

Examensarbete, Högskolan på Åland, Utbildningsprogrammet för vård

FYSISK AKTIVITETSRÅDGIVNING I OMVÅRDNADEN

Carina Eriksson och Olena Moskalets



Datum för publicering: 27.05.2016

Handledare: Katarina Ulenius

EXAMENSARBETE

Högskolan på Åland

Utbildningsprogram:	Vård
Författare:	Carina Eriksson, Olena Moskalets
Arbetets namn:	Fysisk aktivitetsrådgivning i omvårdnaden
Handledare:	Katarina Ulenius
Uppdragsgivare:	

Abstrakt

Trots nationella mål om att finländare skall röra sig mer och sitta mindre är finska vuxna fysiskt aktiva endast 20 % av sin tid. Genom att motivera till hälsofrämjande fysisk aktivitetsnivå kan sjukskötare minska lidandet som icke-smittsamma sjukdomar medför för patienter. FaR (fysisk aktivitet på recept/liikkumuisresepti) är en metod som inkluderar skriftlig information, motiverande samtal och planerad uppföljning och ökar följsamheten hos patienten. Barbara Carpers teori om kunskapsmönster används som teoretisk referensram.

Syftet med arbetet är att belysa faktorer som påverkar omvårdnadspersonalens kunskap i att använda fysisk aktivitetsrådgivning i omvårdnaden.

Metoden är en systematisk litteraturoversikt med både kvalitativa och kvantitativa studier.

Resultatet visar ett behov av evidensbaserad kunskap i främjandet av fysiska aktiviteter och att olika faktorer påverkar sjukskötaren i det kliniska arbetet. Omvårdnadspersonalens empiriska kunskap visade skillnader i utbildning, kompetens i att kunna föreslå lämplig fysisk aktivitet och kunskap om hälsoeffekter av fysiska aktiviteter. Struktur i omvårdnaden framstod som en viktig faktor. Det framkom osäkerhet gällande bedömnings- och rådgivningsmetoder, gällande ansvar samt osäkerhet gällande samarbete med andra professioner och olika organisationer i samhället, men erkännande att främjandet av fysiska aktiviteter är en del av arbetet. De upplevde tidsbrist i relation till det tidskrävande arbete fysisk aktivitetsrådgivning är. Omvårdnadspersonalens attityd påverkar omvårdnaden. Bland annat framkom faktorer som personligt intresse och förförståelse av fysiska aktiviteter samt patientens motivation.

Slutsatsen är att det är av vikt att det inom organisationen erbjuds utbildning i fysisk aktivitetsrådgivning till personal för att öka integreringen av detta. Kunskapen är ett verktyg för personalen enligt Barbara Carper.

Nyckelord (sökord)

Sjukskötare, kunskap, fysisk aktivitetsrådgivning

Högskolans serienummer:	ISSN:	Språk:	Sidantal:
2016:24	1458-1531	Svenska	43 sidor

Inlämningsdatum:	Presentationsdatum:	Datum för godkännande:
16.05.2016	25.05.2016	26.05.2016

DEGREE THESIS

Åland University of Applied Sciences

Study program:	Health and Caring Science
Author:	Carina Eriksson & Olena Moskalets
Title:	Physical Activity Counseling in Practice
Academic Supervisor:	Katarina Ulenius
Technical Supervisor:	

Abstract
<p>Despite national aims that Finns should move more and sit less Finnish adults are physically active only 20 % of their time. By motivating to health-enhancing physical activity levels nurses may reduce suffering from non-contagious diseases for patients. PaP (physical activity on prescription) is a method which includes written information, motivational interviewing and planned follow-up. PaP increases compliance of the patient. Barbara Carper's theory "Patterns Knowing in Nursing" is used as a theoretical framework.</p> <p>The aim of this work is to highlight factors that affect the nursing staff's knowledge of using physical activity counseling in nursing.</p> <p>The method is a systematic review of qualitative and quantitative studies.</p> <p>The result shows a need for evidence-based knowledge in promotion of physical activities and various factors affecting the nurse in clinical work. Nursing staff's empirical knowledge revealed differences in education, competence to propose appropriate physical activity and knowledge of the health effects of physical activities. Structure in caring emerged as an important factor. It emerged that there was uncertainty regarding assessment and counseling practices, regarding responsibilities and regarding cooperation with other professions and various community organizations. Promotion of physical activities is a part of their work. Nurses experienced lack of time in relation to the time-consuming work physical activity counseling is. The nursing staff's attitudes affect their nursing care. Among other factors emerged that personal interest and prior understanding of physical activities and patient motivation are important.</p> <p>The main finding is that it's of importance that the organization offers education in physical activity counseling for staff to increase the integration of this. Knowledge is a tool for the staff, according to Barbara Carper.</p>

Key words
Nurse, knowledge, physical activity counseling

Serial number:	ISSN:	Language:	Number of pages:
2016:24	1458-1531	Swedish	43 pages

Handed in:	Date of presentation:	Approved on:
May 16, 2016	May 25, 2016	May 26, 2016

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING	5
1.1 BAKGRUND	6
1.1.1 Fysiska aktiviteter.....	6
1.1.2 Fysiska aktiviteters påverkan på icke-smittsamma sjukdomar	7
1.1.3 Fysiska aktiviteter ur ett samhällsperspektiv	10
1.1.4 Att arbeta med hälsofrämjande åtgärder.....	10
1.1.5 FaR eller liikkumisresepti.....	11
1.1.6 Förskrivare av fysiska aktiviteter på recept.....	12
1.1.7 Teoretisk referensram	13
1.2 PROBLEMFORMULERING	14
1.3 SYFTE.....	15
2. METOD	16
2.1 DATAINSAMLING	16
2.2 URVAL	16
2.3 ANALYS	17
2.4 ETISKA ÖVERVÄGANDEN.....	18
3. RESULTAT	19
3.1 EMPIRISK KUNSKAP	19
3.2 METOD OCH ORGANISATION.....	21
3.3 EGNA ATTITYDER	25
4. DISKUSSION.....	27
4.1 RESULTATDISKUSSION.....	27
4.1.1 Empirisk kunskap.....	27
4.1.2 Estetisk kunskap	29
4.1.3 Personlig kunskap.....	30
4.1.4 Etisk kunskap.....	32
4.1.5 Kliniska implikationer	34
4.2 METODDISKUSSION	35
4.3 SLUTSATS.....	37
LITTERATURFÖRTECKNING	38
Bilaga 1	
Bilaga 2	
Bilaga 3	

1. INLEDNING

Befolkningen ökar och människor lever längre, vilket medför att antalet sjuka blir fler och därmed ökar kraven på hälso- och sjukvården (Statens folkhälsoinstitut, 2011). Det är viktigt att satsa på hälsofrämjande åtgärder, inbegripet sjukdomsförebyggande åtgärder istället för resurskrävande behandlingsmetoder efter ett insjuknande, exempelvis ett höftledsbrott som medför kostnader relaterat till bland annat operationer, rehabilitering, sjukskrivning och lidande för patienten (Social- och hälsovårdsministeriet, 2013). Icke-smittsamma sjukdomar så som hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes, övervikt och mental ohälsa går delvis att förebygga med fysiska aktiviteter. Så mycket som ca 65 % av dödsfallen i världen kan relateras till de icke-smittsamma sjukdomarna så det är av vikt att förebygga dessa med hälsofrämjande åtgärder, som en hälsosammare livsstil. Livsstilsfaktorer som påverkar hälsan negativt är bland annat stillasittande, rökning, alkohol- och drogmissbruk och ohälsosamma matvanor (Statens folkhälsoinstitut, 2011). Stillasittande är ett av moderna tidens stora hälsoproblem, då den moderna livsstilen gör människor mer inaktiva. Det finns dock nationella mål med avsikt att öka den fysiska aktiviteten bland befolkningen för att främja hälsa (Social- och hälsovårdsministeriet, 2013). Sjukskötarens huvuduppgift är att ”främja och upprätthålla befolkningens hälsa, att förebygga sjukdom och att lindra lidande” (<https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/etiska-riktlinjer-sjukskotare/>). Utöver det är sjukskötaren skyldig att kontinuerligt utveckla sin yrkeskunskap och tillsammans med andra sjukskötare i vårdenheten ansvara för att vårdkvaliteten är så god som möjligt och att den ständigt förbättras (Finlands sjuksköterskeförbund rf., 2014). Detta arbete belyser faktorer som påverkar omvårdnadspersonalens kunskap i att använda fysiska aktiviteter som hälsofrämjande åtgärd i omvårdnaden.

1.1 Bakgrund

Frånvaro av fysiska aktiviteter och långvarigt stillasittande ökar riskerna att insjukna i icke-smittsamma sjukdomar. Stillasittande livsstil har blivit ett folkhälsoproblem världen över som kan likställas med fetma, rökning och alkohol (Social- och hälsovårdsministeriet, 2013). Stillasittande förklaras som frånvaro av kontraktioner i stora muskelgrupper (Ekblom-Bak & Ekblom, 2012). Enligt WHO, 2016 tillbringar vuxna i Europa alltmer tid stillasittande på grund av förändrade livsvanor och att till och med 4 timmars stillasittande är en oberoende faktor för sämre hälsa (WHO - Europe, 2016a). I en studie från Sverige på vuxna, ålder 50-65 år, framkommer att endast 7,1 % följer de svenska riktlinjerna om rekommenderad fysisk aktivitet och att de är stillasittande 60 % av den vakna tiden (Ekblom-Bak, o.a., 2015). I Finland skriver Social- och hälsovårdsministeriet att förskolebarn är stillasittande ca 60 % av sin tid och vuxna 80 % (Social- och hälsovårdsministeriet, 2013). Data säger även att människor med lägre inkomst, etniska minoritetsgrupper, såväl som människor med funktionshinder engagerar sig ändå mindre i fysiska aktiviteter och är svårare att motivera till fysiska aktiviteter (WHO - Europe, 2016a).

1.1.1 Fysiska aktiviteter

Med fysisk aktivitet menas alla kroppsrörelser som genom skelettmuskulaturens kontraktioner ger ökad metabolism och förbättrar hälsan och den fysiska prestationsförmågan utan att orsaka skada. Fysisk aktivitet är komplex och omfattar bland annat vardagliga aktiviteter, transport till fots eller med cykel, motion i olika former, lek, friluftsliv och fysisk belastning i arbetet (Folkhälsomyndigheten, u.å.c; Mattsson, Jansson, & Hagströmer, 2014). Intensitet på fysiska aktiviteter har olika definitioner och beskrivs i arbetet som *pulshöjande intensitet*, ca 130 pulsslag/minut hos en 20-åring eller 120 pulsslag/minut hos en 50-åring och normal pulsfrekvens 50-100 pulsslag/minut (Marklund, 2015; Folkhälsomyndigheten, u.d.a) och *högintensiv fysisk aktivitet*, markant ökning av andnings- och pulsfrekvens (WHO - Europe, 2016a). Det finns olika slag av fysiska aktiviteter. *Aerob fysisk aktivitet* är konditionshöjande och skall öka andnings- och pulsfrekvensen (Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet, 2011). *Muskelstärkande fysisk aktivitet* är viktbärande, vilket betyder att aktiviteten skall utföras på fötter som exempelvis promenad, skuffa en gräsklippare och gå upp för trappor, eller icke viktbärande så som balans- och styrketräning som förbättrar muskeltonus och flexibilitet (Casey, 2015; Scott, 2006).

Finska och svenska rekommendationer för fysisk aktivitet stämmer överens med rekommendationer från WHO som alla lyfter fram att alla skall använda aerob och muskelstärkande fysisk aktivitet regelbundet (tabell 1) (Folkhälsan, 2015; Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet, 2011; WHO - Europe, 2016a).

Tabell 1. Rekommendationer för hälsofrämjande fysisk aktiviteter i Finland (Folkhälsan, 2015).

För vuxna, över 18 år:	För skolbarn, 7-18 år:
<ul style="list-style-type: none"> - Aerob fysisk aktivitet där intensiteten skall vara måttlig minst 150 minuter/vecka eller högintensiv minst 75 minuter/vecka och spridas på minst 3 dagar/vecka. Exempelvis 30 minuters rask promenad 5 dagar/vecka eller 20-30 minuters löpning 3 dagar/vecka. - Muskelstärkande fysisk aktivitet minst 2 gånger/vecka och minst 20 minuter/gång. - Undvika långvarigt stillasittande. 	<ul style="list-style-type: none"> - Röra sig mångsidigt och åldersanpassat minst 2 timmar/dag. - Undvika stillasittande och aldrig sitta still mer än 2 timmar i ett sträck. - Den sammanlagda tiden framför skärm ska begränsas till högst 2 timmar/dag. - Vardagsmotion är viktigare än specifik träning någon gång per vecka.

1.1.2 Fysiska aktiviteters påverkan på icke-smittsamma sjukdomar

Det finns ett starkt samband mellan regelbundna fysiska aktiviteter och minskad risk att dö i förtid. Det finns även samband som visar att personer som tränar regelbundet lever längre än de personer som tränar enstaka gånger. Kroppen är gjord för fysisk aktivitet och av ett enda träningspass med pulshöjande intensitet kan utmätas positiva effekter på blodtryck, blodsockernivåerna i blodbanan, blodfetter, bentäthet, minskad fallrisk, lindrad rygg- och ledsmärta, humör och kognition (Henriksson & Sundberg, 2015; Wennberg, o.a., 2015) samt höjd förmåga att hantera olika psykiska påfrestningar (Andersson, Hovland, Kjellman, Martinsen, & Taube, 2015).

Hjärt- och kärlsjukdomar är en av de sjukdomsgrupper som minskar i prevalens men som ändå fortfarande orsakar ca 17 miljoner dödsfall per år i världen. Tobak, inaktiv livsstil och ohälsosam kost är de stora riskfaktorerna. Bland annat visar statistik att förekomst av hypertoni hos vuxna i Europa är ca 23,4 % (WHO, 2016a; WHO, 2015c). Från 1950-talet har sammankopplingar gjorts som visar reducerad hjärt- och kärlsjukdom hos personer som är

fysiskt aktiva (Shiroma & Lee, 2010; Wennberg, o.a., 2015). Social- och hälsovårdsministeriet (2013) lyfter fram vikten av motion som hälsofrämjande faktor för kranskärslsjukdomar (Social- och hälsovårdsministeriet, 2013). Det framkommer i forskning att intensiteten på fysisk aktivitet har ett samband med minskad risk att insjukna i hjärt- och kärlsjukdomar. Så mycket som 36 % riskreducering noterades i undersökning av 790 000 vuxna män och kvinnor, 18-99 år, hos de personer som hade högintensiv fysisk aktivitet på fritiden jämfört med de som hade måttlig intensitet, vilket visade en riskreducering med 24 % (Wennberg, o.a., 2015).

Övervikt, som är en metabol sjukdom, har mer än dubblats sen 1980-talet. Statistik från 2014 visar att över 1,9 miljarder vuxna i världen var överviktiga och av dessa hade 600 miljoner fetma. I Europa var förekomsten av överviktiga ca 23 %. I det moderna samhället blir det obalans mellan energiintag som människan får med kosten och energiförbrukning, på grund av minskade fysiska aktiviteter. Stillasittande är en orsak till övervikt och fetma som i sin tur är riskfaktorer för olika icke-smittsamma sjukdomar, bland annat *Diabetes Mellitus 2* (DM 2). I Europa är prevalensen av högt fasteblodsocker hos vuxna över 18 år ca 8,3 %. Det finns också stark evidens att de personer som rör på sig regelbundet går ner i vikt. Olika aktiviteter så som hushållsarbete, att stå upp under arbetspass i stället för att sitta eller att vara i små rörelser hjälper att hålla en stabil vikt efter viktnedgång (Wennberg, o.a., 2015; WHO, 2016b; WHO, 2015c). WHO:s beräkningar visar 27 % ökad risk att insjukna i diabetes vid frånvaro av fysisk aktivitet. Sjukvårdskostnaderna för diabetiker i Finland uppgick till 1,3 miljoner euro år 2007 (Social- och hälsovårdsministeriet, 2013).

Med hjälp av fysisk aktivitet, aerob och muskelstärkande, stärks *rörelseapparaten* som i sin tur ökar säkerheten genom att fallrisken minskar tack vare ökad muskelmassa och balans. Det ger möjlighet att befolkningen kan bo längre hemma. Försämrade fysiska förmågor ger ökad fallrisk hos äldre och en av tre personer som fyllt 65 år faller årligen. Kostnader i Finland för akutvård vid fallskador uppgick till 39 miljoner euro år 2000. Exempelvis sjukvårdskostnader för akutvård vid ett höftledsbrott är ca 20 000 euro (Social- och hälsovårdsministeriet, 2013). *Osteoporos* (benskörhet) är ett växande hälsoproblem i världen. Osteoporos ökar risken för frakturer som kan medföra allvarliga konsekvenser och minskad livskvalitet. Fysisk aktivitet är en viktig riskreducerande faktor för minskad bentäthet, som i sin tur kan minska risken för frakturer. Fysiska aktiviteter under barn- och ungdomen ökar bentäthet och minskar risk för att utveckla osteoporos senare i livet. Viktbärande fysiska aktiviteter i vuxen ålder verkar

främst genom att minska förlusten av benmassa som kommer med åldern (Casey, 2015; Scott, 2006). Det finns stark evidens att fysiska aktiviteter som förbättrar balans minskar fallrisken med 30 %. Forskning visar att människor som tränar regelbundet, 120 till 300 minuter med minst måttlig intensitet aerob fysisk aktivitet varje vecka har en lägre risk för höftfrakturer. Regelbundna, 120 minuter/vecka och 10-30 minuter/gång, aeroba fysiska aktiviteter av måttlig intensitet och låg belastning kan hjälpa att hantera smärta och därmed förbättra livskvalitet hos personer med artrit. Det finns en stark evidens att en specifik träning 2 gånger per vecka under 15 minuter förebygger varannan knäskada hos elitidrottare (Nursing Update, 2011; Wennberg, o.a., 2015).

Det är inte bara fysiska sjukdomar, även mental ohälsa är en av de icke-smittsamma sjukdomsgrupperna som växer. I Europeiska Unionen, Island, Norge och Schweiz har ca 27 % av vuxna upplevt mental ohälsa minst en period under det senaste året (WHO - Europe, 2016b). Under 2012 var antalet döda relaterade till mental ohälsa 164 000. *Depression* är en vanlig psykisk sjukdom och ett av de största hoten mot människors hälsa i världen. I Europa lider ca 25 % av befolkningen av depression eller ångest. Mentala sjukdomar står för 40 % av levda år med funktionsnedsättning, varav depression står för största delen (WHO - Europe, 2016c). Det finns en stark evidens att fysiskt aktiva personer har mindre, 25-40 %, risk att utveckla depressiva symptom än personer som är fysiskt inaktiva. Rekommendationerna angående dos är de allmänna vad som gäller fysiska aktiviteter men en studie med låg evidens visar att även lägre dos av fysiska aktiviteter än de allmänna rekommendationerna kan vara förebyggande (Wennberg, o.a., 2015).

Vidare har det visat sig att hjärnan påverkas av människans livslängd, vilket ökar antalet dödsfall på grund av *demens*. Demens förklaras som en multifaktoriell sjukdom. Hos cirka en tredjedel av alla som utvecklar Alzheimers sjukdom beror detta på faktorer som går att påverka med förebyggande metoder. Resultat på 15 studier visade att fysiskt aktiva personer har 38 % lägre risk att utveckla kognitiv nedsättning än inaktiva personer. Redan vid låg till måttlig dos av fysiska aktiviteter finns förebyggande effekter (Taraldsen, Helbostad, & Saltvedt, 2015).

1.1.3 Fysiska aktiviteter ur ett samhällsperspektiv

I WHO:s undersökning om fysiska aktiviteter som en hälsofrämjande åtgärd inom Europa framkommer att fysiska aktiviteter har samhällsekonomiska fördelar. Frånvaro av fysisk aktivitet har inte bara en direkt påverkan på hälso- och sjukvårdskostnader utan ger även indirekt högre kostnader i relation till sjukskrivningar, anpassat jobb på grund av sjukdom eller för tidig död. För en befolkning på 10 miljoner, varav halva befolkningen inte är regelbundet aktiva, innebär det samhällskostnader på ca 910 miljoner euro per år.

Undersökningar gjorda i Europa visar att satsningar på fysiska aktiviteter i arbetsmotionen återbetalar sig 1,5-5,5-faldigt (Social- och hälsovårdsministeriet, 2013; WHO - Europe, 2016a). FaR är en kostnadseffektiv förebyggande metod som en del länder redan integrerat i hälso- och sjukvården.

Folkhälsoarbetet i Finland styrs av Folkhälsolagen från 28.1.1972/66. 1 kap. Folkhälsoarbete 1§ säger: ”Med folkhälsoarbete avses främjande av hälsan, inbegripet förebyggande av sjukdomar och olycksfall, som är inriktat på individen, befolkningen och livsmiljön, samt sjukvård till individen. Bestämmelser om innehållet i folkhälsoarbetet finns i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010). Folkhälsoarbete kan också benämnas primärvård” (Folkhälsolag 28.1.1972/66: 1 kap Folkhälsoarbetet, 2010). Inom folkhälsoarbetet i Finland har det genom tväradministrativt samarbete utvecklats riktlinjer gällande fysiska aktiviteter för att främja hälsa och visionen är att ”fram till år 2020 att finländare ska röra sig mer och sitta mindre under sitt liv” (Social- och hälsovårdsministeriet, 2013, s. 4). Det framkommer att det är av vikt att motionen integreras i samtliga åldersgrupper genom samarbete med samtliga förvaltningsområden och partnerskap (Social- och hälsovårdsministeriet, 2013).

1.1.4 Att arbeta med hälsofrämjande åtgärder

Hälsofrämjande åtgärder delas in i primära-, sekundära- och tertiära preventiva åtgärder. I alla faser hör hälsouppllysning i allmänhet för att öka medvetenhet om en sund livsstil och hjälpa människor till hälsofrämjande beslut. Primär prevention är åtgärder som sätts in innan en person drabbas av en viss sjukdom. Sekundära åtgärder är när sjukdomen upptäcks i ett tidigt skede och behandlingen sätts in med syftet att förebygga utveckling av komplikationer. Tertiär prevention är åtgärder som används när en person redan har drabbats av en sjukdom och den syftar på att begränsa handikapp med hjälp av rehabilitering (Svanström, 2012).

Icke-smittsamma sjukdomar kan delvis förebyggas och att det är av vikt att personal inom primärvården utbildar patienter i hälsorisker, informerar om hälsosam livsstil för att undvika sjukdomar och hantera kroniska sjukdomar, samt hjälper till att koordinera omvårdnaden med andra enheter (Sweet, 2010; Statens folkhälsoinstitut, 2011). Studier lyfter vikten av att sjukskötaren i möte med patienten bör informera om hälsofrämjande åtgärder för bland annat hjärt- och kärlsjukdomar, DM2, högt kolesterol (hyperlipidemi) och osteoporos. Hälsosam livsstil med fokus på fysiska aktiviteter och kost är riskreducerande faktorer som kommer fram (Bond, 2014; Phillips, 2014; de Beur, et al., 2014).

Sjukskötare uttrycker att det hälsofrämjande arbetet är huvudsyftet i deras möte med patienten. De är medvetna om vad som bör ingå i hälsofrämjande information och anser att det är viktigt med utbildning i motiverande samtalsteknik samt att kollegornas attityd gällande hälsofrämjande åtgärder är av vikt i det dagliga arbetet (Lundberg, Kristiansen, Jong, & Jong, 2014; Johansson, Stenlund, Lundström, & Weinehall, 2010). Socialstyrelsen definierar motiverande samtalsteknik som en samtalsmetod som används för att motivera till förändringsprocesser (Socialstyrelsen, u.d.). Det framkommer att det finns skillnader gällande motivation i att jobba med hälsofrämjande åtgärder. Kvinnor och personal i primärvård är signifikant mer intresserade än män och personal på vårdavdelningar. Brist på kunskap, hög arbetsbelastning, otydlig organisatorisk struktur och oklara mål kan leda till hinder i det hälsofrämjande arbetet med livsstilsförändringar (Lundberg, Kristiansen, Jong, & Jong, 2014; Johansson, Stenlund, Lundström, & Weinehall, 2010).

1.1.5 FaR eller liikkumisresepti

Begreppet FaR har funnits sedan 2001 i Sverige, då det nationellt började utformas skriftliga metoder som hjälpmedel i förändringsarbete gällande hela samhällets inställning till fysisk aktivitet (Folkhälsomyndigheten, u.d.b). FaR är ett recept på fysiska aktiviteter som föreskrivs patient och som är anpassad till patientens nuvarande hälsotillstånd och önskemål (Statens folkhälsoinstitut, 2011). Syfte ”var att fysisk aktivitet skulle kunna föreskrivas som ett komplement till eller i stället för läkemedel” (Folkhälsomyndigheten, u.d.b). FaR inkluderar skriftlig ordination, motiverande samtal och planerad uppföljning, men den ordinerade fysiska aktiviteten bedrivs utanför sjukvården och bekostas av patienten (Dohrn & Ståhle, 2013). Genom att komplettera rådgivning med recept på fysiska aktiviteter, ökas den

fysiska aktivitetsnivån med 15-50 % (SBU, 2007). Patients följsamhet till FaR är god. Hela 65 % av patienterna uttrycker att de följer ordinationen och efter sex månader är det ännu 58 % som fortsätter att följa ordinationen (Kallings, Leijon, Kowalski, Hellénus, & Ståhle, 2009).

Som grund i rådgivningen används FYSS – Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. FYSS är ett stödverktyg för sjukvårdspersonal vid rekommendation och förskrivning av fysisk aktivitet på recept samt en kunskapsbank med vetenskapligt bevis gällande 33 diagnoser att fysiska aktiviteter har positiv effekt som behandlingsmetod (Dohrn & Ståhle, 2013). FYSS är utformad av Yrkesföreningar för fysisk aktivitet och uppdateringen 2015 av rekommendationer finansieras av Statens Folkhälsoinstitut, Socialstyrelsen och det norska Helsedirektoratet. FYSS stöder sig även på WHO:s rekommendationer gällande fysiska aktiviteter (FYSS redaktionsgrupp, 2015). Även i Finland började utvecklingen av fysisk aktivitet på recept år 2001, främst som ett redskap till läkare. I Finland har UKK-institutet (Urho Kekkosen Kuntoinstituuttisäätiö) som utvecklat *liikkumisresepti* (motion på recept) som ett stödverktyg för hälsovårdspersonal. UKK-institutets huvuduppgift är att främja hälsa hos befolkningen genom att uppmuntra till fysiska aktiviteter (UKK-institute, 2014). UKK-institutet samarbetar bland annat med Finlands Läkarförbund, undervisnings- och kulturministeriet samt social- och hälsovårdsministeriet, Finlands Hjärtförbund samt Jyväskyläs Universitet. Svenskspråkigt material har sammanställts i samarbete med Folkhälsan (Nordisk nätverk för fysisk aktivitet, mat og sunnhet, 2010).

1.1.6 Förskrivare av fysiska aktiviteter på recept

Legitimerad personal inom hälso- och sjukvård i Sverige får förskriva FaR om de har kunskap om patientens hälsotillstånd, fysiska aktiviteters funktion som behandling och prevention, motiverande samtal samt om FaR som metod (Folkhälsomyndigheten, u.d.d). Föreskrivaren har som skyldighet att dokumentera och följa upp FaR på samma sätt som andra omvårdnadsåtgärder (Dohrn & Ståhle, 2013). I Finland jobbar hälso- och sjukvården med begreppet motionsrådgivning. Motionsrådgivning är en metod för att vägleda till en fysiskt aktiv livsstil och är en del av hälsorådgivningen. I motionsrådgivningen ingår individuella möten, individuellt anpassad rådgivning samt utvärdering av motionens effekter och kontraindikationer. Rådgivaren skall ha utbildning inom idrotts- och hälsobranchen, till

exempel fysioterapeut. Idag fungerar motionsrådgivningen genom samarbete mellan olika yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården. Läkare som ger motionsrådgivning får använda sig av FaR (*Liikkumisresepti*) (Social- och hälsovårdsministeriet, 2013).

1.1.7 Teoretisk referensram

Sjukskötarens uppgifter har förändrats över tid. I början av 1900-talet var sjukskötarens uppgifter praktiskt inriktade med fokus på tekniska uppgifter och omsorgen av patienten blev åsidosatt. Från 1900-talets mitt har kunskapen om det holistiska perspektivet utvecklats och omvårdnaden blivit i fokus. Från 2000-talets början har forskning i omvårdnad exploderat. Sjukskötarens uppgifter bygger numera på evidens- och erfarenhetsbaserad kunskap (Hall, 2012). Barbara Carper lyfter fram betydelsen av att använda kunskap som ett verktyg i omvårdnaden och hon har utformat en teoretisk ram till stöd för att få svar på frågor gällande vilken kunskap som finns och behövs inom omvårdnaden. Detta för att reflektera över de egna kunskaperna. Hon menar att beroende på hur sjukskötaren integrerar sin insamlade kunskap i omvårdnaden formas det vårdande mötet. Hon har delat upp kunskapen i fyra kunskapsmönster: personlig, empirisk, etisk och estetisk. Ingen av dessa kan användas oberoende av de andra (Boykin & Schoenhofer, 2001) och samtliga är av betydelse i fysisk aktivitetsrådgivning.

Empirisk kunskap

Från mitten av 1900-talet handlade omvårdnadsforskningen mycket om att begreppsliggöra omvårdnaden i klinisk praxis, genom empirisk forskning på olika fenomen. Sedan dess behöver sjukskötaren koppla sitt kliniska utövande till teoretiska kunskaper i dagligt arbete (Carper, 1978; Wiklund, 2003).

Estetisk kunskap

Grunden för estetisk kunskap är empati, att kunna sätta sig in i en annan människas situation och känsla. Det handlar också om sjukskötarens konstnärlighet i att kunna forma omvårdnaden till det bästa för patienten under olika situationer. Ju mer erfarenheter sjukskötaren har i att uppfatta och känna empati med andra från verkligheten, desto mer valmöjligheter har hen i sitt skapande av en adekvat och god omvårdnad (Carper, 1978; Wiklund, 2003).

Personlig kunskap

Den personliga kunskapen beskriver Barbara Carper som den mest problematiska att hantera och lära. Men är på samma gång det mest grundläggande, att förstå upplevelse av hälsa genom individuella erfarenheter. Personlig kunskap handlar om ens egen förförståelse, erfarenheter, kunskap om en själv och kunskap som man tror sig veta om andra. Sjukskötaren behöver använda sig av sin personlighet i mötet med patienten och skapa en mellanmänsklig relation som inkluderar interaktion, relation och transaktion mellan sjukskötare och patient. Personlig kunskap är grundläggande vid etiska val i det moraliska handlandet och förutsätter personlig mognad (Carper, 1978; Wiklund, 2003).

Etisk kunskap

Enligt Barbara Carper handlar etisk kunskap om moral, vad som är bra, vad som borde göras, och vad som är rätt eller fel. Sjukskötaren behöver i den specifika situationen kunna avgöra vad som är moraliskt riktigt. En annan förklaring är att om det saknas känsla för patienten i omvårdnaden saknas även det etiska förhållningssättet, vilket grundar sig på människans samvete då hen måste göra val mellan principer och koder. Etisk kunskap, i likhet med personlig kunskap, bygger på att skapa mellanmänskliga relationer och ett nära samspel mellan sjukskötare och patient (Carper, 1978; Wiklund, 2003).

1.2 Problemformulering

Enligt nationella mål ska finländare röra på sig mer (Social- och hälsovårdsministeriet, 2013). Trots det är finska vuxna fysiskt aktiva endast 20 % av sin tid. Genom att motivera patienter att vara fysiskt aktiva och följa hälsofrämjande rekommendationer kan sjukskötare minska risken för försämrad livskvalitet som icke-smittsamma sjukdomar medför. För att få flera i befolkningen att aktivera sig skulle det vara av vikt att fler sjukskötare har kompetens och utbildning i motionsrådgivning. Som det är strukturerat idag är det enbart hälsovårdspersonal med inriktning mot idrotts- och hälsobranschen som får ge fysisk aktivitetsrådgivning förutom läkare. Detta trots att hälsofrämjande arbete generellt är en del av primärvården och att sjukskötare har skyldighet att främja hälsa. Även samhällsekonomisk vinst finns i att främja fysiska aktiviteter. Det är därför av vikt att belysa faktorer som påverkar omvårdnadspersonals kunskap i att använda fysisk aktivitetsrådgivning i omvårdnaden.

1.3 Syfte

Syftet med arbetet är att belysa faktorer som påverkar omvårdnadspersonals kunskap i att använda fysisk aktivitetsrådgivning i omvårdnaden.

2. METOD

Arbetet är en systematisk litteraturstudie vilken betyder att det behövs ett tillräckligt antal artiklar med hög kvalitet som grund för granskning och resultat. Det är ett strukturerat arbetssätt som innehåller följande kriterier: beskrivning av metoder för sökningar och urval av artiklar samt kvalitetsgranskning av dem, inklusions- och exklusionskriterier, sammanställning av resultat från flera artiklar och att arbetet presenteras i sin helhet (Forsberg & Wengström, 2008). Tillvägagångssättet i urval, kvalitetsgranskning samt analys och syntes av resultatet har inspirerats av Willman och Stoltz (2012) beskrivningar om tillvägagångssättet i en metasyntes.

2.1 Datainsamling

I litteraturöversikten användes databaserna Ebsco/Cinahl, SweMed+, PubMed, SwePub, Google Scholar och Taylor & Francis Online. Till en början var arbetet inriktat på fysisk aktivitet på recept, men under sökningens gång framkom att artiklar som svarade på det var inom den medicinska forskningen och därför tillkom sökord med inriktning på kunskap om fysisk aktivitet som omvårdnadsåtgärd och sjukskötarens perspektiv. I sökningen har olika kombinationer av sökorden använts: fysisk aktivitet på recept, motionsrådgivning, *green prescription*, *physical activity*, *on prescription*, *exercise advice*, *aerobic exercise intensity*, *exercise referral schemes*, *exercise program prescription*, *promote*, *health provider attitude to exercise on prescription* och *nurse** (bilaga 1).

2.2 Urval

Litteraturöversikten begränsades från början till 2011-2016 och utökades sedan stegvis till år 2005 på grund av svårigheter att hitta relevant information inom omvårdnadsforskningen. Av samma anledning har ingen geografisk begränsning gjorts i och med att det vart svårt att hitta artiklar. Ytterligare begränsningar gjordes för att hitta artiklar inom omvårdnadsforskningen eftersom många artiklar var inom den medicinska forskningen: journaler inom *nursing*; *any author is nurse*; *subject major: health promotion, caregivers, nursing role, nurse, attitudes, physical activity, nursing knowledge*; och använde booleska termen *NOT* med *physician* (bilaga 1) (Karlsson, 2012).

För att välja ut artiklarna gjordes en grovsällning genom att först välja på rubriknivå, och sedan abstraktnivå. Exkluderade blev artiklar som visade effekter av fysiska aktiviteter, artiklar ur patientperspektiv eller om sjukskötare inte fanns med bland deltagarna i artikeln. Sammanlagt lästes 62 abstrakt från olika databaser. Av de artiklar som blev valda genom abstraktet kontrollerades även resultatet för att säkerställa att artikeln svarade på syftet (Willman & Stoltz, 2012).

För att ha kontroll på sökningarna användes ett flödesschema där det framkommer datum, databas, sökord och begränsningar, antal artiklar, antal artiklar valda på rubrik- och abstraktnivå samt vilka artiklar som valdes ur respektive sökning. Ur sökningarna valdes tio artiklar som svarar på syftet, både kvalitativa och kvantitativa (Willman & Stoltz, 2012).

Artiklarna kvalitetsgranskades och klassificerades genom att de delades upp mellan författarna, sammanställdes i en tabell enligt referens (författare, titel, tidskrift, år, perspektiv, vetenskaplig kvalitet), syfte, urval och metod samt resultat. Sammanställningen kontrollerades sedan av den andra författaren och tillsammans bedömdes den vetenskapliga kvaliteten (bilaga 2). Artiklarna kontrollerades även om de hade tillstånd till studien av etisk kommitté och om etiska aspekter beaktades under utförandet. Av de tio artiklar som kvalitetsgranskades och valdes hade fyra stycken medelhög och sex stycken hög kvalitet. De artiklar som fått medelhög kvalitet har haft brister gällande beskrivning av analysmetod, urval, etiskt tillvägagångssätt otillräckligt beskrivning till tabeller eller så låg svarsfrekvens så vi bedömt dem svåra att generalisera (Willman & Stoltz, 2012).

2.3 Analys

Resultatet analyserades systematiskt i flera steg. För att få ut det som svarade på syftet i studien ur artiklarna, skrevs det relevanta ur resultaten av ordagrant och översattes till svenska, sedan analyserades varje meningsenhet i en resultatanalys för att synliggöra underkategorier (bilaga 3). Ämnena kopierades till Excel och sorterades efter innehåll, vilket visade flera olika underkategorier: utbildning, lämplig fysisk aktivitet, hälsoeffekter,

bedömning och rådgivning, en del av arbetet, ansvar, tidsbrist, samarbete, patientens motivation, sjukskötares förförståelse och attityd, personligt intresse samt andra faktorer som påverkar omvårdnaden. Dessa underkategorier visade på tre teman som svarar på syftet (Wiklund, 2003; Willman & Stoltz, 2012).

2.4 Etiska överväganden

Meningen med att göra etiska överväganden var att författarna inte skulle tolka eller påverka kartläggningen av data med den egna förförståelsen (Sandgren, 2012). Vår förförståelse var att vårdpersonal har kännedom om fysiska aktivitetens positiva effekter på hälsan men att den inte omvandlats till kunskap och integrerats i omvårdnaden som ett hälsofrämjande hjälpmedel. Genom att systematiskt och gemensamt analysera artiklarna förhindrades att personlig förförståelse skulle påverka resultatet. I resultatet presenterades artikelns fakta som svarar på syfte i sin helhet. Genom att följa *autonomiprincipen* i studien säkerställde vi att informationen är förståelig och tillräcklig. Vi utgick från att alla inte kan söka vidare svar vid otydlighet i studien. Även *godhetsprincipen* som innebär att var och en skall göra gott och förebygga eller förhindra skada kunde appliceras då detta arbete handlar om en förebyggande behandlingsmetod som kan användas i omvårdnaden. *Principen att inte skada* blev inte aktuell i studien, eftersom det är en litteraturstudie. Och *rättvisepprincipen* som innebär att alla skall behandlas lika kan appliceras i analysmetoden, där alla artiklar analyserats med samma struktur (Olsson & Sörensen, 2011).

Av artiklarna som inkluderats i litteraturöversikten har åtta stycken varit intervjuer eller enkäter, dessa har fått etiskt tillstånd och att de redovisat något av följande etiska principer: beaktat konfidentialitet och anonymitet, inbjudits till att delta och informerats om att det är frivilligt att delta. Av de andra två är en litteraturöversikt och den andra en dataanalys av material handhållet från primärvårdscentraler och har inte behov av ett etiskt tillstånd (Forskningsetiska delegationen, 2012).

3. RESULTAT

Syftet med arbetet var att belysa faktorer som påverkar omvårdnadspersonalens kunskap i att använda fysisk aktivitetsrådgivning i omvårdnaden. Omvårdnadspersonal i detta arbete inbegriper närvårdare, sjukskötare, sjukskötare med specialistutbildning och hälsovårdare. Under analysen identifierades en önskan om utbildning för evidensbaserad omvårdnad för främjande av fysiska aktiviteter och olika faktorer som påverkar omvårdnadspersonal i omvårdnaden. Omvårdnadspersonalens empiriska kunskap skiljde sig i resultatet. Det framkom skillnader i utbildning, kompetens att kunna föreslå lämplig fysisk aktivitet och i kunskap om hälsoeffekter av fysiska aktiviteter. Struktur i omvårdnaden framstod som en viktig faktor. Det framkom skillnader gällande vilka bedömnings- och rådgivningsmetoder som skulle användas. Det framkom även erkännande att främjandet av fysiska aktiviteter är en del av arbetet men osäkerhet gällande ansvar. Omvårdnadspersonal upplevde tidsbrist i relation till det tidskrävande arbete fysisk aktivitetsrådgivning är. Osäkerhet gällande samarbete med andra professioner och olika organisationer i samhället var en framträdande faktor. Omvårdnadspersonalens attityd påverkar omvårdnaden. Bland annat framkom faktorer som personligt intresse och förförståelse av fysiska aktiviteter samt patientens motivation.

3.1 Empirisk kunskap

Omvårdnadspersonal svarade att bedömning och rådgivning om fysiska aktiviteter inte ingick i deras *utbildning* till sjukskötare men att det finns ett behov om läroplan för fysisk aktivitet inom sjukskötarutbildningen. Omvårdnadspersonal föreslog vidareutbildning för att förbättra kompetensen (Grimstvedt, o.a., 2012; Turin, 2015; Weber Bucholz & Purath, 2007), mera kontinuitet (Turin, 2015) och klinikanpassad utbildning (Horsley Tompkins, Belza, & Brown, 2009). Omvårdnadspersonal upplevde att det finns dålig tillgång till utbildning i främjandet av fysiska aktiviteter (Douglas, Torrance, van Teijlingen, Meloni, & Kerr, 2006; Puig Ribera, McKenna, & Riddoch, 2005) och det framkom skillnader i upplevelser om tillräckliga kunskaper i fysisk aktivitetsrådgivning (Douglas, o.a., 2006; Douglas, Torrance, van Teijlingen, Meloni, & Kerr, 2006). Omvårdnadspersonal som fått utbildning om fysiska aktiviteter under sina grundstudier eller fördjupningsstudier och fick övning hade en betydligt högre nivå av kunskap och kände sig tryggare i bedömning och rådgivning om fysiska aktiviteter än de som inte hade någon utbildning (Puig Ribera, McKenna, & Riddoch, 2005; Weber Bucholz & Purath, 2007). Omvårdnadspersonal som fått utbildning om fysisk

aktivitetsrådgivning har uppgett att de fått kunskaper i hälsoeffekter, fysisk påverkan och alternativ på motionsprogram samt att rekommendera intensitet, varaktighet och frekvens. De uppgav även att de fått kunskap om skalor för att mäta uppnådd intensitet och hjärtfrekvens (Grimstvedt, o.a., 2012). Utbildning ökade även kvaliteten på personcentrerad rådgivning med lyckade interventioner (Puig Ribera, McKenna, & Riddoch, 2005). Andra metoder att få kunskap i fysisk aktivitetsrådgivning var konferenser, workshoppar, seminarier och självstudier (Grimstvedt, o.a., 2012; Weber Bucholz & Purath, 2007). Att delta i dessa var signifikant för att få kunskap i bedömning om fysiska aktiviteter och i säkerhet gällande både bedömning och rådgivning om fysiska aktiviteter men inte signifikant för kunskap gällande rådgivning om fysiska aktiviteter (Weber Bucholz & Purath, 2007).

Omvårdnadspersonal visste inte att styrka är viktigast för att upprätthålla funktioner hos äldre. De kände osäkerhet i att ge råd om *lämpliga fysiska aktiviteter* för äldre som har något hälsoproblem, exempelvis sådana som var inaktiva, har stabil angina pectoris (kärlekskramp i hjärtat) eller rehabiliteras efter stroke (blodpropp eller blödning i hjärnan). De uttryckte att de inte hade lämplig utbildning inom området men de kände sig trygga i sin rådgivning till övriga (Goodman, Davies, Dinan, See Tai, & Iliffe, 2011). Omvårdnadspersonal uppmuntrar de flesta patienterna att utföra fysiska aktiviteter (Douglas, Torrance, van Teijlingen, Meloni, & Kerr, 2006) medan andra var mer benägna att hålla med om att de ger råd om fysiska aktiviteter endast när de kan koppla det till patientens nuvarande hälsotillstånd (Douglas, Torrance, van Teijlingen, Meloni, & Kerr, 2006; Puig Ribera, McKenna, & Riddoch, 2005; Verhaeghe, De Maeseneer, Maes, Van Heeringen, & Annemans, 2013) annars är det en privat angelägenhet (Verhaeghe, De Maeseneer, Maes, Van Heeringen, & Annemans, 2013). Den mest förekommande orsaken till att föreskriva fysiska aktiviteter var nedsättning i rörelseapparaten, övervikt, förhöjt blodsocker samt inaktivitet och andra sjukdomar såsom diabetes, högt kolesterol eller psykiska sjukdomar (Leijon, Bendtsen, Nilsen, Ekberg, & Ståhle, 2008). Det framkom även att patientens individuella fysiska kondition var ett hinder i det hälsofrämjande arbetet av fysisk aktivitetsrådgivning (Goodman, Davies, Dinan, See Tai, & Iliffe, 2011). Patienter ordinerades fysiska aktiviteter som kan utföras hemifrån och utomhusaktivitet som promenad var den mest rekommenderade (Douglas, o.a., 2006; Grimstvedt, o.a., 2012; Horsley Tompkins, Belza, & Brown, 2009; Leijon, Bendtsen, Nilsen, Ekberg, & Ståhle, 2008). Vid dåligt väder rekommenderades promenader i köpcentrum. Att cykla var ett annat förslag. DVD, CD, TV-program samt utrustning såsom motionsbollar och löpband med mera rekommenderades som stöd för att utföra fysiska aktiviteter hemma

(Horsley Tompkins, Belza, & Brown, 2009). Andra aktiviteter som uppgavs var strukturerade gruppaktiviteter på gym, allaktivitetshus eller skolor, exempelvis gymnastik och vikt- och cirkelträning (Horsley Tompkins, Belza, & Brown, 2009; Leijon, Bendtsen, Nilsen, Ekberg, & Ståhle, 2008). Det framkom skillnader gällande kunskap om officiella rekommendationer för fysiska aktiviteter (Douglas, o.a., 2006; Douglas, Torrance, van Teijlingen, Meloni, & Kerr, 2006; Grimstvedt, o.a., 2012; Horsley Tompkins, Belza, & Brown, 2009; Weber Bucholz & Purath, 2007).

Omvårdnadspersonal ansåg att fysiska aktiviteter är positiva för den allmänna hälsan och fysisk kondition, psykiska *hälsoeffekter* som distraktion, mindre stress och frustration samt upprätthållande av sociala kontakter (Verhaeghe, De Maeseneer, Maes, Van Heeringen, & Annemans, 2013). En annan studie visade att omvårdnadspersonal ger information om fysiska aktiviteter men det finns signifikant skillnad mellan vårdpersonalgrupper att ge information om positiva effekter på psykisk hälsa. Hälsovårdare var mer benägna att ge råd än närvårdare (Douglas, o.a., 2006). Omvårdnadspersonal anser inte stillasittande som ett hälsoproblem. Det framkom kunskapsbrist gällande negativa effekter vid frånvaro av fysiska aktiviteter samtidigt som de uppgav att de har grundkunskaper om hälsoeffekter (Puig Ribera, McKenna, & Riddoch, 2005). Omvårdnadspersonalens positiva upplevelser av fysiska aktivitetens effekter på specifika hälsoproblem uppmuntrar dem till att ge fysisk aktivitetsrådgivning (Horsley Tompkins, Belza, & Brown, 2009; Puig Ribera, McKenna, & Riddoch, 2005).

3.2 Metod och organisation

Omvårdnadspersonal uttryckte osäkerhet eller total frånvaro av kunskap gällande vilka metoder som borde användas vid bedömning av patientens hälsotillstånd och utövande av fysiska aktiviteter samt rådgivningsmetoder (Douglas, o.a., 2006; Goodman, Davies, Dinan, See Tai, & Iliffe, 2011; Turin, 2015; Weber Bucholz & Purath, 2007). Deltagarna i en annan studie hade en motsatt upplevelse (Douglas, Torrance, van Teijlingen, Meloni, & Kerr, 2006). Den mest förekommande *bedömningsmetoden* av patientens hälsotillstånd var att göra en generell bedömning av patientens mående samt ta vikt och längd (Grimstvedt, o.a., 2012; Weber Bucholz & Purath, 2007). Endast en liten del omvårdnadspersonal använde konditionstest i praktiken fast de har kunskap om det, majoriteten använde BMI (Body Mass

Index). Andra metoder som beskrevs var att mäta procentandel av kroppsfett, att utföra ett så kallat talktest (ett konditionstest) eller att utföra hjärtfrekvensbedömning (Weber Bucholz & Purath, 2007). Omvårdnadspersonal uttryckte även att det helt saknas struktur till att göra en systematisk bedömning (Douglas, o.a., 2006), exempelvis ett formulär för riskbedömning (Horsley Tompkins, Belza, & Brown, 2009). Omvårdnadspersonal använde sig av subjektiv tolkning av patientens fysiska tillstånd och förmågor samt patientens möjligheter att utveckla sin fysiska aktivitet (Turin, 2015). Olika metoder att bedöma fysiska aktiviteters intensitet används. Den vanligaste metoden var att fråga patienten angående intensitet och längd på den fysiska aktiviteten (Grimstvedt, o.a., 2012; Weber Bucholz & Purath, 2007). Som *rådgivningsmetod* i främjandet av fysiska aktiviteter var det mest förekommande att diskutera med patienten (Grimstvedt, o.a., 2012; Horsley Tompkins, Belza, & Brown, 2009; Turin, 2015; Weber Bucholz & Purath, 2007) och sedan att använda olika former av skriftligt material, varav en del tas från internet. Andra former av skriftligt material som används vid rådgivningen av fysiska aktiviteter är scheman, kontrakt eller riktlinjer för fysiska aktiviteter (Turin, 2015; Weber Bucholz & Purath, 2007). Omvårdnadspersonal upplevde det besvärligt att det inte finns protokoll, ett strukturerat tillvägagångssätt, gemensamma riktlinjer (Douglas, o.a., 2006; Horsley Tompkins, Belza, & Brown, 2009; Puig Ribera, McKenna, & Riddoch, 2005) eller utbildningsmaterial för patienterna (Douglas, o.a., 2006). De anser att det råder brist på evidensbaserade studier om fysisk aktivitetsrådgivning (Horsley Tompkins, Belza, & Brown, 2009) och att den som finns är baserad på generaliserade, förenklade, repetitiva och icke individuella råd (Douglas, o.a., 2006; Puig Ribera, McKenna, & Riddoch, 2005). Andra i omvårdnadspersonalen upplevde att de hade någon form av struktur (Turin, 2015). En rådgivningsmetod var också att skriva remiss till aktivitetsrådgivning (Goodman, Davies, Dinan, See Tai, & Iliffe, 2011) eller sjukgymnast (Horsley Tompkins, Belza, & Brown, 2009). Olika metoder rekommenderades till patienten för att bedöma den fysiska aktivitetens intensitet, exempelvis talktest, identifiera maxpuls och hjärt-stresstest (Grimstvedt, o.a., 2012; Horsley Tompkins, Belza, & Brown, 2009). För att öka patientens motivation rekommenderades att involvera familjen (Horsley Tompkins, Belza, & Brown, 2009). I en litteraturoversikt framkom att omvårdnadspersonal valde att integrera främjandet av fysiska aktiviteter som en del av rådgivningen gällande hälsosam livsstil, även fast det saknades en generell struktur för det. Samtidigt visar den att strukturerade recept för fysiska aktiviteter används rutinmässigt som en omvårdnadsåtgärd av majoriteten (Turin, 2015). Skillnader framkom när omvårdnadspersonal blev ombedda att svara på om de använder andra rådgivningsmetoder för patienter på landsbygden (Horsley Tompkins, Belza, & Brown,

2009). Omvårdnadspersonal lyfte fram brist på övning i rådgivning gällande fysiska aktiviteter (Goodman, Davies, Dinan, See Tai, & Iliffe, 2011; Puig Ribera, McKenna, & Riddoch, 2005) samtidigt som det framkom att antalet praktiserade år inte korrelerar signifikant med kunskap eller säkerhet i bedömning och rådgivning om fysiska aktiviteter. Inte heller signifikanta skillnader gällande omvårdnadspersonals kunskap och förtroende i bedömning och rådgivning när de jämförde omvårdnadspersonalens frekvens av fysisk aktivitetsrådgivning (Weber Bucholz & Purath, 2007) medan en annan studie visar motsatsen (Puig Ribera, McKenna, & Riddoch, 2005). Omvårdnadspersonal uttryckte positiva erfarenheter av övning i fysisk aktivitetsrådgivning (Horsley Tompkins, Belza, & Brown, 2009).

Omvårdnadspersonal erkände att främjandet av fysiska aktiviteter *ingår i deras arbetsuppgifter* (Douglas, o.a., 2006; Goodman, Davies, Dinan, See Tai, & Iliffe, 2011; Horsley Tompkins, Belza, & Brown, 2009; Verhaeghe, De Maeseneer, Maes, Van Heeringen, & Annemans, 2013)). Majoriteten av omvårdnadspersonalen använde fysisk aktivitetsrådgivning i den dagliga verksamheten (Grimstvedt, o.a., 2012; Horsley Tompkins, Belza, & Brown, 2009; Puig Ribera, McKenna, & Riddoch, 2005) men det framkom även att omvårdnadspersonal utför rådgivning gällande fysiska aktiviteter åtminstone en gång/år (Turin, 2015; Weber Bucholz & Purath, 2007). Omvårdnadspersonal var överens om att de inte diskuterade fysiska aktiviteter bara om patienten tagit upp frågan själv, men några av de intervjuade i samma studier skulle inte frågat patienten om fysiska aktiviteter om patienten inte själv hade tagit upp det (Douglas, o.a., 2006; Horsley Tompkins, Belza, & Brown, 2009). Omvårdnadspersonal var överens om att de borde vara mer engagerade i rådgivning om fysiska aktiviteter (Goodman, Davies, Dinan, See Tai, & Iliffe, 2011) och det skulle underlätta om det var ett krav från organisationen (Horsley Tompkins, Belza, & Brown, 2009). De flesta i omvårdnadspersonalen erkänner vikten av rådgivning om fysiska aktiviteter (Puig Ribera, McKenna, & Riddoch, 2005; Turin, 2015) och anser att det är jämställt med läkemedelsordination men en liten andel omvårdnadspersonal håller inte med (Horsley Tompkins, Belza, & Brown, 2009). Oenighet råder om *ansvaret* är patientens eller omvårdnadspersonalens och om det alltid är skäl att ta upp främjande av fysiska aktiviteter och livsstilsförändringar med patienten. Några ansåg att det är omvårdnadspersonalens ansvar (Douglas, Torrance, van Teijlingen, Meloni, & Kerr, 2006; Goodman, Davies, Dinan, See Tai, & Iliffe, 2011; Verhaeghe, De Maeseneer, Maes, Van Heeringen, & Annemans, 2013)

medan andra ansåg att det är patienternas men att de behöver få stöd av omvårdnadspersonal (Verhaeghe, De Maeseneer, Maes, Van Heeringen, & Annemans, 2013). De beskrev sig själva som den motiverande faktorn och som handledare (Turin, 2015).

Trots stark medvetenhet om att rådgivning om hälsofrämjande fysiska aktiviteter var en del av omvårdnadspersonalens arbetsuppgifter, betonades att det är *brist på tid* för den typen av arbete (Douglas, o.a., 2006; Douglas, Torrance, van Teijlingen, Meloni, & Kerr, 2006; Goodman, Davies, Dinan, See Tai, & Iliffe, 2011). Tidsbrist är också en faktor som nämndes i flertalet artiklar och upplevdes som ett hinder i att främja fysiska aktiviteter (Douglas, o.a., 2006; Douglas, Torrance, van Teijlingen, Meloni, & Kerr, 2006; Grimstvedt, o.a., 2012; Horsley Tompkins, Belza, & Brown, 2009; Puig Ribera, McKenna, & Riddoch, 2005; Verhaeghe, De Maeseneer, Maes, Van Heeringen, & Annemans, 2013; Weber Bucholz & Purath, 2007). Orsaker som framkom var bland annat brist på personal (Goodman, Davies, Dinan, See Tai, & Iliffe, 2011; Horsley Tompkins, Belza, & Brown, 2009) och organisatoriska begränsningar (Goodman, Davies, Dinan, See Tai, & Iliffe, 2011). Hälsofrämjande fysisk aktivitetsrådgivning beskrevs som ett tidskrävande arbete i flera av artiklarna och det framkom svårigheter i att integrera det i det dagliga arbetet (Puig Ribera, McKenna, & Riddoch, 2005; Verhaeghe, De Maeseneer, Maes, Van Heeringen, & Annemans, 2013). Tidsbrist medförde att de måste prioritera vad de diskuterar (Douglas, o.a., 2006; Grimstvedt, o.a., 2012; Horsley Tompkins, Belza, & Brown, 2009; Puig Ribera, McKenna, & Riddoch, 2005; Turin, 2015; Weber Bucholz & Purath, 2007). Skillnader i prioriteringen framkom. Det prioriterades när de kunde koppla ihop fysiska aktivitetens hälsoeffekter med patientens sjukdomstillstånd och hälsoproblem, speciellt diabetes eller fetma. Det prioriterades inte då det saknades brist på struktur om främjande av hälsa och fysisk aktivitetsrådgivning (Douglas, o.a., 2006; Puig Ribera, McKenna, & Riddoch, 2005), eller om andra viktiga problem kom upp under besöket, exempelvis akut sjukdom, frågor om kroniska hälsoproblem, sjukdomens natur, psykiska problem, patientens smärtnivå, handikapp och om patienten var döende (Horsley Tompkins, Belza, & Brown, 2009).

Det framkom oenigheter om huruvida det är fördelaktigt eller nödvändigt att *samarbeta* med externa professioner. En del uttryckte oro för att extern personal kanske inte är van med vissa patientgrupper, exempelvis patienter med psykiska sjukdomar (Verhaeghe, De Maeseneer, Maes, Van Heeringen, & Annemans, 2013) men att samarbetet i teamet var viktigt. Omvårdnadspersonal uttryckte också att vårdklimatet på avdelningen är avgörande för

främjande av fysiska aktiviteter. Det framkom att omvårdnadspersonal upplevde vårdklimatet ogynnsamt. Det relaterades till arbetsförhållande och hur teamet var sammansatt (Puig Ribera, McKenna, & Riddoch, 2005). Brister på information om vilka motionsprogram som var tillgängliga (Goodman, Davies, Dinan, See Tai, & Iliffe, 2011; Horsley Tompkins, Belza, & Brown, 2009) och remissproblem inom organisationen nämndes som hinder för fysisk aktivitetsrådgivning. Även begränsad tillgång till disposition inklusive problem med att samordna transporter för äldre till gruppaktiviteter samt oregelbunden kontakt med patientgruppen nämndes som hinder (Goodman, Davies, Dinan, See Tai, & Iliffe, 2011). Men det framkom även att de upplever sig medvetna om träningsprogram och gruppaktiviteter samt anläggningar i närområdet som erbjuder fysiska aktiviteter (Horsley Tompkins, Belza, & Brown, 2009). Det framkom även att främjandet av fysiska aktiviteter konkurrerar med läkemedelsindustrin och att det saknades en ”advokat” i samhället som pratar för det. Samarbete med andra professioner inom hälso- och sjukvården påverkade främjande av fysiska aktiviteter och omvårdnadspersonal som är aktiva i fysisk aktivitetsrådgivning hade bättre samarbete med exempelvis skolor och föreningar (Puig Ribera, McKenna, & Riddoch, 2005; Verhaeghe, De Maeseneer, Maes, Van Heeringen, & Annemans, 2013). Även samarbete med andra organisationer i samhället så som sportcenter, allaktivitetshus och föreningsliv var påverkande faktorer (Puig Ribera, McKenna, & Riddoch, 2005).

3.3 Egna attityder

Omvårdnadspersonal ansåg att *patientens motivation* eller avsaknaden av den spelar en viktig roll i rådgivningen (Douglas, o.a., 2006; Horsley Tompkins, Belza, & Brown, 2009; Turin, 2015; Weber Bucholz & Purath, 2007) medan det i en annan studie framkom att det upplevdes osannolikt att se bristen på patientens motivation som ett hinder för att ta upp frågan (Douglas, o.a., 2006). Omvårdnadspersonal ansåg att patientens personliga egenskaper är viktiga för motivation till livsstilsförändringar (Verhaeghe, De Maeseneer, Maes, Van Heeringen, & Annemans, 2013). Patientens ursäkter om brist på tid och aktivt liv upplevdes som hinder för fysisk aktivitetsrådgivning (Horsley Tompkins, Belza, & Brown, 2009).

Omvårdnadspersonals förförståelse påverkar varför de diskuterar fysiska aktiviteter (Horsley Tompkins, Belza, & Brown, 2009; Verhaeghe, De Maeseneer, Maes, Van Heeringen, & Annemans, 2013). De upplever att patienter har låg följsamhet (Horsley Tompkins, Belza, &

Brown, 2009) eller inte ville ha råd om fysiska aktiviteter och rådgivning gavs endast till de patienter som upplevs svara positivt på rådgivning (Puig Ribera, McKenna, & Riddoch, 2005). Omvårdnadspersonalens bedömning och rådgivning om fysiska aktivitet var lägre för äldre vuxna än för unga vuxna patienter och omvårdnadspersonal gav färre råd om livsstilsförändring till den gruppen (Turin, 2015). Skillnader framkom gällande omvårdnadspersonalens tro på äldres följsamhet av råd om utförande av fysiska aktiviteter (Goodman, Davies, Dinan, See Tai, & Iliffe, 2011; Turin, 2015). Samtidigt med att stillasittande ökar bland befolkningen i det moderna samhället uppgav mer än hälften av omvårdnadspersonalen i en enkät att de trodde att den fysiska aktivitetsnivån i befolkningen ökar (Douglas, o.a., 2006).

Omvårdnadspersonal som hade *personligt intresse* av fysiska aktiviteter och själva är fysiskt aktiva var mer benägna att ge råd om fysiska aktiviteter till patienter. De hade bättre teoretiska kunskaper som kan påverka rådgivningen än omvårdnadspersonal som personligen var ointresserade av fysiska aktiviteter. Personligen ointresserad omvårdnadspersonal gav råd endast till en liten del av patienterna. Uppskattning av vikten av rådgivning om fysiska aktiviteter var högre bland den fysiskt aktiva omvårdnadspersonalen (Puig Ribera, McKenna, & Riddoch, 2005) och det framkom att den egna synen på fysiska aktiviteter påverkar rådgivningen (Horsley Tompkins, Belza, & Brown, 2009; Verhaeghe, De Maeseneer, Maes, Van Heeringen, & Annemans, 2013).

Flera faktorer som påverkade omvårdnadspersonalen i omvårdnaden framkom. Bland annat att flera allmänläkare än omvårdnadspersonal ansåg att ekonomiska aspekter kan påverka rådgivningen (Douglas, Torrance, van Teijlingen, Meloni, & Kerr, 2006). Hinder som framkom i en studie från Arizona, USA (2009) var att det saknas ekonomiskt stöd för fysiska aktiviteter. Bland annat försäkringsersättning, patientens ekonomiska situation, kostnader för hjälpmedel samt att fysisk aktivitet har låg socioekonomisk status i samhället. Andra hinder var att det saknas stöd för anpassad rådgivning till patienter med annan kulturell bakgrund samt dålig tillgänglighet på prisdärda motionsprogram och gym. Få i omvårdnadspersonalen uttryckte att ersättning till förskrivare skulle vara en motiverande faktor för fysisk aktivitetsrådgivning. Andra motiverande faktorer var bland annat tillgång till stödpersonal och en god relation med patienten (Horsley Tompkins, Belza, & Brown, 2009).

4. DISKUSSION

Syftet med arbete var att belysa faktorer som påverkar omvårdnadspersonalens kunskap i att använda fysisk aktivitetsrådgivning i omvårdnaden. Litteraturoversikten visar ett huvudtema, en önskan om utbildning för evidensbaserad omvårdnad samt tre teman som beskriver att omvårdnadspersonalens kunskap i att använda fysiskt aktivitetsrådgivning påverkas av empirisk kunskap, metod och organisation och av egna attityder. I diskussionen ingår resultat- och metoddiskussion samt slutsats.

4.1 Resultatdiskussion

Resultatet kopplas i diskussionen till Barbara Carpers teori om kunskapsmönster, den empiriska, estetiska, personliga och etiska kunskapen och diskuteras mot bakgrunden (Carper, 1978; Wiklund, 2003).

4.1.1 Empirisk kunskap

Resultatet visar att omvårdnadspersonal önskar att främjande av fysiska aktiviteter ska bygga på evidensbaserad kunskap. Folkhälsoarbete med hälsofrämjande mål har varit sedan 1972 så det borde vara en del av utbildningen idag (Folkhälsolag 28.1.1972/66: 1 kap Folkhälsoarbetet, 2010). Omvårdnadspersonal som får utbildning känner sig trygga i arbetet och det har kanske att göra med att teoretisk kunskap förankras i omvårdnaden, vilket Barbara Carper uttrycker är ett verktyg (Boykin & Schoenhofer, 2001; Carper, 1978; Wiklund, 2003). Omvårdnadspersonal upplever att de har otillräcklig kunskap om hälsoeffekter av fysiska aktiviteter och det kan medföra att rådgivning om hälsofrämjande livsstil inte integreras generellt i förebyggande syfte (Puig Ribera, McKenna, & Riddoch, 2005; Weber Bucholz & Purath, 2007). Trots att WHO har generella rekommendationer (WHO, 2016b) visar resultatet stora skillnader i kunskap om rekommendationer för fysiska aktiviteter (Douglas, o.a., 2006; Douglas, Torrance, van Teijlingen, Meloni, & Kerr, 2006; Grimstvedt, o.a., 2012; Horsley Tompkins, Belza, & Brown, 2009; Weber Bucholz & Purath, 2007) och osäkerhet hos omvårdnadspersonal i att ge råd om lämplig fysisk aktivitet, speciellt för äldre patienter med sjukdomstillstånd (Goodman, Davies, Dinan, See Tai, & Iliffe, 2011).

Om omvårdnadspersonal ger rekommendationer som inte bygger på evidens kan det leda till att patientens utövande av fysiska aktiviteter inte blir tillräckligt för att främja hälsa (Henriksson & Sundberg, 2015; Wennberg, o.a., 2015).

För att öka patientens följsamhet till fysisk aktivitetsrådgivning är det bra att använda olika informationsformer, diskussion och skriftlig information. Det framkommer i några studier att omvårdnadspersonal använder olika informationsformer. Det framkommer inte att de gör det för att förbättra följsamheten och det kan kopplas till empirisk okunskap att inte använda olika informationsformer för det syftet (Grimstvedt, o.a., 2012; Horsley Tompkins, Belza, & Brown, 2009; SBU, 2007; Turin, 2015; Weber Bucholz & Purath, 2007). Eftersom studierna i resultatet är från olika länder är det svårt att veta vad för redskap som finns utarbetade från hälsoministeriet i respektive land, eller om det inte finns nationella redskap. I Sverige har FYSS utarbetat ett stödverktyg för sjukvårdspersonal vid rekommendation av fysisk aktivitet, där det finns rekommendation av motionsprogram för flertalet sjukdomar (Dohrn & Ståhle, 2013) och det är en bra grund att använda för att anpassa den fysiska aktiviteten enligt patientens hälsoproblem och sjukdomar. Genom att använda utarbetade metoder för fysisk aktivitetsrådgivning jobbar omvårdnadspersonal evidensbaserat.

Omvårdnadspersonal uttrycker empirisk kunskap då hen erkänner vikten av fysiska aktiviteter för att främja hälsa. Den speglar sig i att omvårdnadspersonal har kunskap om att fysiska aktiviteter har positiva fysiska och psykiska effekter samt positiv påverkan på det sociala livet (Verhaeghe, De Maeseneer, Maes, Van Heeringen, & Annemans, 2013) och använder fysisk aktivitetsrådgivning i det dagliga arbetet (Grimstvedt, o.a., 2012; Horsley Tompkins, Belza, & Brown, 2009; Puig Ribera, McKenna, & Riddoch, 2005). Samtidigt visar resultatet empirisk okunskap genom att fysisk aktivitetsrådgivning inte är en omvårdnadsåtgärd som utförs generellt. Omvårdnadspersonal uttrycker att det utförs åtminstone en gång per år (Turin, 2015; Weber Bucholz & Purath, 2007) eller om patienten tar upp fysiska aktiviteter till diskussion (Douglas, o.a., 2006; Horsley Tompkins, Belza, & Brown, 2009). Motiverande samtalsteknik kan ses som empirisk kunskap och ett redskap som hen får genom utbildning för att kunna motivera patienten med. I resultatet framkommer brist på patientens motivation gällande utförande av fysiska aktiviteter eller andra

livsstilsförändringar som ett hinder i omvårdnaden (Douglas, o.a., 2006; Horsley Tompkins, Belza, & Brown, 2009; Johansson, Stenlund, Lundström, & Weinehall, 2010; Leijon, Bendtsen, Nilsen, Ekberg, & Ståhle, 2008; Lundberg, Kristiansen, Jong, & Jong, 2014; Turin, 2015; Weber Bucholz & Purath, 2007).

Empirisk kunskap handlar också om att ha kunskap om motionsprogram som kan erbjudas patienten inom organisationen eller patientens närområde. I resultatet framkommer skillnader om hur medvetna omvårdnadspersonalen är om detta. Det framkommer även att omvårdnadspersonal som är medvetna och samarbetar med andra organisationer i samhället som erbjuder fysiska aktiviteter är mer aktiva i fysisk aktivitets rådgivning (Puig Ribera, McKenna, & Riddoch, 2005). Den empiriska kunskapen syns också hos omvårdnadspersonal om hen har kunskap om organisationens stöd för patienter med annan kulturell bakgrund (Horsley Tompkins, Belza, & Brown, 2009). Det kan handla om vetskapen om hur gå tillväga att boka tolk till ett rådgivningsbesök.

4.1.2 Estetisk kunskap

Enligt Barbara Carpers teori kan estetisk kunskap synas i omvårdnadspersonalens kunnande att hitta utvägar (Carper, 1978; Wiklund, 2003). Estetisk kunskap syns hos omvårdnadspersonal som engagerar sig och satsar på självstudier för att få eller öka sin kunskap gällande fysisk aktivitetsrådgivning. Omvårdnadspersonal upplever inte frånvaro av generell struktur i rådgivning om fysiska aktiviteter som ett hinder i det hälsofrämjande arbetet och utvecklar egen struktur (Turin, 2015). Omvårdnadspersonalens estetiska kunskap ses när hens undervisning om fysiska aktiviteter till patienten inte begränsas till diskussion utan hen använder även skriftlig information som hen ibland skaffar på egen hand till exempel från internet (Grimstvedt, o.a., 2012; Horsley Tompkins, Belza, & Brown, 2009; Turin, 2015; Weber Bucholz & Purath, 2007).

Omvårdnadspersonal svarar att patientens brist på motivation inte kan vara ett hinder för att ta upp frågan om fysiska aktiviteter (Douglas, o.a., 2006). Det är en konst att kunna motivera patienten men med hjälp av lyhördhet och empati kan omvårdnadspersonal skapa en bra relation med patienten. Omvårdnadspersonal visar estetisk kunskap då hen engagerar sig och försöker hitta på lösningar som kan motivera patienten, exempelvis be patienten involvera familjen i livsstilsförändringen. Omvårdnadspersonal som använder sin estetiska kunskap ser

inte patientens dåliga ekonomi eller hens bostadsort som ett hinder (Horsley Tompkins, Belza, & Brown, 2009) för att föreskriva fysiska aktiviteter utan ser möjligheter och söker alternativa fysiska aktiviteter. Till exempel promenad som är den mest föreskrivna motionsmetoden (Grimstvedt, o.a., 2012; Horsley Tompkins, Belza, & Brown, 2009; Leijon, Bendtsen, Nilsen, Ekberg, & Ståhle, 2008; Social- och hälsovårdsministeriet, 2013) eller promenader i köpcentrum vid dåligt väder samt DVD, CD, TV-program och olika utrustning för att utföra fysiska aktiviteter hemma (Horsley Tompkins, Belza, & Brown, 2009).

4.1.3 Personlig kunskap

Omvårdnadspersonal uttrycker personlig kunskap då de uttalar att de känner sig trygga i bedömning och rådgivning om fysiska aktiviteter (Puig Ribera, McKenna, & Riddoch, 2005; Weber Bucholz & Purath, 2007), vilket visar att de vet vad de gör. Omvårdnadspersonal använde sig av subjektiv bedömning av patientens hälsotillstånd och förmågor. Det kan relateras till omvårdnadspersonalens personliga kunskap då hen genom det gör antaganden utifrån sig själv och sin personliga erfarenhet för att göra en bedömning. Osäkert är om det blir en korrekt bedömning av patienten (Carper, 1978; Wiklund, 2003). Omvårdnadspersonal som har personligt intresse av fysiska aktiviteter och personligen är fysiskt aktiva är mer benägna att ge råd och har mer teoretiska kunskaper om fysiska aktiviteter (Horsley Tompkins, Belza, & Brown, 2009; Puig Ribera, McKenna, & Riddoch, 2005; Verhaeghe, De Maeseneer, Maes, Van Heeringen, & Annemans, 2013). Detta kan kopplas till personlig kunskap då de tack vare personligt intresse säkert är mer aktiva med självstudier och fördjupningsstudier gällande fysiska aktiviteter. Personlig kunskap visar sig även hos omvårdnadspersonal som är engagerade och tar reda på information de behöver för att kunna ge adekvat fysisk aktivitetsrådgivning (Goodman, Davies, Dinan, See Tai, & Iliffe, 2011; Horsley Tompkins, Belza, & Brown, 2009).

Det framkommer även att främjandet av fysiska aktiviteter påverkas av vårdklimatet och teamarbetet på grund av olika syn på fysiska aktiviteter, vilket även stämmer med omvårdnadspersonal som allmänt jobbar med hälsofrämjande åtgärder (Johansson, Stenlund, Lundström, & Weinehall, 2010; Lundberg, Kristiansen, Jong, & Jong, 2014; Puig Ribera, McKenna, & Riddoch, 2005). Med tydliga direktiv från organisationsledningen om hälsofrämjande mål som personalen jobbar efter eller har som mål att integrera i omvårdnaden, borde det genomsyra vårdklimatet samt vara ett kunskapsstöd för personalen

och hjälpa dem jobba mot samma mål. I Finland har det inom folkhälsoarbetet utvecklats riktlinjer gällande fysiska aktiviteter för att främja hälsa som hälso- och sjukvården kan grunda sina direktiv på (Social- och hälsovårdsministeriet, 2013). I resultatet framkommer skillnader gällande omvårdnadspersonals medvetenhet om organisationens och samhällets utbud av och samarbetsmöjligheter gällande fysiska aktiviteter (Goodman, Davies, Dinan, See Tai, & Iliffe, 2011; Horsley Tompkins, Belza, & Brown, 2009). Det visar sig i resultatet att omvårdnadspersonal som har personligt intresse av fysiska aktiviteter även har bättre samarbete med skolor och föreningar (Puig Ribera, McKenna, & Riddoch, 2005).

Det personliga intresset kan säkert vara en bidragande orsak till att personalen är oense om det är omvårdnadspersonalens ansvar att diskutera fysiska aktiviteter med patienten (Douglas, Torrance, van Teijlingen, Meloni, & Kerr, 2006; Goodman, Davies, Dinan, See Tai, & Iliffe, 2011; Verhaeghe, De Maeseneer, Maes, Van Heeringen, & Annemans, 2013).

Omvårdnadspersonal integrerar rådgivning om fysiska aktiviteter i praktiken fast det inte finns generell struktur gällande detta och detta kan kopplas till den personliga kunskapen då den handlar om att omvårdnadspersonal vill vara säkra på vad hen gör (Carper, 1978; Turin, 2015; Wiklund, 2003). Det syns i resultatet då de väljer att remittera till fysisk aktivitetsrådgivning eller sjukgymnast (Goodman, Davies, Dinan, See Tai, & Iliffe, 2011; Horsley Tompkins, Belza, & Brown, 2009). Omvårdnadspersonal har då insett att hen inte har tillräcklig kunskap för att ge patienten adekvat rådgivning om lämplig fysisk aktivitet. Det förekommer då patienter har speciella hälsoproblem, exempelvis rehabiliteras efter en stroke eller lider av angina pectoris (Goodman, Davies, Dinan, See Tai, & Iliffe, 2011; Statens folkhälsoinstitut, 2011). Även omvårdnadspersonal som rekommenderar patienten att involvera familjen för att öka motivationen till livsstilsförändringar visar personlig kunskap (Horsley Tompkins, Belza, & Brown, 2009), då de råden kanske är förankrade i deras erfarenheter.

Omvårdnadspersonal behöver se till sig själv och vara medveten om sina egna hinder och styrkor och tänka igenom hur dessa påverkar den egna motivationen till livsstilsförändringar. Genom att vara medveten om dessa kan omvårdnadspersonal lättare motivera patienten och inte se patientens avsaknad av motivation som ett hinder för fysisk aktivitetsrådgivning (Douglas, o.a., 2006; Horsley Tompkins, Belza, & Brown, 2009; Turin, 2015; Verhaeghe, De Maeseneer, Maes, Van Heeringen, & Annemans, 2013; Weber Bucholz & Purath, 2007). Även ens egen förförståelse behöver omvårdnadspersonal vara medveten om eftersom det

framkommer att den påverkar om omvårdnadspersonal ger råd om fysiska aktiviteter till patienten (Goodman, Davies, Dinan, See Tai, & Iliffe, 2011; Horsley Tompkins, Belza, & Brown, 2009; Puig Ribera, McKenna, & Riddoch, 2005; Turin, 2015; Verhaeghe, De Maeseneer, Maes, Van Heeringen, & Annemans, 2013). Det är av vikt att omvårdnadspersonal inte förutsätter att alla känner till fysiska aktiviteters effekter på hälsan och att de verkligen har ett starkt samband med minskad risk för att dö i förtid. Det skulle kunna betyda att en stor del av patienterna inte får den omvårdnad som de borde (Henriksson & Sundberg, 2015; Wennberg, o.a., 2015).

4.1.4 Etisk kunskap

Omvårdnadspersonal har moraliskt ansvar och önskar att kontinuerligt höja sin kunskap genom vidareutbildning (Grimstvedt, o.a., 2012; Turin, 2015; Weber Bucholz & Purath, 2007). I och med det handlar de etiskt enligt Barbara Carpers teori om etisk kunskap som betyder vad som är bra och vad som borde göras för att kunna ge en god omvårdnad. Samtidigt uttrycker omvårdnadspersonal att de har brister i utbildningen gällande hälsoeffekter av fysiska aktiviteter, bedömning och rådgivning samt att ge råd om lämplig fysisk aktivitet. Omvårdnadspersonal som har utbildning genom självstudier har enligt Barbara Carper och Finlands sjuksköterskeförbund rf. handlat etiskt (Carper, 1978; Puig Ribera, McKenna, & Riddoch, 2005; Turin, 2015; Wiklund, 2003) eftersom sjukskötaren har ett etiskt ansvar att ständigt utveckla sin kunskap genom att vidareutbilda sig och höja kvalitet på omvårdnaden (Finlands sjuksköterskeförbund rf., 2014). Meningen med utbildning är att ge en evidensbaserad vård och att lära sig förmedla information vidare och därmed öka patientens medvetenhet om hälsoeffekter av fysiska aktiviteter och negativa konsekvenser vid frånvaro av den (Svanström, 2012). Omvårdnadspersonal har etisk kunskap om behov av specialinriktad personal vid omhändertagande av olika grupper av patienter och uttrycker oro för extern personal som eventuell inte har tillräckliga kunskaper om till exempel patienter med psykisk ohälsa (Verhaeghe, De Maeseneer, Maes, Van Heeringen, & Annemans, 2013). Därför anses samarbete mellan olika professioner vara viktig och främjande för rådgivningen (Puig Ribera, McKenna, & Riddoch, 2005; Verhaeghe, De Maeseneer, Maes, Van Heeringen, & Annemans, 2013).

Omvårdnadspersonal handlar etiskt när hen motiverar patienten till livsstilsförändring. Sjukskötarens övergripande uppgift är att bibehålla och främja hälsa hos patienten och Statens folkhälsoinstitut poängterar att det är av vikt att icke-smittsamma sjukdomar bör jobbas preventivt med och att sjukvårdspersonal ska utbilda patienter i hälsorisker av inaktivitet (Johansson, Stenlund, Lundström, & Weinehall, 2010; Statens folkhälsoinstitut, 2011). Resultatet visar att omvårdnadspersonal är osäkra på vems ansvar det hälsofrämjande arbetet är, omvårdnadspersonalens eller patientens, eller om det alltid är skäl att ta upp frågan om fysiska aktiviteter (Douglas, Torrance, van Teijlingen, Meloni, & Kerr, 2006; Goodman, Davies, Dinan, See Tai, & Iliffe, 2011; Verhaeghe, De Maeseneer, Maes, Van Heeringen, & Annemans, 2013). Ett etiskt dilemma kan uppstå vid möte med patienten som är ointresserad av fysiska aktiviteter (Douglas, o.a., 2006; Horsley Tompkins, Belza, & Brown, 2009; Turin, 2015; Weber Bucholz & Purath, 2007). Å ena sidan känner omvårdnadspersonal sitt ansvar i förebyggande arbete (Goodman, Davies, Dinan, See Tai, & Iliffe, 2011; Verhaeghe, De Maeseneer, Maes, Van Heeringen, & Annemans, 2013) och å andra sidan känner hen att det är patientens privata angelägenhet (Verhaeghe, De Maeseneer, Maes, Van Heeringen, & Annemans, 2013).

Omvårdnadspersonalens etiska förhållningssätt påverkas av patientens motivation (Douglas, o.a., 2006; Horsley Tompkins, Belza, & Brown, 2009; Turin, 2015; Weber Bucholz & Purath, 2007) och personliga egenskaper (Douglas, o.a., 2006; Verhaeghe, De Maeseneer, Maes, Van Heeringen, & Annemans, 2013) såsom patientens kulturella bakgrund eller ekonomiska situation (Horsley Tompkins, Belza, & Brown, 2009). Detta kan avgöra om hen tar upp frågan om fysisk aktivitetsrådgivning med patienten eller inte (Douglas, o.a., 2006). Det sammanfaller med WHO:s statistik från 2015 om att exempelvis människor med lägre inkomst, funktionshinder eller som tillhör etniska minoriteter är svårare att motivera till fysiska aktiviteter (WHO - Europe, 2016a). Ett etiskt förhållningssätt syns hos omvårdnadspersonal som kopplar ekonomisk föreskrivarersättning med ökad motivation till att ge fysisk aktivitetsrådgivning (Horsley Tompkins, Belza, & Brown, 2009).

Att använda sig enbart av subjektiv bedömning om patientens fysiska tillstånd och hens förmågor är oetiskt då det enbart bygger på omvårdnadspersonalens personliga kunskap om hälsa och vad hen tror sig veta vad som kan vara lämplig fysisk aktivitet för patienten. Det kan vara etiskt att ordinera alternativa metoder till läkemedels behandling, till exempel fysiska aktiviteter som inte har biverkningar och är miljövänliga. Omvårdnadspersonal

uttrycker att föreskrivning av fysiska aktiviteter och ordination av läkemedel går att jämställa. Men det framkommer samtidigt att fysiska aktiviteter har låg socioekonomisk status i samhället (Horsley Tompkins, Belza, & Brown, 2009), eventuellt därför att läkemedelsindustrin konkurrerar med främjandet av fysiska aktiviteter (Puig Ribera, McKenna, & Riddoch, 2005). Det finns hinder för en full integrering av rådgivning om fysiska aktiviteter, till exempel ekonomiskt stöd för fysiska aktiviteter och försäkringsersättning, dålig tillgänglighet på prisvärda motionsprogram och gym (Horsley Tompkins, Belza, & Brown, 2009). Det blir då en etisk fråga på samhällspolitisk nivå.

Det kan ifrågasättas om omvårdnadspersonal handlar etiskt eftersom resultatet visar att omvårdnadspersonal prioriterar rådgivning när de kan koppla fysiska aktiviteterets hälsoeffekter med patientens hälsoproblem eller sjukdomstillstånd (Douglas, o.a., 2006; Douglas, Torrance, van Teijlingen, Meloni, & Kerr, 2006; Goodman, Davies, Dinan, See Tai, & Iliffe, 2011; Grimstvedt, o.a., 2012; Horsley Tompkins, Belza, & Brown, 2009; Puig Ribera, McKenna, & Riddoch, 2005; Turin, 2015; Verhaeghe, De Maeseneer, Maes, Van Heeringen, & Annemans, 2013; Weber Bucholz & Purath, 2007). Det framkommer även att omvårdnadspersonalens förförståelse påverkar varför de diskuterar fysiska aktiviteter. Bland annat framkommer att de inte tror att patienter vill ha råd om fysiska aktiviteter eller att de enbart ger råd till patienter som de tror svarar positivt på rådgivningen. Det är av vikt att omvårdnadspersonal lägger sin egen förförståelse åt sidan och väljer att erbjuda patienten vad som är rätt (Carper, 1978; Wiklund, 2003). Etiskt förhållningssätt syns i att det finns tendens till färre råd om livsstilsförändring till äldre personer jämfört med till unga vuxna (Turin, 2015). Det är viktigt att fysiska aktiviteter integreras bland alla åldersgrupper (Social- och hälsovårdsministeriet, 2013).

4.1.5 Kliniska implikationer

Sjukskötare kan ta del av resultatet för att se skillnader och likheter med deras egen arbetsstruktur. Resultatet kan visa var det finns brister i strukturen och vad de bör sätta fokus på vid integrering eller förbättringsarbete av fysisk aktivitetsrådgivning. Resultatet av litteraturoversikten kan även medföra att flera sjukskötare inser vikten av att vidareutbilda sig för att öka kunskapen och säkerheten i fysisk aktivitetsrådgivning samt att hälso- och sjukvårdsorganisationer inser vikten av att erbjuda utbildning till personalen.

Arbetet väcker frågor som skulle vara av vikt att veta mera om, exempelvis sjukskötares och patienters upplevelser av att ge eller få hälsofrämjande rådgivning. Det skulle även vara intressant att veta hur fysisk aktivitetsrådgivning integrerats på Åland.

4.2 Metoddiskussion

En metoddiskussion i en studie med kvalitativ design bör för att hålla god vetenskaplig kvalitet beskriva urval, datainsamling och dataanalys i relation till trovärdighet, bekräftelsebarhet och generaliserbarhet (Wallengren & Henricson, 2012). Vår metod var inspirerad av Willman och Stoltz (2012) tillvägagångssätt i en metasyntes.

Att våra artiklar inte hölls inom det önskade tidsspannet 2011-2016 kan ses som en svaghet då de blir svårare att jämföra med varandra när omvårdnadsmetoderna ständigt utvecklas. Litteratursökningen har gjorts i flera olika databaser för att hitta relevanta artiklar, vilket stärker arbetets trovärdighet. Tiden för att hitta artiklar var begränsad och därför valdes även att ta med fyra stycken artiklar med medelhög kvalitet. Artiklarnas resultat svarade bra på syftet, men en artikel var otillräckligt beskriven och blev svår att tolka så en meningsenhet kunde inte användas i resultatet (Douglas, o.a., 2006; Henricson, 2012).

Det framkommer att det kan vara problematiskt att använda artiklar med olika metoder, men vi ansåg att resultaten i utvalda artiklar, både kvalitativa och kvantitativa, var jämförbara och gick att syntetisera. Alla lyfter faktorer som påverkar omvårdnadspersonalens kunskap om fysisk aktivitetsrådgivning (Willman & Stoltz, 2012). Artikelanalys (bilaga 2) utfördes av båda författarna, vilket enligt Henricson stärker kvaliteten på arbetet. Två av artiklarna har fått så låg svarsfrekvens att vi bedömde att resultatet inte gick att generalisera, dock visade artiklarna jämförbart resultat med de övriga valda artiklarna och inkluderas därför i resultatet (Henricson, 2012).

Analysen av artiklarna har varit systematisk genom att varje meningsenhet som har svarat på syftet har analyserats gemensamt och beskrivits i ett schema för att få fram underkategorier och teman (bilaga 3). Meningsenheter som varit svåra att tolka eller att vi tolkat olika så har vi gått tillbaka till artikeln för att se meningsenhetens sammanhang, för att vara säkra på att

den har kopplats till rätt underkategori och tema. Trovärdigheten av arbetet ökar genom att artiklarna analyserades gemensamt och att urvalsmetod, artikelanalys och innehållsanalys beskrivits noggrant under metodavsnittet samt förtydligat med bilagor (Henricson, 2012).

Vår förförståelse bedömer vi att inte har påverkat resultatet då vi gemensamt diskuterat fram meningsenheternas underkategorier och teman, och genom det belyst allt som kommit fram. Resultatet har även granskats av en opponentgrupp med två deltagare i varje samt en handledare utöver vår personliga handledare, vilket ökar trovärdigheten av arbetet (Henricson, 2012).

Resultatet bedömer vi att går att generalisera även på Åland inom primärvården eftersom majoriteten av artiklarna var inom den kontexten och studierna var utförda i länder som Storbritannien, Belgien, USA, Skottland, Spanien, Canada och Sverige med jämförbar levnadsstandard. Däremot skiljer sig sjukvårdssystem mellan länder och det kan påverka det hälsofrämjande arbetet. Även sjukskötare som jobbar på äldre- och serviceboenden kan ha nytta av resultatet i arbetet eftersom det framkom att sjukskötare uttrycker att fysiska aktiviteter har positiva effekter på den psykiska hälsan såsom minskad distraktion, mindre stress och frustration samt den fysiska hälsan (Douglas, o.a., 2006; Verhaeghe, De Maeseneer, Maes, Van Heeringen, & Annemans, 2013). De uttrycker också att ordination av fysiska aktiviteter kan ersätta läkemedel (Horsley Tompkins, Belza, & Brown, 2009). Resultatet visar också att muskelstärkande aktiviteter är viktigast för äldre (Goodman, Davies, Dinan, See Tai, & Iliffe, 2011) för att behålla sin bentäthet och därmed minska fallrisken som medför frakturer och därmed sänkt livskvalitet och stora kostnader för samhället (Casey, 2015; Henricson, 2012; Scott, 2006; Social- och hälsovårdsministeriet, 2013; WHO - Europe, 2016a). Arbetet kan även generaliseras med andra hälsofrämjande livsstilsförändringar som diskuteras med patienten, exempelvis nutrition som också handlar om att förändra ett invant beteende.

4.3 Slutsats

Tidigare forskning visar att icke-smittsamma sjukdomar delvis kan förebyggas med hälsofrämjande åtgärder. Regelbundna fysiska aktiviteter är en av de åtgärderna. I Finland är det för närvarande enbart omvårdnadspersonal med fördjupade utbildning om fysiska aktiviteter som får ge motionsrådgivning, förutom läkare som får föreskriva fysiska aktiviteter på recept. Resultatet visar ett behov av evidensbaserad kunskap i fysisk aktivitetsrådgivning. Kunskap bidrar till evidensbaserad omvårdnad och är ett verktyg för omvårdnadspersonal enligt Barbara Carper. Därför skulle det vara av vikt att det inom organisationen erbjuds utbildning i fysisk aktivitetsrådgivning. Detta för att öka den empiriska kunskapen hos omvårdnadspersonal, för att ändra personalens attityder gentemot fysisk aktivitetsrådgivning och för att få förbättrad struktur. Genom detta ökar integreringen av fysisk aktivitetsrådgivning i omvårdnaden och ger som följd bättre hälsa hos befolkningen.

LITTERATURFÖRTECKNING

- Andersson, E., Hovland, A., Kjellman, B., Martinsen, E., & Taube, J. (2015). Fysisk aktivitet lika bra som KBT eller läkemedel vid depression. *Läkartidningen*, 1-4.
- Bond, H. (2014). Natural alternatives to tackling. *British Journal of Community Nursing*, 375-381.
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. (2001). Foundations of Nursing as Caring. i *Nursing As Caring: A Model for Transforming Practice*. National League for Nursing.
- Carper, B. (1978). Fundamental Patterns of Knowing in Nursing. *ANS. Advances in nursing science*, 13-24. Hämtat från http://samples.jbpub.com/9780763765705/65705_CH03_V1xx.pdf
- Casey, G. (2015). Osteoporosis - fragile bones. *Kai Tiaki Nursing New Zealand*, 20-24.
- de Beur, S., LeBoff, M., Lewiecki, E., Tanner, B., Randall, S., Cosman, F., & Lindsay, R. (2014). Clinician's Guide to Prevention and Treatment of Osteoporosis. *Osteoporos Int*, 2359-2381. doi:10.1007/s00198-014-2794-2
- Dohrn, I.-M., & Ståhle, A. (2013). *FaR: Fysiska aktiviteter på recept i Stockholms läns landsting*. Hämtat från Viss: Stockholms läns landsting: <http://www.viss.nu/FaR/FaR-Fysisk-aktivitet-pa-recept-i-Stockholms-lans-landsting/>
- Douglas, F., Torrance, N., van Teijlingen, E., Meloni, S., & Kerr, A. (2006). Primary care staff's views and experiences related to routinely advising patients about physical activity. A questionnaire survey. *BMC Public Health*, 6(138). doi:10.1186/1471-2458/6/138
- Douglas, F., van Teijlingen, E., Torrance, N., Fearn, P., Kerr, A., & Meloni, S. (2006). Promoting physical activity in primary care settings: health visitor's and practice nurses' views and experiences. *The Authors*, 159-168. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03903.x
- Ekblom-Bak, E., & Ekblom, B. (2012). Långvarigt stillasittande är en metabol riskfaktor. *Läkartidningen*, 34, ss. 1467-1470. Hämtat från <http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=18538>
- Ekblom-Bak, E., Olsson, G., Ekblom, Ö., Ekblom, B., Bergström, G., & Börjesson, M. (2015). The Daily Movement Pattern and Fulfilment of Physical Activity Recommendations in Swedish Middle-Aged Adults: The SCAPIS Pilot Study. *PLOS One*.

- Finlands sjuksköterskeförbund rf. (2014). *Etiska riktlinjer för sjukskötare*. Hämtat från Sairaanhoidajat: <https://sairaanhoidajat.fi/artikkeli/etiska-riktlinjer-sjukskotare/>
- Folkhälsan. (2015). *Motion & rörelse*. Hämtat från Folkhälsan: <http://www.folkhalsan.fi/startside/Var-verksamhet/Ma-bra/Motion--rorelse/>
- Folkhälsolag 28.1.1972/66: 1 kap Folkhälsoarbetet. (den 30 12 2010). Hämtat från Finlex: <http://finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1972/19720066>
- Folkhälsomyndigheten. (u.d.a). *Fysisk aktivitet och hälsa*. Hämtat från Folkhälsomyndigheten: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/far/inledning/fysisk-aktivitet-och-halsa/>
- Folkhälsomyndigheten. (u.d.b). *Historik*. Hämtat från Folkhälsomyndigheten: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/far/historik/>
- Folkhälsomyndigheten. (u.d.d). *Vem ordinerar FaR och vem får FaR*. Hämtat från Folkhälsomyndigheten: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/far/far-i-praktiken/vem-ordinerar-far-och-vem-far-far/>
- Folkhälsomyndigheten. (u.å.c). *Vad är fysisk aktivitet?* Hämtat från Folkhälsomyndigheten: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/far/inledning/vad-ar-fysisk-aktivitet/>
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier* (2 uppl.). Stockholm: Natur och Kultur .
- Forskningsetiska delegationen. (2012). *Etikprövning inom humanvetenskaperna*. Hämtat från Forskningsetiska delegationen: <http://www.tenk.fi/sv/etikpr%C3%B6vning-inom-humanvetenskaperna>
- FYSS redaktionsgrupp. (2015). *Nya "FYSS-kapitel" är nu tillgängliga!* Hämtat från FYSS: Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling: <http://www.fyss.se/>
- Goodman, C., Davies, S., Dinan, S., See Tai, S., & Iliffe, S. (2011). Activity promotion for communitydwelling older people: a survey of the contribution of primary care nurses. *British Journal of Community Nursing*, 16(01), 12-17.
doi:<http://dx.doi.org/10.12968/bjcn.2011.16.1.12>
- Grimstvedt, M., Der Ananian, C., Keller, C., Woolf, K., Sebren, A., & Ainsworth, B. (2012). Nurse practioner and physician assistant physical activity counseling knowledge, confidence and practices. *Preventive Medicine*, 306-308.
doi:10.1016/j.ypmed.2012.02.003
- Hall, E. (2012). Omvårdnadsteori: utveckling, begrepp och användning. i B. Bidstrup Jørgensen, & V. Østergaard Steinfeldt (Red.), *Omvårdnadsteori som referensram*. Stockholm: Liber AB.

- Henricson, M. (2012). Diskussion. i M. Henricson, *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 471-479). Studentlitteratur AB.
- Henriksson, J., & Sundberg, C. (2015). *Biologiska effekter av fysisk aktivitet*. Hämtat från Fyss: Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling: http://fyss.se/wp-content/uploads/2015/02/FYSS-kapitel_Biologiska-effekter-av-FA.pdf
- Horsley Tompkins, T., Belza, B., & Brown, M.-A. (2009). Nurse practioner prtice patterns for exercise counseling. *Journal of the American Academy of Nurse Practioners*, 21, 79-86. doi:10.1111/j.1745-7599.2008.00388.x
- Johansson, H., Stenlund, H., Lundström, L., & Weinehall, L. (den 26 Nov 2010). Reorientation to more health promotion in health services: a study of barriers and possibilities from the perspective of health professionals. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 3, 213-224. doi:10.2147/JMDH.S14900
- Kallings, L., Leijon, M., Kowalski, J., Hellénus, M.-L., & Ståhle, A. (2009). Self-Reported Adherence: A method for evaluating prescribed physical activity in primary health care patients. *Journal of Physical Activity and Health*, 483-492. Hämtat från http://www.exerciseismedicine.org/assets/page_documents/Self%20Reported%20Adherence%20A%20Method%20for%20Evaluating.pdf
- Karlsson , E. K. (2012). Informationssökning. i M. Henricson , *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 95-113). Studentlitteratur AB.
- Leijon, M., Bendtsen, P., Nilsen, P., Ekberg, K., & Ståhle, A. (2008). Physical activity referrals in Swedish primary health care; Prescriber and patient characteristics, reasons for prescriptions and prescribed activities. *BMC Health Services Research*, 8(201). Hämtat från <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-8-201>
- Lundberg, K., Kristiansen, L., Jong, M., & Jong, M. (2014). District nurses experiences of working with health promoting and lifestyle interventions among patients at risk of developing cardiovascular disease. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 118. doi:http://dx.doi.org/10.1089/acm.2014.5314.abstract
- Marklund, E. (2015). *Pulspalpation, pulsmätning: Översikt*. Hämtat från Vårdhandboken: <http://www.vardhandboken.se/Texter/Pulspalpation-pulsmatning/Oversikt/>
- Mattsson, C., Jansson, E., & Hagströmer, M. (2014). *Fysisk aktivitet - begrepp och definitioner*. Hämtat från Fyss: Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och

- sjukdomsbehandling: http://fyss.se/wp-content/uploads/2015/02/FYSS-kapitel_FA_Begrepp-och-definitioner.pdf
- Nordisk nätverk för fysisk aktivitet, mat och sunnhet. (2010). Fysisk aktivitet på recept i Norden; erfarenheter och rekommendationer. (L. Kallings, Red.) Nordisk nätverk för fysisk aktivitet, mat och sunnhet. Hämtat från <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed-og-livsstil/fysisk-aktivitet/motion-paa-recept/~media/23C9A57C13F146C7A3321C7795B154DC.ashx>
- Nursing Update. (2011). Exercise make you younger. *Nursing Update*, 54-56.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.
- Phillips, A. (2014). Capturing opportunities. *Practice Nursing*, 351-354.
- Puig Ribera, A., McKenna, J., & Riddoch, C. (2005). Attitudes and practices of physicians and nurses regarding physical activity promotion in the Catalan primary health-care system. *European Journal of Public Health*, 15(6), 569-575.
doi:10.1093/eurpub/cki045
- Sandgren, A. (2012). Grounded theory. i M. Henricson, *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 407-427). Studentlitteratur AB.
- SBU. (2007). *Metoder för att främja fysisk aktivitet. En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Hämtat från SBU-rapport nr 181. ISBN 978-91-85413-12-6.
- Scott, D. (2006). *Regular Weight-Bearing Exercise*. Hämtat från Spine-health: <http://www.spine-health.com/conditions/osteoporosis/regular-weight-bearing-exercise>
- Shiroma, E., & Lee, I.-M. (2010). Physical Activity and Cardiovascular Health: Lessons Learned From Epidemiological Studies Across Age, Gender,. *Circulation*, 743-752.
- Social- och hälsovårdsministeriet. (2013). Förändring i rörelse: Nationell strategi för motion som främjar hälsan och välbefinnandet 2020. *Social- och hälsovårdsministeriet 2013:13*. Finland: Social- och hälsovårdsministeriet.
- Socialstyrelsen. (u.d.). *Motiverande samtal*. Hämtat från Socialstyrelsen: <https://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialarbet/motiverandesamtal>
- Statens folkhälsoinstitut. (2011). *Publikationer: Livsvillkor och levnadsvanor: FaR: Individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet*. Hämtat från Folkhälsomyndigheten: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12720/R-2011-30-FaR-individanpassad-skriftlig-ordination-av-fysisk-aktivitet.pdf>

- Svanström, L. (2012). *En introduktion till folkhälsovetenskap*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Sweet, M. (2010). Revolution: the challenging journey. *Australian Nursing Journal*, 26-29.
- Taraldsen, K., Helbostad, J., & Saltvedt, I. (2015). *Fysisk aktivitet vid demens*. Hämtat från FYSS: Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling: http://fyss.se/wp-content/uploads/2015/02/FYSS-kapitel_Demens.pdf
- Turin, R. (2015). Physical activity prescriptions in healthy populations: Resources for Canadian nurse practitioners. *The Nurse Practitioner*, 40(2), 45-54.
- UKK-institute. (2014). Hämtat från UKK Institute: <http://www.ukkinstituutti.fi/en>
- Wallengren, C., & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. i M. Henricson, *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 481-496). Studentlitteratur AB.
- Weber Bucholz, S., & Purath, J. (2007). Physical activity and physical fitness counselling patterns of adult nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 86-92. doi:10.1111/j.1745-7599.2006.00197.x
- Wennberg, P., Cider, Å., Hellénus, M.-L., Lagerros, Y., Grahn Kronhed, A.-C., Ribom, E., . . . Jonsdottir, I. (2015). *Fysisk aktivitet som prevention*. Hämtat från Fyss: Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling: http://fyss.se/wp-content/uploads/2015/02/FYSS-kapitel_FA-som-prevention.pdf
- Verhaeghe, N., De Maeseneer, J., Maes, L., Van Heeringen, C., & Annemans, L. (2013). Health promotion in mental health care: perceptions from patients and mental health nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 1569-1578.
- WHO - Europe. (2016a). *Country work*. Hämtat från World Health Organization - Europe: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/288106/Factsheets-on-health-enhancing-physical-activity-in-the-28-European-Union-Member-States-of-the-WHO-European-Region.pdf?ua=1
- WHO - Europe. (2016b). *Data and statistics: Prevalence of mental disorders*. Hämtat från World Health Organization - Europe: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics>
- WHO - Europe. (2016c). *Depression in Europe: facts and figures*. Hämtat från World Health Organization - Europe: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/pages/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-in-europe-facts-and-figures>

- WHO. (2015c). World Health Statistic 2015: Part II: Global health indicators. World Health Organization. Hämtat från http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/en/
- WHO. (2016a). *Cardiovascular Disease*. Hämtat från World Health Organization: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/
- WHO. (2016b). *Media centre: Obesity and overweight*. Hämtat från World Health Organization: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- Wiklund, L. (2003). Etik och evidens. i *Vårdvetenskap i klinisk praxis* (ss. 227-241). Stockholm: Natur och Kultur.
- Willman, A., & Stoltz, P. (2012). Metasyntes. i M. Henricson, *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 457-468). Stockholm: Studentlitteratur AB.
- Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet. (2011). *Rekommendationer om fysisk aktivitet för vuxna*. Hämtat från Fyss: Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling: <http://www.fyss.se/rekommendationer-for-fysisk-aktivitet/>

Tabell över artikelsökning

Databas	Sökord	Antal träffar	Inkluderade artiklar	Datum för sökningen
Google Scholar	Health provider attitude to exercise on prescription	16 900	1	23.03.2016
EBSCO Cinahl with full text	“physical activity” OR “green prescription” OR “exercise program” OR “exercise referral schemes”	60	1	23.03.2016
EBSCO Cinahl with full text	Find Similar Results using SmartText Searching från artikel “Physical activity prescriptions in healthy populations: Resources for Canadian nurse practitioners.	103	1	24.03.2016
EBSCO Cinahl with full text	“physical activity” OR “green prescription” OR “exercise program” OR “exercise referral schemes” IN abstract	133	1	29.03.2016
Google Scholar	“physical activity” and nurse*	16 600	3	29.03.2016
Ebsco Discovery Service	Prescription for physical activity: a survey of Canadian nurse practitioners.	35	1	29.03.2016
Ebsco Discovery Service	Primary healthcare nurses’ experiences of physical activity referrals: an interview study OBS! Kontrollerade listan som kom upp med “liknande artiklar”	9	2	02.04.2016

Artikellanalys med inspiration av Willman och Stoltz modell för vetenskaplig granskning
(Willman & Stoltz, 2012)

Referens	Syfte	Urval och metod	Resultat
<p>Författare: Claire Goodman, Susan L Davies, Susie Dinan, Sharon See Tai, Steve Iliffe</p> <p>Titel: Activity promotion for community dwelling older people: a survey of the contribution, of primary care nurses</p> <p>Tidskrift: British Journal of Community Nursing</p> <p>År: 2011</p> <p>Perspektiv: Vårdvetenskap (primärvård, äldre)</p> <p>Vetenskaplig kvalitetet: Hög</p>	<p>Undersöka grad av engagemang hos sjukskötare i primärvården gällande främjandet av fysiska aktiviteter bland äldre samt att undersöka kunskaper och attityder gällande effekterna av att använda hälsofrämjande metoder för att främja hälsa hos äldre.</p>	<p>Kvantitativ semistrukturerad enkätstudie</p> <p>169 sjukskötare, 222 primär-sjukskötare, 112 hälsovårdare och 12 övriga (totalt 54 %).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Saknar lämplig utbildning för att ge råd. - Kunskapsbrist gällande lämpliga fysiska aktiviteter (FA) för äldre - Trygghet i rådgivning för friska men inte för patienter med något speciellt hälsoproblem. - Patientens individuella fysiska kondition ett hinder för FA. - Sjukskötare (SSK) engagerade äldre till FA genom bedömning och rådgivning eller att skriva remiss till aktivitets rådgivning. - Brist på övning i rådgivning om FA för äldre. - Brist i övning att ge råd gällande fysiska aktiviteter. - SSK överens om att de borde vara mera engagerade i att främja FA bland äldre - Brist på information om åtgärder som är tillgängliga för äldre patienter, remiss problem inom organisationen samt passliga scheman inklusive problem med att ordna transporter till äldre. - Svårt att få tid för den här typen av arbete. - Tidsbrist pga. kort med personal och organisatoriska begränsningar. - Förförståelse att äldre personer svarade bra på rådgivning om hur man kan öka sin fysiska aktivitetsnivå.

<p>Författare: Nick Verhaeghe, Jan De Maeseneer, Lea Maes, Cornelis Van Heeringen and Lieven Annemans</p> <p>Titel: Health promotion in mental health care: perceptions from patients and mental health nurses</p> <p>Tidskrift: Journal of Clinical Nursing</p> <p>År: 2013</p> <p>Perspektiv: Vårdvetenskap (psykiatri)</p> <p>Vetenskaplig kvalitet: Hög</p>	<p>Att få en inblick i de faktorer som påverkar integrationen av fysisk aktivitet och sunda matvanor i den dagliga vården av personer med psykiska sjukdomar som bor i särskilt boende och för att öka förståelsen för relationen samt komplexiteten mellan dessa faktorer.</p>	<p>Kvalitativ semistrukturerad intervjustudie.</p> <p>Tre fokusgrupper med 17 sjukskötare inom psykiatri.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - SSK visade kunskap om FAs positiva hälsoeffekter. - SSK anser det nödvändigt att enbart ge FA rådgivning när det kan kopplas med psykisk ohälsa. - SSK upplever tidsbrist och att rådgivning om FA är tidskrävande, det gör det svårt att implementera i hälsofrämjande arbete. - SSK inom psykiatri ansåg sig som de mest lämpliga personerna att ge FA rådgivning till patienter med psykisk ohälsa. - SSK ifrågasätter om det alltid är nödvändigt att ta upp frågor om hälsosam livsstil med deras patientgrupp. - Oeniga om livsstilsförändringar är patientens eller sjukskötares ansvar. - SSK syn på FA påverkar rådgivningssättet. - Personliga egenskaper hos patienten viktiga vid livsstilsförändringar.
---	---	---	---

<p>Författare: Susan W. Buchholz, & Janet Purath</p> <p>Titel: Physical activity and physical fitness counseling patterns of adult nurse practitioners</p> <p>Tidskrift: Journal of American Academy of Nurse Practiconers</p> <p>År: 2007</p> <p>Perspektiv: Vårdvetenskap (primärvård)</p> <p>Vetenskaplig kvalitet: Medelhög</p>	<p>Syftet med studien är att</p> <p>a) undersöka sjukskötares bedömningsmetoder och rådgivningsmetoder i fysiska aktiviteter för vuxna patienter,</p> <p>b) identifiera hinder gällande rådgivning om fysiska aktiviteter,</p> <p>c) beskriva kunskap och säkerhet i att bedöma och informera om FA,</p> <p>d) identifiera hur fysiskt aktiva sjukskötarna personligen är, samt</p> <p>e) beskriva användningen av objektiva metoder gällande FA inom den vuxna primärhälsovården.</p>	<p>Kvantitativ webbaserad enkät.</p> <p>96 primär-sjukskötare</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Majoriteten saknar kunskap i FA rådgivning från grundutbildningen, kunskap genom att delta i work-shoppar, konferenser eller självständiga studier. - Utbildning i FA gav generellt högre kunskap och säkerhet i rådgivningen. - Kunskap om rekommendationer. - SSK (95 %) svarade att de ger FA rådgivning åtminstone en gång/år. - Vanligaste bedömningsmetoden var att fråga patienten om intensitet och längd på fysisk aktivitet, andra var att ta vikt och längd, generell bedömning av patientens mående, konditionstest. Vanligaste rådgivningsmetoden var diskussion och att lämna skriftligt material. Trots kunskap om konditionstest, används de inte i praktiken. BMI vanligaste testet. - Ingen signifikant skillnad gällande säkerhet och kunskap i FA rådgivning med antal praktiserade år eller att ge rådgivning en gång/år eller flera gånger/vecka. - Tidsbrist medför att de prioriterar viktigare frågor. - Brist på motivation hos patienten ses som ett hinder för FA rådgivning.
---	--	---	--

<p>Författare: Flora Douglas, Nicola Torrance, Edwin van Teijlingen, Serena Meloni, Ann Kerr</p> <p>Titel: Primary care staff's views and experiences related to routinely advising patients about physical activity. A questionnaire survey</p> <p>Tidskrift: BMC Public Health</p> <p>År: 2006</p> <p>Perspektiv: Vårdvetenskap (primärvård)</p> <p>Vetenskaplig kvalitet: Hög (-)</p>	<p>Denna studie undersöker kunskap, attityd och erfarenheter hos primärvårdspersonal i Skottland i att ge rådgivning om fysiska aktiviteter i samband med rutinbesök.</p>	<p>Kvantitativ tvärsnittssökning med enkätformulär.</p> <p>54 % av frågeformulären returnerades, 376 allmänläkare, 212 primärsjukskötare och 169 hälsovårdare.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Skillnader i upplevelse gällande behov av utbildning. - Brist på kunskap gällande rekommendationer. - Skillnader i att koppla FA rådgivning till hälsotillstånd eller ge åt alla patienter. - Hälsofrämjande är en viktig del av deras jobb och att informera om fysiska är en huvuddel av primärvården. - Tidsbrist som ett hinder för FA rådgivning. - Fler allmänläkare än SSK svarade att en ekonomisk aspekt kan ändra praxis. - Majoriteten var överens om att undervisningsmaterialet är otillräcklig.
--	---	--	---

<p>Författare: Flora Douglas, Edwin van Teijlingen, Nicola Torrance, Paul Fearn, Ann Kerr, Serena Meloni</p> <p>Titel: Promoting physical activity in primary care settings: health visitors' and practice nurses' views and experiences</p> <p>Tidskrift: Journal of Advanced Nursing</p> <p>År: 2006</p> <p>Perspektiv: Vårdvetenskap (primärvård)</p> <p>Vetenskaplig kvalitet: Hög</p>	<p>Denna studie undersöker attityder, trygghet och klinisk utövande hos hälsovårdare och sjukskötare i samband med rutinmässig rådgivning om fysiska aktiviteter. Syfte fastställdes i tre områden: 1) kliniskt utövande, 2) kunskap; 3) rådgivnings process</p>	<p>Blandad metod med enkätformulär och semistrukturerade djupintervjuer.</p> <p>Svarfrekvenser av frågeformulär var 63 %, varav 67 % sjukskötare och 59 % hälsovårdare.</p> <p>Intervjuades totalt 20 personer, 10 sjukskötare och 10 hälsovårdare.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Majoriteten svarade att de inte har tillräcklig kunskap för att ge råd. - Kunskapsbrist angående officiella rekommendationer. Både SSK och hälsovårdare sade att de rekommenderar patienterna att utföra FA 3 gånger/vecka eller mera, eller dagligen samt att FA skall öka med tiden. - Den mest rekommenderade FA var promenad. - SSK ger information om effekter av FA, men effekter på den fysiologiska hälsan mer prioriterade än de psykologiska effekterna. - Inga tecken på systematisk bedömning och rådgivning, majoriteten gav råd enligt sin uppfattning om patientens förutsättningar. - Det behövs utbildningsmaterial för patienterna. - Majoriteten ansåg att främja hälsa och FA rådgivning är en viktig del av deras arbete men pga. brist på struktur ligger fokus på patienter i riskgrupper. - Bara vissa skulle inte fråga patienten om FA om patienten inte själv hade tagit upp det, resten hade en annan åsikt - Det inte finns tillräckligt med tid för FA rådgivning. - Skillnader i upplevelse angående patientens motivation kan vara ett hinder till FA rådgivning. - Medan befolkningens nivå av FA minskar, svarade SSK att befolkningens nivå av FA ökar.
--	--	---	--

<p>Författare: Puig Ribera A, McKenna J, Riddoch C</p> <p>Titel: Attitudes and practices of physicians and nurses regarding physical activity promotion in the Catalan primary health- care system</p> <p>Tidskrift: European Journal of Public Health</p> <p>År: 2005</p> <p>Perspektiv: Vårdvetenskap (primärvård)</p> <p>Vetenskaplig kvalitet: Hög</p>	<p>Syftet med studien var att utvärdera de beskrivna riktlinjerna gällande fysisk aktivitetsrådgiv- ning i praktiken inom primärvården i Katalonien, samt att undersöka om läkare/sjuksköt- are lever som de lär gällande fysiska aktiviteter.</p>	<p>Blandad metod med kvantitativ enkät och semistrukturerade intervjuer.</p> <p>Totalt deltog 92 sjukskötare i enkäten samt 15 sjukskötare i intervjuerna uppdelade i 5 fokusgrupper.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - SSK uttrycker dålig tillgänglighet på FA främjande utbildning samt kunskapsbrist på FA rådgivning och motiverande samtalsteknik. - SSK ser inte stillasittande som ett eget hälsoproblem och har kunskapsbrist gällande hälsoeffekter vid frånvaro av FA. - Positiva upplevelser uppmuntrar SSK att ge FA rådgivning och uttrycker att de har tillräckliga kunskaper om FAs hälsoeffekter. - SSK som inte ger FA rådgivning så ofta, ger FA rådgivning när de kan koppla det till sjukdom. - SSK saknar ett strukturerat tillvägagångssätt för FA rådgivning. - FA rådgivningen självlärd och individuellt utarbetad för att få lyckade interventioner. SSK uttrycker trygghet och vana i FA rådgivning. - SSK utför FA rådgivning i den dagliga verksamheten och inser vikten av den. - Tidsbrist gör det svårt att individ anpassa FA rådgivning och gör att FA rådgivning inte prioriteras i preventivt syfte. - Arbetsförhållandena, hur arbetsgruppen är sammansatt och samarbetet påverkar FA rådgivning. - SSK upplever brist på samarbete med organisationer i samhället som erbjuder fysiska aktiviteter. SSK som är aktiva i FA rådgivning samarbetar mera på samhällsnivå. - SSK tror att patienter inte vill ha FA rådgivning och ger FA rådgivning till patienter de tror svarar positivt på rådgivningen. - SSK som personligen är fysiskt aktiva ger FA rådgivning till alla patienter, beskriver FA rådgivning viktigare och har mer teoretisk kunskap om FA rådgivning än SSK som är fysiskt inaktiva.
--	--	---	--

<p>Författare: Turin, Rochelle</p> <p>Titel: Physical activity prescription in health populations: Resources for Canadian nurse practitioners</p> <p>Tidskrift: The Nurse Practitioner</p> <p>År: 2015</p> <p>Perspektiv: Vårdvetenskap (primärvård)</p> <p>Vetenskaplig kvalitet: Medelhög</p>	<p>Undersöka Kanadensiska sjukskötares kliniska utövande av fysiska aktiviteter på recept.</p>	<p>Litteraturoversikt. Sökning med ProQuest och CINAHL. Kombination av huvud or "nurse practitioner", "physical activity prescriptions", "physical activity", "Canadian nurse practitioners", "prescription for physical activity", "physical activity counseling".</p> <p>Avgränsningar: Kanadensisk litteratur, sista 5 år. Efter att sökningen gav bara två relevanta artiklar utökades sökningen och inkluderade Amerikas förenta stater, där de fick 10 st. Totalt 12 st.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Känslan av brist på utbildning och önskar vidare eller kontinuerligt utbildning. - Brist på utbildning i FA rådgivning under yrkesutbildning. Önskemål om att lägga in FA i läroplan inom sjukskötarutbildningen. - SSK upplever personliga positiva erfarenheter av övning.
---	--	--	--

<p>Författare: Leijon ME, Bendtsen P, Nilsen P, Ekberg K, Ståhle A</p> <p>Titel: Physical activity referrals in Swedish primary health care – prescriber and patient characteristics, reasons for prescriptions, and prescribed activities</p> <p>Tidskrift: BMC Health Services Research</p> <p>År: 2008</p> <p>Perspektiv: Vårdvetenskap (primärvård)</p> <p>Vetenskaplig kvalitet: Hög</p>	<p>Syftet med denna studie är att beskriva och analysera ett omfattande projekt gällande fysisk aktivitet på recept (FaR) som införts som rutin åtgärd på Primärvårds centraler (PVC) i Östergötlands län under 2004 och 2005.</p>	<p>Interventions fallstudie, datainsamling.</p> <p>Primärvårds- personal från 37 PVC 2004 och från 38 PVC 2005. Primärvårds- personal i studien var läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeut, dietister och beteendevetare (ex. Psykolog, mentalvårds rådgivare).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vanligaste orsaken till att ge FaR var nedsättning i rörelseapparaten, övervikt och högt blodsocker samt diabetes, högt kolesterol, psykiska sjukdomar och inaktivitet. - Vanligast att föreskriva FA som kan utföras hemifrån, ex. promenad, men även gruppaktiviteter föreskrevs.
---	--	--	--

<p>Författare: Grimstvedt ME; Der Ananian C; Keller C; Woolf K; Sebren A; Ainsworth B</p> <p>Titel: Nurse practitioner and physician assistant physical activity counseling knowledge, confidence and practices</p> <p>Tidskrift: Preventive Medicine</p> <p>År: 2012</p> <p>Perspektiv: Vårdvetenskap</p> <p>Vetenskaplig kvalitet: Medelhög</p>	<p>Syfte var att undersöka sjukskötarens och assisterande läkarens tillämpning av rådgivning om fysiska aktiviteter.</p>	<p>Tvärsnittsstudie, enkätformulär.</p> <p>240 sjukskötare.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - SSK (48 %) har utbildning i FA rådgivning och fått kunskaper i bland annat hälsoeffekter av FA; fysisk påverkan av FA; ge förslag på FA; att kunna rekommendera intensitet, varaktighet och frekvens; att använda redskap för att mäta FA intensitet och hjärtfrekvens. - Utbildning genom sjukskötarexamen, specialisering, kompletterandekurser, konferenser, work-shoppar, seminarium, självstudier, övrigt. - Majoriteten önskar mera övning och kunskap i FA rådgivning och utbildning via organisationen. - SSK rekommenderade FA 3 dagar/vecka och promenad var den mest rekommenderade aktiviteten. - Olika metoder i bedömning och rådgivning om FA. Att fråga patienten om FA, följt av att ta vikt och längd samt allmänt bedöma det fysiska utseendet var vanliga bedömningsmetoder. Diskussion vanligaste rådgivningsmetoden. Sjukskötare rekommenderade patienten att använda <i>talk-test</i> för att bedöma intensiteten. - SSK (75 %) ger rutinmässigt FA rådgivning. - De vanligaste hindren är tidsbrist och viktigare saker att diskutera samt upplevelse om dålig följsamhet hos patienten.
---	--	---	--

<p>Författare: Tawnya Horsley Tompkins, Basia Belza, Marie-Annette Brown,</p> <p>Titel: Nurse practitioner practice patterns for exercise counseling</p> <p>Tidskrift: Journal of the American Academy of Nurse Practitioners</p> <p>År: 2009</p> <p>Perspektiv: Vårdvetenskap</p> <p>Vetenskaplig kvalitet: Medelhög</p>	<p>Syftet var att beskriva sjukskötarens mönster för rådgivning om fysiska aktiviteter.</p> <p>Det specifika syftet var</p> <p>a) identifiera praktiska egenskaper och sjukskötarens personliga motionsvanor</p> <p>b) identifiera allmänna rekommendationer för fysiska aktiviteter, specifika rekommendationer för äldre och landsbygds patienter samt resurser som används vid rådgivning;</p> <p>c) beskriva sjukskötares uppfattningar om värdet av fysisk aktivitetsrådgivning för patienter;</p> <p>d) identifiera faktorer som skapar hinder eller underlättar sjukskötares fysiska aktivitetsrådgivning.</p>	<p>Tvärsnittsstudie, enkät.</p> <p>916 deltagare: 90 % sjukskötare, 2 % läkar-assistenter, 8 % övriga yrken.</p> <p>Inklusionskriterier sjukskötare som jobbar med vuxna samt inom primärvård eller polikliniska avdelningar</p> <p>Total 398 svar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - SSK önskar att det organiseras anpassad utbildning i FA rådgivning till den kliniska verksamheten ex. primärvård. - Utomhusaktiviteter var de mest rekommenderade för patienter på landsbygden samt hembaserade övningar med hjälp av CD, DVD, TV-program, med hemutrustning, ex. löpband, motionsbollar eller att delta i gruppaktiviteter på gym eller allaktivitetshus. - Gemensam strategi var att använda allmän rekommendation av ett träningsprogram. - Skillnader hos SSK i att använda anpassa åtgärder efter patientens ålder. - Gav FA rådgivning vid sjukdomskoppling. - SSK (30 %) använde en annan rådgivningsmetod för patienter som bor på landsbygden. - Diskussion som rådgivningsmetod vanligast, andra metoder var att skriva remiss till en sjukgymnast eller till hjärt- och lungrehabilitering, dietist (<i>lipid clinic</i>), kronisk smärtklinik, samt 10 000 stegs program, vatten gymnastik och simning. - Rekommenderar patienterna att kontrollera sin puls och arbeta mot en målinriktad nivå och att ta hjärt-stress test tas innan patient börjar övningen. - För att motivera patienten rekommenderas att involvera familjen i FA. - Hinder till FA rådgivning var bl.a. brist på evidensbaserade studier i FA rådgivning, brist på protokoll, broschyr eller skriftlig information, brist på stöd från familjen, tidsbrist, brist på medvetenhet om lokala sjukgymnaster, patientens bristande intresse, begränsad subvention (ersättning) av FA, kulturella faktorer, brist på försäkringsersättning, patientens ekonomiska situation, kostnader för hjälpmedel, FA har låg socioekonomisk status. - Under besök prioriterades andra viktigare saker för FA rådgivning, bl.a. akut sjukdom, döende, frågor om kroniska hälsoproblem. - SSK (57,5 %) svarade att de gav råd om FA åtminstone 75 % av arbetstiden. - Främjande faktorer för FA rådgivning var bland annat att de ansåg rådgivningen som en del av det förebyggande arbete, om det var ett organisatoriskt krav, om det skulle finnas informationsbroschyrer med motionsprogram, egen tron om FA som främjande faktor eller relationen med patienten. - SSK anser att rådgivning om FA är lika värdefullt som ordination av läkemedel. - Personalbrist i långtidsvården för FA rådgivning. - Majoriteten av SSK var medvetna om särskilda träningsprogram, grupper eller anläggningar för att hänvisa patienter i deras område.
---	---	---	--

Resultatanalys tabell med inspiration av Willman och Stoltz innehålls översikt
(Willman & Stoltz, 2012)

Artikel	Meningsenhet	Innehåll	Underkategori Tema
Activity promotion for community dwelling older people: a survey of the contribution, of primary care nurses	Svarsalternativ: styrka, flexibilitet, kordination, uthållighet. Endast 16 % av sköterskorna svarade rätt (styrka) på frågan om vilken funktion som var viktigast att underhålla med fysisk aktivitet när man blir äldre, men endast 10 % svarade att de var osäkra på sitt svar. SSK var trygga i sin rådgivning om FA till äldre som inte har något speciellt hälsoproblem (stillasittande/inaktiva, angina pectoris eller rehabiliteras efter stroke och har svagheter), men inte till övriga.	Brist på kunskap om individuell anpassad FA för äldre patienter och med sjukdomstillstånd	Lämplig fysisk aktivitet <i>Empirisk kunskap</i>
	SSK engagerade äldre människor på två olika sätt, genom bedömning och rådgivning eller att skriva remiss till aktivitets rådgivning.	Olika sätt att bedöma	Rådgivning och bedömning <i>Metod och organisation</i>
	Över hälften (58 %) av SSK uppskattade att de inte hade tillräcklig övning i FA rådgivning för äldre.	Brist på utbildning	Rådgivning och bedömning <i>Metod och organisation</i>
	Majoriteten (89 %) höll starkt med om att SSK borde engagera sig mera i FA rådgivning till äldre.	Brist på engagemang hos sjukskötare	En del av arbete <i>Metod och organisation</i>
	Starkt erkännande av att rådgivning om aktiviteter är en del av sjukskötarens roll.	Rådgivning en del av arbetet	En del av arbete <i>Organisatoriska</i>
	Det betonades att det är brist på tid för den här typen av arbete. De är överens om att det var svårt att få tid för den här typen av arbete 88 % (n = 345).	Tidsbrist	Tidsbrist <i>Metod och organisation</i>
	Det gör det ändå svårare då de upplever att de även har brist i övning att ge råd gällande fysiska aktiviteter	Brist i övning	Rådgivning och bedömning <i>Metod och organisation</i>
	Tidsbrist pga. kort med personal och organisatoriska begränsningar.	Tidsbrist	Tidsbrist <i>Metod och organisation</i>
	Endast drygt hälften av de respondenter (n= 202, 52 %) trodde att äldre personer svarade bra på rådgivning om hur man kan öka sin fysiska aktivitetsnivå.	Osäkerhet för äldres följsamhet gällande FA-rådgivning	Förförståelse <i>Attityder</i>