

**Fysisk aktivitet på recept
En kvalitativ studie ur ett patientperspektiv**

**Exercise on prescription
A qualitative study from a patient perspective**

Examensarbete inom huvudområdet folkhälsovetenskap
Avancerad nivå 15 Högskolepoäng
Vårtermin År 2014

Olsson, Mona

Handledare: Andersson Adamovic, Emelie
Examinator: Regber, Susann

SAMMANFATTNING

Titel: Fysisk aktivitet på recept – en kvalitativ studie ur ett patientperspektiv

Institution: Institutionen för hälsa och lärande, Högskolan i Skövde

Kurs: Examensarbete i folkhälsovetenskap, 15 högskolepoäng

Författare: Olsson, Mona

Handledare: Andersson Adamovic, Emelie

Sidor: 31

Månad och år: maj 2014

Nyckelord: Fysisk aktivitet på recept, FaR, motivation, transteoretiska modellen

BAKGRUND: Fysisk aktivitet på recept (FaR) innebär att en läkare skriver ut en anpassad träningsform till patienten istället för medicin, eller i kombination med medicin. Aktiviteten blir en del i behandlingen. Eftersom många idag inte följer rekommendationerna för fysisk aktivitet uppstår på sikt en rad folkhälsosjukdomar. FaR främjar hälsan och förebygger sjukdom. **SYFTE:** Syftet med den här uppsatsen är att undersöka huruvida FaR ur ett patientperspektiv upplevs vara en effektiv och fungerande behandlingsmetod. **METOD:** En kvalitativ ansats har använts. Semistrukturerade intervjuer har genomförts via telefon. Målgruppen var vuxna personer över 18 år som fått FaR. **RESULTAT:** Det som framkom av intervjuerna var att upplevelsen av FaR i stort sett var positiv och att de flesta förstod varför det var viktigt med fysisk aktivitet. Besöket hos sjukvården höjde direkt motivationen till att träna, men sjönk om inte uppföljning skedde. Trots den positiva upplevelsen så hade det i flera fall behövts mer råd och hjälp. Det saknades i många fall en kontaktperson eller samordnare som patienten kunde vända sig till. **SLUTSATS:** Genom att få mer hjälp med motivation och stöttning hade troligen flera av respondenterna fått bättre resultat av FaR.

ABSTRACT

Title: Exercise on prescription - A qualitative study from a patient perspective

Department: School of Life Sciences, University of Skövde

Course: University Diploma Project in Public Health Science, 15 ECTS

Author: Olsson, Mona

Supervisor: Andersson Adamovic, Emelie

Pages: 31

Month and year: May 2014

Keywords: Exercise on prescription, EoP, motivation, the Trans theoretical model

BACKGROUND: Exercise on Prescription (EoP) means that a doctor writes out a customized form of exercise to the patient instead of medicine, or in combination with medication. The activity becomes a part of the treatment. Since many today do not follow recommendations for physical activity occurs in the long term a number of public health diseases. EoP promotes health and prevents disease. **AIM:** The aim of this paper is to

examine whether EoP from a patient perspective perceived to be an efficient and effective method of treatment. **METHOD:** A qualitative approach was used. Semi-structured interviews were conducted by telephone. The target audience was adults over age 18 who received EoP. **RESULTS:** The findings of the interviews were that the experience of EoP was largely positive and that most understood why it was important to have physical activity. A visit to a health care raised the direct motivation to exercise, but declined unless follow-up occurred. Several had been needed more help and advice from a contact person or coordinator that the patient could turn to. **CONCLUSION:** By getting more help with motivation probably more of the respondents had received better results from EoP.

Innehållsförteckning

Introduktion.....	1
Folkhälsovetenskapligt perspektiv	1
Bakgrund.....	3
Definition av fysisk aktivitet.....	3
Stillasittande livsstil	3
Behandlingar inom sjukvården	4
Diabetes.....	4
Högt blodtryck	5
Stroke	5
Smärta och värk	5
Stress.....	6
FaR-samordnare.....	6
Tidigare forskning.....	7
Äldre personer och fallolyckor.....	7
Depression, ångest och oro	8
Livsstilssjukdomar, effekt av fysisk aktivitet och aktivitetsnivåer	8
Teoretiska perspektiv	10
KASAM	10
Coping.....	10
Transteoretiska modellen	11
Motiverande samtal.....	12
Syfte och frågeställning	13
Metod	13
Etiska aspekter	15
Tillvägagångssätt vid intervjuerna	15
Dataanalys.....	15
Resultat.....	16
Upplevelse av FaR	16
Träning	17
Motivation.....	17
Recept och tolkning av recept.....	18
Uppföljning	20
Förbättring av sjukdomsbilden.....	20

Rekommenderade träningsformer	20
Att känna sig kränkt	21
Sammanfattning av resultat.....	22
Diskussion.....	22
Metoddiskussion	22
Kvalitativ metod.....	22
Kvantitativ metod.....	23
Urval.....	23
Överförbarhet och tillförlitlighet.....	24
Resultatdiskussion.....	24
Olika stadier i den transteoretiska modellen	24
Kunskapsbrist bland patienterna	25
Ansvar och kompetens	26
Ekonomiska resurser	27
Tidsbrist i sjukvården.....	28
För- och nackdelar med FaR	28
Vem får FaR?.....	29
Ett fungerande exempel.....	30
Effekt av FaR	30
Framtid och konklusion.....	31
Referenser	32
Bilagor.....	36
Bilaga 1	36
Bilaga 2	38
Bilaga 3	39

Förord

Om fysisk aktivitet enligt en av de intervjuade i uppsatsen:

”det är inte så att man ska göra det här snabbt, utan det är som att pensionsspara; lite varje månad. Man sätter pengar på banken när man tar hand om sig själv, för det blir inte så mycket läkarbesök och inte så mycket medicin och det blir inte de här skadorna längre fram”.

Att röra på sig får oss att må bra och kan öka chansen så vi håller oss friska långt upp i åldrarna. Människokroppen är gjord för rörelse och det är inte naturligt för oss att vara inaktiva. Att se grundproblemet och lösa det, är alltid bättre än kortsiktiga lösningar.

”Give a man a fish and he eats for a day; teach a man to fish and he eats for a lifetime”.

Maimon

Introduktion

Fysisk aktivitet på recept innebär att en läkare skriver ut en anpassad träningsform till patienten istället för medicin eller i kombination med medicin. Det kan vara promenader, löpning, stavgång, yoga, styrketräning eller till och med trädgårdsarbete. Aktiviteten blir en del i behandlingen.

Ett recept på fysisk aktivitet ska vara individuellt anpassad och beskriva både intensitet, varaktighet och hur ofta aktiviteten ska utföras. Receptet ska innehålla vilken typ av fysisk aktivitet som är lämplig, vilket kan göras i samråd med patienten (Leijon, Kallings, Faskunger, Laerum, Börjesson & Ståhle, 2009). Receptet kan skrivas för aktiviteter som patienten utför på egen hand, eller för aktiviteter som patienten utför hos till exempel en friskvårdsanläggning (Folkhälsomyndigheten, 2014). Hur samarbetet ser ut mellan vårdgivare och olika friskvårdsanläggningar varierar beroende på vilken kommun eller landsting patienten bor i. Vissa aktiviteter är gratis och andra kan vara rabatterade. För de flesta aktiviteter står patienten själv för kostnaderna.

Statistik från år 2007 från primärvården i Göteborg Centrum och Väster (Sigurdsdotter, 2008) visar att den vanligaste orsaken till att få FaR var övervikt/fetma, följt av diabetes och hypertoni (högt blodtryck). På fjärde plats kom stress, ångest/depression. Samma statistik visar att promenader/stavgång var den överlägset vanligaste aktiviteten att skriva ut, samt att det är fler kvinnor än män som får FaR.

Folkhälsovetenskapligt perspektiv

Genom att vara fysiskt aktiv ökar möjligheten att en rad sjukdomar och besvär kan förebyggas och lindras. Den fysiska aktiviteten blir ett bra komplement till medicinering. Hjärt- kärlsjukdom, högt blodtryck, benskörhet, ryggont, övervikt och fetma, typ 2 diabetes, depression, oro och ångslan är alla exempel på sjukdomar och tillstånd som är vanliga folkhälsoproblem och som kan förebyggas och lindras med hjälp av fysisk aktivitet som komplement till de medicinska behandlingarna (Karlsson, Jansson & Ståhle, 2009).

Den rekommenderade dagliga fysiska aktiviteten för vuxna är 30 minuter per dag, minst fem dagar i veckan, helst sju. Aktiviteten kan ackumuleras under dagen, men minst tio minuter per tillfälle. Den fysiska aktiviteten ska vara på minst måttlig nivå och på ett sådant sätt att pulsen ökar och värmen stiger. En rask promenad kan vara ett exempel på det. Ökas mängden och intensiteten uppnås ytterligare hälsoeffekter. Cirka hälften av den vuxna befolkningen i Sverige når inte rekommendationerna för fysisk aktivitet och hälsa (Faskunger, 2013).

Med otillräcklig fysisk aktivitet menas mindre än 150 minuter fysisk aktivitet i veckan på en måttlig intensitetsnivå, alternativt mindre än 75 minuter fysisk aktivitet per vecka på en hög intensitetsnivå (Socialstyrelsen, 2014).

Eftersom många idag inte följer rekommendationerna för fysisk aktivitet uppstår på sikt en rad folkhälsosjukdomar. Sjukdomar som kunde ha förhindrats med hjälp av motion. Faskunger (2013) menar att det kan vara svårt att uppmuntra till fysisk aktivitet, eftersom många endast har en måttlig förhöjd risk för sjukdom på grund av för lite fysisk aktivitet. Resultatet blir då att människor kanske inte inser vikten av att fysisk aktivitet kan förhindra sjukdom även i framtiden. I dagsläget uppfattar många inte ett särskilt stort behov av förändring eftersom de mår bra just nu.

Förväntad livslängd beror till stor del på hur fysiskt aktiv en person har varit under sitt liv. Till exempel kan en kvinna i 30 års ålder med en stillasittande livsstil, som övergår till måttlig fysisk aktivitet vinna 4,6 år i livslängd och minskar sin sjukdomstid med 2,7 år. Övergår kvinnan dessutom till att bli högaktiv vinner hon 7,3 år. För en man ökar livslängden ytterligare något i jämförelse med en kvinna (Faskunger, 2013).

Hälsoeffekterna av fysisk aktivitet ger starka skäl att anta och upprätthålla en aktiv livsstil. Tyvärr avtar nivån av fysisk aktivitet under tonåren. I en undersökning som gjordes i USA år 2004, var 70 % av den amerikanska vuxna befolkningen stillasittande eller inaktiva och uppnådde inte den rekommenderade nivån för hälsofördelar (Buckworth & Nigg, 2004). I samma studie kan det läsas att av 493 collegestudenter uppgav 57 % av de manliga och 61 % av de kvinnliga studenterna att de inte bedrivit någon högintensiv eller måttlig motion på minst tre av de senaste sju dagarna.

Många levnadsvanor i vuxenlivet etableras under slutet av tonåren och tidig vuxenålder. Därför menar Buckworth och Nigg (2004) att nedgång i fysisk aktivitet i tonåren och ung vuxen ålder är en oroande trend. Fysisk inaktivitet är ett allvarligt och genomgripande folkhälsoproblem. Att studenter sitter stilla mycket kan enligt Buckworth och Nigg (2004) bero på att tid till läsning och datoranvändande till skolarbetet tar mycket tid och kanske prioriteras före en fysisk aktivitet.

Brist på motivation och okunskap är ibland en av de bidragande orsakerna till att människor inte är tillräckligt fysiskt aktiva. Bland de relaterade faktorer som Gomes Guedes, Venícios de Oliveira Lopes, Pessoa Moreira, Frota Cavalcante och Leite de Araujo (2010) fann, var ”brist på utbildning för genomförande av fysisk träning” den mest rapporterade orsaken bland individer med högt blodtryck, följt av ”bristande resurser”, ”bristande intresse” och ”bristande motivation”. ”Bristande kunskap om hälsoeffekterna av motion” fanns bara bland 13 personer av totalt 310, vilket visar att 95,8 % av deltagarna i studien hade åtminstone lite information om fördelarna med fysisk aktivitet. Sammanfattningsvis konstaterade Gomes Guedes et al. (2010) att 60 % av personerna som studerades och som hade högt blodtryck, visade en stillasittande livsstil. I samma undersökning sågs att individer med indikation av diabetes typ 2, fanns ett signifikant samband mellan ”brist på motivation”, ”stillasittande livsstil” och sjukdomen.

År 2006 var nästan 40 procent av svenskarna inte tillräckligt fysiskt aktiva, vilket innebär avsevärda individuella och samhälleliga hälsobördor. Den uppskattade kostnaden för inaktivitet uppgick till 6 miljarder år 2002 i Sverige, inklusive kostnader för produktionsbortfall och sjukvård. Vetenskapliga bevis stöder att fysisk aktivitet fungerar som en förebyggande och terapeutisk åtgärd för inaktivitetsrelaterade kroniska sjukdomar. Fysisk aktivitet på recept (FaR) syftar till att öka den fysiska aktivitetsnivån bland stillasittande vuxna (Romé, Persson, Ekdahl & Gard, 2008).

Bakgrund

Definition av fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet, motion och träning kan beskrivas på olika sätt och för att reda ut begreppen definierar Jansson och Anderssen (2009) fysisk aktivitet, basaktivitet, motion, träning, konditionsträning, styrketräning, rörlighetsträning och balansträning på följande sätt:

Fysisk aktivitet är alla former av rörelser som ger ökad energiomsättning. Exempel på det är all typ av muskelaktivitet som promenader, fysiskt arbete både ute och inne, städning, löpning och liknande. Det är således all aktivitet från lätt till hård.

Basaktiviteter är till exempel promenader, trädgårdsarbete och att gå i trappor. Sådant som kanske görs varje dag utan reflexion. Aktiviteten kan utföras utan att uppnå andfåddhet. Vardagsmotion är ett annat namn för det.

Motion är planerad fysisk aktivitet som förbättrar hälsan utan att utgöra risk för skada.

Med *träning* menas att det är en mer planerad form av aktivitet med målsättning att förbättra sig. Planerad träning ska ha högre intensitet än basaktiviteter.

Med *konditionsträning* förbättras konditionen, det vill säga syreupptagningsförmågan blir bättre och en mängd hälsovinster nås. Exempel på konditionsträning är löpning, skidåkning, simning och stavgång. Intensiteten ska vara medelhög till hög. Konditionsträning bör utföras tre till fem dagar i veckan.

Styrketräning är aktiviteter där redskap används, som till exempel vikter och gummiband för att förbättra muskelstyrkan i kroppen. Styrketräning kan också utföras med egen kroppsvikt. Betydande hälsovinster nås om styrketräning utförs minst två dagar i veckan.

Rörlighetsträning innebär att strama muskler försiktigt töjs. Rörlighetsträning kan inleda och avsluta ett träningspass och behöver inte pågå i längre än fem till tio minuter.

För äldre personer är *balansträning* att rekommendera eftersom balansen försämras med åren, vilket ofta leder till fallolyckor. Exempel på balansträning är övningar på ett ben, balansplatta och bollar. Det kan också vara promenader på ojämnt underlag som i skogen eller att cykla (Jansson & Anderssen, 2009).

Stillasittande livsstil

Med den växande globala oron för en stillasittande livsstil menar Damewood och Carlson-Catalano (2000) att det finns ett behov av att lägga till en diagnos som bättre representerar otillräcklig fysisk aktivitet. De existerande diagnostiska kategorierna är till exempel intolerans av aktivitet, trötthet, nedsatt fysisk rörlighet, och underskott av egenvård (Damewood & Carlson-Catalano, 2000). Definitionerna är baserade på personer med olika nivåer av fysisk skada. Därför har vissa forskare enligt Damewood och Carlson-Catalano (2000) föreslagit ”underskott av fysisk aktivitet” som en diagnostisk kategori relaterad till en stillasittande livsstil.

I en översiktsartikel av Fornias Rezende, Rey-López, Keihan Matsudo och Luiz (2014) rapporteras att vuxna, äldre än 60 år, tillbringade ungefär 80 % av sin vakna tid i stillasittande aktiviteter, vilket innebär 8 till 12 timmar per dag. Under det senaste decenniet har stillasittande beteende framkommit som en ny riskfaktor för hälsan. Karaktäristiska stillasittande beteenden är Tv-tittande, datoranvändning och sittande tid. Fornias Rezende et al. (2014) menar att bevis för ökad tid i stillasittande aktiviteter är relaterad till en ökad risk för total mortalitet hos äldre. Studier visade ett samband mellan stillasittande beteende och metabolt syndrom, midjemått och övervikt/fetma. Resultaten för övriga utfall, såsom psykisk hälsa, njurcancer och fallolyckor, var otillräckliga för att dra någon slutsats.

Under det senaste årtiondet har utövare i primärvården i flera länder enligt Leijon, Bendtsen, Nilsen, Ekberg och Ståhle (2008) utfärdat skriftliga recept till patienter för att främja ökad fysisk aktivitet eller motion. För att beskriva och analysera hur systemet med hur Fysisk aktivitet på Recept (FaR) fungerar och implementeras inom primärvården gjordes en studie av Leijon et al. (2008). Studien genomfördes i Östergötland i Sverige. Under en tvåårsperiod fick totalt 6 300 patienter FaR. Två tredjedelar av patienterna var kvinnor och hälften av patienterna var 45 till 64 år. Hälften av patienterna, som fick FaR, hade rekommenderats en hembaserad verksamhet, till exempel promenader. En tredjedel av patienterna, som fått FaR, rapporterade några dagar av fysisk aktivitet som varade i 30 minuter, och 29 % uppgav att de nått den nivån en till två dagar i veckan. Antalet utskrivna FaR per år i förhållande till antalet unika individer som besökte hälso- och sjukvård under ett år minskade något från år 2004 till år 2005. Två tredjedelar av de kombinerade recepten var utfärdade av läkare och sjuksköterskor. Sjukgymnaster och beteendevetare utfärdade det högsta relativa antalet recept. De vanligaste orsakerna till att utfärda FaR var belastningsskador och övervikt, följt av högt blodtryck och diabetes. Leijon et al. (2008) menar att Östergötlands läns FaR-system nått en relativt hög andel fysiskt inaktiva människor som besöker primärvården av andra hälsoskäl.

Behandlingar inom sjukvården

Många sjukdomar och symptom skulle kunna förebyggas, behandlas och lindras med fysisk aktivitet som ett kompletterande element till läkemedel. Sjukvården idag erbjuder medicinering och operationer i stor utsträckning.

Exempel på sjukdomar där fysisk aktivitet skulle kunna fungera som kompletterande behandling är: artros, benskörhet, blodfetterrubbingar, demens, diabetes, högt blodtryck, stroke, smärta och värk, ångest, depression och stress, ledgångsreumatism, mag- och tarmproblem, hjärtsvikt, kranskärslsjukdom, ryggbesvär samt övervikt och fetma (Karlsson, Jansson & Ståhle, 2009).

Nedan beskrivs mer ingående några av sjukdomarna och tillstånden där motion kan vara aktuell som ett komplement till medicinering för att främja hälsa och förebygga sjukdom.

Diabetes

En person med diabetes får insulin som behandling, men enligt Östensson, Birkeland och Henriksson (2009) skulle motion vara det bästa sättet att kontrollera insulinkänsligheten.

Diabetiker som tränar regelbundet behöver inte ta lika mycket insulin. Fysisk aktivitet är bra vid både typ 1- och typ 2-diabetes. Enligt Östensson et al. (2009) har forskning visat att ju mer energi en person förbrukar, desto mindre är risken att utveckla typ 2-diabetes.

Högt blodtryck

Högt blodtryck är en stor riskfaktor för hjärt- kärlsjukdom som till exempel stroke och hjärtinfarkt. Flera olika läkemedel finns för att sänka blodtrycket och många gånger används en kombination av läkemedel. Den huvudsakliga behandlingen är enligt Börjesson, Keldsen och Dahlöf (2009) egentligen fysisk aktivitet och en livsstilsförändring. I ett tidigt stadium med högt blodtryck kan det räcka med att förändra sina levnadsvanor för att undvika att ta mediciner och förebygga eventuella framtida sjukdomar (Börjesson et al., 2009). Alternativet till en livsstil där fysisk aktivitet inte ingår är att ständigt ta blodtryckssänkande medicin och att leva med en oro för att exempelvis drabbas av en hjärtinfarkt eller stroke.

Stroke

För personer som drabbats av stroke är det viktigt att snabbt komma under behandling. Vanliga behandlingsformer är medicin som förebygger nya blodproppar, om patienten fått en sådan, eller medicin som löser upp blodproppen. Det gäller endast om patienten kommer in till sjukhuset snabbt efter att symtomen började. Om det är en blödning i hjärnan kan det krävas en operation. Annan behandling kan också behövas, till exempel medicin som sänker blodtrycket (Hernborg & Tham, 2013). En viktig del i behandlingen är fysisk aktivitet, eftersom träningen kompenserar för de funktioner som inte längre fungerar i kroppen på grund av förlamning. Både styrka och koordination förbättras av träningen. För att förebygga stroke har det visat sig att fysisk aktivitet avsevärt minskar risken att drabbas (Grimby, Willén, Engardt & Stibrant, 2009).

Smärta och värk

En person med olika typer av smärta och värk får värktabletter utskrivna till sig. Ett alternativ skulle kunna vara fysisk aktivitet istället. Fysisk aktivitet kan användas både förebyggande och i behandlingssyfte. Som förebyggande fungerar fysisk aktivitet bra, eftersom studier har visat att fysiskt aktiva personer har en högre smärttolerans (Börjesson, Mannerkorpi, Knardahl, Karlsson & Mannerheimer, 2009). I behandlingssyfte kan fysisk aktivitet lindra smärta, eftersom kroppens produktion av endorfiner ökar vid träning. Endorfiner är ett hormon som fungerar som kroppens egen smärtlindring. Om en person tar värktabletter för att dämpa smärta är det ett kortsiktigt alternativ, som hjälper för stunden men inte i längden och det grundläggande problemet. Värktabletter kan ge biverkningar och kan göra att patienten hamnar i en position där ett beroende uppstår.

Stress

Stress är ingen egen diagnos, utan hör ofta ihop med depression och smärta. Personer som har utsatts mycket hårt av stress under en längre tid kan drabbas av utmattningssyndrom som är en egen diagnos. Regelbunden träning leder till lägre vilopuls och sänkt blodtryck, vilket i sin tur leder till att lägre halter av stresshormon utsöndras. En tränad person visar även mindre reaktion vid psykisk stress. Det påvisar att fysisk aktivitet är ett bra sätt att förebygga stress och kan även användas i behandlingsform (Jonsdottir & Ursin, 2009).

FaR-samordnare

I en del kommuner i Sverige finns det FaR-samordnare som fungerar som en länk mellan läkare och patient. I till exempel Primärvården Göteborg Centrum och Väster finns ett samarbete med FaR-samordnare som efter att läkare skrivit ut recept håller i både motiverande samtal (MI), vägledning och uppföljning med patienten (Sigurdsdotter, 2008). Samarbete med en FaR-samordnare kan underlätta för en patient som känner sig osäker bland de olika aktivitetsformerna och som behöver hjälp och stöd. Motiverande samtal hjälper patienten att komma underfund med vad som är viktigt med en förändring och varför den bör göras. Samtalet uppmuntrar och ökar motivationen. Motiverande samtal (MI) kommer att beskrivas mer ingående längre fram i uppsatsen.

Författaren till den här uppsatsen kontaktade en läkare och en folkhälsoplanerare i Götene kommun för att få en bild av hur det kan se ut kring tankar och utskrift av FaR.

När det gäller läkarmottagningen som uppsatsskrivaren varit i kontakt med skrivs inte FaR ut i dagsläget, och inget direkt samarbete sker med någon friskvårdsanläggning. Däremot rekommenderas tid med personlig tränare till flera av patienterna och på så vis arbetar mottagningen med FaR utan att lämna över ett pappersrecept. Enligt Knutsson (personlig kommunikation, 28 april 2014) skulle det underlätta med en FaR-samordnare.

Idén med FaR menar Knutsson (personlig kommunikation, 28 april 2014) är bra, men problemet är som i många andra fall den rent ekonomiska aspekten. Inom företagshälsovården måste arbetsgivaren godkänna att tid till PT (personlig tränare) eller motsvarande bokas och debiteras. Inom landstingsfinansierad vård prioriteras sällan förebyggande arbete, ofta måste individen stå för kostnaden själv. Kan det finnas en kommunanställd samordnare löser det en del av problemet.

Motivation är en bidragande faktor när det gäller att ta till sig träning och att göra en förändring. Samtal med en FaR-samordnare kan vara ett sätt att jobba på. Knutsson (personlig kommunikation 28 april 2014) menar därför att ett samarbete är viktigt. Många i vården känner sig tidspressade nog som det är, varför en "extern" resurs nog skulle vara bra.

Författarens uppfattning om hur det ser ut i Götene kommun är att det skrivs ut relativt få recept på fysisk aktivitet. Enligt folkhälsoplaneraren i Götene kommun (personlig kommunikation 28 april 2014) är det bland det lägsta antalet i hela Skaraborg. Troligen beror det på att det inte anses vara någon idé att använda FaR eftersom det inte finns någon FaR-samordnare.

Farmakologisk behandling är traditionellt den metod som används för livsstilsrelaterade sjukdomar. I en svensk undersökning av Persson, Brorsson, Ekvall Hansson, Troein och

Strandberg (2013) ansåg de intervjuade läkarna att de ej hade lämplig utbildning eller erfarenhet av att skriva ut fysisk aktivitet på recept. Läkarna ville ha tydliga riktlinjer och processer för FaR och de menade att det fanns sjukgymnaster och sjuksköterskor som var mer kompetenta att använda metoden. Det är inte bara vårdpersonal inom hälsa som har en skyldighet att främja hälsa; samhället och patienterna själva har ett stort ansvar (Persson et al., 2013).

Den gemensamma synen hos de intervjuade deltagarna i undersökningen av Persson et al. (2013) var att fysisk aktivitet är avgörande för människors hälsa. Det är av tradition en del av en läkarens dagliga arbete att berätta för patienter om vikten av att vara fysiskt aktiv, speciellt för dem som visar en risk för att utveckla sjukdom. De intervjuade läkarna menade att de tog upp ämnet fysisk aktivitet när de talade med majoriteten av patienterna. Beroende på orsaken till konsultationen, fick patienten varierande mängd av information om vikten av fysisk aktivitet som ett sätt att påverka sin hälsa. Läkarna i undersökningen påpekade att samtal om fysisk aktivitet tog upp en stor del av konsultationen. Enligt dem är det läkarens ansvar att informera om vikten av att vara fysiskt aktiv, men det finns ingen tradition av att ordinera fysisk aktivitet (Persson et al., 2013).

Tidigare forskning

Nedan följer några exempel på tidigare forskning som gjorts inom ämnet fysisk aktivitet på recept.

Äldre personer och fallolyckor

Ett stort problem bland äldre personer är att de ofta skadar sig vid fall. Balansen och muskelstyrkan blir sämre vid hög ålder, och därför råkar äldre personer oftare ut för fallolyckor. Sjukgymnaster ordinerar ofta övningar för fallprevention. En studie av Haas, Maloney, Pausenberger, Keating och Sims (2012) beskriver vilka träningsprogram som fungerar bra, samt vilka faktorer som påverkar kliniskt beslutsfattande processer bland sjukgymnaster. Deltagarna i studien beskrev mycket individualiserade recept på träning som skraddarsyfts för att passa resultaten från fysiska bedömningar. En obalans mellan utskrift av ett träningsprogram som var teoretiskt korrekt på grundval av fysiologiska överväganden, och utskrift av ett träningsprogram som en patient skulle hålla sig till, var uppenbar. Slutsatsen som Haas et al. (2012) drog av studien var att sjukgymnaster med expertis inom fallprevention antagit en individualiserad metod att skriva ut och använda recept. Metoden byggde på resultatet av en fysisk bedömning snarare än generella träningsprogram, som vanligen används i förebyggande forskning.

Depression, ångest och oro

Ångest behandlas vanligtvis med en kombination av läkemedel och psykoterapi. Ångest kan vara ärftligt eller bero på svåra situationer i livet. Genom att vara fysiskt aktiv kan ångest förebyggas. Forskning visar att de som inte är fysiskt aktiva oftare drabbas av ångest. Som behandling fungerar fysisk aktivitet genom signalämnen i hjärnan och en produktion av endorfiner, vilkas nivåer ökar under fysisk aktivitet (Taube, 2009).

Depression är mycket vanligt och de flesta kan känna sig nedstämda ibland. Enligt världshälsoorganisationen lider cirka 350 miljoner människor av depression (Världshälsoorganisationen [WHO], 2012). En lindrig depression behöver oftast ingen behandling, däremot kan en svårare depression kräva behandling i form av antidepressiva läkemedel och psykoterapi. Precis som vid ångest fungerar fysisk aktivitet på samma sätt genom att nivåerna av endorfiner ökar, vilket leder till välmående och lugn. Endorfiner brukar kallas kroppens eget morfin och fungerar även som smärtlindring. Fysisk aktivitet ökar även självkontrollen, vilket leder till ökat självförtroende, som i sin tur leder till en minskad nivå av negativa tankar (Kjellman, Taube, Martinsen & Andersson, 2009).

Mental ohälsa är en stor folksjukdom och depression och oro är bland de vanligaste. Flera epidemiologiska studier har visat att det finns en koppling mellan en stillasittande livsstil och depression bland både män och kvinnor. Det som i allmänhet har setts är att fysiskt aktiva personer har en minskad risk att utveckla depression (Martinsen, 2008). I en studie som tas upp i en artikel av Martinsen (2008) jämfördes aerob träning med tidsbestämd och icke tidsbestämd psykoterapi. Resultatet i studien visade att träning var likvärdigt med tidsbegränsad psykoterapi och bättre än icke tidsbegränsad psykoterapi.

I samma artikel står att läsa om en jämförelse av träning och antidepressiv medicin. En av grupperna tränade under ledning tre gånger i veckan och den andra gruppen fick antidepressiv medicin. Den medicinerande gruppen visade en förbättring snabbare än den tränande gruppen, men efter tolv veckor hade alla förbättrats och inga skillnader sågs mellan grupperna. Även efter tio månader hade den tränande gruppen behållit den positiva effekten i stor utsträckning.

En stor grupp patienter svarar inte tillräckligt på antidepressiv medicin. Studier har visat att träning är användbart som alternativ i fall av det slaget (Martinsen, 2008). Vilken form av träning som utövas verkar enligt Martinsen (2008) inte spela någon roll. Det viktiga målet med ett träningsprogram för mental hälsa är att fokusera på träning patienten finner nöje i, samt att få en regelbundenhet i träningen som leder till en vana resten av livet.

Träning i grupp kan verka på ett positivt sätt då den sociala isoleringen bryts, vilket en deprimerad person lätt kan hamna i (Karlsson et al., 2009).

Livsstilssjukdomar, effekt av fysisk aktivitet och aktivitetsnivåer

Motion som skrivs ut av allmänläkare kan vara en viktig hälsoförbättrande intervention för inaktiva individer med livsstilssjukdomar. Det såg Sörensen, Bak Sörensen, Skovgaard, Bredahl och Puggard (2009) i en studie gjord i Danmark. Syftet med studien var att analysera förändringar i fysisk aktivitet och hälsorelaterad livskvalitet bland deltagarna i fem liknande ”Fysisk aktivitet på Recept-program”. Metoden byggde på att analysera svar från enkäter som deltagarna fyllt i. Interventionen bestod av gruppträning två gånger i

veckan under de första två månaderna och en gång i veckan i följande två månader (24 sessioner totalt) i kombination med fyra till fem sessioner motiverande rådgivning. Resultatet visade att deltagarna ökade sin fysiska aktivitetsnivå och hälsorelaterad livskvalitet från baslinjen till fyra månader med fortsatt förbättring under hela observationsperioden. Slutsatsen som Sörensen et al. (2009) drog var, att FaR kunde bidra till förbättringar i fysisk aktivitetsnivå och hälsorelaterad livskvalitet hos fysiskt inaktiva patienter. Det gällde både för patienter med risk, och med ökad risk, att utveckla livsstilssjukdomar.

Det har spekulerats i om mer intensiv fysisk aktivitet är effektivare än mindre intensiv, och om hur kostnadseffektivt FaR är. Bak Sörensen, Skovgaars och Puggaard (2006) menar att det finns få bevis som stödjer hypotesen om att mer intensiv fysisk aktivitet är effektivare än mindre intensiv. Tydligt är dock att en stor förbättring sker, och skillnaden på en person som går från helt stillasittande till en låg aktivitetsnivå är mycket stor.

Bak Sörensen et al. (2006) har beskrivit FaR som kostnadseffektivt. I översiktsartikeln av Bak Sörensen et al. (2006) är det endast en artikel som beskriver de ekonomiska sidorna av FaR men ingen jämförelse med andra insatser har gjorts.

Vårdgivare i flera länder har enligt Leijon, Stark-Ekman, Nilsen, Ekberg, Walter, Ståhle, och Bendtsen (2010) arbetat med insatser för att förbättra nivån av fysisk aktivitet bland sina patienter. Insatserna har bland annat varit att tydliggöra vikten av fysisk aktivitet, vilket har förmedlats via muntlig och skriftlig kommunikation.

Befolkningens uppfattning angående vårdgivarens roll i hur fysisk aktivitet marknadsförs, undersöktes i studien av Leijon et al. (2010). Undersökningen visade att, det fanns ett stort behov av insatser inom fysisk aktivitet och att vuxna kände stort ansvar för den egna fysiska aktivitetsnivån, men även att ansvaret för att främja ökad fysisk aktivitet till stor del låg hos sjukvårdspersonalen.

Så här såg den *fysiska aktivitetsnivån* ut bland vuxna i åldern 18-84 år från studien av Leijon et al. (2010) som genomfördes i Östergötland år 2006:

Totalt antal deltagare	Lågt aktiva (%)	Något aktiva (%)	Måttligt aktiva (%)	Fysiskt aktiva (%)
6966	11	27	38	25

När det gällde *intentionen att förändra sin aktivitetsnivå* bland vuxna i åldern 18-84 år, visade resultaten i studien av Leijon et al. (2010) följande (studien utförd i Östergötland år 2006):

Totalt antal deltagare	Ingen intention att förändra (%)	Tankar på att förändra, men inte just nu (%)	Övertygad om att förändra just nu (%)
6569	37	36	27

Lägre avsikt att genomföra en förändring var främst förknippad med ökad ålder och lägre utbildningsnivå.

Av 6862 deltagare i studien av Leijon et al. (2010) var det 28 % som svarade att fysisk aktivitet var det viktigaste hälsorelaterade beteendet som de behövde ändra direkt, och 15

% av dem som svarade ville ha stöd för att genomföra en förändring. Av de svarande som antogs vara i störst behov av ökad aktivitet, ville mer än en fjärdedel ha stöd för att förbättra sin hälsa. Ungefär hälften av de svarande som ville ha stöd för att öka sin fysiska aktivitetsnivå listades vårdgivare som den främsta källan för stöd (Leijon et al. 2010).

Teoretiska perspektiv

För att kunna ge stöd till de patienter som önskar det, bör kunskap om teoretiska metoder och modeller finnas hos vårdpersonalen. Det är individuellt hur en person tar emot ett recept på fysisk aktivitet och hur personen väljer att hantera det.

KASAM

Hur en individ tar emot en diagnos är olika från person till person. Att tänka på uttrycket *det är inte hur vi har det, utan hur vi tar det*, kan öka förståelsen för hur sjukvården och hälsoarbetare kan hjälpa människor med olika sjukdomsbilder. Eftersom många sjukdomar kan behandlas på egen hand med träning är det viktigt att ha i åtanke hur olika människor reagerar på situationer som till exempel diagnoser. Rydén och Stenström (2008) tar i sin bok *Hälsopsykologi* upp uttrycket KASAM. Det betyder känsla av sammanhang, och myntades av Aaron Antonovsky på 1980-talet. Det innebär att människan har möjlighet att själv forma sin tillvaro. KASAM består av tre delar: att uppleva ett inflytande över sitt liv, att uppfatta livet och händelser i livet som begripliga och att det är meningsfullt, det vill säga värt att engagera sig i. Det handlar om hur en individ tänker och bemöter olika livssituationer och själv är med och skapar förutsättningar för ”friskfaktorer”. Genom att ha en känsla av inflytande i livssituationen kan personen på ett bättre sätt hantera en sjukdom. Om individen sätter sig in i sjukdomen och tar reda på hur personen själv kan påverka sjukdomen i positiv riktning, påverkas inte bara sjukdomen i sig, utan även självkänslan stärks. Känslan av ”self-efficacy” ökar, det vill säga en känsla av egen förmåga. Människan är starkt motiverad att ha kontroll (Rydén & Stenström, 2008). Om patienten har en hög känsla av sammanhang, ser individen kanske det mer som en utmaning att ta sig an till exempel styrkeövningar eller någon annan motionsform, för att bli fri från sin sjukdom.

Coping

För att en person ska klara av och hantera något stressfullt och svårt som till exempel en kronisk sjukdom krävs det olika psykologiska metoder. Det är något som redan finns i individen och som personen kan bli medveten om och lära sig dra nytta av. De här psykologiska metoderna kallas för coping. Det finns både negativ och positiv coping. Det finns olika mönster och strategier av coping och olika strategier fungerar olika bra i olika sammanhang (Rydén & Stenström, 2008). Att använda en copingstrategi där patienten lär sig om sin sjukdom och på ett framgångsrikt sätt kan hantera den kallas positiv coping och

är ett bra sätt att ta emot diagnosen. Patienten kan lära sig mer om olika sätt att hantera och klara av till exempel övervikt, smärta och jobbiga situationer för att inte bli inaktiv.

Att avstå från aktiviteter på grund av smärta och svårigheter att röra sig, kan minska både det sociala livet och känslan av egen förmåga (Morrison & Bennett, 2012).

Transteoretiska modellen

För de flesta människor är det svårt att ändra beteende och sätta igång med nya vanor som till exempel att börja vara mer fysiskt aktiv. Det beror sällan på vare sig okunskap eller dålig karaktär, utan det är helt enkelt svårt att bryta gamla vanor.

En modell som beskriver beteendeförändring är den transteoretiska modellen, även kallad *stage of change*, som utvecklades av bland annat Prochaska och DiClemente på 1980-talet (Morrison & Bennett, 2012) där förändringen visas som trappsteg. En person som går igenom en beteendeförändring passerar olika trappsteg på vägen upp till en bestående förändring.

I det första stadiet befinner sig personer som oftast inte är beredda på att förändra sitt (inaktiva) beteende. De förnekar att inaktivitet är ett problem för dem; *förnekelsestadiet*.

Det andra stadiet kallas *begrundandestadiet* och här befinner sig människor som inte är regelbundet fysiskt aktiva, men som inser att det är ett problem och har en vilja att förändra det.

I det tredje stadiet börjar personer som befinner sig där att förbereda sig inför en förändring; *förberedelsestadiet*. Kanske har personerna redan provat någon aktivitet och planerar att fortsätta med det.

I *handlingsstadiet* befinner sig individer som regelbundet är fysiskt aktiva och har varit det en längre tid. Fortfarande är det inte en etablerad ny vana, utan personen kan få ett återfall och ånyo hamna på steg ett.

Det sista steget är *aktivitetsstadiet* och här befinner sig regelbundet fysiskt aktiva personer som har varit det i mer än sex månader. I det femte stadiet behövs alla vinster med fysisk aktivitet lyftas fram för att förebygga så att personerna inte faller tillbaka i gamla vanor.

Ett sista stadium som kan tilläggas är *vidmakthållandestadiet* där individerna tränar och motionerar vanemässigt och utan att tänka på det. Det går helt enkelt automatiskt (Wester & Wahlgren, 2009).



Förflyttning



Återfall

Med hjälp av till exempel en coach kan en person få hjälp med att ta sig igenom de olika stegen i den transteoretiska modellen. Stadierna kan beskrivas som en trappa. När som

helst kan personen falla tillbaka till något av de tidigare stegen, vilket är en naturlig del i en förändringsprocess (Morrison & Bennett, 2012).

De olika stadierna och förflyttningen genom stadierna ökar motivationen och viljan att förändras. Alla människor är inte redo för förändring och behöver därför hjälp med det. (Nylund & Faskunger, 2004). Vad som gör att en förändring kan ske beror till stor del på två saker enligt Nylund och Faskunger (2004). Den ena är hur viktigt behovet av förändring upplevs, och den andra är det upplevda självförtroendet att genomföra en förändring. Det vill säga *varför ska jag göra det, är det värt det?* och *är jag kapabel till en förändring? Hur ska jag göra det?*

Andra teorier och modeller som också fungerar i sammanhang där en beteendeförändring krävs, tas upp i en artikel av Allen (2014). Bland annat är det Teorin om motiverande åtgärder och planerat beteende, Social inlärningsteori, senare kallad social kognitiv teori och Health belief model. Samtliga teorier handlar om att ge insikt i hur en förändring ska kunna bli möjlig och bestående. Att förstå hur personlighet, socioekonomiska förhållanden, normer och tid i livet påverkar människors föreställningar och attityder till beteende och förändring menar Allen (2014) är nödvändig för personer som arbetar med livsstilsförändring.

Motiverande samtal

Motiverande samtal (MI) är en samarbetsinriktad samtalsstil som syftar till att stärka en persons egen motivation och vilja till förändring (Miller & Rollnick, 2013). Ett samtal i MI hjälper individen att reflektera över sin nuvarande livssituation med mål att stärka förmågan till egna positiva val. Samtalet utgår från det stadium i förändringsprocessen som individen befinner sig i och leder fram till anpassade åtgärder för beteendeförändring (Cavrak, 2014).

En persons livsstil har stor inverkan på hans eller hennes hälsa. Motiverande samtal är ett sätt att arbeta med livsstilsförändringar och hälsofrämjande i praktiken. Den grundläggande planen för MI är att hjälpa människor att förstå sina livsstilsproblem och göra positiva livsstilsförändringar. Motiverande samtal har visat sig vara mer effektiva än konventionella metoder för att öka patientens motivation enligt Brobeck, Bergh, Odencrants och Hildingh (2011).

Sjuksköterskor inom primärvården intervjuades angående motiverande samtal (MI) i en studie av Brobeck et al. (2011). Erfarenheter med MI som metod för hälsofrämjande praxis visar att MI är en krävande, berikande och användbar metod som främjar medvetenhet och vägledning i vårdrelationen. Resultaten i studien av Brobeck et al. (2011) visade också att MI är ett värdefullt verktyg för nämnda yrkesgrupp inom hälsofrämjande praxis. Studien visade att motiverande samtal ställer krav på sjuksköterskor som använder den här metoden. De som arbetar med MI måste själva göra en insats för att införa den här relativt nya metoden i sitt arbete. Risken är annars att sjuksköterskorna faller tillbaka i tidigare praxis som var att endast ge råd. Att upprätthålla ett öppet sinne och samtidigt genomföra motiverande samtal i verkliga vårdmiljöer är avgörande för sjuksköterskor att öka metodens effektivitet. Ökade kunskaper och färdigheter i motiverande samtal skulle enligt Brobeck et al. (2011) också bidra till att främja en hälsosam livsstil.

Utbildning i MI är inte en del av den grundläggande utbildningen bland läkare. I en svensk studie av Persson et al. (2013) intervjuades läkare angående FaR. Deltagarna ansåg att MI är en konstform som inte bara kräver utbildning, utan en hel del övning för att bemästras.

Dessutom trodde de intervjuade allmänläkarna att det tar tid och kräver skicklighet för att möta patienterna där de är för att uppnå en förändring i beteende.

De här olika teoretiska perspektiven innebär att en beteendeförändring eller livsstilsförändring endast kan ske om individen är beredd på en förändring och själv vill och kan genomföra den. Om så inte är fallet behöver individen få hjälp med motivationen till att åstadkomma en livsstilsförändring där till exempel fysisk aktivitet ingår.

Syfte och frågeställning

Syftet med den här uppsatsen är att undersöka huruvida FaR ur ett patientperspektiv upplevs vara en effektiv och fungerande behandlingsmetod.

Hur upplevs och beskrivs FaR av en patient? Finns det för- och nackdelar och har symptomen eller sjukdomsbilden minskat efter att en fysisk aktivitet påbörjats? Kan det finnas svårigheter för en person att påbörja en fysisk aktivitet, och behövs i sådana fall motivationshjälp?

Metod

För den här studien användes kvalitativ metod då den syftar till att hitta och beskriva företeelser, egenskaper och innebörder (Starrin & Svensson, 1994), vilket eftersöktes i den här uppsatsen.

Den kvalitativa ansatsen är övervägande induktiv, det vill säga den genererar hypoteser och teorier snarare än att pröva teorier och hypoteser (Backman, 1998). Begrepp undersöks utifrån empiri, det vill säga slutledningen är grundad på erfarenhet, de är testbara och bygger på någon form av kontakt med verkligheten (Backman, 1998). En form av empirism är grounded teori (grundad teori), vilket innebär att syftet är att studera sociala processer med avsikten att formulera en teori eller modell som förklarar ett fenomen. Olika tankar och idéer fördjupas succesivt och en teori växer fram. Datainsamlingen kan ske genom intervjuer, observationer eller insamling av skriftligt material. Ofta handlar det om ett stort antal variabler på ett litet antal individer. Urval av informanter, datainsamling och analys av data sker parallellt. Resultatet presenteras i form av till exempel en teori över ett antal begrepp som är relaterade till varandra. Grounded teori används främst där målet är att generera sannolikhetsbaserade teorier om människors beteenden genom analys av kvalitativa data (Olsson & Sörensen, 2011).

En vanligt förekommande metod för att samla in data utifrån en kvalitativ ansats är intervjuer. (Bell, 2006). Det finns olika sätt att intervjua. I en strukturerad intervju används enkäter eller scheman och svarsalternativen är slutna (Ja/Nej) eller har bestämda svarsalternativ. I en semistrukturerad intervju används en intervjuguide eller frågemall, vilket innebär att samma frågor ställs till samtliga informanter. Frågorna har öppna svarsmöjligheter, vilket ger informanterna större frihet att besvara samma frågor med egna

ord. En ostrukturerad intervju innebär ett explorativt möte där de öppna frågorna och följdfrågorna baseras på informanternas svar. I en pilotintervju testas och modifieras frågorna efter behov. Intervjuer kan ske i fokusgrupper, enskilt eller som djupgående intervjuer (Bell, 2006). I den här uppsatsen har enskilda semistrukturerade intervjuer genomförts.

För att nå personer även utanför ett nära geografiskt område beslutades att intervjuerna kunde ske antingen via telefon eller genom ett fysiskt möte. Intervjuerna pågick i cirka 20 minuter. Den korta tiden som var avsatt berodde på att intresset för att delta inte skulle försvinna på grund av att intervjun skulle ta upp för mycket tid för personen som blev intervjuad.

Urvalsgruppen var vuxna personer över 18 år som fått fysisk aktivitet på recept (FaR). Personer som uteslöts var de under 18 år och personer som inte fått FaR. För att nå ut och hitta frivilliga deltagare har författarens nätverk använts, genom både facebook, arbetsplats, kollegor och vänner.

Urvalet har varit en så kallad tillgänglig grupp, det vill säga personer som vare sig utgör ett fall eller ett stickprov (Patel & Davidsson, 2011). Författaren valde inte själv ut specifika deltagare. Urvalet skedde genom så kallad snöbollseffekt genom att vänner och vänners vänner tipsat om personer som fått FaR, eller att de intervjuade själva visat intresse att delta. Kravet på deltagarantalet var att inkludera minst fem personer, men begränsas till maximalt 15 personer.

Urvalet och intervjuerna har gett en indikation på hur och om FaR har fungerat för de intervjuade, och vad som eventuellt kan förbättras. Eftersom undersökningen har varit relativt liten är författaren medveten om bristerna i trovärdigheten i resultatet och har tagit det i beaktning. En bedömning av hur pass överförbara resultaten kan vara kommer att redovisas i en senare diskussion.

Intervjuerna har följt en frågemall med utrymme för att uttrycka sig fritt. Frågorna har först testats på några utvalda personer och sedan justerats något. Samtliga intervjuer skedde via telefon där anteckningar fördes kontinuerligt. Materialet har transkriberats, analyserats och delats in i kategorier. Samtalen spelades in efter respondenternas samtycke.

Ett samtyckesbrev (bilaga 1) skickades till deltagarna via mail eller facebook innan intervjun. På så vis kunde respondenterna avgöra om de ville vara med i en intervju eller inte, samt att de var informerade om att samtalet skulle komma att spelas in.

För att söka intresserade och frivilliga respondenter sattes en intresseförfrågan (bilaga 2) upp på fyra träningsanläggningar, en läkarmottagning samt i en matvarubutik. En intresseförfrågan publicerades även på författarens facebookside vid ett par tillfällen. Samtliga som visade intresse för att delta efter att ha sett intresseförfrågan (bilaga 2) fick ett samtyckesbrev (bilaga 1) skickat till sig.

Artiklar och litteratur har valts ut för att användas i den här uppsatsen. Kriterierna för vilka artiklar som skulle inkluderas var att samtliga var vetenskapligt granskade och följde etiska riktlinjer. Databasen Academic search elite användes för att söka och hämta vetenskapliga artiklar.

Etiska aspekter

Arbetet har följt de etiska regler som vetenskapsrådet har formulerat. Det första är *informationskravet*, där respondenterna har informerats om vad det är för slags intervju och varför den görs. Intervjun har varit frivillig att delta i och följer därmed *samtyckeskravet*. *Konfidentialitetskravet* innebär att respondenterna har varit införstådda med att svar och personuppgifter har behandlats av enbart uppsatsskrivaren och skyddats på ett sådant sätt att ingen annan har kunnat se svaren, eller senare ska kunna koppla ihop svaren med respondenten. Uppgifter som är insamlade om enskilda personer har endast använts för forskningsändamål och följer därmed *nyttjandekravet*.

De som har medverkat i intervjun har erbjudits att få ta del av det färdiga resultatet om så önskats. De har även varit medvetna om att samtalet spelades in under intervjun och att de när som helst kunde avbryta intervjun.

Artiklarna som har använts i uppsatsen är vetenskapligt granskade och följer etiska regler.

Tillvägagångssätt vid intervjuerna

Intervjuerna genomfördes över telefon. Respondenten fick bestämma dag och tid som passade. Innan intervjun hade respondenten fått ta del av ett samtyckesbrev (bilaga 1) och gett sitt godkännande till att medverka. I början av samtalet tillfrågades respondenterna om huruvida det gick bra att samtalet spelades in och att anteckningar fördes under tiden. Även syftet med intervjun förklarades.

Samtalet spelades in med hjälp av en applikation i mobiltelefonen, ”automatic call recorder” och kunde på så vis sparas för att transkriberas. Frågorna följde en bestämd mall och besvarades i samma ordning av samtliga respondenter. Det fanns gott om utrymme för att utveckla svaren. Intervjuerna tog cirka 20 minuter, men i några fall tillkom en del tid, då respondenterna ville utveckla svaren ytterligare.

Intervjuerna transkriberades direkt efter samtalet för att behålla en korrekt känsla som författaren upplevt genom samtalet. Under en fysisk intervju kan kroppsspråk läsas av, men under en intervju per telefon får författaren lyssna till röstlägen för att uppfatta de olika skiftningarna och engagemanget i svaren.

Dataanalys

Innehållsanalys är en empirisk vetenskaplig metod som används för att dra slutsatser om innehållet i intervjuer eller andra typer av kommunikation som används i studier (Olsson & Sörensen, 2011). Enligt Olsson och Sörensen (2011) inriktar sig den kvalitativa innehållsanalysen på tolkning av texter och inspelade intervjuer. Genom tolkning kan innebörden av en text få olika mening beroende på sammanhanget. Fokus ligger på att beskriva skillnader och likheter i texten genom att få fram olika kategorier och teman.

De transkriberade texterna från intervjuerna i den här studien lästes igenom flera gånger för att hitta gemensamma faktorer som kunde besvara syfte och frågeställningar. Meningsbärande enheter identifierades och grupperades i kategorier. Genom att skriva ut

alla intervjuer och sedan använda överstrykningspennor i olika färger, kunde de olika kategorierna som växte fram tydligt skönjas. På så vis blev nyckelord och bärande meningar överskådliga och gemensamma nämnare i intervjuerna kunde på ett relativt enkelt sätt överskådas och jämföras, för att sedan sättas ihop till ett resultat.

Resultat

Totalt visades intresse av sex personer för att delta i en intervju. En av de intresserade drog sig ur efter närmare eftertanke på grund av personliga skäl och således intervjuades sammanlagt fem personer. Respondenterna anmälde sig frivilligt efter att själva ha sett, eller blivit tipsade och informerade om författarens intresseförfrågan.

Åldern på respondenterna var mellan 32 och 66 år och samtliga var boende i Sverige. Två män och tre kvinnor deltog. Utbildningsnivån bland respondenterna var varierande från gymnasiestudier upp till högskole/universitetsstudier.

De olika diagnoserna och symptomen som förekom bland respondenterna var övervikt, stress, stroke, depression, diabetes, delvis förlamning och knäsmärta. En del av besvären förekom i kombination med varandra.

Efter att intervjuerna genomförts framträdde tydligt ett antal gemensamma faktorer. Faktorerna kunde delas in i olika teman, vilka var: *upplevelse av FaR, träning, motivation, recept och tolkning av recept, uppföljning, förbättring av sjukdomsbilden och rekommenderade träningsformer.*

Syftet med uppsatsen var att undersöka hur de intervjuade personerna har upplevt FaR och om det finns några delar som kan förbättras för att få bättre effekt.

Upplevelse av FaR

Det som framkom av intervjuerna var att upplevelsen av FaR i stort sett var positiv och att de flesta förstod varför det var viktigt med fysisk aktivitet. Besöket hos sjukvården höjde direkt motivationen till att träna och respondenterna tyckte att idén med FaR var bra. Trots den positiva upplevelsen hade det i flera fall varit önskvärt med mer råd och hjälp. Kunskapen hos en del av respondenterna var bristfällig, och hjälp med till exempel övningar hade underlättat för att kunna träna på egen hand. Det framkom att sjukvårdspersonalen ibland saknar både tid och resurser att förklara på ett tydligt sätt.

”Alltihop var positivt och bra”. (vad som fungerat bra med FaR och besöket hos sjukvården).

”Jag gick själv till ett hälsorum på vårdcentralen. Förut hade de som en hälsocoach, men de har tagit bort den tjänsten nu”.

En saknad av en tjänst som i ovan citerade exempel gjorde att respondenten inte fick det bemötande som personen hade önskat sig. Förväntningarna var att kunna få hjälp med både

träning och motivation av någon kunnig person. En viss besvikelse från respondenten upplevdes under intervjun och framkom i svaret.

Något av det som upplevdes som bra med FaR var en tydlig struktur, vilket gav en förståelse för att fysisk aktivitet är något som bör genomföras varje dag. Något som också upplevdes som positivt med FaR var att det gav både en slags utmaning och en knuff i rätt riktning. Utmaningen som upplevdes som positiv var att det ställdes krav.

”... att när du kommer så vill vi se det och det, och sen när man kom så ställde de faktiskt lite krav. Man behöver det när man inte tränat på länge”.

En annan positiv upplevelse med FaR var känslan av att bli tagen på allvar, och att få tips och råd på vad patienten själv kan göra för att kunna påverka sin situation.

Träning

Hur träningen sköttes var lite varierande mellan respondenterna. En del hade fått in en bra rutin och tränade regelbundet. Andra hade inte kommit igång med träningen som det var tänkt och tränade mer sporadiskt. Respondenterna som hade tränat tidigare i livet, och kände till träningsanläggningar samt upplevde att träning hade en positiv effekt på dem, verkade ha lättare att ta upp träningen igen. Respondenterna som aldrig hade haft något intresse av att röra på sig sedan tidigare verkade ha svårare att hitta en form av aktivitet som passade dem.

”Jag har tränat sedan tidigare, men med det här papperet jag fick (FaR) så har jag inte börjat med det än. Det ska jag göra”.

”Jag tränar fortfarande efter två år, en timme tre gånger i veckan”.

Motivation

Motivation är avgörande för om en person ska börja träna. Som tidigare beskrivits befinner sig en person på olika trappsteg i den transteoretiska modellen. Under intervjuerna upplevde författaren att en del av respondenterna möjligen befann sig högt upp medan andra befann sig längre ner.

För att känna resultat av träning måste den genomföras regelbundet. Det är lätt att ta genvägar, speciellt om personen inte är förberedd på en förändring och befinner sig på något av de lägre stegen i den transteoretiska modellen.

”... men det gick ju bättre när jag tog värktabletterna och då blev man lite slapp och så”.

Motivationen såg olika ut för respondenterna. Det som framkom var att det krävdes en hög egen motivation för att komma igång med träningen, men framförallt för att fortsätta med träningen för att få en regelbundenhet. Gemensamt för samtliga respondenter utom en, var att de uttryckte att motivationen vid tillfället för receptordinationen var hög.

”Ja, eftersom man har koll. Läkaren och programmet på träningscentrat gjorde att motivationen var hög”.

”Just då hade jag motivation och det kändes verkligen som en bra idé”.

Något som också framkom bland respondenterna var att motivationen verkade sjunka efter en tid. De som hade uppföljning och kontakt med sjukvården hade även kvar en högre motivation.

”Ja, just då kände jag hög motivation, men den har sjunkit lite grand”.

En av respondenterna tyckte sig inte ha fått något stöd från vårdcentralen vad det gällde uppmuntran till träning. Vid senare kontakt med en sjukgymnast upplevde respondenten ett större stöd och uppmuntran till träning än vid kontakten med vårdcentralen.

”Men sen sjukgymnasten var ju väldigt pushig och sa att det här går ju jättebra och så. Det känns mer som en PT”.

Ibland kunde en frustration uppfattas bland vissa av respondenterna. De ville ha en förändring, men saknade både motivation och kunskap om hur den skulle gå till. En ordination av en lägre dos av träning eller en enklare form av träning kunde också upplevas som mindre motiverande.

”Jag ville ju ha en förändring eftersom jag hade ont. Men jag hade ingen motivation till att göra något åt det själv...”.

”... och så tyckte jag att det var för låg nivå på receptet när det bara var en promenad. Tror ni inte att jag orkar mer?”.

Recept och tolkning av recept

Hur recepten såg ut och hur de tolkades var olika för de olika respondenterna. Gemensamt framgick av intervjuerna att det upplevdes bli allvar i situationen när det var en läkare som sade att det var viktigt med fysisk aktivitet. Några av respondenterna fick ett skriftligt recept och några fick en muntlig ordination. Oavsett om ordinationen var skriftlig eller muntlig verkade respondenterna ta receptet på lika stort allvar.

”Läkaren gjorde upp ett program med träning och vila... och det är väldigt viktigt att inte överskrida det förrän läkaren säger att det är ok. Det är väldigt viktigt eftersom det är som medicin”.

”... och det här gör ju det ännu mer motiverande när en läkare rekommenderar det och att det kommer på pränt”.

Hur receptet tolkades av respondenterna kunde se olika ut. Vissa hade ett bra samarbete och krävde själva att få så mycket information som möjligt, medan andra inte fick så mycket förklarat för sig.

Som tidigare nämnts är copingstrategier en psykologisk metod som en individ omedvetet tar till för att handskas med svåra situationer. Positiv coping kan vara att patienten tar reda på mer om hur en sjukdom kan yttra sig och påverkas av till exempel fysisk aktivitet. Det kan göra att patienten påbörjar en aktivitet. En negativ form av coping kan vara att patienten förnekar sin sjukdom eller inte känner något eget ansvar för att själv påverka den.

”Hon(sköterskan) skickade ett papper där det stod att jag skulle stå upp i tio minuter när jag läser. Jag vet inte riktigt hur hon menade, för ska jag stå upp med datorn eller? Jag hade lite svårt att tolka det receptet”.

”... sen bytte jag läkare. Jag gav mig inte utan jag hittade en kiropraktor som var otroligt bra”.

Som tidigare beskrivits så har KASAM stor betydelse för hur personer fungerar och tar emot och tolkar till exempel en diagnos eller recept. En person med hög KASAM, det vill säga hög känsla av sammanhang, kan ta till sig receptet på ett mer positivt sätt, vilket gör att patienten tar för sig mer, ställer fler frågor och känner sig delaktig i sin behandling. En person som känner sig mer delaktig förvaltar också behandlingen på ett bättre sätt. Att känna inflytande över att kunna påverka sjukdomen leder till en positiv känsla av egen förmåga.

”... men jag måste ta reda på mer. Jag visste inte riktigt men doktorn pratade även om att jag skulle bli rabatterad på gymmet, men det vet jag inte... vi pratade om det, men sen blev det inte aktuellt att jag fick det när jag gick därifrån”.

En medvetenhet och insikt om att ansvaret ligger hos patienten själv sågs hos några av respondenterna.

”... men det handlar ju ändå bara om individen själv”.

Uppföljning

Uppföljning av receptet saknades av flera respondenter. På frågan om vad som har fungerat dåligt med FaR framkom att brist på uppföljning tydligt resulterat i en bristande motivation. Det upplevdes som mycket tydligt bland respondenterna att just uppföljning var något som verkade viktigt. Samtliga respondenter pratade om bristen på och vikten av uppföljning. En tydlig gemensam nämnare sågs, vilket var att uppföljning är önskvärt och bör förbättras om FaR ska fungera fullt ut.

”Att det inte följs upp. Det är ingen som ringer upp och frågar hur det gick, utan man har det där papperet som blir liggandes och det glömmar man ju nästan av sen. Och det blir som det blir”.

”Jag har inte fått någon uppföljning. Så mer råd och tips hade kunnat förbättras... och ja, kanske lite mera push”.

Förbättring av sjukdomsbilden

Några respondenter kände att fysisk aktivitet var bra för dem och att sjukdomsbilden förbättrats avsevärt. Som tidigare nämnts kan en rad sjukdomar både förebyggas och lindras med hjälp av fysisk aktivitet som en del i behandlingen.

De som hade svårast med motivationen och inte kommit igång med regelbunden träning kände inte heller att de blivit bättre.

”Nej. Jag tycker att det hade behövts mer hjälp och råd”.

”Ja, jag vet att det hjälper. Har jag promenerat i 10-20 minuter så känns det bättre redan då. Och speciellt efter att ha gått 45 minuter, en timme, så mår jag ju bättre efteråt, och kanske i flera dagar efteråt också. Så det hjälper”.

Rekommenderade träningsformer

I samråd mellan sjukvårdspersonal och patient bestäms vilken typ av aktivitet som ska genomföras. I receptet ska det även ingå rekommendation om hur ofta och hur länge, samt under vilken intensitet som aktiviteten ska genomföras. En del av respondenterna hade fått klara och tydliga direktiv där träningsdosen beskrevs, medan andra fått mer diffusa beskrivningar. Precis som med information om hur en medicin ska tas, bör även information om hur hög träningsdosen ska vara, ges av sjukvårdspersonalen.

”De har rekommenderat kondition i form av cykel, promenad eller simning. Och sen är det hög, måttlig och låg, och då har jag blivit rekommenderad måttlig. Och 30 minuter tre gånger i veckan. Och även träning i form av cirkelträning på ett gym då. Och det är också graderat i hög, måttlig och låg, och då har jag blivit rekommenderad måttlig, 30 minuter en gång i veckan”.

Här ses ett exempel på att rekommendationerna är tydliga och klara och att alla delar framkommer i receptet. Med ett tydligt recept blir det också tydligt för patienten att genomföra och följa det.

Ett annat exempel är när rekommendationerna inte var lika tydliga, utan fokus låg mer på att det skulle vara något som patienten själv tyckte om och skulle finna lätt tillgängligt.

”Sådant man tycker om, som är lätt att ta sig för att göra. Främst raska promenader. Simning har inte blivit av, men det var något jag själv tyckte var bra”.

De olika träningsformerna som respondenterna blev rekommenderade var: rask promenad i 20 minuter per dag, simning, styrketräning en gång i veckan, långa promenader, Itrims program (Itrim är en svensk kedja inom motion och viktnedgång), cykling samt att stå upp i tio minuter varje timme under studieperioder. De flesta av aktiviteterna är exempel på motionsformer som är lätt tillgängliga och som kan genomföras dagligen och till en låg ekonomisk kostnad för respondenterna.

Att känna sig kränkt

Något som inte var allmänt bland respondenterna men som ändå är intressant, är bilden av att ett recept på fysisk aktivitet kan upplevas som kränkande för personen. Övervikt kan vara ett exempel på ett känsligt ämne att ta upp på rätt sätt.

Att känna sig kränkt av att få FaR kan möjligen bero på att läkaren inte varit lyhörd mot sin patient eller att patienten inte tagit till sig informationen på ett sakligt sätt.

Om ett recept på fysisk aktivitet ordinerats och det inte genomförs av patienten, kan känslor som skam och skuld komma. Patienten kan dra sig för att besöka läkaren igen på grund av att personen inte vill höra om sin övervikt igen.

”Jag tyckte det var lite kränkande med de här recepten för jag har ju inte valt att bli överviktig”.

”... och jag vill inte komma dit igen och han säger samma sak igen för det är väldigt kränkande”.

Sammanfattning av resultat

Sammanfattningsvis kan ses att FaR upplevs som positivt av respondenterna och att det ger en ökad motivation. Motivationen tycks ofta vara högst vid tillfället då receptet utfärdas och sjunker efterhand om inte uppföljning och vidare uppmuntran ges. Brist på uppföljning sågs som något negativt av samtliga respondenter.

Det som har fungerat bra med FaR är att en förståelse för vikten av fysisk aktivitet som behandlingsform har väckts. När en läkare har ordinerat fysisk aktivitet har respondenterna tagit till sig det och förstått allvaret i situationen.

Sjukdomen eller tillståndet har förbättrats för de som förstått vikten av FaR och börjat med någon fysisk aktivitet. De respondenter som inte har kommit igång med regelbunden träning har ändå märkt skillnad de gånger som någon aktivitet har genomförts och respondenterna är medvetna om att de skulle må bättre av regelbunden träning eller motion.

Mer hjälp, stöd, råd och förslag på aktiviteter efterfrågades och saknades av flera deltagare.

Diskussion

Metoddiskussion

Kvalitativ metod

Metoden som använts i den här uppsatsen har varit kvalitativ. En vanligt förekommande metod för att samla in data i den kvalitativa ansatsen är intervjuer, vilket har använts här. Semistrukturerade intervjuer har genomförts. En frågemall användes och det fanns gott om utrymme för respondenterna att tala fritt, själva berätta och beskriva sina upplevelser av FaR. För att undvika att författarens egna förutfattade meningar skulle påverka frågorna och svaren, följdes en frågemall där frågorna var öppna och besvarades i samma ordning av samtliga respondenter. Eftersom en förståelse för upplevelsen av FaR söktes bland respondenterna ansågs det att en kvalitativ ansats passade bäst att använda.

Samtliga intervjuer skedde via telefon, vilket kan ha påverkat uppfattningen och tolkningen av svaren på ett annat sätt än om intervjuerna hade skett vid ett personligt möte. Anledningen till att intervjuerna skedde via telefon och inte genom en träff, som också ingick i planen från början, var att flera av deltagarna bodde på annan ort. Hade ansiktsuttryck och kroppsspråk kunnat ses, kanske en annan uppfattning av svaren upplevts och följdfrågor kunnat ställas. Det framkom ändå ett ganska tydligt djup i svaren genom röstlägen, suckar, iver, engagemang och så vidare. För att förhindra missförstånd och ge en försäkran om att svaren uppfattats rätt, upprepades ibland svaren som de intervjuade gett.

Frågorna i frågemallen hade kunnat ökas i antal för att ge ännu mer information om nuvarande träning eller aktivitet och upplevelsen av den. En av frågorna ändrades under den första intervjun för att den ansågs vara alltför lik en tidigare fråga. Några frågor

omformulerades efter en testintervju för att få fler öppna frågor. En öppen fråga innebär att respondenten kan tala ganska fritt och ge ett beskrivande svar, till skillnad från en stängd fråga, som i regel bara ger att ja eller nej i svar (Miller & Rollnick, 2013). Att ha övervägande öppna frågor i intervjun var en fördel då respondenterna kunde ge mycket information och uttrycka sina upplevelser.

Kvantitativ metod

Anledningen till varför en kvantitativ metod inte valdes till den här uppsatsen är att en kvantitativ metod innebär mätningar vid datainsamling och metoder som är statistiska och analyserande. Med det menas enbart statistiska analyser, till skillnad från kvalitativ metod som innebär verbala analyser (Patel & Davidsson).

I en kvantitativ metod hade till exempel enkäter med färdiga svarsalternativ att kryssa i kunnat användas. Sannolikt är att svaren antagligen hade fått en annan karaktär, då färdiga svarsalternativ inte ger någon frihet att utveckla svaren. Dessutom hade det visat en mer statistisk bild av hur respondenterna svarade. Genom att välja att använda enkäter hade författaren rimligen kunnat nå ut till ett större antal personer. Eventuellt hade kanske fler personer valt att delta i studien, då en enkät kan kännas mer anonym än en personlig intervju.

Det kan upplevas känsligt att prata om sin sjukdom/tillstånd med någon utomstående och därför kan en del potentiella respondenter ha avstått från att delta i en intervju. Enkäter hade troligen gett fler svar och eventuellt en annan typ av svar.

Urval

Gruppen som intervjuades var relativt liten, vilket kan ha påverkat resultatet. Endast fem personer medverkade. Svaren ger endast en indikation på hur FaR fungerar och kan inte räknas som ett validerat resultat. Urvalet är inte slumpmässigt, utan snarare tillfälligt. Det vill säga att personerna som deltagit i den här undersökningen har inte slumpmässigt kunnat dras från en större population, utan urvalet har fallit på personer från den totala populationen i landet, och som var villiga att ställa upp.

Det var tre kvinnor och två män som ställde upp i undersökningen. Fördelen med att det både var män och kvinnor i undersökningen var att en bredare bild gavs. Hade det bara varit män hade bilden blivit något snedvriden, eftersom FaR skrivs ut till både män och kvinnor. Statistik från till exempel Primärvården Göteborg Centrum och Väster (Sigurdsdotter, 2008) visar att det är fler kvinnor än män som får FaR. Fördelningen män/kvinnor gav en rättvis bild i undersökningen.

Urvalet i undersökningen bestod av personer som fått FaR och som var över 18 år. Även personer under 18 år hade kunnat inkluderas, men på grund av att tillstånd från målsman då hade krävts, valde författaren att inte göra det. Att inkludera omyndiga personer hade medfört ett betydligt större ansvar för författaren.

Överförbarhet och tillförlitlighet

I större undersökningar kan urvalstekniker som ger ett stickprov användas, vilket visar en representativ bild av populationen i stort. Resultatet är överförbart då det kan gälla för andra individer än de som deltog i undersökningen (Patel & Davidsson, 2011). I en liten undersökning som den här, blir det inte möjligt att kunna ta ett stickprov eftersom deltagarantalet är för lågt. Resultatet kan inte användas för andra individer än för de som deltog i den här undersökningen. Däremot ger resultatet troligtvis en bra bild av hur det kan se ut och vilka delar som kan förbättras. Med en större undersökning med större urval hade resultatet troligtvis kunnat överföras till andra grupper i befolkningen.

Tillförlitligheten i resultatet beror på om svaren skulle bli desamma om undersökningen genomfördes på nytt, eller om de påverkas av slumpmässiga eller tillförlitliga händelser (Patel & Davidsson, 2011). Troligtvis är tillförlitligheten i den här uppsatsen ganska hög, då frågorna följde en bestämd mall. En viss grad av påverkan från intervjuaren kan ändå inte uteslutas och måste tas hänsyn till i resultatet.

Resultatdiskussion

Olika stadier i den transteoretiska modellen

Författaren fick en känsla av att respondenterna befann sig på olika steg i den transteoretiska modellen. De olika stegen består av förnekelsestadiet, begrundandestadiet, förberedelsestadiet, handlingsstadiet och aktivitetsstadiet. En person som befinner sig längst ner på motivationssteget har mycket svårt för att börja med en förändring eftersom personen befinner sig i förnekelsestadiet och inte har en tanke på förändring. Det kan inte begäras att det ska bli några resultat då, om inte patienten erbjuds till exempel motiverande samtal och uppföljning. Flera av respondenterna uttryckte att de hade behövt betydligt mer hjälp med att göra en beteendeförändring för att kunna utnyttja FaR till fullo.

En av respondenterna upplevdes eventuellt befinna sig på aktivitetsstadiet eller möjligen på det sjätte tilläggande stadiet, vidmakthållandestadiet. En person som har fått hjälp med motivationen och har förändrat sitt beteende och tränar av vana tror på sin träning och ser det som en sund del av livet. Den här respondenten tränade regelbundet och hade gjort det en längre tid, men tyckte ändå att det var viktigt med uppmuntran och utmaningar för att fortsätta att hålla motivationen uppe. Respondenten såg en tydlig förbättring i sin sjukdom och kunde dra slutsatsen att det var tack vare den fysiska aktiviteten.

Ett par av respondenterna upplevdes av författaren eventuellt befinna sig i begrundandestadiet, vilket innebar att de fortfarande funderade på att börja träna men ännu inte hade gjort det. Under begrundandestadiet börjar balansen mellan fördelar och nackdelar med regelbunden fysisk aktivitet att jämma ut sig, men det är fortfarande nackdelarna som väger tyngre.

Ett exempel på begrundandestadium kan ha varit där en av respondenterna tog värktabletter för att slippa smärtan, men samtidigt insåg att träning hade varit ett bättre och ett mer hållbart alternativ. När smärtan lindrades av tabletter tyckte personen inte att träningen behövdes. Det var lätt att strunta i träningen då, eftersom respondenten inte såg någon omedelbar förbättring av träningen utan snarare av värktabletterna. En annan av

respondenterna såg inte riktigt att det fanns tid till att vara fysiskt aktiv, vilket kan vara ett exempel på att personen befann sig i begrundandestadiet där det är lätt att söka efter orsaker att inte göra en förändring och börja vara fysiskt aktiv. Det som personerna i det här stadiet hade behövt, är mer hjälp av exempelvis en hälsocoach eller FaR-samordnare. Coachens uppgift är att i begrundandestadiet komma underfund med personens ambivalens och tvekan, förbättra självförtroendet och förstärka engagemanget för förändringen (Faskunger, 2001). En person i begrundandestadiet ser fler nackdelar än fördelar och det är hälsovägledarens uppgift att till exempel ställa passande frågor, som får personen att se fler fördelar så den positiva sidan väger över och en omvärdering kan ske (Faskunger, 2001).

Ett par av respondenterna kan ha befunnit sig på förberedelsestadiet, med en eventuell tendens att falla tillbaka på begrundandestadiet. Respondenterna som eventuellt befann sig på förberedelsestadiet hade kanske behövt mer hjälp redan i de tidigare stegen för att inte falla tillbaka. Av de intervjuade personerna var det endast en person som nämnde att den fått hjälp av hälsovägledare. De andra respondenterna nämnde inte att de fått det, men även i deras fall hade det varit behövligt med en hälsovägledare. Att bearbeta steg för steg i den transteoretiska modellen gör att en förändring både blir genomförbar och hållbar. De personer som eventuellt befann sig i förberedelsestadiet och hade behövt mer hjälp med, är bland annat att utforma en bra plan, övervinna hinder och sätta realistiska mål (Faskunger, 2001).

Kunskapsbrist bland patienterna

I studien av Gomes Guedes et al.(2010) fann författarna att brist på utbildning för genomförande av fysisk träning var den mest rapporterade orsaken för att inte träna. Andra orsaker var bristande resurser, bristande intresse och bristande motivation. Bristande kunskap om hälsoeffekterna av motion fanns endast bland 13 personer av totalt 310. Det visar att 95,8 % av deltagarna hade åtminstone lite information om fördelarna med fysisk aktivitet. Bland de intervjuade i den här uppsatsen uttryckte inte någon av respondenterna att brist på utbildning för att genomföra en fysisk aktivitet var något stort problem. Några nämnde att mer råd och förslag hade behövts, men inte någon speciell utbildning. Det här kan bero på att de fysiska aktiviteterna som de intervjuade blivit rekommenderade var enkla att genomföra, som till exempel promenader. I studien av Gomes Guedes et al. (2010) framkom det inte vilken motionsform som var aktuell för patienterna, däremot framkom det att studien var utförd på personer med högt blodtryck. Ingen av respondenterna i den här studien nämnde högt blodtryck som en enskild orsak till att de fått FaR. I studien av Gomes Guedes et al.(2010) visades att de allra flesta hade kunskap om fördelarna med fysisk aktivitet, vilket också var fallet i den här studien. Respondenterna visade en förståelse för varför det var viktigt med fysisk aktivitet. Däremot kunde motivationen vara ett hinder, vilket också var fallet i studien av Gomes Guedes et al. (2010).

Kanske kan det vara så att mer kunskap om de många fördelarna med fysisk aktivitet också leder till högre motivation. Ju mer någon vet om ämnet, desto mer inser individen att det är oerhört viktigt och relativt enkelt att genomföra en aktivitet. Det kan vara en omedveten copingstrategi hos individen som gör att personen söker mer eller mindre kunskap. Om sjukvårdspersonalen är insatt i de olika copingstrategierna och lyssnar till vilken strategi som patienten använder sig av, kan det underlätta i patientsamtalet och förhoppningsvis höja individens motivation.

Att förknippa ett eget höjt kunskapssökande med KASAM (känsla av sammanhang) ligger även det nära till hands att anta. KASAM är ett uttryck för sociala och kulturella strukturer som formar en individs livsperspektiv. Rydén och Stenström (2008) menar att det kan finnas en hälsobenägen personlighet. Vissa människor har en högre nivå av KASAM och agerar därmed på ett mer hälsosamt sätt. KASAM utvecklas redan under barndomen genom upplevelser som visar att livet i stora drag är förutsägbart. Genom att barnet får möta lagom krävande utmaningar och delta i beslut leder det till att KASAM utvecklas och blir starkare (Rydén & Stenström, 2008). Antonovsky, som grundade begreppet KASAM, antog att den som har en stark känsla av sammanhang har en större stresstolerans eftersom påfrestande situationer uppfattas som mindre prövande. Påfrestande situationer ses mer som en utmaning än som ett hot. En person som har stark KASAM är mentalt robust och upplever en tydlig och självklar plats i tillvaron och känner sig nöjd. Individens resurser som kunskaper, socialt stöd och sätt att förhålla sig till svårigheter är exempel på copingstrategier som kan användas på ett effektivt sätt om personens KASAM är hög (Rydén & Stenström, 2008).

Att öka sin kunskap ligger både hos individen själv och har givetvis med ett eget intresse och KASAM att göra, men ansvaret ligger också hos sjukvården att informera ännu mera. För att minska ohälsa i samhället måste alla som jobbar med hälsa bli bättre på att aktivt lära ut färdigheter som både uppmuntrar och stimulerar en hälsosam livsstil.

Ansvar och kompetens

Det kan tyckas att ansvaret ligger helt hos patienten själv och att det är upp till individen om den vill ha en förbättring av sin sjukdom eller tillstånd. Men ansvaret ligger även till viss del hos läkaren. Läkarens uppgift är att ställa diagnos och skriva ut ett recept för att bota, och ses det på det viset så räcker det med att bara skriva ut recept utan att ge vägledning och uppföljning. Skriver en läkare ut ett recept på till exempel insulin mot diabetes så är det patientens ansvar att ta medicinen för att bli bra. Att bota innebär att patienten ska bli bra från sin sjukdom, och för att bli bra krävs att receptet följs. Handlar det om till exempel insulin så görs kontroller av läkaren för att se hur medicinen fungerar och om nivåerna behöver justeras. På samma sätt borde ett FaR kontrolleras och följas upp för att se om patienten sköter sig och om justeringar behöver göras. I FaR skulle det i så fall innebära hjälp med motivation och vägledning.

Ett recept på fysisk aktivitet kräver lite mer av sjukvården än ett recept på tabletter. Traditionella recept på tabletter skiljer sig mot recept på fysisk aktivitet, och därför kan det vara så att en del läkare och sjukvårdare drar sig för att ordinera FaR. Tidsbrist hos sjukvårdaren är en aspekt som kan vägas in för att patienter inte får FaR i lika stor utsträckning som utskrift av läkemedel. Det krävs extra tid och engagemang för att ge en person tid att utveckla sin motivation till fysisk aktivitet. En beteendeförändring kräver att sjukvårdaren är utbildad för att kunna ha till exempel motiverande samtal. Ett beteenderecept kräver personligt engagemang från sjukvårdaren och det är säkert inte alla som känner sig kapabla till att kunna ge det. För att FaR ska fungera är det önskvärt att ett visst personligt engagemang visas mot patienten.

Läkarna i undersökningen gjord av Persson et al. (2013) upplevde inte att de hade lämplig utbildning eller erfarenhet för att skriva ut fysisk aktivitet till sina patienter. Läkarna ville ha tydliga riktlinjer och processer för FaR. De intervjuade läkarna menade att det fanns sjukgymnaster och sjuksköterskor som var mer kompetent att använda metoden än vad de

själva var (Persson et al., 2013). Det är inte bara vårdpersonalen inom hälsa som har en skyldighet att främja hälsa; samhället och patienterna själva har ett stort ansvar.

Ett samarbete med flera instanser skulle underlätta för sjukvårdspersonalen så att rätt person gör rätt sak. Att kunna skicka en patient vidare till exempelvis en hälsocoach eller FaR-samordnare skulle medföra att fler fick hjälp med en bestående beteendeförändring. Det ligger i kommunens eller landstingets ansvar att hela vårdkedjan fungerar men framförallt, att hela kedjan finns. Bland de intervjuade i den här studien framkom det en önskan om mer uppföljning för att få en bättre effekt av FaR. En av respondenterna uttryckte en besvikelse över att det inte fanns någon fysisk person att vända sig till. Ett hälsorum fanns tillgängligt, där respondenten själv bland annat kunde ta sitt blodtryck. Förväntningarna från respondenten hade varit att få träffa en person som kunde hjälpa till med både träningsråd och motivation. En känsla av att det inte finns någon som är ansvarig eller bryr sig om patientens välmående kan eventuellt upplevas i en sådan situation.

Läkarna i undersökningen av Persson et al. (2013) menade att samtal om fysisk aktivitet tog upp en stor del av konsultationen i ett läkarbesök. Enligt de intervjuade läkarna är det läkarens ansvar att informera om vikten av att vara fysiskt aktiv, men det finns ingen tradition av att ordinera fysisk aktivitet.

Människor har rätt att välja hur de vill bete sig och det är viktigt att förstå andra människors perspektiv. Hälsofrämjande handlar om att ge människor rätt information för att de ska kunna göra medvetna val, och ge dem verktyg för att förbättra sin hälsa. Det är allmänt accepterat att en bättre egenvård av hälsa och sjukdomar stöds av ett patientcentrerat förhållningssätt till vård, och att det finns en terapeutisk relation mellan patienten och sjukvårdspersonal (Allen, 2014).

Genom att göra det möjligt för personer att identifiera sina egna behov, planera och utvärdera processer, kan det leda till en förbättrad hälsa.

Ekonomiska resurser

Kommunerna i Sverige har olika mycket ekonomiska resurser vilka fördelas olika. För att ha en fungerande FaR-verksamhet krävs det att flera instanser samarbetar och utbildas. Ett förslag är att fler i kommunen utbildas inom tekniken motiverande samtal (MI).

Utbildning i MI är inte en del av den grundläggande utbildningen i läkarutbildningen. I studien av Persson et al. (2013) intervjuades läkare angående FaR. Deltagarna ansåg att MI är en konstform som inte bara kräver utbildning, utan också en hel del övning för att bemästras. Om inte MI är en del av läkarutbildningen måste sjukvårdspersonal eller annan personal inom hälsa skickas på extra utbildning. Utbildningar kräver ekonomiska resurser och investering i tid, vilket sjukvården kanske sällan har. Tyvärr verkar det vara ett område som inte alltid prioriteras så högt. Hade det prioriterats hade de långsiktiga vinsterna kanske blivit högre. I studien som Bak Sörensen et al. (2006) tog upp i sin översiktsartikel, som tidigare nämnts, beskrevs de hälsoekonomiska frågorna. Där sågs att FaR var kostnadseffektivt men jämförelser med andra insatser hade inte utförts.

Den uppskattade kostnaden för inaktivitet uppgick till 6 miljarder år 2002 i Sverige, inklusive kostnader för produktionsbortfall och sjukvård, vilket innebär stora kostnader för samhället (Romé et al., 2008).

Tyvärr har författaren till den här uppsatsen utan framgång sökt artiklar som visar hur de långsiktiga ekonomiska effekterna av FaR ser ut i dag. Bristen på undersökningar kan bero

på att FaR är ett relativt nytt arbetssätt som kräver mer praktiskt arbete innan en jämförelse kan göras.

Det finns flera studier där generella teorier om beteendeförändring tas upp som fungerande exempel, bland annat en studie av Allen (2014). I exempelvis sammanhang som rökavvänjning är det vanligt att använda någon av teorierna (Allen, 2014). Det finns tre huvudsakliga kognitiva teorier som Allen (2014) tar upp som försöker förklara beteende. Teorierna är: Teorin om motiverande åtgärder och planerat beteende, Social inlärningsteori, senare kallad Social kognitiv teori och Health belief model. Ett arbetssätt med beteendeförändring där fysisk aktivitet ingår, skulle mycket väl kunna betyda att någon av teorierna (inklusive den transteoretiska modellen som diskuterats tidigare) fungerar precis lika bra. Det här skulle kunna leda till att om en person som får FaR, samtidigt får hjälp med en beteendeförändring för att kunna utnyttja sitt recept till fullo, skulle det bli kostnadseffektivt för hela samhället då en rad sjukdomar och följsjukdomar skulle kunna förhindras. Alternativet är kostsamma operationer, mediciner och fler antal sjukhusbesök.

Tidsbrist i sjukvården

Att förklara vad receptet handlar om och varför en patient ska göra vissa saker verkar vara viktigt för både motivationen och förståelsen för receptet. Hur ett recept tolkas är olika och alla individer är olika som personer. En del är vetgiriga och ger sig inte förrän de har fått svar på alla frågor. En del funderar mer när de kommit hem och kommer på frågor i efterhand. Att ett recept tolkas på ”fel” sätt av patienten kan grunda sig på att sköterskan eller läkaren inte tagit sig tid att förklara *varför* vissa övningar är bra. I studien av Persson et al. (2013) uttryckte läkarna en frustration över trycket i sin arbetssituation. Det intensiva arbetstempot ansågs leda till svårigheter att hitta tid för motiverande samtal och utskrivning av fysisk aktivitet.

För- och nackdelar med FaR

En fördel med FaR är att fysisk aktivitet på ett relativt enkelt sätt kan minska medicinering. En rad sjukdomar kan förebyggas och följsjukdomar kan minskas.

Fördelar som respondenterna såg var att de upplevde en positiv effekt av fysisk aktivitet och att det blev ett allvar i situationen när en läkare påpekade att träning var bra för dem. En skriftlig ordination från läkare upplevdes som seriös och läkarens ord vägde tungt, vilket var positivt. Respondenterna tyckte att idén med FaR var bra.

En nackdel med FaR kan vara att det inte är tillräckligt utarbetat för att fungera fullt ut. Enbart ett recept hjälper många gånger inte, utan det behövs en tydlig och utarbetad plan med flera aktörer involverade. En person som inte är motiverad och som inte har kunskap om träning har ingen nytta av FaR.

Den som inte har tränat eller varit särskilt fysiskt aktiv i livet vet inte heller hur stora fördelarna är, och hur bra det känns att hålla igång kroppen. Varför skulle då den personen ändra sitt beteende och göra något som i början kanske känns plågsamt, istället för att ta till exempel värktabletter som lindrar omedelbart. De långsiktiga fördelarna med ett fysiskt

aktivt liv behöver förklaras mer och uppmuntras. En nackdel med FaR är att personer som är negativt inställda till träning inte tycker att det är något för dem. Redan där finns en motvilja som kan vara svår att bearbeta. De här personerna måste ges en möjlighet att prova aktiviteter i lugn och ro så att de hittar något som passar dem. Sjukvårdspersonalen, FaR-samordnaren eller coachen måste framhålla fördelarna med enkelheten i fysisk aktivitet. Att börja träna innebär inte att gå till ett gym och börja med högintensiv träning på en gång. Bilden av FaR kanske för en del personer är just att det är tufft och jobbigt. FaR kan lika gärna innebära att börja med golf, någon sällskapsdans eller att promenera kortare sträckor till att börja med. Nackdelarna som personen ser måste vändas till fördelar. Ett recept får heller inte bli för anspråkslöst då en risk finns att patienten inte tar det på allvar, vilket sågs som ett exempel bland respondenterna i den här undersökningen. Är receptet endast promenader ordinerat till en person som är kapabel och villig att utföra hårdare träning ses FaR kanske som något oviktigt och inte värt att lägga tid och engagemang på. En inställning att det lika gärna kan kvitta kanske väcks hos patienten.

Vem får FaR?

Vissa läkare skriver ut FaR mer frekvent. Det ser olika ut i olika kommuner. Vem som får ett recept beror mycket på var i landet patienten bor och hur läkaren där arbetar. En av respondenterna hade bytt läkare och fått en ny läkare som ursprungligen kom från Spanien. Det menade respondenten kanske kunde betyda att läkaren hade ett vidare synsätt och att patienten därför fick FaR och mer hjälp med grundproblemet.

Synsättet skiljer sig mellan olika läkare och en del kanske ser mer till det holistiska synsättet än andra. Ett holistiskt synsätt innebär att vårdaren ser hela personen och att flera delar hör samman som i sin tur leder till att en sjukdom utvecklas eller botas. Både det fysiska, psykiska och det sociala välbefinnandet ingår i det holistiska synsättet. Medicineringen skulle kunna minskas om både läkare och patient såg på de bakomliggande orsakerna och tog tag i grundproblemet. Det gäller naturligtvis inte alla diagnoser, men i flera fall stämmer det nog. Många gånger är det säkert kortsiktiga lösningar som ligger närmast till hands och då är det lätt att en läkare hellre skriver ut traditionell medicinering.

Mötet mellan patient och allmänläkare är viktigt. Det är av stor betydelse att läkaren ser till att patienten förstår vikten av fysisk aktivitet. När en läkare framför en tydlig personlig åsikt om betydelsen av fysisk aktivitet kan det användas som ett sätt att motivera patienter att vara mer fysiskt aktiva. De läkare som själva är fysiskt aktiva kan på ett mer trovärdigt sätt framhålla de positiva fördelarna med fysisk aktivitet. Det kanske är de fysiskt aktiva läkarna som också mer frekvent förespråkar och skriver ut FaR.

Det är olika hur motiverad en läkare är att skriva ut FaR. Finns det inte en tydlig struktur att arbeta efter så känns det naturligtvis svårare att utveckla och använda FaR. Läkarnas motivation att ordinera FaR kanske sjunker. Folkhälsoplaneraren i Götene kommun (personlig kommunikation 2014-04-28) uttryckte att det fanns en viss motvilja att arbeta med FaR eftersom det inte fanns några tydliga riktlinjer och FaR-samordnare i kommunen saknas.

Ett fungerande exempel

Ett exempel där FaR verkar fungera bra och motivationen att skriva ut FaR är högre, är i Göteborg. Lundbybadet på Hisingen i Göteborg är en anläggning där ett fungerande FaR-samarbete finns. FaR på Hisingen hjälper den som är osäker på hur patienten ska träna utifrån sin diagnos. Det fungerar på så vis att patienten tar med sig sitt recept till Lundbybadet för ett samtal med någon av FaR-samordnarna. Ett vuxensamtal tar ca 25 minuter och ett barnsamtal tar cirka 45 minuter. Rabatter ges till vuxna med recept som får 20 % rabatt på valfritt kvartalskort på olika idrotts- och föreningsanläggningar på Hisingen. För att få idéer på aktiviteter och läsa mer, finns det en aktivitetskatalog för Hisingen som ger förslag på aktiviteter på Hisingen och är främst avsedd som en hjälp till personer med recept på fysisk aktivitet. Aktivitetskatalogerna presenterar aktiviteter som kan vara lämpliga att börja med samt ger förslag på föreningar och olika träningsanläggningar på Hisingen.

När det finns en klar struktur och tydliga ansvarsområden borde det ge mer motivation med FaR för både patienter och läkare. Hela tiden har patienterna möjlighet att själva välja om de vill ha kontakt med någon av FaR-samordnarna för uppföljning och få uppmuntran.

Effekt av FaR

För en person som inte har möjlighet att vara tillräckligt fysisk aktiv för att få någon effekt av FaR är medicinerings kanske ett bättre alternativ att börja med. Vissa sjukdomar kräver medicinerings för att personen överhuvudtaget ska kunna göra något som kräver fysisk ansträngning. Men att börja lite och lätt med någon aktivitet i kombination med medicinerings kanske är ett bättre alternativ än att enbart använda medicin.

När det gällde förslag på aktiviteter som respondenterna fick såg det olika ut både vad det gällde typ av aktivitet och aktivitetsnivå. En del fokuserade på aktiviteter som i första hand skulle tilltala patienten. Att fokusera på en tilltalande aktivitet gör att effekt kommer, även om aktiviteten kanske är ganska basal, eftersom skillnaden mot att inte göra något alls är stor. Det sågs även i artikeln av Martinsen (2008). Vilken form av träning som utövas verkar inte spela någon roll. Det viktiga målet med ett träningsprogram för mental hälsa är att fokusera på träning som patienten finner nöje i, samt att få en regelbundenhet i träningen som leder till en vana resten av livet (Martinsen, 2008).

För en person som är helt inaktiv är det en stor förändring att bara stå upp då och då och kanske gå kortare sträckor i hemmet. Effekterna som kommer från att vara helt stillasittande till bara lite rörelse är stora och positiva för kroppen.

I översiktsartikeln av Fornias Rezende et al. (2014) rapporterades det att vuxna äldre än 60 år, tillbringade ungefär 80 % av sin vakna tid i stillasittande aktiviteter, vilket innebär 8 till 12 timmar per dag. Under det senaste decenniet har stillasittande beteende dykt upp som en ny riskfaktor för hälsan. Fornias Rezende et al. (2014) menar att bevis för att ökad tid i stillasittande aktiviteter är relaterad till en ökad risk för total mortalitet hos äldre. Det visar hur viktigt det är att uppmuntra till rörelse hur lite det än må vara.

Framtid och konklusion

I framtida arbete med FaR är det önskvärt att se ett mer utarbetat program där det är obligatoriskt med en FaR-samordnare som arbetar i nära relation till sjukvården, folkhälsoplanerarna och träningsanläggningarna i till exempel varje kommun. Kunskap om motiverande samtal måste finnas och utnyttjas av både sjukvårdspersonal, sjukgymnaster och andra som kommer i kontakt med FaR. Får patienten en kontaktperson som är kunnig inom någon beteendeteknik är det en stor hjälp för både patient och sjukvårdspersonal. En uttänkt och fungerande vårdkedja är något som bör prioriteras för att ett hälsofrämjande arbete i sådan form som exempelvis FaR ska kunna genomföras på ett bra och effektivt sätt.

En ekonomisk uträkning på hur kostnadseffektivt FaR är skulle vara bra att ta fram för att kunna göra det mer attraktivt med ordination och utskrift av FaR. I dagsläget prioriteras det främst att bota redan sjuka istället för att arbeta förebyggande. Skulle det förebyggande arbetet prioriteras skulle det bli en vinst på både individnivå och samhällsnivå, med minskade kostnader för medicin, operationer och sjukvårdsbesök.

Studien gav till viss del svar på syftet och frågeställningarna. I vissa fall har FaR fungerat och resulterat i en positiv effekt i form av bättre hälsa genom ett bra samarbete mellan sjukvård och träningsanläggning. I andra fall har det inte fungerat lika bra då motivationen varit låg hos respondenterna på grund av bristande kontakt och uppföljning med sjukvården, hälsovägledare eller liknande.

Eftersom det finns många hälsofrämjande och positiva fördelar med fysisk aktivitet, känns det både spännande och motiverande att veta att FaR i flera fall fungerar som det är tänkt. Det är också spännande att följa vidare utveckling.

Referenser

- Allen, C. (2014). Supporting effective lifestyle behaviour change interventions. [Electronic version]. *Nursing Standard*, 28, 24, 51-58.
- Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Bak Sörensen, J., Skovgaars, T. och Puggaard, L. (2006). Exercise on prescription in general practice: A systematic review. [Electronic version]. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 24, 69-74.
- Bell, J. (2006). *Introduktion till forskningsmetodik*. (4. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Brobeck, E., Bergh, H., Odenrants, S. och Hildingh, C. (2011). Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. [Electronic version]. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 3322–3330
- Buckworth, J., och Nigg, C. (2004). Physical Activity, Exercise, and Sedentary Behavior in College Students. [Electronic version]. *Journal of American college health*, 53, 1.
- Börjesson, M., Kjeldsen, S. och Dahlöf, B. (2009). *Ordination:Motion – vägen till bättre hälsa*. Stockholm: Repro.
- Börjesson, M., Mannerkorpi, K., Knardahl, S., Karlsson, J. och Mannerheimer, C. (2009). *Ordination:Motion – vägen till bättre hälsa*. Stockholm: Repro.
- Cavrak, A. (2014). Västra Götalandsregionen. *Motiverande samtal*. Hämtad från WWW 2014-04-24: <http://www.vgregion.se/sv/Ovriga-sidor/Fysiskt-aktivitet-pa-recept/For-dig-som-ar-leg-personal/Motiverande-samtal/>
- Damewood, B. M., och Carlson-Catalano, J. (2000). Physical activity deficit: A proposed nursing diagnosis. [Electronic version]. *Nursing Diagnosis*, 11(1), 24–31.
- Faskunger, J. (2013). *Fysisk aktivitet och folkhälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- Faskunger, J. (2001). *Motivation för motion*. Stockholm: SISU Idrottsböcker.
- Folkhälsomyndigheten. (2014). *Fysisk aktivitet på recept för sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. Hämtad från WWW 2014-03-28:

<http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/fysisk-aktivitet/far/>

Folkhälsomyndigheten. (2014). *Motiverande samtal*. Hämtad från WWW 2014-04-24: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/somra/motiverande-samtal/>

Fornias Rezende, L., Rey-López, J., Keihan Matsudo, V. och Luiz, O. (2014). Sedentary behavior and health outcomes among older adults: a systematic Review. [Electronic version]. *BMC Public Health*, 14:333.

Gomes Guedes, N., Venícios de Oliveira Lopes, M., Pessoa Moreira, R., Frota Cavalcante, T. och Leite de Araujo, T. (2010). Prevalence of Sedentary Lifestyle in Individuals With High Blood Pressure. [Electronic version]. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 21, 2.

Grimby, G., Willén, C., Engardt, M. och Stibrant, K. (2009). *Ordination: Motion – vägen till bättre hälsa*. Stockholm: Repro.

Haas, R., Maloney, S., Pausenberger, E., J. Keating, Sims, J., Molloy, E., Jolly, B. Morgan, P. och Haines, T. (2012). Clinical Decision Making in Exercise Prescription for Fall Prevention. [Electronic version]. *Physical Therapy*, 92:666–679.

Hernborg, A. och Tham, K. (2013). Vårdguiden. Hämtad från WWW 2014-04-25: <http://www.1177.se/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Stroke--slaganfall/>

Jansson, E. och Andersson A. S. (2009). *Ordination: Motion – vägen till bättre hälsa*. Stockholm: Repro.

Jonsdottir, H. I. och Ursin, H. (2009). *Ordination: Motion – vägen till bättre hälsa*. Stockholm: Repro.

Karlsson, J., Jansson, E. och Ståhle, A. (2009). *Ordination: Motion – vägen till bättre hälsa*. Stockholm: Repro.

Kjellman, B., Taube, J., Martinsen, W. E. och Andersson, E. (2009). *Ordination: Motion – vägen till bättre hälsa*. Stockholm: Repro.

Leijon, M., Bendtsen, P., Nilsen, P., Ekberg, K., och Ståhle, A. (2008). Physical activity referrals in Swedish primary health care –prescriber and patient characteristics, reasons for

prescriptions, and prescribed activities. [Electronic version]. *BMC Health Services Research*, 8:201.

Leijon, M., Kallings, S., Faskunger, J., Laerum, G., Börjesson, M. och Ståhle, A. (2009). *Ordination: Motion – vägen till bättre hälsa*. Stockholm: Repro.

Leijon, M., Stark-Ekman, D., Nilsen, P., Ekberg, K., Walter, L., Ståhle, A. och Bendtsen, P. (2010). Is there a demand for physical activity interventions provided by the health care sector? Findings from a population survey. [Electronic version]. *BMC Public Health*, 10:34.

Martinsen, W. E. (2008). Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression. [Electronic version]. *Nord J Psychiatri*, 62(47), 25-29.

Miller, R. W. och Rollnick, S. (2013). *Motiverande samtal – att hjälpa människor till förändring* (3. uppl.). Stockholm: Natur och kultur.

Morrison, V. och Bennett, P. (2012). *An introduction to health psychology*. (3rd Ed.). Essex: Pearson Education.

Nylund, K. och Faskunger, J. (2004). *Det löser sig! – hälsocoaching för livsstilsförändring*. Stockholm: SISU idrottsböcker.

Olsson, H. och Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. (3. uppl.). Stockholm: Liber.

Patel, R. och Davidsson, B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.

Persson, G., Brorsson, A., Ekvall Hansson, E., Troein, M. och Strandberg, E L. (2013). Physical activity on prescription (PAP) from the general practitioner's perspective – a qualitative study. [Electronic version]. *BMC Family Practice*, 14:128.

Romé, Å., Persson, U., Ekdahl, C. och Gard, G. (2008). Physical activity on prescription (PAP): Costs and consequences of a randomized, controlled trial in primary healthcare. [Electronic version]. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 27, 216–222.

Rydén, O. och Stenström, U. (2008). *Hälsopsykologi: Psykologiska aspekter på hälsa- och sjukdom*. (3. uppl.). Stockholm: Bonnier.

Sigurdsson, S. (2008). Västra Götalandsregionen. *FaR är den självklara behandlingsmetoden för allt fler läkare inom Primärvården Göteborg Centrum och Väster*.

Hämtad från WWW 2014-04-02:

<http://www.vgregion.se/upload/CVU/Forum/Forum%202008/FaR%20%20Forum.pdf>

Socialstyrelsen. (2014). *Råd och samtal om otillräcklig fysisk aktivitet*. Hämtad från WWW: 2014-03-20:

<http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerforsjukdomsforebyggandemetoder/stodtilliforandeavriktlinjerna/otillrackligfysiskaktivitet>

Starrin, B. och Svensson, P-G.(1994). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.

Sörensen,J., Bak Sörensen,J., Skovgaard,T., Bredahl,T. och Puggaard, L. (2009). Exercise on prescription: changes in physical activity and health-related quality of life in five Danish programmes. [Electronic version]. *European Journal of Public Health, 21, (1), 56–62*.

Taube, J. (2009). *Ordination:Motion – vägen till bättre hälsa*. Stockholm: Repro.

Wester, A. och Wahlgren L. (2009). *Ordination:Motion – vägen till bättre hälsa*. Stockholm: Repro.

WHO. (2012). *Fact sheets*. Hämtad från WWW 2014-05-05:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>

Östensson, C-G., Birkeland, K. och Henriksson, J. (2009). *Ordination:Motion – vägen till bättre hälsa*. Stockholm: Repro.

Bilagor

Bilaga 1

Hej! Jag heter Mona Olsson och läser till en kandidatexamen i folkhälsovetenskap på Högskolan i Skövde. Nu under vårterminen ingår det att skriva en C-uppsats. Den planeras att vara klar i början av juni.

Jag har valt att skriva om Fysisk aktivitet på Recept (FaR), eftersom jag anser att det är ett mycket intressant ämne. Målgruppen som jag riktar mig till är personer över 18 år som fått fysisk aktivitet på recept utskrivet till sig av en läkare, sköterska eller liknande.

Att fysisk aktivitet är bra för hälsan kan vi konstatera. Fysisk aktivitet på recept (FaR) är ett bra alternativ och/eller komplement till medicin. Men hur upplever en person som fått FaR utskrivet att det fungerar? Finns det fördelar och nackdelar och har symptomen eller sjukdomsbilden som personen har, minskat efter att fysisk aktivitet påbörjats?

Syftet med uppsatsen är att undersöka om FaR har fungerat som det var tänkt och om det finns några delar som kan förbättras för att få bättre effekt eller hjälpa personen ytterligare.

För att ta reda på det kommer jag att genomföra intervjuer per telefon eller öga mot öga. Intervjuerna kommer inte att ta mer än 20 minuter och är helt frivillig att delta i. Du kan när som helst avbryta intervjun om du inte vill vara med längre. Svaren och eventuella personuppgifter kommer att behandlas av enbart mig och skyddas på ett sådant sätt att ingen annan kan se svaren, eller kan koppla ihop svaren med den svarande. Om namn förekommer i uppsatsen ska de vara fingerade. Uppgifter som är insamlade om enskilda personer ska endast användas för forskningsändamål.

För att jag ska kunna renskriva och sortera svaren i kategorier kommer samtalen att spelas in, men raderas självklart så fort materialet har renskrivits. Att samtalen spelas in är ett krav från högskolan för att få en korrekt rapport. Du har rätt att själv bestämma om samtalet ska spelas in.

Du som har medverkat i intervjun får självklart ta del av det färdiga resultatet om så önskas.

Genom att **tacka Ja** till att medverka i intervjun, så innebär det att du som respondent är införstådd med syftet med arbetet, och kan känna dig trygg med att arbetet följer etiska regler.

Varma hälsningar från Mona Olsson, Telefonnummer: 0730-356418,

Mailadress: mona.olssons@gmail.com

Bilaga 2

Fysisk aktivitet på Recept

Hej!

Mitt namn är Mona Olsson och jag läser Folkhälsovetenskap på Högskolan i Skövde och nu är det dags att skriva examensarbete.

Har du fått **FaR (fysisk aktivitet på recept)** utskrivet till dig? I så fall kanske du vill dela med dig av dina erfarenheter till mig! Målgruppen jag vänder mig till är personer över 18 år som fått FaR utskrivet till sig av en läkare.

Att fysisk aktivitet är bra för hälsan kan vi konstatera. Fysisk aktivitet på recept (FaR) är ett bra alternativ och/eller komplement till medicin. Men hur upplever en person som fått FaR utskrivet att det fungerar? Finns det fördelar och nackdelar och har symptomen eller sjukdomsbilden som personen har, minskat efter att fysisk aktivitet påbörjats?

Syftet med uppsatsen är att undersöka om FaR har fungerat som det var tänkt och om det finns några delar som kan förbättras för att få bättre effekt eller hjälpa personen ytterligare.

Det är mycket viktigt att jag får ihop några frivilliga personer att intervjua. Just DU kanske är en av de personerna?! Intervjun kommer att ske över telefon och tar max 20 minuter.

Är du intresserad att vara med så kontakta mig på telefon eller mail, så berättar jag mer och vi bokar in en tid för intervju.

Varma hälsningar från Mona Olsson

Telefonnummer: 0730-356418

Mailadress: mona.olssons@gmail.com

Bilaga 3

Urvalsgrupp för examensarbetet är personer över 18 år som fått FaR av läkare, sköterska eller liknande.

Frågemall

Namn:

Ålder:

Utbildningsnivå:

Bostadsort/stad:

Vad är orsaken till att du fått FaR?

Hur gick det till när du fick FaR?

Vilka träningsformer blev du rekommenderad?

Har du tränat som det var tänkt?

Hur ofta tränar du? Regelbundet?

När du fick FaR, hur motiverad var du då för att börja med en fysisk aktivitet?

Har du fått det stöd som du tycker behövdes för att börja träna?

Om inte, hade du behövt mer stöd för att komma igång att träna? Vad?

*Hade du önskat dig mer stöd och hjälp till motivation till en förändring?

Har du blivit bättre från din sjukdom/symptom?

Vad har fungerat bra?

Vad har fungerat dåligt?

*Den här frågan byttes ut till: Hur var din motivation till en förändring?