ett blodtryck $\geq 140/90$ mm Hg. Ca 60 procent av de 1,8 miljoner svenskar som har ett förhöjt blodtryck, har en mild blodtrycksförhöjning (140-159/90-99 mm Hg). 30 procent har en måttlig blodtrycksförhöjning (160-179/100-109 mm Hg) och 10 procent har en kraftig blodtrycksförhöjning ($\geq 180/\geq 110$ mm Hg). Diagnosen hypertoni får inte ställas efter enbart ett uppmätt förhöjt blodtryck. Blodtrycket bör kontrolleras vid minst tre tillfällen med fyra till sex veckors intervall innan diagnosen ställs (Hunskår et al., 2007; SBU, 2004).

Fysisk aktivitet på Recept (FaR)

FaR är ett arbetssätt för att främja fysisk aktivitet. År 2001 introducerades FaR i Sverige som en pilotstudie för att utveckla och beskriva arbetsmetoder som skall förebygga och behandla fysisk inaktivitet (Kallings, Leijon, & Statens folkhälsoinstitut, 2003). Med otillräcklig fysisk aktivitet menas mindre än 150 minuter fysisk aktivitet i veckan på en måttlig intensitetsnivå, alternativt mindre än 75 minuter fysisk aktivitet per vecka på en hög intensitetsnivå (Socialstyrelsen, 2011).

FaR inkluderar anamnes, skriftlig ordination och uppföljning. Receptet skall vara individanpassat vad gäller dosering (intensitet, behandlingsperiodens längd och frekvens) och valet av aktivitet. Som hjälp vid förskrivningen finns Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (FYSS) som är en manual om vikten av aktivitet vid olika sjukdomstillstånd (Kallings et al., 2003). Receptet kan skrivas för aktiviteter som patienten gör självständigt eller för aktiviteter som de gör hos en friskvårdsaktör (Statens folkhälsoinstitut & Yrkesföreningar för fysisk aktivitet, 2008). Utbudet och samarbetet mellan vårdgivare och föreningsaktörer varierar beroende på vilken kommun eller landsting patienten bor i. Vissa aktiviteter är gratis och andra kan vara rabatterade.

FaR- processen startas i mötet med patienten där anamnes tas vad gäller den aktuella fysiska aktivitetsgraden. Lämpliga frågor kan vara: Vad gör du just nu? Hur ofta? Hur länge? Hur hårt? Det är även viktigt att ta reda på tidigare aktivitetsnivå. Allt detta ligger till grund för förskrivningen av FaR. Den andra delen består av själva receptförskrivningen. I receptet skall det klart och tydligt framgå råd om typ av aktivitet och dos (frekvens, intensitet och duration). Den sista och inte minst viktiga delen består av uppföljning/utvärdering (Statens folkhälsoinstitut & Yrkesföreningar för fysisk

aktivitet, 2008). Ansvaret för uppföljningen av FaR ligger hos förskrivaren. Uppföljningen kan ske på olika sätt t.ex. genom telefonsamtal, återbesök, brev, e-post eller sms. Syftet med uppföljningen är att visa för patienten att det är viktigt med fysisk aktivitet, eventuellt justera dosen, utvärdera hälsoeffekterna, om det var rätt sorts aktivitet som förskrevs samt för att förhindra återfall till fysisk inaktivitet. I de fall negativa effekter har uppstått, hänvisa patienten till läkare (Statens folkhälsoinstitut, 2012).

Arbetet med fysisk aktivitet på recept används även i andra länder, framför allt i Storbritannien, USA och Nya Zeeland. I Storbritannien arbetar man med kvalitetssäkring kring förskrivningen av fysisk aktivitet och organisationen runt omkring. Exempel på detta är att FaR skrivs till rätt patienter, remitteringssystem, utbildning av fysisk aktivitetsledare. Storbritanniens erfarenheter ligger till grund för pilotprojektet som startades i Sverige 2001. Det engelska kvalitetssystemet poängterar att det är viktigt att alla inblandade, t.ex. hälso- och sjukvården, politiker och föreningsverksamheten, samarbetar. Detta samarbete är en förutsättning för att kunna utveckla bra metoder och arbetssätt mellan medicinsk vård och livsstilsförändringar (Kallings et al., 2003).

I en studie menar man att alla inte kan arbeta på samma sätt med FaR då det finns lokala skillnader. Dock finns det ett visst antal gemensamma faktorer som är gynnsamma: Det är viktigt att personalen är utbildad i beteendeförändringar för att minska inaktivitet hos patienter som har behov av att bli mer fysiskt aktiva. Dessutom behövs tillgång till stödjande aktivitetsledare, ett fungerande samarbete mellan personal och föreningslivet, nätverk som arbetar med att stödja patienten efter avslutad förskrivning. Riddoch et al. förespråkar också ett personcentrerat förhållningssätt där man tar ställning till patientens förändringsbenägenhet, målsättning och nuvarande aktivitetsnivå (Riddoch C, 1998).

Teoretiska perspektiv

Inledningsvis går vi kort igenom grunderna i ett personcentrerat förhållningssätt eftersom det utgör grunden i patientmötet. Detta förhållningssätt är betydelsefullt när man träffar den enskilde patienten, för att visa respekt och ta hänsyn till patientens olika förutsättningar. Därefter beskriver vi motiverande samtal, vilket är en grundläggande teknik i FaR. Med denna teknik kan man hjälpa patienten att själv inse att en förändring

behöver göras. För att kunna möta och stödja patienter i livsstilsförändringen, så som att öka den fysiska aktiviteten, är det viktigt att hitta patienten där den är i förändringsprocessen. Slutligen förklarar vi The Transtheoretical Model and Stages of Change som kan vara ytterligare ett hjälpmedel i FaR-föreskrivningen (Statens folkhälsoinstitut & Yrkesföreningar för fysisk aktivitet, 2008).

Personcentrerad omvårdnad

Centralt för personcentrerad omvårdnad är att se människan och bekräfta hans/hennes sjukdomsupplevelse och göra personen delaktig i alla delar av vården. En person ses som en människa som har rätt till att få information, vara delaktig i beslut och att bli respekterad. En människa blir patient först när han/hon uppsöker vården. Inom personcentrerad omvårdnad ser man till hela människan och inte bara patientrollen.

Vårdpersonalen innehar kunskap om hälsa och sjukdom och får därigenom en maktposition vilket leder till att patienten hamnar i ett beroendeförhållande. Detta gör att patienten befinner sig i underläge då han/hon behöver deras hjälp. När begreppet patient används syftar man vanligtvis på en grupp som har liknande upplevelser och behandlas likartat utifrån detta. Det finns därför en risk för att personen kommer i skymundan. Personcentrerad vård innebär att fokus flyttas från sjukdomen till personens erfarenheter och upplevelser av sin sjukdom samt bygger på en ömsesidighet i mötet mellan patient och vårdare.

Då ett personcentrerat förhållningssätt används ökar säkerheten och tillfredsställelsen med vården. Egenvårdsförmågan stärks också genom att kunskapen om den egna hälsan ökar (Edberg, 2013).

För att kunna ha ett personcentrerat förhållningssätt bör man ha en värdegrund för omvårdnaden. I mötet med patienter och närstående är det av betydelse att vara uppmärksam på personens utsatthet när han/hon blir beroende av vården. Att visa respekt för personens värdighet, integritet och självbestämmande är en förutsättning för att skapa tillit, hopp och meningsfullhet i vårdsituationen (Svensk Sjuksköterskeförening, 2010).

Motiverande samtal

Motiverande samtal (MI) är en samtalsteknik som utvecklats under 2000-talet. MI är en evidensbaserad metod för att höja patientens inneboende motivation till förändring och

kan därför t.ex. användas vid FaR-förskrivningen. Ansvar för förändringen ligger hos patienten. Det grundläggande arbetssätten inom MI är samarbete, framkallande av patientens inre resurser och autonomi. Via samarbete försöker rådgivaren skapa en positiv personlig stämning för att främja en förändring som inte är påtvingad. Framkallande handlar om att försöka ta fram patientens inre resurser och locka fram motivationen till förändring. Med autonomi menas att patienten själv har rätt att bestämma om han/hon vill ta emot rådgivningen eller avstå. Ett motiverande samtal som utförs på ett korrekt sätt leder till att patienten själv formulerar skälen för förändring. Som MI-rådgivare gäller det att finna patienten där han/hon är och utifrån det vara en hjälpande hand (Miller & Rollnick, 2010).

The Transtheoretical Model and Stages of Change (TTM)

Det kan vara svårt för patienten att förändra sitt beteende. För att kunna hjälpa och stötta patienten i ett förändringsarbete är det viktigt att distriktssköterskan finner patienten där han/hon är. Att använda sig av en modell kan vara ett hjälpmedel för distriktssköterskan att försöka förstå var i förändringsprocessen patienten är för att bättre kunna motivera och stötta. Flera olika modeller finns att tillgå och TTM är en av de vanligaste (Statens folkhälsoinstitut & Yrkesföreningar för fysisk aktivitet, 2008).

TTM utgår från att en beteendeförändring är en process som sker över tid. Modellen omfattar sex förändringsstadier:

1. Precontemplation (förnekelsestadiet): Patienten är omotiverad och har inte tänkt förändra sitt beteende inom de närmaste sex månaderna. Skäl till att patienten befinner sig i denna fas kan vara kunskapsbrist eller tidigare misslyckanden som gjort att man tappat tron på den egna förmågan.
2. Contemplation (begrundandestadiet): Patienten är mer medveten och har för avsikt att förändra sitt beteende inom sex månader och funderar på hur han/hon skall gå tillväga.
3. Preparation (förberedelsestadiet): Patienten ämnar förändra sitt beteende inom en snar framtid och har en konkret plan för genomförandet.
4. Action (handlingsstadiet): Patienten har gjort en för omgivningen synlig beteendeförändring men det krävs tid för att den skall bli bestående.

5. Maintenance (vidmakthållandestadiet): Patienten har tagit till sig beteendeförändringen fullt ut. Beteendet sker vanemässigt och automatiskt. I detta stadie arbetar patienten mycket för att förebygga återfall.
6. Termination (slutstadiet): Patienten är 100 procent säker på att inte återgå till sitt gamla beteende. Detta stadie är mycket omdiskuterat då det realistiska målet borde vara ett livslångt vidmakthållande.

Processen att förändra ett beteende kan ses som en spiral där man kan förflytta sig mellan de olika stadierna, både framåt och bakåt. Återfall är en naturlig del i processen. För att lyckas med en förändring krävs både med- och motgångar. Det viktigaste i arbetet med beteendeförändring är att ta reda på var i processen patienten befinner sig för att interventionen skall kunna tas emot (Prochaska J, 2008; Statens folkhälsoinstitut & Yrkesföreningar för fysisk aktivitet, 2008).

TIDIGARE FORSKNING

För att bli mer fysiskt aktiv krävs att patienter med hypertoni får kunskap om sin sjukdom och olika behandlingsmetoder. Utöver information kan dessa patienter behöva hjälp med att öka sin motivation till en livsstilsförändring. Det är även viktigt att få stöd av familj, vänner och hälso- och sjukvårdspersonal. Tid, struktur och ekonomiska förutsättningar är av betydelse för att åstadkomma en plan för att öka den fysiska aktiviteten (Guedes, Lopes, Araujo, Moreira, & Martins, 2011).

Stillasittande är en riskfaktor för ohälsa och sjukdom. FaR är ett sätt att hjälpa patienterna till att bli mer fysiskt aktiva. I Kallings (2008) avhandling framgår att metoden FaR minskar stillasittandet. Metoden är kliniskt användbar då den används av ett stort antal olika förskrivare och till flera olika patientgrupper. I studien som genomfördes inom primärvård och företagshälsovård sågs både en ökning av vardagsaktiviteter och träning. Uppföljningen efter sex månader visade att följsamheten till FaR var minst lika stor som till annan långtidsbehandling, främst läkemedel. Man såg också att både den fysiska och mentala livskvaliteten ökade. Studien visade på positiva förändringar av ett stort antal riskfaktorer och påverkade dessutom flera samtidigt. I denna studie framstår FaR som en viktig metod för att främja en fysiskt aktiv livsstil och därigenom förbättra hälsa och livskvalitet samt minska sjukdomsburden hos både individ och samhälle (Kallings, 2008).

Studier visar att uthållighetsträning sänker blodtrycket med 7/5 mm Hg hos patienter med mild till måttlig hypertoni. Enstaka tillfällen av måttlig aktivitet sänker blodtrycket tillfälligt. För att få en bestående effekt krävs regelbunden träning. Efter fyra till sex månaders regelbunden träning har man uppnått maximal effekt vad det gäller blodtryckssänkningen. Slutar man träna återgår blodtrycket till vad det var innan interventionen (Statens folkhälsoinstitut & Yrkesföreningar för fysisk aktivitet, 2008).

I en observationsstudie framkom att diet och fysisk aktivitet var de vanligaste diskussionsämnena i samtal med patienter som har hypertoni (Drevenhorn et al., 2001). I vilken utsträckning icke farmakologisk behandling användes påverkades inte av hur länge distriktssköterskan hade arbetat. Studien visade också på vikten av kontinuitet, d.v.s. att patienten får träffa samma distriktssköterska, för att öka följsamheten. När patienten träffade samma distriktssköterska ökade förutsättningarna för att få bättre information, uppföljning och samarbete. Relationen dem emellan är basen för att få patienten mer delaktig i besluten kring sin behandling (Drevenhorn et al., 2001).

Effekten av fysisk aktivitet har störst påverkan hos patienter med etablerad hypertoni jämfört med de med normalt blodtryck. Effekterna är i stort sett lika stora oberoende av ålder, kön och etnicitet (Statens folkhälsoinstitut & Yrkesföreningar för fysisk aktivitet, 2008).

En nyligen publicerad utvärdering visar att primärvården inte använder sig av FaR i den utsträckning som skulle kunna göras. I utvärderingen undersöktes även anledningen till varför FaR inte utnyttjas fullt ut. Exempel på anledningar som framkom var: det saknas rutiner för uppföljning, läkare anses inte ha tid för uppföljning och att vårdpersonalen behöver ändra sin inställning till att arbeta med livsstilsförändringar. Dessutom har arbetet med levnadsvanor låg status och förändringsarbete inom hälso- och sjukvården tar lång tid (Statens folkhälsoinstitut, 2010).

Problemformulering

Hypertoni är en vanligt förekommande diagnos, där fysisk aktivitet idag är grunden i behandlingen. Distriktssköterskan möter dagligen denna patientgrupp för blodtryckskontroll, FaR-förskrivning och uppföljning av fysisk aktivitet. I primärvårdens uppdrag och distriktssköterskeprofessionen ingår ett hälsofrämjande förhållningssätt t.ex. genom hälsosamtal och förskrivning av fysisk aktivitet samt uppföljning av dessa. Enligt Krav- och Kvalitetsboken i Västra Götaland genererar

antalet utskrivna FaR pengar till vårdcentralerna (Västra Götalandsregionen, 2013). Syftet till varför FaR skrivs kan då påverkas av ekonomin och inte utifrån patientens individuella behov. Fokus hamnar då på kvantitet, d.v.s. antalet FaR som skrivs istället för kvalitet. Dessutom har vi uppmärksammat att FaR-förskrivningen och uppföljningen brister. Det finns forskning som visar på att vissa saker kan försvåra arbetet med FaR, vilket gör att denna metod inte används i den utsträckning det skulle kunna göras. För att metoden skall vara användbar krävs att patienterna får information om sin sjukdom och hjälp att öka sin motivation till livsstilsförändring. Studier som berör distriktssköterskans arbetssätt med FaR vid hypertoni är bristfällig, vilket gör det relevant att studera hur FaR-processen används och om det finns eventuella möjligheter till förbättringar.

SYFTE

Vårt syfte är att beskriva hur distriktssköterskor arbetar med FaR som metod vid hypertoni.

FRÅGESTÄLLNINGAR

Vilka möjligheter respektive svårigheter kan det finnas vid FaR-förskrivning till patienter med hypertoni? Hur bemöter distriktssköterskor patienter som är omotiverade? Hur sker uppföljningen av FaR?

METOD

Vi har valt att göra en kvalitativ studie då vi ville ta del av hur distriktssköterskorna arbetar med FaR och hur de använder sig av metoden. Vi ville att de skulle få möjlighet att i detalj beskriva hur de arbetar därför gjordes intervjuer. Denna möjlighet att beskriva arbetssättet hade inte kunnat tillgodoses i varken enkäter eller observationer. Vi var inte heller intresserade av samband mellan olika variabler eller mätningar. Fokusgruppsdiskussioner hade kunnat vara en annan metod att använda sig av då interaktionen mellan respondenterna kan ge en större insikt hos den enskilde, om dennes egna åsikter. Dessutom kan metoden skapa en medvetenhet hos gruppdeltagaren kring

saker han/hon aldrig har tänkt på tidigare. Genom denna metod kunde man fått fram idéer som skulle kunna gynnat förbättringsarbetet med FaR (Trost, 2010). Vi använde oss inte av fokusgruppsdiskussioner med tanke på den tidsbrist vi vet finns ute i verksamheterna. Det hade organisatoriskt varit svårt att få ihop inom tidsramen för pilotstudien.

Vi valde att göra semistrukturerade intervjuer som gjordes med öppna frågor, vilket är en vanligt förekommande och flexibel metod inom kvalitativ forskning. Vi valde denna typ av intervjumetod för att den är anpassningsbar och frågorna behöver inte tas i samma ordning vid varje intervju. Genom intervjuer får man fram erfarenhetsbaserad kunskap som utgår från informanternas perspektiv i det sammanhang de befinner sig i (Henricson, 2012). Vi utformade en intervjuguide (Bilaga 1) med huvudteman utifrån de frågor vi ville få svar på. Under varje huvudtema hade vi förslag på frågor som kunde användas beroende på vad distriktssköterskan berättade.

URVAL

I en kvalitativ studie behöver urvalet inte vara så stort. Det viktiga är att kvaliteten på intervjuerna blir god, d.v.s. man finner svar på vad syftet med studien är. Några få väl utförda intervjuer är mycket mera värda än fler mindre väl utförda. Ofta är urvalet litet och inte slumpmässigt utvalt. Det finns ett bakomliggande syfte om vad som skall studeras och tanken är inte att ta fram generaliserbar kunskap (Polit & Beck, 2012; Trost, 2010).

I den fullskaliga studien kommer urvalet att vara distriktssköterskor som arbetar på vårdcentral. De skall ha arbetat med att förskriva FaR till patienter med hypertoni och ha olika lång arbetslivserfarenhet som distriktssköterska. Först väljs vårdcentraler ut som önskas ingå i studien. För att få en så stor bredd som möjligt väljs vårdcentraler från alla stadsdelar/kommuner inom Västra Götalandsregionen ut. Det kan finnas olika sätt att arbeta med FaR med tanke på såväl socioekonomiska som geografiska förhållanden. Därefter tas kontakt med respektive vårdcentralchef för att inhämta godkännande till att kontakta distriktssköterskor som kan vara intresserade av att delta i studien. Tio stycken distriktssköterskor anser vi vara ett rimligt antal att börja intervjuas, för att sedan eventuellt öka upp antalet beroende av kvaliteten på intervjuerna.

Respektive distriktssköterska kommer att få både muntlig och skriftlig information om studien. De som väljer att delta kommer några dagar innan intervjun få

Forskningspersonsinformation skickad till sig för att kunna förbereda sig och få en inblick i vad intervjun kommer att handla om.

DATAINSAMLING

En vanlig metod för att samla in data inom kvalitativ forskning är intervjuer. Relationen som skapas mellan intervjuaren och informanten spelar stor roll för vilken kvalitet det blir på det insamlade materialet. Det är också viktigt att intervjun sker i en lugn miljö utan störande moment. Då det krävs stor koncentration vid intervjun kan det vara bra att spela i samtalet, detta för att inte viktig information skall gå förlorad (Polit & Beck, 2012).

För den planerade studien kommer data att samlas in via semistrukturerade intervjuer. Varje intervju beräknas ta mellan trettio till sextio minuter och distriktssköterskan väljer var intervjun skall ske. Inför intervjuerna förbereds en intervjuguide (Bilaga 1), med ett antal ämnen som kommer att tas upp under intervjuerna, där även följdfrågor finns nedskrivna i fall att det är svårt att få informanten att prata. Den som intervjuar kommer att ställa öppna frågor som gör att informanterna fritt kan berätta utifrån det valda ämnet. Intervjuerna kommer att ske enskilt, detta för att respondenten inte skall känna sig utlämnad, vilket kan ske om två intervjuare deltar.

DATAANALYS

På det insamlade materialet kommer en kvalitativ innehållsanalys att göras. Denna analysmetod valdes för att vi ville hitta likheter och skillnader i intervjuernas innehåll, vilket är centralt i kvalitativ innehållsanalys. Dessa likheter och skillnader beskrivs sedan i kategorier och teman. Analysen består av olika steg. Först lyftes en meningsbärande enhet ut. Den meningsbärande enheten kan bestå av ord, meningar eller stycken. Sedan kondenseras den meningsbärande enheten för att bli kortare och mer lätthanterliga utan att förlora det viktiga i innehållet. De kondenserade enheterna abstraheras till koder som skildrar textens innehåll. Liknande koder grupperas sedan in i subkategorier. Flera subkategorier med liknande innehåll bildar slutligen en kategori (Graneheim, Lundman, Omvårdnad, Medicinsk, & Umeå, 2004; Granskär & Höglund-Nielsen, 2012).

PILOTSTUDIEN

Till pilotstudien valdes två vårdcentraler inom Storgöteborg ut, med olika upptagningsområde. Den ena vårdcentralen hade flest patienter med invandrarbakgrund medan den andra hade patienter med övervägande svensk bakgrund.

Inklusionskriterierna var att informanterna skulle vara utbildade distriktssköterskor med erfarenhet av att arbeta med FaR vid hypertoni.

Kontakt togs med verksamhetschefen på respektive vårdcentral som informerades om studien och tillfrågades om intresse fanns att delta. Vi fick muntligt samtycke från verksamhetscheferna. Två distriktssköterskor från respektive vårdcentral uppgav intresse att medverka. Både muntlig och skriftlig information (Forskningspersoninformation, se Bilaga 2) lämnades till dessa ca en vecka innan intervjuerna genomfördes. Respondenterna fick själva välja tid och plats för intervjun, samtliga valde sin arbetsplats.

Distriktssköterskorna som intervjuades hade arbetat mellan sju och tjugo år. Varje författare gjorde enskilda intervjuer med två distriktssköterskor var. I resultatet refererar vi till dem som Dsk 1, 2, 3 och 4. Intervjuerna tog mellan tjugo till fyrtiofem minuter att genomföra. Tre intervjuer spelades in på mobiltelefon. Under den fjärde intervjun skrevs anteckningar då distriktssköterskan bad om att inte bli inspelad, vilket respekterades. Det inspelade materialet transkriberades därefter av respektive intervjuare. Intervjuerna skrevs ordagrant ner, d.v.s. i talspråk. En del av citaten som valdes ut till resultatet har vi redigerat lätt och tagit bort ord som liksom, lite, eh och å. Detta för att göra dem mer lättlästa. Denna redigering har dock inte påverkat innehållet. I vissa av de citat som vi använder i resultatet förekommer tre punkter (...). Dessa punkter betyder att irrelevant data tagits bort. Intervjun som antecknades renskrevs och reflekterades till i direkt anslutning till avslutad intervju. Stödanteckningar togs under intervjun och det som ansågs vara relevant skrevs ned så ordagrant som möjligt. Vi är här medvetna om att en del viktig information kan ha gått förlorad.

Vi använde oss av en innehållsanalys med induktiv ansats. I början av analysarbetet lästes intervjuerna igenom upprepade gånger för att reflektera över helheten. Därefter tog vi ut delar av texten som var relevanta för syftet av studien och bildade meningsbärande enheter. Enheterna kondenserades sedan för att textmassan skulle bli mer lätthanterlig och utifrån dessa framkom koder. Koderna som hade något gemensamt

fördes ihop i en subkategori. Vid jämförelse av subkategorier som hade liknande innebörd framkom en kategori. Totalt framkom åtta olika kategorier. Tabell 1 visar ett exempel på innehållsanalysens olika steg. Se nästa sida.

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Sedvanliga etiska riktlinjer har följts under planerandet och genomförandet av studien. Forskningsetiska principer inom humanistisk- och samhällsvetenskaplig forskning delas in i fyra huvudkrav: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet. Samtycke erhöles av verksamhetscheferna på respektive vårdcentral. Varje distriktssköterska erhöles Forskningspersonsinformation (se Bilaga 2) som innehöll information om pilotstudiens syfte och varför detta var intressant att studera.

Deltagarna informerades om att insamlat material behandlas konfidentiellt och att de inte kan identifieras. Allt intervju-material förstöres då studien är avslutad (Vetenskapsrådet, 1990). Då denna studie är en pilotstudie gjord under utbildning behöver den inte godkännas av etikprövningsnämnden (Författningssamling, 2003).

Nytan med studien kan vara att få en överblick över hur distriktssköterskor arbetar med FaR och bli uppmärksam på eventuella svårigheter och brister. Inga egentliga risker ses med denna studie, men vissa distriktssköterskor kanske kan känna ett obehag då vi kommer in på områden som gäller deras yrkesutövning och som kan upplevas känsliga. Inför intervjuerna informerades distriktssköterskorna att de när som helst kunde avbryta sin medverkan utan att behöva uppge skäl, detta för att förebygga uppkomsten av integritetskränkning.

Tabell 1. Exempel på analysens olika steg

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Kod	Subkategori	Kategori
<i>"ge en positiv feedback och försöka plocka fram det som är positivt. Det finns det ju nästan alltid någonting och en del kan ju komma och har varit rökare tidigare men har slutat röka. Det är ju jättebra. Du har gjort en fantastisk livsstilsförändring med det. Det visar ju att du har förmågan till det. Har du lyckats med det då är det klart att det är jättegod förutsättningar för att du skall lyckas med det här också. Få dom att känna att ja, men jag har nog faktiskt förmågan" (Dsk1)</i>	Ge positiv feedback, plocka fram det som är positivt och visa att patienten har förmågan.	Positivt förhållnings-sätt.	Uppmuntra förmågan.	Synliggöra patientens inre resurser.
<i>"hoppas jag på att jag får träffa denna patienten igen så att man kanske kan så ett litet frö och börja fortsätta nästa gång man träffar dom, jag kan ju aldrig tvinga någon att röra sig, jag kan ju bara försöka upplysa och alltså stötta" (Dsk 3)</i>	Så ett litet frö. Kan inte tvinga, bara upplysa och stötta.	Informera och stödja.	Vara lyhörd.	

RESULTAT

I analysen framkom åtta stycken kategorier:

1. Distriktssköterskornas inställning till FaR
2. Bedömning av patientens förutsättningar
3. Patientens delaktighet
4. Synliggöra patientens inre resurser
5. Respektera patientens egenansvar
6. Praktiska hinder i FaR-förskrivningen
7. Brist på samarbete
8. Individanpassad uppföljning

Dessa kategorier beskrivs nedan och förstärks med citat från respondenterna.

DISTRIKTSSKÖTERS KORNAS INSTÄLLNING TILL FaR

Tre av respondenterna anser att FaR är en mycket bra arbetsmetod. Den fjärde respondenten ansåg det onödigt att skriva FaR på en blankett då *”fysisk aktivitet ändå är en del i behandlingen och ingår alltid”* (Dsk 4). De tre som var positiva ansåg att motiverande samtal var ett bra hjälpmedel vid FaR-förskrivning. Med hjälp av FaR betonar man vikten av att fysisk aktivitet är minst lika viktigt som medicinen. När patienten får ett recept på FaR ger det mer tyngd åt hur viktigt det är med den fysiska aktiviteten än att bara få informationen muntligt. En distriktssköterska uttryckte att:

”Jag tror på den idén, jag tror att det är jättebra som ett komplement till, för att det blir mer tyngd i det. Patienten ser det som lite mer allvarligt, en hel del säger ju det också, att nu kan jag visa upp detta hemma. Det blir lite mer giltigt att jag faktiskt har blivit ordinerad att jag skall träna”
(Dsk 3).

En annan distriktssköterska ser de positiva effekterna av vad FaR kan åstadkomma för patienten. Hon säger:

”Jag vet att det är väldigt olika bland kollegor och var man har jobbat, så har det ju alltid funnits en del som upplever att det här är bara något som skall ge pengar åt vårdcentralen men jag har väl blivit så indoktrinerad så

att jag tycker inte riktigt att det är så utan jag kan se att det finns en bra grej med det. En vinst för patienten” (Dsk 2).

Det går att tolka som att distriktssköterskan ser till patientens bästa. Syftet med förskrivningen är att åstadkomma en hälsovinst för patienten och inte en ekonomisk vinst för vårdcentralen. Sammanfattningsvis var distriktssköterskornas inställning till FaR positiv.

BEDÖMNING AV PATIENTENS FÖRUTSÄTTNINGAR

Alla distriktssköterskor började med att ta en anamnes innehållande vanor och intressen. De försökte ta reda på hur patientens dagliga liv såg ut och vad det fanns för förutsättningar för att få in fysisk aktivitet i vardagen.

En av distriktssköterskorna uttryckte att inventering av vanor var en naturlig del i mötet med patienter med hypertoni:

”Under samtalet med blodtryckspatienterna så kommer det alltid med automatik upp det här, hur man rör på sig och livsstilen överhuvudtaget... inventerar om vad dom har för motionsvanor, vad dom tycker om att göra och vad som är hinder och vad som är positivt och vad som är negativt” (Dsk 3).

Genom denna kartläggning var det lättare för distriktssköterskan att möta patienten där han/hon är för att ha som utgångspunkt inför FaR-förskrivningen. En av distriktssköterskorna var mer intresserad av hur vikthistorien hade sett ut sedan barndomen, hon frågade också om deras aktivitetsnivå och om de hade haft några intressen som yngre, då hon tror att *”det har en viss betydelse för vad man kan tänka sig att göra i vuxen ålder”* (Dsk 2).

PATIENTENS DELAKTIGHET

Gemensamt för respondenterna var att de gjorde patienten delaktig i FaR-förskrivningen. Patienten fick sitta bredvid distriktssköterskan för att ha möjlighet att se blanketten och genom detta kunna medverka i valet av aktivitet, frekvens och dos. En distriktssköterska uttryckte att *”patienten får själv säga vad den skall göra. Vi fyller i blanketten tillsammans”* (Dsk 4). Hon menade att det var viktigt att tänka på vad som är rimligt hos varje patient då alla har olika förutsättningar. För en annan respondent var det viktigt att *”hitta ett litet spår som den känner att den vill vara med på... jag tror inte*

man skall ta i för mycket utan att man får vara lite lyhörd” (Dsk 2). Genom distriktssköterskans arbetssätt att få patienten delaktig i besluten ökade förutsättningarna för att livsstilsförändringen skulle lyckas. Trots att distriktssköterskorna hade en syn att patienten skulle vara delaktig i FaR-föreskrivningen skrev två av dem ändå ut recept fastän patienten var omotiverad till att börja träna. Detta för att ge eftertryck åt att det var lika viktigt som recept som skrivs på mediciner:

”Man ska skriva ut även om patienten säger att: Jag är inte ett dugg intresserad, så känner jag att har jag nu sagt till patienten att det här är ju precis lika viktigt som du får recept på mediciner, därför skriver vi ut motion på recept. Då känner jag att det blir väldigt fel att jag inte gör det även om patienten säger att dom inte är intresserade. För jag har ju likställt det med att det är lika viktigt som medicin” (Dsk 1).

Distriktssköterskan försökte genom detta sätt att få patienten mer motiverad.

SYNLIGGÖRA PATIENTENS INRE RESURSER

Under intervjuerna framkom att distriktssköterskorna samtalar och informerar patienterna om de hälsosamma fördelarna med att vara fysiskt aktiv. De försökte locka fram och synliggöra patientens inre resurser för att få dem motiverade till att förändra sin livsstil. En distriktssköterska uttryckte:

”Ge en positiv feedback och försöka plocka fram det som är positivt. Det finns det ju nästan alltid någonting och en del kan komma och har varit rökare tidigare men har slutat röka. Det är jättebra. Du har gjort en fantastisk livsstilsförändring med det. Det visar att du har förmågan till det. Har du lyckats med det då är det klart att det är jättegoda förutsättningar för att du skall lyckas med det här också. Få dom att känna att ja, men jag har nog faktiskt förmågan” (Dsk1).

Distriktssköterskan påvisade det positiva i patientens redan gjorda förändring för att få patienten uppmärksam på sina inneboende resurser. En viktig del av distriktssköterskans arbete var att stötta och uppmuntra patienten i förändringsprocessen. Det var av betydelse för förändringsprocessen att patienten och distriktssköterskan träffas vid flera tillfällen. En respondent ansåg att man måste påminna om vikten av fysisk aktivitet upprepade gånger. Då patienten var omotiverad: *”Hoppas jag på att jag får träffa*

denna patienten igen så att man kanske kan så ett litet frö och fortsätta nästa gång man träffar dom. Jag kan ju aldrig tvinga någon att röra sig, jag kan ju bara försöka att upplysa och stötta” (Dsk 3). Distriktssköterskan tyckte sig ha större chans att få patienten motiverad om hon hade möjlighet att träffa patienten igen.

RESPEKTERA PATIENTENS EGENANSVAR

Alla distriktssköterskor poängterade att patienten har ett egenansvar. De stöttade och informerade om de positiva effekterna av att röra på sig men höll inte på i all oändlighet om de inte fick något gensvar från patienten. Genom att använda sig av motiverande samtal försökte distriktssköterskorna få patienterna att vilja ändra sin livsstil. Detta fungerade inte i alla patientmöten och då respekterade de patientens beslut. En respondent menade att *”man måste respektera patientens val och säga att jag hör dig men nu vet du om riskerna om du fortsätter så här. Patienterna har ett visst egenansvar också”* (Dsk 4).

Det hände att patienter inte kom på bokad besök. Gemensamt för respondenterna var att alla på ett eller annat sätt hörde av sig till patienten och erbjöd ny tid. Var patienten trots det inte intresserad av att komma informerade samtliga att patienten alltid var välkommen åter. En respondent sa: *”Om de är så pass omotiverade, då säger jag att fundera över det här... Du är välkommen åter”* (Dsk 1). En av distriktssköterskorna brukade fråga om patienten skulle vilja bli uppringd för att höra hur det har gått och på så sätt fick patienten själv bestämma om den behövde det extra stödet.

PRAKTISKA HINDER I FaR-FÖRSKRIVNINGEN

På frågan om respondenterna upplevde några hinder vid förskrivningen av FaR framkom att det var mest tekniska problem som försvårade förskrivningen. Två av distriktssköterskorna upplevde att blanketten var svårbegriplig och krånglig att fylla i. De tyckte att blanketten blivit försämrad, efter att den nyligen ändrats, då det blivit mer att fylla i för förskrivaren. Den ena distriktssköterskan sa att:

”Blanketten är förfärligt lång. Blanketten har förändrats från att man fyllde i på ett enklare sätt. Det är så invecklat, som själva blanketten är nu så kan man nästan dra sig för att trycka ut den, för den ser väldigt rörig ut” (Dsk 3).

De andra två ansåg att det var besvärligt när skrivaren inte fungerade för det tog längre tid att fylla i blanketten för hand och de ville att patienten skulle få med sig receptet i handen efter besöket. En av respondenterna sa att *”det som också är ett hinder är ju återigen tekniken. För ibland fungerar inte skrivaren när patienten är här... det kan vara lite frustrerande just när man håller på”* (Dsk 2).

BRIST PÅ SAMARBETE

Något som speglades i samtliga intervjuer var en önskan om ett mer fungerande samarbete mellan vårdcentralerna och utomstående FaR-samordnare. En viss frustration upplevdes hos distriktssköterskorna då det inte fanns en gemensam struktur kring arbetet med FaR utanför vårdcentralerna. En distriktssköterska uttryckte att:

”I Väster så visste jag ju vem som var FaR, här vet inte jag vem det är som är FaR-utvecklare. Jag har ju namn på personer och det kan hända att det är dom eller så finns det ingen FaR-utvecklare här på samma sätt. Jag har ju inte upplevt den funktionen här” (Dsk 2).

Det ser olika ut beroende på vilken stadsdel eller kommun inom Västra Götalandsregionen man befann sig i. Även om det fanns någon form av FaR-samordnare tyckte inte distriktssköterskorna att de fick tillräckligt med information om vem det var eller vad samordnarna kunde vara behjälpliga med. Samarbetet mellan föreningslivet och vårdcentralerna verkade inte heller fungera så bra. En respondent ansåg att man skulle ha *”mer på lokal nivå att man hade möjlighet att kanske ge någon form av rabatt... och kanske lite andra gruppverksamheter, inte bara prova-på”* (Dsk 3).

INDIVIDANPASSAD UPPFÖLJNING

Distriktssköterskorna hade ingen rutin för hur eller när uppföljningen av fysisk aktivitet skulle ske. Alla arbetade olika utifrån patientens individuella behov och hur verksamheten såg ut. En av respondenterna sa:

”Det är både och, att man gör uppföljning, vi gör nog lite olika. Jag kan följa upp vissa av de patienterna som jag känner behöver lite extra stöd om jag inte har slussat dem vidare till Hälsoenheten. Sen finns det patienter som har kommit igång så bra och som tycker att det här

fungerar, då kan dom nog tappas bort lite granna i uppföljningen” (Dsk 3).

Distriktssköterskorna ansåg att de flesta patienterna följdes upp. Oftast skedde uppföljningen i samband med annat besök, så som blodtryckskontroller. En respondent uttryckte:

”Nej, det gör jag nog inte på alla, det skall jag nog inte säga helt säkert. Dom flesta blir det på i och med att man nästan alltid har en ständig kontakt. Jag tänker på högt blodtryck, då kommer dom hit då och då” (Dsk 1).

En av distriktssköterskorna berättade att när de började med FaR-förskrivning så gjordes en rutinmässig uppföljning på alla *”för då gav uppföljningen också pengar till vårdcentralen”* (Dsk 3). Detta kan tolkas som att ger det inte pengar till vårdcentralen så anses det inte vara lika viktigt.

DISKUSSION

Diskussionen delas in i två olika avsnitt: en metoddiskussion och en resultatdiskussion. I metoddiskussionen diskuteras författarnas tillvägagångssätt och metod. I resultatdiskussionen lyfts studiens resultat fram och reflekteras över. Avslutningsvis presenteras förslag på vidare forskning och slutsatser.

METODDISKUSSION

Då avsikten med studien var att beskriva hur distriktssköterskor arbetar med FaR som metod vid hypertoni valdes en kvalitativ ansats. Som all kvalitativ forskning kan den inte plockas ur sitt sammanhang. Den kunskap som erhöles i denna studie är specifik för respondenterna i det sammanhang de befann sig och kan därför inte generaliseras. Syftet med vår studie var inte att få fram generaliserbar kunskap utan att förstå hur just dessa distriktssköterskor arbetar med FaR vid hypertoni. Överförbarheten till andra sammanhang är upp till varje läsare att bedöma. Den styrs även av hur noggrant tillvägagångssättet är beskrivet. Författarna anammade det och försökte visa detta genom tydliga beskrivningar i studiens alla delar (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012).

Från början var tanken att resultatet skulle kunna knytas till de olika stegen i TTM, d.v.s. en deduktiv ansats. Vi märkte vid analysens början att endast ett par steg kunde urskiljas. För att kunna koppla resultatet till alla stadier i TTM hade frågor behövts ställas annorlunda. Frågorna skulle varit utifrån de olika stadierna i modellen. Vi gjorde istället en innehållsanalys med induktiv ansats. Trots att det inte blev som var tänkt från början anser vi att vi fått fram ett betydelsefullt material som beskriver distriktssköterskornas arbetssätt.

Då en av intervjuerna inte spelades in är vi medvetna om att viktig information kan ha gått förlorad. Ett sätt för att försöka minimera denna risk skulle kunna ha varit att respondenten fick läsa igenom den renskrivna intervjun, för att hon skulle ha fått möjlighet att kommentera innehållet i texten. Tyvärr gjordes inte detta då det inte var något vi reflekterade över. Om detta sker i den fullskaliga studien skulle respondenten erbjudas möjlighet att läsa igenom den transkriberade intervjun för att på detta sätt få en chans att kommentera innehållet.

Eftersom vi båda två har arbetat med FaR vid hypertoni är vi medvetna om att vi har en viss förförståelse för ämnet.

RESULTATDISKUSSION

I resultatet från pilotstudien framkom åtta olika kategorier. Samtliga respondenter belyste vikten av att göra patienten delaktig i FaR-processen. Att göra patienten delaktig är en del i ett personcentrerat förhållningssätt. Det ingår också i personcentrerad omvårdnad att respektera patienten och ha en ömsesidighet i mötet. Ändå skrevs recept ut till patienter som inte var motiverade. Vi kan förstå syftet med att arbeta på detta sätt. Dels visar man för patienten att fysisk aktivitet är minst lika viktigt som recept de får på medicin, dels kan det vara ett försök för att få patienten mer motiverad. Detta kan dock uppfattas annorlunda av patienten, som kanske inte känner sig delaktig och respekterad. Vilket i sin tur kan leda till att patienten inte följer förskrivningen eller återkommer för uppföljning.

I vårt tidigare arbete och under praktiken hade vi fått en uppfattning om att uppföljningen av FaR-förskrivningen brister. Övervägande delen av respondenterna ansåg att uppföljning skedde förr eller senare utifrån patientens behov. Oftast skedde ingen uppföljning enbart för fysisk aktivitet utan i samband med blodtryckskontroller eller annan uppföljning. Något som kan tyckas vara anmärkningsvärt var att det inte

fanns någon struktur för när uppföljningen skulle ske. En distriktssköterska menade att tidigare då uppföljning gav pengar till vårdcentralen följdes alla patienter upp men nu följer hon bara upp de patienter som hon anser behöver extra stöd. I FaR-föreskrivningen som metod skall uppföljning ingå och ansvaret ligger hos förskrivaren. Frågan är varför det inte finns rutiner för uppföljning?

Enligt statistiken i verksamhetsrapporten gjord av Västra Götalandsregionen följdes endast en bråkdel av alla FaR upp. Statistiken är dock framtagen utifrån åtgärds-koder som är dokumenterade i journalen. Med tanke på hur våra respondenter beskrev hur uppföljningen gick till finns anledning att ta statistik hämtad från åtgärds-koder med en viss skepsis (Västra Götalandsregionen, 2012).

Som vi skrivit tidigare får vårdcentralerna pengar för varje recept som skrivs på fysisk aktivitet. Det framkom i intervjuerna att på vissa vårdcentraler uppfattades det som att man skrev recept enbart för att detta gav pengar till verksamheten. Detta kan leda till att vårdcentralens ekonomi hamnar i centrum och inte patientens behov. Utifrån detta är det viktigt att man som distriktssköterska reflekterar över varför man skriver fysisk aktivitet på recept. Av alla de som har fått diagnosen hypertoni har 60 procent mild och 30 procent måttlig blodtrycksförhöjning. För dessa patienter kan det räcka med ökad fysisk aktivitet som behandlingsmetod (Hunskår et al., 2007).

En utvärdering som är gjord 2006 visade att följsamheten till ordinationen av fysisk aktivitet var god (Folkhälsoinstitut, 2006). Minst 30 procent av alla patienter tar inte de utskrivna läkemedlen alls eller tar dom inte enligt ordination (Hunskår et al., 2007). Då hypertoni är ett stort folkhälsoproblem framstår FaR som mer kostnadseffektivt än att skriva ut mediciner på recept. Både den goda följsamheten och kostnadseffektiviteten talar för att FaR har en fortsatt stor användningspotential

I intervjuerna framkom att distriktssköterskorna upplever brister i samarbetet kring föreskrivningen av FaR på lokal nivå. De saknade information om vem som var FaR samordnare eller om det överhuvudtaget fanns någon. Information om vilka aktiviteter och rabatter som fanns att tillgå saknades. I det engelska kvalitetssäkringssystemet poängterar man att det är viktigt att alla inblandade såsom hälso- och sjukvården, politiker och föreningsliv samarbetar. Detta anses vara en förutsättning för att få ett fungerande arbetssätt kring FaR (Kallings et al., 2003). Vad är det då som gör att samarbetet brister? Enligt Riddoch et al.(1998) kan detta vara en organisatorisk fråga.

Alla kan inte arbeta på samma sätt med FaR, eftersom det finns lokala skillnader. Men det finns vissa gemensamma faktorer som anses viktiga, såsom personalutbildning i beteendeförändringar och tillgång till stödjande aktivitetsledare. Dessutom måste man ha ett fungerande samarbete mellan personal och föreningslivet, samt fungerande nätverk för att kunna stödja patienten (Riddoch C, 1998). I intervjuerna framkom att distriktssköterskorna efterfrågade just detta samarbete.

För att patienten skall kunna göra en beteendeförändring måste han/hon vara motiverad. Distriktssköterskorna försökte till en början locka fram patientens inre resurser för att få dem motiverade men om de inte fick något gensvar så fortsatte de inte att försöka. De ansåg att patienternas vilja skulle respekteras och att de har ett egenansvar. I studien gjord av Kallings et al. (2003) påpekar man att de som är minst motiverade är de som behöver mest stöd och att man vid varje möte med patienten kan öka intresset för förändring (Kallings et al., 2003). Det är svårt att bedöma när det är dags att släppa en omotiverad patient men det är viktigt att informera att de alltid är välkomna tillbaka. För att kunna bedöma hur motiverad patienten är och öka motivationen, kan det vara till hjälp att använda sig av TTM och motiverande samtalsmetodik. Respondenterna använde sig i viss utsträckning av motiverande samtal men använde sig inte alls av TTM. Endast två stadier i TTM kunde urskiljas i intervjuerna. Stadie ett, förnekelsestadiet och stadie sex, slutstadiet. Stadierna däremellan gick i varandra och TTM var inget som respondenterna uttryckte att de använde sig av. Däremot försökte de ta reda på patienternas nuvarande aktivitetsnivå och hur de kunde få in fysisk aktivitet i vardagen.

Det som förvånade oss var att vi och distriktssköterskorna hade olika syn på vad som utgjorde hinder. Vi trodde att tidsbrist, språksvårigheter och kulturella skillnader skulle komma fram som eventuella hinder. Istället framkom tekniska hinder så som icke fungerande skrivare och svårbegriplig receptblankett. Frågan är om svaret blivit annorlunda om vi uttryckt oss på annat sätt eller om vi ställt andra frågor.

Då vi under analysen av resultatet reflekterat över om vad för utbildning respondenterna har fått i FaR- förskrivning och beteendeförändring hade det varit intressant att ställa frågor angående vilken utbildning de fått i FaR. Arbetar man på olika sätt beroende på om man har FaR-utbildning eller inte? Använder sig alla av motiverande samtal? Om

inte, hur påverkar det förskrivningen av FaR? Detta är exempel på frågor för vidare forskning.

Slutsats

Övervägande delen av distriktssköterskorna var positiva till FaR som metod och ansåg att det var viktigt att göra patienten delaktig. Alla uttryckte att uppföljning av FaR genomfördes men de hade inga rutiner för detta. Samtliga respondenter upplevde att det fanns brister i samarbetet både med FaR-samordnare och med föreningslivet.

Arbetsfördelning

I denna studie har författarna arbetat integrerat d.v.s. vi har samlat material och skrivit alla avsnitt tillsammans. Intervjuerna och transkriptionen av dessa har dock skett enskilt.

REFERENSER

- Distriktssköterskeföreningen i Sverige. (2008). Kompetensbeskrivning : Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska. Retrieved 3 November, 2013, from <http://distriktsskoterska.se/>
- Drevenhorn, E., Håkansson, A., Petersson, K., Department of Clinical Sciences, M., Family, M., Department of Health, S., . . . Medicin. (2001). Counseling Hypertensive patients: an observational study of 21 public health nurses. *Clinical Nursing Research*, 10(4), 369.
- Edberg, A.-K. (2013). *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. Lund: Studentlitteratur.
- Folkhälsoinstitut, S. (2006). Fysisk aktivitet på recept- fungerar det? En utvärdering av Östgotamodellen. Retrieved 26 September, 2013, from <http://www.fhi.se/Documents/Metoder/FaR/Landstingen/ostergotland/Rapport-20062-En-utvardering-av-ostgotamodellen.pdf>
- Graneheim, U. H., Lundman, B., Omvårdnad, Medicinsk, f., & Umeå, u. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Guedes, N. G., Lopes, M. V. d. O., Araujo, T. L. d., Moreira, R. P., & Martins, L. C. G. (2011). Predictive factors of the nursing diagnosis sedentary lifestyle in people with high blood pressure. *Public health nursing (Boston, Mass.)*, 28(2), 193-200. doi: 10.1111/j.1525-1446.2010.00902.x
- Hunskår, S., Hovelius, B., Wallgren, G. A., Jones, L., Toverud, K. C., Reppe, A., . . . Sætren, T. (2007). *Allmänmedicin*. Lund: Studentlitteratur.
- Kallings, L. V. (2008). Physical activity on prescription : Studies on physical activity level, adherence and cardiovascular risk factors. Retrieved 1 Oktober, 2013, from <http://publications.ki.se/xmlui/handle/10616/39972>
- Kallings, L. V., Leijon, M., & Statens folkhälsoinstitut. (2003). *Erfarenheter av Fysisk aktivitet på recept - FaR* (Vol. 2003:53). Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2010). *Motiverande samtal: att hjälpa människor till förändring*. Stockholm: Natur & kultur.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Prochaska J, R. C., Evers K. (2008). The Transtheoretical Model and Stages of Change. In R. B. Glanz K, Viswanath K (Ed.), *Health Behavior and Health Education: theory, research and practice*.

- Riddoch C, P.-R. A., Cooper A. (1998). Effectiveness of physical activity promotion schemes in primary care: a review. Retrieved 11 September, 2013, from http://www.nice.org.uk/niceMedia/documents/effective_primcare.pdf
- SBU. (2004). Måttligt förhöjt blodtryck. Retrieved 26 Augusti, 2013, from <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Mattligt-forhojt-blodtryck/>
- Socialstyrelsen. (2011). Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011-stöd för styrning och ledning. Retrieved 30 September, 2013, from <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-11-11>
- Statens folkhälsoinstitut. (2010). Nationell utvärdering av receptförskrivningen fysisk aktivitet på recept. Retrieved 27 Augusti, 2013, from <http://www.fhi.se/Publikationer/Alla-publikationer/Nationell-utvardering-av-receptforskriven-fysisk-aktivitet-FaR-Slutredovisning-av-regeringsuppdrag/>
- Statens folkhälsoinstitut. (2012). FaR® Individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet. Retrieved 27 Augusti, 2013, from <http://www.fhi.se/Handbocker/FaR-Individanpassad-skriftlig-ordination-av-fysisk-aktivitet/FaR-i-praktiken-/Uppfoljning/>
- Statens folkhälsoinstitut, & Yrkesföreningar för fysisk aktivitet. (2008). *FYSS 2008: fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling* (Vol. 2008:4). Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Svensk Sjuksköterskeförening. (2010). Värdegrund för omvårdnad. Retrieved 6 September, 2013, from <http://www.swenurse.se/Publikationer--Remisser/Publikationer/Etik/VARDEGRUND-FOR-OMVARDNAD-UTE/>
- Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.
- Västra Götalandsregionen. (2012). FaR statistik 2012. Retrieved 26 September, 2013 from <http://www.vgregion.se/sv/Ovriga-sidor/Fysiskt-aktivitet-pa-recept/For-dig-som-ar-leg-personal/Aktuell-forskning/Verksamhetsrapporter/>
- Västra Götalandsregionen. (2013). Krav- och Kvalitetsbok. Retrieved 23 Oktober, 2013, from <http://www.vgregion.se/sv/Vastra-Gotalandsregionen/startside/Vard-och-halsa/Forvardgivare/VG-Primarvard1/For-vardgivare1/Nyheter/Beslut-om-ny-Krav--och-kvalitetsbok-fran-1-januari-2011/>

Bilaga 1

INTERVJUGUIDE

Arbetsätt vid FaR-förskrivning

Kan du beskriva hur det går till när du skriver ett FaR till en patient med hypertoni?

- Tas anamnes?
- Tidigare träning?
- Motivationsgrad?

Om du märker att en patient är omotiverad, vad gör du då?

- Används MI-samtal?
- Hur märker du om patienten är motiverad eller inte?

Görs någon uppföljning, i så fall hur/när?

- Gör patienterna det ni kommit överens om?
- Om omotiverad patient, sker då uppföljningen på något annat sätt?
- Om ingen uppföljning görs, vad är då anledningen till detta?

Vad gör du om patienten inte dyker upp på planerat besök?

Hinder

Finns det några svårigheter med FaR-förskrivningen?

Möjligheter

Ser du några möjligheter till förbättring?

Skulle något kunna göras annorlunda?

Allmänt

Hur länge har du arbetat som distriktssköterska?

Har du en uppfattning av hur många FaR-recept du skriver per år?

Vad har du för inställning till FaR-förskrivning?

Bilaga 2



GÖTEBORGS UNIVERSITET SAHLGRENSKA AKADEMIN

FORSKNINGSPERSONSINFORMATION

Bakgrund

I distriktssköterskans arbete ingår förskrivning av Fysisk aktivitet på Recept som är en viktig metod för att främja en aktiv livsstil. I FaR-processen ingår anamnes, receptförskrivning samt uppföljning. En stor patientgrupp som erhåller FaR är patienter med hypertoni. Minst 25 % av den svenska befolkningen beräknas ha hypertoni eller antihypertensiv behandling. Fysisk aktivitet är grunden i behandlingen av denna patientgrupp. Det finns indikationer på att brister finns inom FaR-processen. Distriktssköterskornas arbetssätt med FaR på vårdcentral, är inte så väl studerat. Därför är vi intresserade av att studera detta område.

Syfte

Syftet med studien är att beskriva FaR-processen i mötet med patienter med hypertoni utifrån ett distriktssköterskeperspektiv.

Förfrågan om deltagande

Studien kommer att genomföras inom primärvården i Storgöteborg. Kontakt har tagits med verksamhetschef på din vårdcentral. Du tillfrågas om du vill delta i denna studie eftersom du arbetar som distriktssköterska och har rätt att förskriva FaR.

Hur går studien till?

Om du väljer att delta i studien kommer en av författarna att göra en enskild intervju med dig som beräknas ta mellan 30-60 min. Intervjun kan göras under arbetstid och plats för intervjun väljer du själv. Intervjun kommer att spelas in på band och därefter skrivs ned och analyseras. Resultatet kommer att presenteras i form av ett examensarbete på avancerad nivå, vid Göteborgs Universitet.

Finns det några risker med att delta?

Vår ambition är att du inte skall uppleva något obehag av att delta i studien. En möjlig risk med att delta är att vi kommer in på områden när det gäller din yrkesutövning som du upplever känsliga. Du väljer själv vad du vill ta upp och prata om under intervjun. Det kommer inte att gå att urskilja vad just du har sagt under intervjun när resultatet presenteras.

Finns det några fördelar med att delta?

Det finns inga direkta fördelar för dig personligen att delta. I ett vidare perspektiv kan studien bidra till att förbättra distriktssköterskans arbetssätt kring Fysiska aktivitet på Recept.

Hantering av data och sekretess

Den inspelade intervjun skrivs ut och förvaras tillsammans med ljudinspelningen så att ingen obehörig får tillgång till materialet. När studien är avslutad förstörs insamlat material.

Hur får jag information om studiens resultat?

Om du önskar ta del av studiens resultat kan du kontakta nedanstående personer.

Frivillighet

Det är helt frivilligt att delta i studien och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet, utan att förklara varför.

Ansvariga för studien

Dsk. Student	Dsk. Student	Handledare
Maria Jonasson	Annika Jakobsson	Inger Kjellberg
Tel.	Tel.	
0702-313224	0705-370524	
Mailadress	Mailadress	Mailadress
guselmari@student.gu.se	gusjakani@student.gu.se	inger.kjellberg@gu.se