

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ  
VÅRDVETENSKAP  
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP  
2008:97

## ”Hellre motion än tabletter”

Patienters erfarenheter av att få FaR vid diabetes typ 2

Birgitta Abrahamsson  
Barbro Hernberger



HÖGSKOLAN I BORÅS  
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Titel	”Hellre motion än tabletter”, Patienters erfarenheter av att få FaR vid diabetes typ 2.
Författare:	Birgitta Abrahamsson Barbro Hernberger
Ämne:	Vårdvetenskap
Nivå och poäng:	Kandidatnivå, 15 högskolepoäng
Kurs:	Fristående kurs
Handledare:	Lise-Lott Berg Lena Hedegård
Examinator:	Britt-Marie Lindblad

## **Sammanfattning**

Fysisk inaktivitet har idag blivit en riskfaktor för att utveckla diabetes typ 2. I diabetessjuksköterskans arbete ingår samtal om livsstilsförändringar gällande bland annat fysisk aktivitet, vilket kan innebära att Fysisk aktivitet på recept (FaR) skrivs som behandling av diabetes typ 2. Studiens syfte var att beskriva patienters erfarenheter av att ha fått FaR vid behandling av diabetes typ 2.

Patienterna utgjordes av fyra kvinnor och fyra män med diabetes typ 2 som hade fått FaR efter maj 2007. Studien var en kvalitativ intervjustudie. Intervjuerna skrevs ned och analyserades därefter i fyra olika faser enligt Evans (2003).

Studiens resultat presenteras i två huvudteman: Ökade motionsvanor och Ökad motivation och följande underteman: hellre motion än tabletter, för min egen skull, det blev allvar, insikt och hon ville väl. I diskussionsavsnittet framkommer att resultatet stämmer väl överens med tidigare forskning och lyfter fram diabetessjuksköterskans betydelse vid förskrivning av FaR när det gäller att motivera patienten till ökad fysisk aktivitet.

Nyckelord: Diabetes typ 2, FaR, Fysisk aktivitet

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b> .....	1
<b>BAKGRUND</b> .....	1
Diabetes ett folkhälsoproblem .....	1
Fysisk inaktivitet .....	2
Diabetessjuksköterskans roll utifrån ett vårdvetenskapligt perspektiv .....	2
Motiverande samtal .....	4
Fysisk aktivitet på Recept (FaR) .....	4
Tidigare forskning .....	5
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b> .....	7
<b>SYFTE</b> .....	7
<b>METOD</b> .....	7
Kvalitativ metod .....	7
Urval och genomförande .....	7
Datainsamlingsmetod .....	8
Dataanalys .....	8
Etiska aspekter .....	9
<b>RESULTAT</b> .....	9
Ökade motionsvanor .....	9
Hellre motion än tabletter .....	9
För min egen skull .....	10
Ökad motivation .....	12
Det blev allvar .....	12
Insikt .....	13
Hon ville väl .....	14
<b>DISKUSSION</b> .....	14
Metod diskussion .....	14
Resultat diskussion .....	15
Praktiska implikationer .....	18
Framtida forskning .....	18
<b>REFERENSER</b> .....	19
Bilaga 1 .....	23
Bilaga 2 .....	24
Bilaga 3 .....	25
Bilaga 4 .....	26

# INLEDNING

I vår profession som diabetessjuksköterskor på vårdcentral träffar vi patienter med Diabetes typ 2. Sjukdomen innebär att patienten kan få göra livsstilsförändringar för att förhindra komplikationer. I diabetessjuksköterskans arbete ingår samtal om livsstilsförändringar gällande kost, fysisk aktivitet, tobak och alkoholvanor. Fysisk aktivitet är en stor del i behandlingen vid diabetes typ 2, vilket kan innebära att diabetessjuksköterskan utfärdar Fysisk aktivitet på recept (FaR). FaR innebär en för patienten anpassad ordination på motsvarande sätt som konventionell behandling. Sedan i början av 2000-talet används FaR för att lyfta fram betydelsen av fysisk aktivitet i behandlingen av bland annat diabetes typ 2. Vi vill med denna intervjustudie undersöka vad patienter har för erfarenheter i samband med att ha fått FaR i behandling av diabetes typ 2.

# BAKGRUND

Diabetes typ 2 är en växande folksjukdom såväl i Sverige som internationellt. Ökningen har gått så snabbt att det idag talas om en hotande diabetespandemi. Sjukdomen kännetecknas av en absolut eller relativ insulinbrist, förhöjt blodsocker och insulinresistens som på sikt kan leda till skador i blodkärl och nerver (Efendic, Groop & Östenson, 2005 ; Hjelm, 2006). I bakgrunden belyses relevanta områden för att sätta in läsaren i detta arbete. Följande avsnitt presenteras; Diabetes ett folkhälsoproblem, Fysisk inaktivitet, Diabetessjuksköterskans roll i ett vårdvetenskapligt perspektiv, Motiverande samtal, Fysisk aktivitet på recept (FaR) och Tidigare forskning.

## Diabetes ett folkhälsoproblem

Tre till fyra procent av Sveriges befolkning har diabetes. Av dessa har 85 procent diabetes typ 2. Diabetes typ 2 är ofta kombinerad med övervikt, höga blodfetter och kraftig insulinresistens, det vill säga kroppen är okänslig för det egna insulinet, i kombination med nedsatt insulinproduktion. Sjukdomen börjar oftast smygande och utan några påtagliga symtom. Diagnosen kan ställas vid hälsoundersökning eller då sjukdomen börjar ge symtom som ökad trötthet, stora urinmängder, törst på grund av höga blodsockernivåer. Råd om kost och motion är den inledande behandlingen (Scherstén, 2005 ; Johansson & Wreling, 2006 ; Birkeland, Henriksson & Östenson, 2008).

Insulin produceras av betaceller i bukspottkörteln. Vid diabetes typ 2 är betacellens funktion störd och orsakar en försenad insöndring av insulin som svar på glukos efter måltid. Ökad motion ger en bättre insulinkänslighet som gör att patienten klarar sig på mindre insulin. I början av diabetessjukdomen kan det räcka med endast kost och motionsråd. Vid diabetes typ 2 är förmågan att producera insulin inte helt borta, men mängden insulin räcker inte för kroppens behov. Det beror framför allt på två saker, dels

förmår inte kroppen att svara med ökad insulinproduktion i tillräcklig mängd när glukoshalten i blodet stiger efter exempelvis en måltid, dels är själva vävnadernas förmåga att utnyttja det insulin som finns nedsatt (Efendic, Groop & Östensson, 2005). Personer som har anlag för att få diabetes typ 2 kan hålla sjukdomen borta så länge insulinbehovet inte är större än förmågan att producera insulin. Viktminskning kan göra att den egna insulinproduktionen räcker till och ökad fysisk aktivitet förbättrar känsligheten för insulin. Om behovet ökar, till exempel när vikten går upp, kan den kritiska gränsen passeras och sjukdomen bryta ut. Typ 2-diabetes ökar kraftigt i länder där levnadsstandarden stiger. Beräkningar visar att Diabetes typ 2 väntas öka i framtiden. Att betona motion som en viktig och kompletterande behandling samt att följa upp motionsråden är av stor betydelse för att fler patienter skall förbättra sina motionsvanor (Wallberg-Henriksson & Krook, 2005).

## **Fysisk inaktivitet**

Fysisk inaktivitet bidrar enligt Socialstyrelsen till att välfärdssjukdomarna ökar och orsakar både mänskligt lidande och ökande samhällsekonomiska kostnader till följd av sjukdom och för tidig död (Socialstyrelsen, 2005b). Vår levnadsstandard har ökat och därigenom har vi blivit mer bekväma och fysiskt inaktiva. Fettkonsumtionen har minskat de senaste 20 åren, men trots det är fler överviktiga, vilket kan förklaras med en minskad fysisk aktivitet i vårt samhälle. Fysisk inaktivitet har idag blivit en riskfaktor för att utveckla diabetes (Börjesson, Strandell & Ståhle, 2003).

Enligt en regeringsproposition visar forskning att motion bland annat har en blodsockersänkande effekt. Det betyder att samlade insatser i samhället skall utformas så att det ger förutsättningar för en ökad fysisk aktivitet hos hela befolkningen. Ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektiv bör finnas i hela hälso- och sjukvården och vara en självklar del i all vård och behandling. Primärvården har en stor betydelse för den långsiktiga hälsoutvecklingen genom sin kompetens och stora kontaktyta gentemot såväl unga som äldre (Regeringens proposition, 2002/03:35).

## **Diabetessjuksköterskans roll utifrån ett vårdvetenskapligt perspektiv**

Patienter med diabetes bör ha tillgång till ett vårdteam med väl integrerad kunskap om olika aspekter av sjukdomen. De flesta patienter med diabetes typ 2 gör sina kontroller inom primärvården. De kan träffa olika yrkeskategorier från diabetesteamet, det kan vara diabetessjuksköterska, läkare, dietist, fotvårdsspecialist, kurator eller ögonsjuksköterska. Det är främst diabetessjuksköterskan som möter patienten vid diabeteskontrollerna (Wikblad, 2006).

Socialstyrelsen påpekar att diabetessjuksköterskan har en viktig roll både i den medicinska behandlingen och vid omvårdnaden av patienter med diabetes. Sedan slutet av 1970-talet har sjuksköterskor på olika sätt specialiserat sig i diabetesvård. Idag finns ett stort antal diabetessjuksköterskor verksamma i specialist- sjukvården för barn och vuxna, i den kommunala vården och inom primärvården. Diabetessjuksköterskan och

diabetesvården skall enligt socialstyrelsen ge omvårdnad utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Diabetessjuksköterskans arbete bör ha utgångspunkt i de individuella behov som patienten med diabetes typ 2 har (Fernström, Hanås, Johansson, Jänsson, Pilström, Wikblad & Östlinger, 2006). Diabetessjuksköterskan skall ha fördjupade kunskaper om sjukdoms- och komplikations- förebyggande åtgärder samt ha fördjupad medicinsk kunskap om diabetes. Hon bör vara väl insatt i senaste forskningsresultat (Fernström et. al. 2006 ; Socialstyrelsen 2005a ; SOSFS 1993:17).

Det är viktigt att som diabetessjuksköterska skapa en god vårdrelation till patienten. Detta kan ske genom att utgå från patientens behov och utifrån patientens livsvärld, för att kunna stödja patientens egenvård och delaktighet i behandlingen. Att ha ett livsvärldsperspektiv innebär att uppmärksamma patientens vardagsvärld och daglig tillvaro. Livsvärlden är den verklighet som vi dagligen lever i och tar för given. Det är viktigt att diabetessjuksköterskan försöker sätta sig in i patientens perspektiv. Diabetessjuksköterskan skall utgå från patientens situation och historia. Vårdvetenskapens utgångspunkt är att ha fokus med betoning på patientens eget perspektiv, sin hälsa och ohälsa, på livssituationen och vårdandet. Patienten bör få inflytande över sin situation. I mötet med patienten gäller det att möta den andre så förutsättningslöst som möjligt och att skaffa sig en bild av patientens värld. En god vård är beroende av en fungerande mellan- mänsklig relation mellan diabetessjuksköterska och patient (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003 ; Ewles & Simnett, 2005).

Omvårdnadsteoretiker Orem utvecklade en egenvårdsteori som diabetessjuksköterskan kan stödja sig på. Den utgår från att så långt som möjligt hjälpa patienten till självständighet i sina egna aktiviteter. Orem definierar egenvård som utförande av aktiviteter som individen själv tar initiativ till och utför för sin egen skull i syfte att upprätthålla liv, hälsa och välbefinnande. Orem identifierar olika kategorier av egenvårdsbehov i samband med hälsoproblem, bland annat att på ett effektivt sätt genomföra ordinerade åtgärder, samt att man är i behov av vissa former av omvårdnad. Orem hävdar att egenvårdskapaciteten utvecklas dels spontant genom utförande av egenvård i vardagslivet dels genom instruktioner av andra. Enligt Orem använder sjuksköterskan flera allmänna hjälpmetoder såsom; att vägleda, stödja en annan person, skapa en utvecklande miljö och att undervisa (Kirkevold, 1992; Ahlin & Wredling, 2005).

Diabetessjuksköterskan skall ge utbildning i egenvård vid diabetes, där råd ingår vad det gäller fysisk aktivitet. Patientens livskvalitet skall vara ett högt prioriterat mål i behandling av typ 2 diabetes. Det kan vara svårt för patienten att behålla motivation att upprätthålla en god blod- sockerkontroll. Ett sätt att ge patienten insikt i att hålla en god blodsocker- kontroll är att förmedla sambandet med fysisk aktivitet och blodsocker- värdet (Selle, 2006; Johansson & Wredling, 2006).

Diabetessjuksköterskan bör utveckla ett etiskt förhållningssätt, där hon visar respekt för patienten, hennes/hans livserfarenhet och integritet. Det är alltid patienten som bestämmer graden av närhet till diabetessjuksköterskan. Att vara patient är att komma utanför sitt vanliga sammanhang. Patienten kommer in i ett vårdande sammanhang som innebär att ta aktiv del i sin egen hälsoprocess. Det är viktigt att diabetessjuksköterskan

har en värdegrund som kännetecknas av integritet och värdighet. Patienten är den främste experten på sig själv och sin livssituation (Dahlberg et al, 2003).

## **Motiverande samtal**

Motiverande samtal syftar till att öka patientens aktiva medverkan i sin livsstils förändring. Målet är att få patienten nyfiken på sin egen förändring och göra problemen och möjligheterna till patientens egna. Ju mer aktiv patienten själv får vara i samtalet, desto större är chansen att hon eller han använder sig av den kunskap diabetessjuksköterskan försöker förmedla. Det handlar om att i samtalet förändra patientens förhållningssätt till fysisk aktivitet. Motiverande samtal är något som skall pågå ”inne” i patienten, så att patienten kan minnas diabetessjuksköterskan som en stödjande röst och inte en förmanande eller hotande (Barth & Näsholm, 2006). Diabetessjuksköterskan bör jobba patientcentrerat, vilket innebär att hon är inställd på att inte styra patienten mot ett bestämt mål, utan utgå från patientens situation och livsvärld och tillsammans med patienten diskutera fram lösningar (Arborelius, 2008).

Motiverande samtal förutsätter förståelse och respekt för patientens osäkerhet, motstånd och ambivalens inför förändringar. Samtalet och lyssnandet har som mål att ”skapa” en inre konflikt hos patienten som kan beskrivas som skillnaden mellan hur det är nu för patienten och hur patienten skulle vilja ha det. Detta leder till reflektion. Den oro eller energi som då skapas blir grunden för den motivation som är drivande i en förändring (Barth & Näsholm, 2006).

Förändringsprocessen kan beskrivas i fem stadier. Första stadiet är före begrundan, där patienten inte har någon upplevelse av att ha ett problem. Vad diabetessjuksköterskan kan göra i detta stadie är att informera, ge kunskap, kartlägga och sammanfatta vad patienten säger. Andra stadiet innebär begrundande, patienten är medveten om att ett problem finns, men ej beredd att förändra. Att här öka kunskapen och insikten om problemet och att värdera för- och nackdelar med en eventuell förändring kan här vara till hjälp. Tredje stadiet kännetecknas av beslutsfas, där patienten uttrycker en vilja till förändring. Stöd kan ges genom samtal om vilka fördelar en förändring kan ge, samt om hur patienten tänker möta svåra situationer. Fjärde stadiet mynnar ut i handling. Patienten fortsätter att testa nya förändringar och behöver fortsatt stöd. Ett sätt kan vara att be patienten sammanfatta vad som varit bra och hur hinder kan övervinnas. Diabetessjuksköterskan bör vara accepterande vid återfall och uppmuntra till fortsatta försök. Det femte stadiet är stabiliseringsfasen där patienten allt oftare genomför de nya vanorna och allt oftare upplever en belöningskänsla. Det är viktigt att ge tid för uppföljning (Barth & Näsholm, 2006).

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

Fysisk aktivitet definieras som alla former av rörelse som ger ökad energiomsättning. Det innebär all typ av muskelaktivitet som exempelvis promenader, hushålls- och trädgårdsarbete, fysisk belastning i arbetet, friluftsliv, motion och träning. Med hälsofrämjande fysisk aktivitet menas att aktiviteten utförs på minst måttlig intensitet

utan att åsamka skada (Faskunger & Schäfer Elinder, 2006). Enligt WHO:s rekommendation bör vuxna röra sig i måttligt ansträngande grad i 30 minuter eller mer om möjligt alla dagar i veckan (Kallings & Leijon, 2003). Vid diabetes typ 2 är rekommendationen av fysisk aktivitet enligt Birkeland, Henriksson & Östenson (2008) en medelintensiv fysisk aktivitet i minst 30 minuter dagligen som är anpassad till patientens allmänna fysiska kondition och livsstil. Ytterligare hälsoeffekter kan uppnås om detta kombineras med något intensivare träning två till tre gånger per vecka.

Trots att begreppet Fysisk aktivitet på Recept (FaR) är relativt nytt beskrev läkaren Hieronomus Mercurialis redan på medeltiden effekterna av ett stillasittande liv. Han ville att patienterna skulle hjälpa sig själva genom att öka den fysiska aktiviteten. Medvetenheten om nyttan av fysisk aktivitet som ett "läkemedel" har funnits sedan mycket lång tid, vilket synliggörs i följande citat taget ur De Arte gymnastica (1569):

*People who are ill should not be given exercise that might aggravate existing conditions: special exercises should be prescribed on an individual basis for convalescent, weak, and older patients: people who live sedentary lives need exercise urgently (Börjesson, Strandell & Ståhle, 2003, s.34).*

I Sverige är FaR idag ett vedertaget begrepp för hur hälso- och sjukvården kan arbeta med att främja fysisk aktivitet och innebär en för individen anpassad ordination, på motsvarande sätt som konventionell behandling. Detta arbetssätt innefattar alltifrån ett skriftligt råd på en aktivitet, som individen själv genomför, till en helhetslösning som bygger på en stödjande miljö med en fungerande vårdkedja. Inför ett utfärdande av FaR görs en individuell bedömning utifrån patientens situation och förutsättningar. Detta för att eftersträva långsiktiga livsstilsförändringar. Receptet bör ge tydliga råd om typ av aktivitet, intensitet, längd och frekvens och tid för uppföljning bör ges (Kallings & Leijon, 2003; Börjesson, Faskunger, Kallings, Laerum, Leijon & Ståhle, 2008). Enligt Ekblom och Nilsson (2000) visar forskning att regelbunden fysisk aktivitet är en starkare "friskfaktor" än "riskfaktor" övervikt vad gäller hjärt- och kärlsjukdom. Det är alltså "bättre att vara tränad och överviktig än normalviktig och otränad" (a.a.s.10).

Regeringen anser det angeläget med att arbetet med FaR fortsätter att utvecklas och att det görs en systematisk uppföljning av arbetet. Det behövs användbara metoder som är kvalitetssäkrade och användbara för att främja fysisk aktivitet. Regeringen har därför beslutat att ge Statens folkhälsoinstitut i uppdrag att genomföra en nationell utvärdering av receptförskrivna fysisk aktivitet (Socialdepartementet, 2008).

## **Tidigare forskning**

Det finns studier som talar för att livsstilsförändringar har stor betydelse för att minska risken att få diabetes typ 2. Tuomiletho et. al. (2001) beskriver den diabetespreventiva effekten av livsstilsförändringar som regelbunden fysisk aktivitet, koständring och viss viktminskning. Resultatet visade att andelen överviktiga finländare med insulinresistens



som utvecklade diabetes mer än halverades vid regelbunden fysisk aktivitet jämfört med en kontrollgrupp.

Det har visat sig att skriftliga råd ger en bättre följsamhet än det muntliga. Swinburn, Walter, Aroll, Tilyard och Russel (1998) skriver att patienter ökar sin fysiska aktivitet efter att ha fått motionsråd muntligt, men att andelen patienter som ökar sin fysiska aktivitet ökar betydligt mer om de dessutom har fått FaR utskrivet. Kallings, Leijon, Hellenius och Ståhle (2008) visar i sin studie från primärvården att patienter som fick FaR utskrivet ökade sin fysiska aktivitet och upplevde högre livskvalitet sex månader efter att de fick FaR utskrivet. Även Elley, Kerse, Arrol & Robinsson (2003) visar i sin studie att de fysiskt inaktiva patienterna som fick både muntliga råd om fysisk aktivitet samt FaR ökade sin fysiska aktivitet samt livskvalitet även efter 12 månader. Kallings (2008) skriver att fysisk aktivitet är en av de viktigaste faktorerna för vår hälsa. I sin avhandling undersöktes effektiviteten av Fysisk Aktivitet på Recept. Huvudfyndet var att individualiserad förskrivning av fysisk aktivitet leder till en ökad fysisk aktivitetsnivå under minst sex månader. Följsamheten till FaR var 65 procent, vilket är minst lika bra som till annan långtidsbehandling. Överviktiga äldre individer som fick FaR ökade sin aktivitetsnivå två till tre gånger mer än kontrollgruppen varpå Kallings menar att Fysisk aktivitet på Recept är en effektiv metod för att öka den fysiska aktivitetsnivån.

I SBU-rapporten om metoder för att främja fysisk aktivitet (2007) är en av slutsatserna att rådgivning angående nyttan av fysisk aktivitet har betydelse. Rapporten lyfter fram att det finns starka vetenskapliga belägg för att aktiviteten hos patienter som har fått livsstilsråd är klart ökad minst ett halvår efter livsstilssamtalet. Vidare framkom det att om rådgivning kompletteras med exempelvis recept på fysisk aktivitet leder detta till ytterligare ökning av den fysiska aktivitetsnivån.

I Nya Zeeland pågår en studie som beräknas bli klar i slutet av 2008. Den heter The Women's Lifestyle Study. Det är en distriktssköterskeledd intervention för att öka fysisk aktivitet hos fysiskt inaktiva kvinnor under en två-årsperiod. Vid start intervjuades kvinnorna och fick FaR utskrivet. Syftet är att se hur effektivt det är att förskriva FaR i primärvården. Kan det minska riskerna att få diabetes eller hjärtkärlsjukdom bland de fysiskt inaktiva kvinnorna (Rose, Beverley, Elley, Dowell och Fenton, 2007)?

## **PROBLEMFORMULERING**

Fysisk inaktivitet är en betydande riskfaktor vid diabetes typ 2 (Birkeland, Henriksson & Östenson, 2008). Andelen personer som är fysiskt inaktiva ökar i samhället och detta utgör ett stort folkhälsoproblem. Hälsa- och sjukvården har en viktig roll i detta folkhälsoproblem. Idag likställs fysisk aktivitet vid ett läkemedel då det skrivs recept på fysisk aktivitet i både sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. Fysisk aktivitet är en viktig komponent i behandlingen av diabetes typ 2. Vi vill undersöka vad det har inneburit för patienter med diabetes typ 2 att få fysisk aktivitet på recept utskrivet, detta för att diabetessjuksköterskan bättre skall kunna motivera till ökad fysisk aktivitet.

## **SYFTE**

Syftet med denna intervjustudie är att beskriva patienters erfarenheter av att ha fått FaR vid behandling av diabetes typ 2.

## **METOD**

### **Kvalitativ metod**

För att få svar på vårt syfte att beskriva patienters erfarenheter att ha fått ett FaR som behandling vid diabetes typ 2 har vi valt att göra en kvalitativ intervjustudie. Kvalitativ metod syftar till att beskriva och skapa en ökad förståelse för patientens situation och liv, genom att tolka de teman som förekommer i informanternas berättelser. Den kvalitativa intervjun rör sig om ett samspel mellan de deltagande, den som intervjuar och den som blir intervjuad (Kvale, 1997). Vi har utgått utifrån ett livsvärldsperspektiv, vilket består i att förstå verkligheten som den visar sig och hur den upplevs (Dahlberg, 1997). Vid intervjun är det informanternas berättelser står i centrum. Lantz (2007) menar att det är kunskapen hos de intervjuade som väntar på att bli upptäckt av den som intervjuar. Deras berättelser utgör underlaget för analys och slutsatser.

### **Urval och genomförande**

Ett informationsbrev skickades till verksamhetscheferna (bilaga 2) vid sju landstingsdrivna vårdcentraler. Efter godkännande ombads sekreterarna ta fram vilka patienter med diabetes typ 2 som hade fått FaR utskrivet av diabetessjuksköterskan efter maj 2007, då en ny blankett för FaR infördes (bilaga 4). En vårdcentral tackade nej då inga FaR hade utfärdats under denna tid. Två vårdcentraler fick utgå då svar ej inkommit inom denna studies tidsram. Utav de återstående fyra vårdcentralerna gjorde diabetessjuksköterskan ett eget urval och kontaktade patienter per telefon som tillfrågades om de ville delta. Informationsbrev skickades till patienterna (bilaga 1). Patienterna kontaktades sedan av författarna per telefon för att boka tid och plats för intervjun. Patienterna fick själva föreslå var och när intervjun skulle ske. Ingen av

patienterna som blev tillfrågade att delta tackade nej. Intervjuerna genomfördes i det egna hemmet eller i ett ostört rum på patientens vårdcentral. Två patienter intervjuades i hemmet och sex patienter på vårdcentralen. Totalt intervjuades åtta patienter fyra kvinnor och fyra män i åldrarna 48-67 år.

Inklusionskriterier:

- Diabetes typ 2 både kost, tablett och insulinbehandlade
- Fått FaR utskrivet av diabetessjuksköterskan efter maj 2007
- Ålder mellan 40-70 år
- Svensktalande, ej i behov av tolk.

## **Datainsamlingsmetod**

Kvalitativ forskningsintervju är ett samtal där meningen är att få den intervjuades livsvärld beskriven. En intervju är ett samtal som har en struktur och ett syfte. Intervjusamtalet ger flera olika personers uppfattning om ett ämne och är ett sätt att förvärva kunskap, som sedan kan förbättra de undersökta personernas situation (Kvale, 1997).

Syftet med intervjuerna var att få fram patienternas erfarenheter av att ha fått FaR. En inledande fråga ställdes: Kan du berätta om när du fick FaR? Denna fråga följdes upp av följdfrågor som exempelvis, hur upplevde du att få ett FaR? Vad har det inneburit för dig? Kan du beskriva... utveckla mer... tankar, känslor inför att ha fått fysisk aktivitet på recept (bilaga 3). Intervjuerna utfördes under våren 2008. De spelades in på band och varade mellan 20-40 minuter. Intervjuerna transkriberades ordagrant av författarna.

## **Dataanalys**

Det nedskrivna datamaterialet analyserades i fyra olika faser enligt Evans (2003). Den första fasen är en insamlingsfas som bestod i att intervjuerna lästes flertalet gånger av författarna var och en för sig, samt tillsammans. I den andra fasen enligt Evans (2003) analyseras de kvalitativa likheterna i resultatet. Vid genomläsningen av intervjumaterialet gjordes understrykningar för att hitta nyckelord och teman. Nyckelord kodades efter patienternas olika erfarenheter. Av nyckelorden framkom patienternas olika känslor och erfarenheter. Dessa skrevs ned av författarna vid varje upprepade genomläsning. I Evans (2003) tredje fas analyseras likheter och skillnader och teman identifieras utifrån nyckelorden. För att göra detta mer överskådligt markerades nyckelorden med olika färg. Dessa utgjorde sedan underlaget för våra teman. Följande huvudtema framkom: Ökade motionsvanor och Ökad motivation med tillhörande undertema. I den fjärde och sista fasen behandlas materialet återigen som en helhet och resultatet presenteras. För att styrka underteman har citat tagits fram från patienternas berättelser för att förstärka innebörden i texten.

## Etiska aspekter

Etiska aspekter har beaktas utifrån Vetenskapsrådets (2002) fyra forskningsetiska principer vilka är informationskravet, samtyckekravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Patienterna informerades om syftet med studien och att deras medverkan var frivillig. De informerades hur undersökningen var upplagd, att intervjuerna skulle bandas. De fick när som helst avbryta sitt deltagande i studien. Datamaterialet behandlades konfidentiellt och användes bara i studiesyfte, vilket innebar att materialet förvarades inlåst och efter studiens avslut raderades intervjumaterialet. Patienterna avidentifierades och all insamlad information får ej nyttjas av obehörig.

## RESULTAT

Genom analys av intervjuerna redovisas resultatet i form av två huvudteman med tillhörande fem underteman, dessa presenteras i tabell 1.

Tabell 1

<b>Ökade motionsvanor</b>	<b>Ökad motivation</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Hellre motion än tabletter</li><li>• för min egen skull</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• det blev allvar</li><li>• insikt</li><li>• hon ville väl</li></ul>

### Ökade motionsvanor

Alla informanterna som hade fått FaR utskrivet hade ökat sina motionsvanor. De visste att det var bra att röra på sig, vid diabetes typ 2. En av informanterna hade bett om att få ett FaR för att öka sina motionsvanor. En annan informant kom ej ihåg att FaR hade blivit utskrivet, men informanten hade ändå ökat sina motionsvanor då hon/han kom ihåg samtalet med diabetessjuksköterskan om vikten av ökad fysisk aktivitet.

### Hellre motion än tabletter

Fem av sju informanter hade fått reda på att de hade diabetes typ 2 det senaste året. De beskrev att det var jobbigt att få besked om att ha fått diabetes typ 2. Det var inget som de ville ha och beskedet kändes tungt. En del tänkte på anhöriga eller bekanta som har diabetes och på att de har både tabletter och sprutor och så ville de ej ha det. Många

oroade sig för att behöva börja med tabletter eller så småningom insulin. En informant uttryckte sin fundering som följande:

*Då kändes det jobbigt att få det här och nu få en till då, kanske och eventuellt sprutor och se, det ville jag inte! Det fasar jag för! Ja, så det försöker jag ändra, ja det känns så (informant 3).*

Att diabetessjuksköterskan frågade informanterna om de var intresserade utav av få FaR utskrivet i behandlande syfte av sin diabetes istället för att få tabletter eller insulin upplevdes som positivt. Att själv kunna påverka sin situation och hälsa kändes bra. En informant uttryckte det:

*Ja, kan jag slippa tabletter och sprutor så är det ju jättebra att få ett recept på att motionera, det skulle vara fler som får det, självklart. Min kompis har haft sprutor, det vill jag inte ha (informant 8).*

Att kunna påverka sin diabetes typ 2 utan medicin verkade vara en gemensam faktor för informanterna. Det var viktigt att kunna påverka sin situation själv. En informant hade läst i tidningen om att hennes läkemedel kunde ge en del allvarliga biverkningar och ville därför testa något annat. Att öka sin fysiska aktivitet upplevdes som en positiv åtgärd. Många av informanterna tog fasta på att FaR var ett recept och likställde det med recept på vanlig medicin. En informant uttryckte sitt val av FaR framför ett recept på vanlig medicin såsom:

*Jag vet inte hur jag skall säga för jag tror, ja, det är ju medicin bägge delarna egentligen, men samtidigt känns det som att jag tar ju hellre det här receptet än att stoppar i mig tabletter. Jag rör på mig för det för så mycket gott med sig. Att stoppa i sig tabletter det är inte min melodi, så då rör jag hellre på mig (informant 5).*

## **För min egen skull**

Alla informanter upplevde ökad motion som en positiv upplevelse. Det var skönt att röra på sig. De kände sig piggare och var stolta över sig själva för de har kommit igång med någon form av fysisk aktivitet. Flera påpekar att det var bra att råden var individanpassade. Detta gjorde det lättare att komma igång, en informant uttrycker just känslan av att vara nöjd med att ha kommit igång:

*Jag är nog lite mer nöjd med mig själv, just för att jag kommit igång med det. För det här med diabetes, så det, ja, det här skall jag göra för min skull (informant 5).*

Flera av informanterna har gått ner i vikt i samband med ökad fysisk aktivitet. Endast någon har fått förbättrade blodsockervärden. Flera av informanterna var nydebuterade och hade inte kontrollerat sina blodsockervärden så ofta. Alla informanterna upplevde

ett ökat välbefinnande efter fysisk aktivitet. Att själv kunna påverka sin situation uttrycker en informant såsom:

*Så det var väl de grejerna att jag inte liksom tog tag i det tidigare, som man säger, men sen då att jag fick ändra kost så där lite grann och ja å röra på mig, så har det ju hjälpt mig, både med vikt och med hälsan överhuvudtaget, tycker jag (informant 2).*

Alla informanter hade ökat sin fysiska aktivitet och det gjorde att konditionen förbättrades. De upplevde det skönt att röra på sig och kände sig nöjda efter ett motionspass. En informant sade följande om den förbättrade konditionen och ökade välbefinnandet:

*Ja alltså detta som jag gör nu, så har jag en helt annan kondition och känner ju när jag, det kan ju vara så där dåligt väder och tänker jag, nej det skiter jag i och gå ut, men så tänker jag, nej nu har jag inte varit ute igår då, och då går jag idag! Och sen jag väl har gjort det, vad skönt det är! Just det här att ta steget ut och det har ju jag, jag vet ju att jag mår bättre när jag kommer hem (informant 2).*

Informanterna upplevde att få ett FaR var för deras egen skull. Diabetesbehandlingen blev något de kunde påverka själva. Att förbättra sin hälsa utan att behöva börja med tabletter eller insulin upplevdes positivt. Diabetessjuksköterskans bemötande upplevdes som stödjande och uppmuntrande och inte som kontrollerande eller hånade. En informant uttryckte det som:

*För det är ju som jag säger är det dåligt väder blir jag hemma och det är ingen som skäller på mig för det. Så därför så är det ju inget det här Måste, måste, måste ändå utan ändå har man det att det är bra för dig va! Det är sånt som du skall göra, ja. Jag har ju ingen med piska (informant 2).*

Att få ett FaR ökade motivationen till att börja motionera för informanterna. Det blev till en hjälp att bli mer strukturerad, utan att någon såg om det blev gjort eller ej. Att använda aktivitetsdagboken var en hjälp i början. Att öka den fysiska aktiviteten kändes viktigt att detta gjordes för min egen hälsa som en informant uttryckte det:

*Det är ju ingen människa som ser det här formuläret över huvud taget. Det är ju bara jag, ett eget samvete, det kan vara ett stöd faktiskt. Jag har blivit mer strukturerad kan man säga, ja genom detta. Det är ingen som ser om jag gör det eller ej, det är ju för min egen hälsa (informant 7).*

## Ökad motivation

Samtalet med diabetessjuksköterskan och att få ett FaR-recept ökade motivationen till att motionera för informanterna. Att få både skriftlig och muntlig information om fysisk aktivitet, samt den regelbundna kontakten med diabetessjuksköterskan var en sporre.

### Det blev allvar

De flesta informanterna upplevde FaR som en sporre, en ”puff”, en hjälp till att öka motivationen för att komma igång att motionera. En informant bad själv om att få recept på fysisk aktivitet.

*Jag bad om det, jag hade läst om det i tidningen, att man kunde få. Så jag tänkte, det kan ju vara en sporre att få det. Man vet ju att man skall röra på sig mer, när man har den här typ 2 diabetes som jag har, så jag tyckte kanske att det var en bra idé, så blev det så (informant7).*

FaR upplevdes som en hjälp med att komma igång att röra på sig mer. En informant upplevde det lättare att gå ut och gå regelbundet. En annan upplevde att FaR var en hjälp till att börja motionera.

*Om jag inte hade fått det, så kanske jag inte hade ringt honom och bestämt tid, jag kanske inte hade gjort det, för jag kanske hade gått någon månad till eller två kanske inte, nej, men det var bra och få det. Puffa till lite i alla fall (informant 3).*

*Som sagt var hade jag inte fått det här receptet så hade jag säker inte vart lika häpen på å röra på mig (informant 5).*

*Ja, att man blir påpuffad öh ut och röra på sig (informant 1).*

Alla som fick FaR ökade sin fysiska aktivitet. I samband med FaR-receptet fick informanterna en aktivitetskalender att fylla i de ordinerade aktiviteterna. En informant sade det blev lite mer regelbundet med hjälp av att ha en sådan att fylla i.

*Ja det blev ju mer regelbundet, i och med att jag för bok eller kryssar för dagarna... skratt (informant 7).*

Att få muntliga eller skriftliga råd verkar inte ha samma verkan. Det som sägs upplevs vara viktigt just för stunden, men kanske glöms av senare. En informant upplevde att ett nedskrivet råd kändes som en ny information det som blivit sagt var sagt förut. Skriftliga råd verkar tas på större allvar. En del likställer receptet på fysisk aktivitet med recept på medicin och att det är något som behövs.

*Det är just som jag säger det är ju ett papper på att det här behöver du likaväl som jag har en medicin att du behöver den, så tycker jag att det är. Ja om man får nåt som säger att du, det här behöver du.*

*Ja, det är likadant som med ett recept på medicin, den här måste du ta. Ja och den här behöver du för att bli frisk. Det är en skjuts framåt. Säger man något muntligt här, så säger man, ja så kanske det inte blir mer. När du säger det så behöver jag det just då, så glömmer jag det när jag kommer hem (informant 2).*

En informant kom ihåg att de pratade om att öka den fysiska aktiviteten och då gjorde han det. Att det i samband med samtalet om fysisk aktivitet skrevs ett recept på fysisk aktivitet kom informanten ej ihåg. När FaR visades menade informanten att:

*Ja, det är klart att det är ju bara att vad det heter, det om man får ett sådant här papper och så försöker att följa så gott det går, för att då har en ju pappret att då skall du veta att du skall ju göra så och så (informant 4).*

Att få individuella råd om fysisk aktivitet nedskrivet gav tyngd, allvar och ökad motivation för de flesta informanterna. En informant uttryckte det såsom:

*Så det gjorde jättemycket, receptet alltså, det måste jag säga. Så det är liksom mycket med allvar också (informant 5).*

## **Insikt**

Flera av informanterna relaterade till sin egen situation. Nu när de hade fått diagnos diabetes typ 2, passade det bra att få ett FaR. Att uttala sig om hur det skulle passa för andra i en annan situation hade många svårt att säga något om. Några informanter tyckte dock att detta kunde passa flera, att det upplevdes viktigt att även andra i samma situation verkligen skulle få reda på vad diabetes är och hur livsstilsförändringar påverkar.

*Nej, jag tror att alla skulle behöva ett recept på motion, få en tankeställare, det är ju viktigt att folk fattar vad diabetes är (informant 8).*

Alla informanter befann sig i beslutsfasen när de fick FaR-receptet. De hade redan börja bearbetat sin situation och haft funderingar på hur de själva kunde påverka sin hälsa. De hade fått information om att insulinkänsligheten ökar vid motion. En informant uttryckte insikt om att det var dags:

*Men här vart det liksom att någonting, jo, jag var i någon sinnestämning eller något just då, för jag hade börjat bearbeta mig själv att jag måste börja med det här (informant 3).*

Efter att ha kommit igång med ökad fysisk aktivitet upplevde informanterna sig mer nöjda med sig själva. Att göra något för sin egen hälsa förde mycket gott med sig. Informationen om att motion är en viktig del i behandlingen i diabetes typ 2 och att få en ordination på recept upplevdes av en informant som:



*Ja, det var en lossning på något, en lösning (informant 5).*

## **Hon ville väl**

Flera av informanterna talade om kontakten med diabetessjuksköterskan om att det var en person som ville dem väl. De hade upplevt respekt i bemötandet och kände att hon ville deras bästa utan att de behövde känna sig påhoppade eller påtvingade något. En annan informant uttryckte det som:

*Hon ville bara väl! Hon vill ju att vi skall stoppa Olle i grind innan det här och så man känner inte så här, att man blir hånad, Herre Gud du är så stor. Du behöver minsann gå tre gånger, så var det absolut inte (informant 3).*

Att regelbundet få träffa diabetessjuksköterskan kändes viktigt för uppföljningens skull. De kände stöd i att diabetessjuksköterskan brydde sig i hur det gick för dem. En informant uttryckte det:

*Jag sätter värde på att sköterskan vill träffa mig då och då, jag har förut varit väldigt nervös men jag har faktiskt blivit av med det (informant 6).*

Kontakten med diabetessjuksköterskan kändes positiv och uppmuntrande för flera informanter. Att bli erbjuden en behandling som överrensstämmer med sina egna förväntningar och livsvärld kändes lugnande som en informant uttrycker:

*Jag känner det bara positivt, hon kunde lika gärna ha sagt: du kommer att få sprutor sedan eller ännu värre... nu var det positiva att du kommer att klara det med kost och motion, det kändes skönt (informant 8).*

## **DISKUSSION**

### **Metod diskussion**

Syftet med studien var att beskriva patienters erfarenheter utav att ha fått FaR vid behandling av diabetes typ 2. För att nå syftet valdes att göra en kvalitativ intervjustudie. Att få kunskaper direkt, i detta fall från patienter med diabetes typ 2 som hade fått FaR likställs enligt Kvale (1997) att få grundligt prövade kunskaper. För att uppnå en trovärdighet genom forskningsprocessens delar valdes att göra en dataanalys enligt Evans (2003) där resultatet analyseras i olika steg från delar till helheter. Studien påbörjades som en litteraturstudie, men efter databassökningar upptäcktes att det inte fanns tillräckligt forskat kring erfarenhet att få FaR i behandling vid diabetes typ 2, därför gjordes en intervjustudie.

Fördelen att välja intervjuer som arbetsmetod är att författarna kom i direktkontakt med informanterna samt att informanterna kunde utveckla svaren närmare om författarna ville få något mer förtydligt. Kvale (1997) menar att intervju enligt kvalitativ ansats innebär att skapa en förståelse för den intervjuades erfarenheter och livsvärld, genom att diskutera ett ämne som både författaren och informanten är intresserade av, vilket också skedde under intervjun. Under intervjusituationerna fanns en positiv inställning och vilja hos samtliga informanter att förmedla erfarenheter som kunde vara till nytta för andra. Betingelserna för intervjuerna var goda. Informanterna hade själva fått välja tid och plats för intervjun, vilket kanske gjorde att de kände sig mer delaktiga.

Inklusionskriterier för studien var; patienter med diabetes typ 2 som hade fått FaR efter maj 2007, ålder mellan 40-70 år, förstår svenska samt ej vara behov av tolk. Utifrån dessa kriterier tog sekreterarna på respektive vårdcentral genom datasökning fram de aktuella patienterna, utifrån dem valde diabetessjuksköterskan några patienter som blev tillfrågade om de ville delta i studien. Vi gav ej några ytterligare instruktioner vilka patienter som skulle tillfrågas, utan överlät detta till diabetessjuksköterskan. Frågan är vilka patienter som diabetessjuksköterskan då frågade, om det var enligt henne redan positiva patienter som hade lyckats väl med att öka sin fysiska aktivitet och kände sig positiva till att ha fått FaR? Frågan kan ställas om resultatet hade blivit annorlunda om vi hade gett mer riktade direktiv hur diabetessjuksköterskan skulle välja ut patienter att tillfråga om de ville delta i studien ex slumpmässig urval alternativt de tre första patienterna som fick FaR?

Trovärdigheten och säkerheten i vårt resultat anser vi tillfredsställande då vi har använt den metod som Evans (2003) beskriver för analys och de anvisningar som Kvale (1997) och Lantz (2007) ger för kvalitativa intervjuer. Det som skulle kunna minska trovärdigheten är våra egna uppfattningar om vad som är meningsbärande enheter i analysen och vad som är angelägna frågor att ställa till informanterna för att nå syftet. Vi anser dock att de diskussioner och samarbete vi som författare haft har kunnat minimera subjektiva uppfattningar. Att ha varit två författare har varit berikande och inspirerande.

## **Resultat diskussion**

Vår studie visade att alla patienter ökade sin fysiska aktivitet efter att ha fått ett FaR. Detta överrensstämmer med tidigare forskning som också visar att skriftligt råd ger en ökad fysisk aktivitet (Swinburn et. al. 1998, Elley et. al, 2003, Kallings & Leijon, 2008). Ett skriftligt råd verkar ge mer tyngd och ökad motivation, än ett muntligt, vilket även en del patienter påpekade att när det var nedskrivet glömdes det inte bort lika lätt. Vi kände till att FaR ger ökad fysisk aktivitet, men att patienterna upplevde ett sådant allvar i att få det nedskrivet var intressant.

Hälso- och sjukvården behöver enligt regeringen arbeta mer hälsoinriktat (Regeringens proposition, 2002) och då kan enligt oss ett FaR vara en förstahandsåtgärd innan eventuellt läkemedel skrivs ut i samband med risk för diabetes typ 2 eller vid redan utvecklat diabetes typ 2, då det finns studier som styrker att livsstilsförändringar har en preventiv betydelse (Tuomilehto et. al, 2001). Vi anser att FaR kan vara en

motivationshöjande åtgärd då patienten blir medveten om livsstilsförändringens egna effekt. Fysisk aktivitet på recept är ett komplement till eller ersätter läkemedel och ingår nu i Västra Götalands läkemedelslista (Rek-lista, 2008). Många av patienterna beskriver att de likställde ett recept på fysisk aktivitet med att ha fått ett recept på konventionell tablettbehandling. Båda behandlingarna signalerade enligt patienterna att det var något som de behövde, men att de föredrog då att få ett FaR. Vi blev överraskade över att de uttryckte likheten mellan FaR och ett konventionellt recept på ett sådant övertygande sätt. Vi undrar om detta beaktas och tas till vara av diabetessjuksköterskan?

Flera av informanterna uttryckte oro för att få tabletter eller insulin som behandling av sin diabetes. Diabetes var inget som de ville ha och kunde de göra något för att förbättra sin hälsa, var de intresserade. Det finns en oro för läkemedelsbiverkningar hos patienterna. Att bli erbjuden en individanpassad ordination av fysisk aktivitet som en effektiv behandling av diabetes typ 2 upplevdes positivt. Fysisk aktivitet signalerar hälsovård i stället för sjukvård, att själv känna delaktighet i behandlingen och ta ansvar för sin egen hälsa.

Vi träffade patienter som var i olika stadier i sin diabetes-sjukdom. Ibland kan patienter som helt nyligen fått reda på att de har diabetes typ 2 vara lättmotiverade att ändra sin livsstil. De patienter som har haft sin diabetes ett längre tag och själva testat sina blodsockervärden är ofta väl medvetna om att blodsockervärdena sjunker mycket efter motion. Utifrån dessa olika stadier i sin diabetessjukdom, var ändå motivationen till ökad fysisk aktivitet hög.

Diabetessjuksköterskans viktigaste uppgift är att utbilda patienter med diabetes i egenvård. Det innebär för patienten, allt det man själv gör för att må bra, trots livslång sjukdom. Hälsovägledningen bör fokusera på att öka patientens motivation till livsstilsförändringar som påverkar hälsan positivt, till exempel att öka den fysiska aktiviteten (Wikblad, 2006). Patienterna uttryckte att de hade ökat sin fysiska aktivitet och att det var något som de gjorde för sin egen skull. Alla människor har ett inre behov av att själva bestämma och att känna att de kan handskas med situationen. De flesta människor som lyckas med att göra en förändring har förankrat denna i första hand i sig själva. Många av patienterna hade tidigare funderat på att börja motionera redan innan diabetessjuksköterskan tog upp samtalet om FaR. Arborelius (2008) hänvisar till omfattande forskning som visar att människor blir mer motiverade till förändring om vårdpersonalen uppmuntrar och stöder patientens egna initiativ och har ett patientcentrerat förhållningssätt. Detta innebär att vara lyhörd för vad patienten vill, att möta patientens olika behov och mål och att uppmuntra detta genom att stärka patientens självförtroende och ta tillvara socialt nätverk. Faskunger (2008) skriver att forskning visar att socialt stöd kan underlätta en beteendeförändring som att öka den fysiska aktiviteten, vilket också stämmer överrens med vår studie där en del patienter beskrev att FaR ibland gav dubbel verkan, då man/maken också ökade sin motion. Detta är utmärkt med tanke på folkhälsan och den stora andelen av befolkningen som är fysiskt inaktiva. Vi anser det är en positiv bieffekt utav FaR att även eventuell partner ökar sin fysiska aktivitet.

Det är viktigt enligt Dahlberg et. al (2003) att ha ett vårdvetenskapligt livsvärldsperspektiv, där öppenhet och följsamhet för patientens situation och

perspektiv betonas. Detta kan göras då diabetessjuksköterskan tar reda på vilka aktiviteter patienten deltar i för tillfället, hur mycket patienten rör på sig samt hinner med och tidigare fysisk aktivitet, samt vilka hjälpmedel såsom exempelvis stegräknare, dagbok eller stavar som skulle kunna vara till nytta. Patienterna ansåg att de hade blivit bemötta utifrån sin egen livsvärld och hade fått ordination på fysisk aktivitet som överrensstämde med sina egna förväntningar. Vi tycker att det är en förutsättning att råden stämmer överens med patientens egna förutsättningar för att öka motivationen och att ordinationen skall kunna följas.

Vi tolkade att de patienter som var med i studien befann sig i beslutsfasen och var beredda till att gå in i handlingsfasen att börja motionera. Att då i den situationen bli erbjuden att få ett FaR av diabetessjuksköterskan var rätt. Att erbjuda en patient ett FaR när hon/han befinner sig i före begrunden är inte mycket idé, då patienten ej har någon insikt om problemet. Vi anser att det kan vara mest framgångsrikt att erbjuda ett FaR till patienter som befinner sig i beslutsfasen för att bli hjälpta att komma in i handlingsfasen. Barth & Näsholm (2006) menar att när patienten befinner sig i handlingsfasen och övergår i stabiliseringsfasen är uppföljning och återkoppling viktigt för att bibehålla gjorda livsstilsförändringar. Patienterna i studien kände sig trygga med att diabetessjuksköterskan ville ha kontakt med dem, ville dem väl och var intresserade av hur det gick. Att som diabetessjuksköterska skapa en känsla av välbefinnande hos patienterna kan enligt Dahlberg et. al (2003) ske med enkla medel. När patienterna känner sig sedda, att någon bryr sig och ser patienten i just sin egen situation, ger trygghet, vilket också studien visar på.

Langius-Eklöf (2008) refererar till Antonovsky som beskriver kasam som den känsla av sammanhang en person har i livet. Enligt den avspeglar sig en människas förmåga att hantera en påfrestande situation i livet på hur livet ter sig begripligt, hanterbart och meningsfullt. I vår studie framkom det att några av patienterna fick en aha-upplevelse när de själva fick en förståelse för sin sjukdom och kände att de kunde påverka sin egen situation. Vi anser att diabetessjuksköterskan bör fundera på hur hon kan hjälpa till att göra situationen begriplig, hanterbar och meningsfull för patienten. Fokus bör då vara patientcentrerat och ta vara på dennes resurser för öka motivationen.

Hälso- och sjukvården bör organiseras runt patienten med inriktning på att skapa en god vårdrelation. Patienten bör träffa samma vårdpersonal varje gång, det bör finnas tid och utrymme för samtal. Samtalet bör handla om patientens vardag. Fokus bör inte ligga på sjukdom utan på hälsa. Patienten skall få kunskap om vad hon/han själv kan göra för bli delaktig i sin behandling. Hälso- och sjukvårdslagen (1997) beskriver patientens rätt till självbestämmande och integritet, för att stärka patientens roll i sjukvården. Patienterna beskrev att få ett FaR vad att göra något ”för min egen skull” De kände sig delaktiga och egenansvar för sin egen behandling. Arbetet med FaR blir positivt ur den bemärkelsen att patienterna kan känna större delaktighet och självbestämmande i sin vård och att patientens eget ansvar och aktiva roll i den egna behandlingen betonas. Detta kan i sin tur enligt oss leda till att patienten kan känna en ökad självkontroll, ökat självförtroende och ökat egenvärde.

Det är viktigt att ge patienten grundläggande fakta om diabetes, om orsak och verkan. Flera patienter uttryckte att de hade fått insikt om sin sjukdom efter kontakt med

diabetessjuksköterskan och flera uttryckte att de ville bli av med sin sjukdom. Lönnroth & Smith (2002) skriver att många patienter med diabetes typ 2 har en uttalad insulinresistens som till viss del är reversibel alltså sjukdomen kan gå tillbaka, om patienten får en god kontroll av blodsocker, blodtryck, blodfetter och midjemått vilket kan ske genom ökad fysisk aktivitet. Vi anser att alla inom diabetesvården har en stor uppgift i att klargöra detta för patienterna och då kan FaR vara ett bra hjälpmedel och en förstahandsåtgärd vid nydebut av diabetes typ 2.

## **Praktiska implikationer**

Leijon & Ståhle (2007) beskriver att de lokala förutsättningarna är av betydelse för att arbeta med FaR. Att involvera flera yrkesgrupper i diabetesteamet är ett sätt att göra FaR-arbetet mindre individberoende. Varje yrkesgrupps speciella kunnande bör tas tillvara i ett teamarbete för att se till patientens bästa. Det är viktigt att utveckla gemensamma riktlinjer kring arbetet att främja fysisk aktivitet, där alla i teamet ger lika budskap till patienterna. Det ger en högre trovärdighet till de råd som ges, vilket i sig skapar en trygghet för patienten.

Utifrån denna studies resultat framkommer följande aspekter som är viktiga för diabetessjuksköterskan inför utfärdande av FaR:

- Att identifiera var i förändringsprocessen patienten befinner sig för att motivera patienten vid rätt tillfälle.
- Att vara lyhörd och visa respekt för patientens egna tankar för att de skall känna delaktighet i sin egen behandling.
- Att ge tid för uppföljning skapar goda förutsättningar för patienten att lyckas med livsstilsförändringar.

## **Framtida forskning**

Det framkom att en del patienter hade stor glädje och stöd av att göra något tillsammans med andra när det gäller fysisk aktivitet. Ett förslag på framtida forskning kan därför vara om gruppaktivitet för nydebuterade patienter med diabetes typ 2 som har fått FaR ger en ökad motivation och följsamhet?

## REFERENSER

- Ahlin, U., & Wredling, R. (2005). Omvårdnad vid diabetes - diabetessjuksköterskans roll. Ingår i C-D. Agardh, C. Berne, & J. Östman (red.), *Diabetes*. (s.401-405). Stockholm: Liber.
- Arborelius, E. (2008). Att prata med patienter om levnadsvanor. Ingår i B. Klang Söderkvist, *Patientundervisning*. (s.133-151). Lund: Studentlitteratur.
- Barth, T., & Näsholm, C. (2006). *Motiverande samtal – MI. Att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor*. Lund: Studentlitteratur.
- Birkeland, K., Henriksson, J., & Östenson, C-G. (2008). Diabetes mellitus – typ 2-diabetes. Ingår i A. Ståhle (red.), *FYSS 2008 Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. (s.301-311). Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Börjesson, M., Strandell, A., & Ståhle, A. (2003). Fysisk aktivitet på recept. Ingår i A. Ståhle, (red.), *FYSS Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling* (s.33-43). Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Börjesson, M., Faskunger, J., Kallings, L., Laerum, G., Leijon, M., & Ståhle, A. (2008). Främja fysisk aktivitet. Ingår i A. Ståhle (red.), *FYSS 2008 Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. (s.47-63). Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Efendic, S., Groop, L., & Östenson, C-G. (2005). Orsaker till typ 2-diabetes. Ingår i C-D. Agardh, C. Berne, & J. Östman (red.), *Diabetes*. (s.76-83). Stockholm: Liber.
- Eklom, B., & Nilsson, J. (2000). *Aktivt liv. Vetenskap och praktik*. SISU Idrottsböcker.
- Elley, C., Kerse, N., Arrol, B., & Robinson, E. (2003). Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 326: 793-796.
- Evans, D. (2003). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 22-26.
- Ewles, L., & Simnett, I. (2005). *Hälsa-arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Faskunger, J., & Schäfer Elinder, L. (red). (2006). *Fysisk aktivitet och folkhälsa*. Huskvarna: Statens folkhälsoinstitut.

- Faskunger, J., (2008). Beteendeförändring – att hjälpa patienter med livsstilsfrågor. Ingår i B. Klang Söderkvist, *Patientundervisning*. (s.113-131). Lund: Studentlitteratur.
- Fernström, L., Hanås, P., Johansson, K., Jönsson, Å., Pilström, K., Wikblad, K., & Östlinger, G. (2006). *Kompetensbeskrivning och förslag till utbildning för legitimerad sjuksköterska i diabetesvård*. Bromma: Brommatryck & Brolins AB.
- Hjelm, K. (2006). Diabetespandemi. Ingår i K. Wikblad (red.), *Omvårdnad vid diabetes* (s 313 -322). Lund: Studentlitteratur.
- Hälso- och sjukvårdslagen, 1997:142. Hämtad 2008-09-10 från:  
[http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&dok\\_id=SFS1982:763&rm=1982&bet=1982:763](http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&dok_id=SFS1982:763&rm=1982&bet=1982:763)
- Johansson, U-B., & Wredling, R. (2006). Diabetes hos vuxna Diabetessjuksköterskans roll vid medicinsk behandling av typ 2-diabetes. Ingår i K. Wikblad (red.), *Omvårdnad vid diabetes*. (s 122-130). Lund: Studentlitteratur.
- Kallings, L. (2008). *Physical activity on prescription: Studies on physical activity level, adherence and cardiovascular risk factors*. Karolinska Institutet : Stockholm.  
 Hämtad 2008-09-21 från:  
<http://diss.kib.ki.se/2008/978-91-7409-111-3/thesis.pdf>
- Kallings, L.V., & Leijon, M. (2003). *Erfarenheter av Fysisk Aktivitet på recept - FaR*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut. Rapport 2003:53.
- Kallings, L. V., Leijon, M., Helénus, M.-L., & Ståhle, A. (2007). Physical activity on prescription in primary health care: a follow-up physical activity level and quality of life *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*. 18 (2) 154-161.
- Kallings, L., Leijon, M., Hellenius, M., & Ståhle, A. (2008). Physical activity on prescription in primary health care: a follow-up of physical activity level and quality of life. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*. 18 (2) : 154-161.
- Kirkevold, M. (1994). *Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering* Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Langelius – Eklöf, A. (2008). Salutogenes och känsla av sammanhang. Ingår i B. Klang Söderkvist, *Patientundervisning*. (s.57-87). Lund: Studentlitteratur.
- Lantz, A. (2007). *Intervjumethodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Leijon, M., & Ståhle, A. (2007). Fysisk aktivitet på recept – ett verktyg för bättre folkhälsa. *Fysioterapi*. (5) 40-47.

- Lönnroth, P., & Smith, U. (2005). Insulineffekter. Ingår i C-D. Agardh, C. Berne, & J. Östman (red.), *Diabetes*. (31-37). Stockholm: Liber.
- Regeringens proposition 2002/03:35 *Mål för folkhälsan*. Hämtad 2008-08-02 från: [http://www.fhi.se/upload/PDF/2004/omfhi/p200203\\_35.pdf](http://www.fhi.se/upload/PDF/2004/omfhi/p200203_35.pdf)
- Reklista, Västra Götalandsregionen hämtad 2008-08-02 från: [http://epi.vgregion.se/upload/L%C3%A4kemedel/Reklistan%202008\\_webb.pdf](http://epi.vgregion.se/upload/L%C3%A4kemedel/Reklistan%202008_webb.pdf)
- Scherstén, B. (2005). Epidemiologi vid typ 2-diabetes och möjligheter till prevention. Ingår i C-D. Agardh, C. Berne, & J. Östman (red.), *Diabetes*. (s.67-75). Stockholm: Liber.
- Selle, H. (2006). Utmaningar i undervisningen av vuxna med diabetes. Ingår i A. Skaffjeld (red.), *Diabetes* (s.127-144).Lund: Studentlitteratur.
- SBU Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2007). *Metoder att främja fysisk aktivitet. En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Rapportnr: 181.
- Socialdepartementet. (2008). *Regeringsbeslut III:3*. Stockholm. Hämtad 2008-08-02 från: <http://www.fhi.se/upload/ar2008/ovrigt/uppdrag/uppdrag%20receptf%C3%B6rskriv en%20fysisk%20aktivitet%204086.pdf>
- SOSFS (1993:17) *Omvårdnad inom hälso- och sjukvården*. Hämtad 2008-08-02 från: [http://www.sos.se/sosfs/1993\\_17/1993\\_17.htm](http://www.sos.se/sosfs/1993_17/1993_17.htm)
- Socialstyrelsen, (2005a). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. (Artikelnr 2005-105-1). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2005b). *Folkhälsorapport 2005*. SoS-rapport 2005. Stockholm: Socialstyrelsen och Epidemiologiskt centrum.
- Swinburn, B. A., Walter, L.G., Aroll, B., Tilyard, M.W., & Russel, D.G. (1998). The Green Prescription Study: A randomized Controlled Trial of Written Exercise Advice Provided by General Practitioners. *American Journal of public Health*, 88(2) 288-291.
- Tuomilehto, J., Lindström, J., Eriksson, J., Valle, T., Hämäläinen, H., Illane-Parikka, P., Keinänen-Kiukkaaniemi, S., Laakso, M., Louheranta, A., Rastas, M., Salminen, & V., Uusitupa, M. (2001). Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *The New England Journal of Medicine*, 344 (18) 1343-1349.
- Wallberg-Henriksson, H., & Krook, A. (2005). Motion. Ingår i C-D. Agardh, C. Berne, & J. Östman (red.), *Diabetes*. (s.97-108). Stockholm: Liber.



Vetenskapsrådet, (2002) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Elanders Gotab.

Wikblad, K. (2006). Olika roller i diabetesteamet. Ingår i K. Wikblad (red.), *Omvårdnad vid diabetes*. (s.23- 27). Lund: Studentlitteratur.

## Bilaga 1

Hej!

Vi heter Birgitta Abrahamsson och Barbro Hernberger och jobbar som diabetessjuksköterskor på Vårgårda vårdcentral. Vi skriver en C-uppsats på Institutionen för Vårdvetenskap vid Högskolan i Borås.

Vi har valt att skriva om Fysisk aktivitet på Recept hos patienter som har diabetes typ 2. Då det inte är mycket forskat i ämnet har vi valt att göra en intervjustudie. Syftet med denna studie är att beskriva patienters upplevelser av att få ett recept på fysiskt aktivitet.

Du får detta brev med anledning av att Din diabetessjuksköterska har skrivit ut Fysisk aktivitet på Recept som en del i Din behandling av diabetes typ 2. Vi vill genom intervju fråga efter Dina upplevelser och tankar efter att ha fått FaR, intervjun beräknas att ta ca 30-60 minuter. Intervjun kommer att spelas in på band.

Din medverkan är helt frivillig och Du kan när som helst avbryta Din medverkan. Intervjuerna kommer att behandlas konfidentiellt, vilket innebär att Din integritet ej kommer att röjas. När du gett Ditt godkännande till Din diabetessköterska att medverka i intervjun kommer vi att kontakta Dig per telefon för att bestämma datum och tid för intervjun som kommer att ske på Din vårdcentral. Har Du några frågor, går det bra att kontakta oss per telefon.

Med vänliga hälsningar

Birgitta Abrahamsson

E-post: [birgitta.abrahamsson@vgregion.se](mailto:birgitta.abrahamsson@vgregion.se)

Tel 0322-666 715

Barbro Hernberger

E-post: [barbro.hernberger@vgregion.se](mailto:barbro.hernberger@vgregion.se)

Tel 0322-666715

Handledare:

Lise-Lott Berg E-post: [liselott.berg@hb.se](mailto:liselott.berg@hb.se)

Lena Hedegård E-post: [lena.hedegard@hb.se](mailto:lena.hedegard@hb.se)

Institutionen för Vårdvetenskap

Borås Högskola

## Bilaga 2

Till Verksamhetschefen

Vi heter Birgitta Abrahamsson och Barbro Hernberger och jobbar som diabetes-sjuksköterskor på Vårgårda vårdcentral. Vi skriver en C-uppsats på Institutionen för Vårdvetenskap vid Högskolan i Borås.

Vi har valt att skriva om Fysisk aktivitet på Recept hos patienter som har diabetes typ 2. Då det inte är mycket forskat i ämnet har vi valt att göra en intervjustudie. Syftet med denna studie är att beskriva patienters upplevelser av att få ett recept på fysiskt aktivitet.

Vi har frågat sekreterarna på varje vårdcentral i Mittenälvsborg (dock ej vår egen) angående hur många patienter med diabetes typ 2 som diabetessköterskan har skrivit FaR till. Utifrån dessa patienter har vi bitt diabetessköterskan att slumpmässigt skall ta ut några patienter utifrån kriterierna:

- Diabetes typ 2
- Har fått FaR från maj 2007 tom idag
- Ålder 40-70 år
- Förstår svenska

Patienterna kommer att bli tillfrågade utav diabetessköterskan om att delta i intervjun, vilken kommer att handla om patienters upplevelser utav att ha fått FaR vid diabetes typ 2? De som tackar ja kommer att bli kontaktade utav oss för att bestämma datum och tid för intervjun som kommer att ske på patientens vårdcentral. Patienten blir innan dess kontaktad och får ett info-brev utav oss vg se bilaga.

Har Du några frågor, går det bra att kontakta oss per telefon.

När uppsatsen är färdig kommer den att finnas tillgänglig på Institutionen för vårdvetenskaps hemsida på [www.hb.se](http://www.hb.se) under länken *examensarbete*.

Med vänliga hälsningar

Birgitta Abrahamsson

E-post: [birgitta.abrahamsson@vgregion.se](mailto:birgitta.abrahamsson@vgregion.se)

Tel 0322-666 715

Barbro Hernberger

E-post: [barbro.hernberger@vgregion.se](mailto:barbro.hernberger@vgregion.se)

Tel 0322-666715

Handledare:

Lise-Lott Berg E-post: [liselott.berg@hb.se](mailto:liselott.berg@hb.se)

Lena Hedegård E-post: [lena.hedegard@hb.se](mailto:lena.hedegard@hb.se)

Institutionen för Vårdvetenskap  
Borås Högskola

### **Bilaga 3**

#### **Mall för intervjufrågor:**

Kan du berätta om när du fick ett recept på fysisk aktivitet?

Hur upplevde du att få ett FaR?

Vad har du för tankar kring FaR som behandlingsmetod i samband med diabetes?

Hur menar du då?

Kan du beskriva?

Kan du utveckla detta vidare?

Ge exempel?

## Bilaga 4

### Ordination av Fysisk aktivitet vid Diabetes typ 2

Typ 2 diabetes är den vanligaste formen av diabetes. I Sverige har 3-4% av befolkningen denna kroniska sjukdom som förr kallades för åldersdiabetes. Bland personer över 70 år är ungefär 20% drabbade men sjukdomen förekommer i alla åldrar.

#### Hur kan Du förebygga?

Dina levnadsvanor betyder mycket när det gäller risken för typ 2 diabetes. En effektiv förebyggande insats är att motionera regelbundet. Detta är vetenskapligt bevisat i en lång rad studier. forskningen har visat att ju mer energi man varje dag förbrukar vid fysisk aktivitet desto mindre är risken att utveckla typ 2 diabetes.

#### Risikfaktorer

- För lite fysisk aktivitet i vardagen och för lite träning
- Övervikt
- Rökning
- Fettrik och fiberfattig kost
- Stress

#### Friskfaktorer

Fysisk aktivitet i kombination med regelbundna måltider kan bidra till färre blodsockersvängningar. Förbättrad blodsockerkontroll minskar risken för följsjukdomar. Regelbunden fysisk aktivitet skyddar hjärtat och blodkärlen.

Medelhård fysisk träning kan leda till en blodsockersänkning som kan kvarstå upp till 12 timmar.

#### Rekommendationer om träning och motion vid typ 2 diabetes.

Var fysiskt aktiv sammanlagt minst 30 minuter varje dag. Lägg gärna till kondition eller styrketräning men anpassa ansträngningen till det som passar Dig.

Ät en fiberrik och fettreducerad kost. Högst 30% av maten ska bestå av fett. Fettet skall främst vara enkel och fleromättat.

Speciella rekommendationer just för dig kan du ta upp med din diabetessköterska eller din läkare eller läsa själv i FySS för Alla.

Källa: FYSS för Alla, Apoteksbolaget

FYSS - Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling

[www.fyss.se](http://www.fyss.se)

<b>Namn:</b> KRANK, KALLE	<b>Personnummer:</b> 121212-1212
<b>Aktivitet:</b> _____	
<b>Minst</b> _____ <b>min</b> _____ <b>ggr/vecka</b>	
<b>Intensitet enligt Borg skala</b> _____	
<b>Uppföljning hos:</b> _____	<b>Datum:</b> _____
<b>Ordinatór:</b> Birgitta Abrahamsson	<b>Ordinerat datum:</b> 2008-09-01