



Sektionen för Hälsa och Samhälle

Box 823

301 18 Halmstad

Hinder och problem med metoden FaR inom Primärvården.

En intervjustudie.

Petra Bank

Folkhälsa, 91-120 hp.

Vårtermin, 2010.

Titel: Hinder och problem med metoden FaR inom primärvården, en intervjustudie.

Författare: Petra Bank.

Sektion: Sektionen för Hälsa och Samhälle, Högskolan i Halmstad, Box 823, 301 18 Halmstad.

Handledare: Maria Nyholm tf. Lektor.

Tid: Våren 2010.

Sidantal: 27.

Nyckelord: Fysisk aktivitet på recept, hälsopromotion, hälsopromotiva metoder, innehållsanalys, primärvården.

Sammanfattning: Metoden fysisk aktivitet på recept började användas 2001 inom primärvården, med avsikten att öka fysisk aktivitet bland befolkningen. Syftet med denna studie var att beskriva förskrivarnas upplevelser av hinder och problem, med att använda metoden FaR inom primärvården. Kvalitativ metod valdes och 12 intervjuer genomfördes. Data analyserades med hjälp av innehållsanalys. Resultatet som framkom bildade tre huvudkategorier; metoden, förskrivarna och samverkan. Resultatet visade, att trots att metoden ansågs vara bra, fanns det aspekter som behövde förbättras. Hjälpmedlen användes i liten utsträckning, tid och arbete behövdes för att väl förankra metoden på arbetsplatsen. Förskrivarna behöver motiveras för att kunna hjälpa patienten på bästa vis och även andra aktörer i samhället behövs i arbetet med att öka den fysiska aktiviteten bland befolkningen. Slutsatsen blev att metoden behövs inom primärvården, men att tydliga riktlinjer krävs om hur arbetet ska implementeras och användas praktiskt i vardagen. Även kontinuerliga påminnelser behövs för att arbetet ska fortgå, till exempel tävlingar och föreläsningar som sätter extra fokus på metoden. Aktivitetskatalogen behöver utvecklas och om möjlighet finns, även införa en prisreducering, så att alla oavsett ekonomisk situation, har chans att delta. Ett större samarbete med andra aktörer utanför hälso- och sjukvården krävs, för att möjliggöra och synliggöra arbetet, detta för att öka hälsan bland befolkningen. Slutligen så bör förskrivarna få större möjligheter att få vara med och utforma metoden, för att kunna eliminera det motstånd som finns.

Title: Obstacles and problems with the method FaR within the primary care, an interview study.

Author: Petra Bank.

Section: Section for Health and Society, University College of Halmstad. Box 823, 301 18 Halmstad.

Supervisor: Maria Nyholm, lecturer.

Time: Spring, 2010.

Number of pages: 27.

Keywords: physical activity on prescription, health promotion, methods within health promotion, content analysis, primary care.

Abstract: The method physical activity on prescription was put to use in 2001, with the purpose to increase the physical activity amongst the population. After a good start with an increasing number of prescriptions, the trend now is moving towards less and less prescriptions. The purpose with this study was to describe the staff's experience of the obstacles and problems, when using the method, within the primary care. A qualitative method was used and 12 interviews were conducted. The result formed three main categories; method, prescribers and cooperation. The result showed that despite that the method was considered necessary and useful, there were certain aspects in need of improvement. The aids provided were used to a limited degree. Time and hard work were needed in order to anchor the method in the working places. For the prescribers to be successful in helping the patients, they had to be motivated and ensured that the method really worked. Also other actors within society were needed, to increase the physical activity amongst the population. The conclusion was that the method really was needed within the primary care, but the guidelines must be clarified, to show how to implement and use the method. Also reminders to the staff were needed in order for the work to proceed. The work with outside actors must improve in order to increase public health. Finally, the prescriber should get better possibilities to affect the development of the method, to decrease the resistance that exists.

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Syfte	1
Bakgrund	2
Fysisk aktivitet på recept	2
Fysisk aktivitet.....	3
Hälsopromotion	5
Metod	9
Forskningsansats.....	9
Informanter	10
Datainsamling	11
Dataanalys	11
Etiska aspekter.....	12
Resultat.....	13
Praktisk tillämpning.....	13
Som förskrivare	16
I samverkan.....	18
Diskussion	19
Metoddiskussion.....	19
Resultatdiskussion	20
Konklusion	26
Implikation	27
Referenser	

Bilagor	Bilaga 1. Informationsbrev.
	Bilaga 2. Intervjuguide.

Inledning

Att uppleva hälsa är en viktig aspekt för att kunna känna välbefinnande och tillfredsställelse med tillvaron. Ökade sjukskrivningar visar på en negativ utveckling av befolkningens hälsa, vilket ger ökade kostnader för samhället, såväl som lidande för den enskilda individen (Bjärås & Kanström, 2009). Enligt Statens folkhälsoinstitut (2008) är en ökning av den fysiska aktiviteten en av de åtgärder, som skulle ge störst effekt för svenska folkets hälsa och välbefinnande. Genom att vara fysiskt aktiv finns möjligheten att minska risken för livsstilsrelaterade sjukdomar, till exempel hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes, högt blodtryck och fetma (Bjärås & Kanström, 2009).

Hälsopromotivt arbete innebär att fokusera på att främja faktorer som kan bidra till hälsa (Winroth & Rydqvist, 2008). Det ställs höga krav på hälso- och sjukvården att vara så effektiva som möjligt i sitt hälsopromotiva arbete (Socialstyrelsen, 2009), Hälso- och sjukvården har möjlighet att utföra hälsopromotivt arbete då de har ett stort förtroende hos sina besökare och kommer i kontakt med de patienter som är mest fysiskt inaktiva, som sjukskrivna och äldre (Statens folkhälsoinstitut, 2008).

Fysisk aktivitet på recept (FaR) är ett sätt att arbeta hälsopromotivt inom hälso- och sjukvården. Metoden innebär att individen får ett recept utskrivet av legitimerad sjukvårdspersonal, med en ordination på en aktivitet som ska utföras. Syftet är att behandla eller förebygga vissa sjukdomar (Statens folkhälsoinstitut, 2008). Utvärderingar som gjorts av FaR visar, att såväl aktivitetsnivå som livskvalité, ökade efter användning av recepten. Många patienter var i större utsträckning besvärsfria (Kallings, Leijon, Hellenius & Ståhle, 2007). Problem som har upplevts i samband med metoden är bland annat tidsbrist, ointresse från patienter och otillräcklig kunskap om FaR hos förskrivarna. I en del kommuner har det framkommit att förskrivandet minskat och recepten har uteblivit (Statens folkhälsoinstitut, 2010).

Syfte

Syftet med studien var att beskriva förskrivarnas upplevelser av hinder och problem med att använda metoden FaR inom primärvården.

Bakgrund

Fysisk aktivitet på recept

Fysisk aktivitet på recept (FaR) är en metod, som legitimerad sjukvårdspersonal använder, både på internationell och på nationell nivå. Den används för att öka den fysiska aktiviteten bland befolkningen, både bland sjuka och friska individer. FaR startades 2001 i liten skala och har genom åren utvecklats allt mer. Förskrivningen har ökat och 2008 använde samtliga landsting metoden. Metoden innebär att individen får ett recept utskrivet med en ordination, men istället för medicin får individen en grupp- eller individaktivitet som ska utföras. Ofta ska aktiviteten genomföras tillsammans med en friskvårdsaktör, till exempel ett gym. Det händer även att individen ordinerar att utföra aktiviteten på egen hand (Statens folkhälsoinstitut, 2008).

Krav som ställs på hälso- och sjukvårdspersonalen som förskriver recepten, är god kompetens och tillräckliga kunskaper om individens tillstånd. Även god kunskap om effekterna av fysisk aktivitet krävs, eftersom vissa aktiviteter inte är lämpliga för en del sjukdomar. Receptet som skrivs ut ska vara individuellt utfört och innehålla vilken aktivitet som ska genomföras. Även intensitet, frekvens och duration ska anges. Recepten är skriftliga då det visat sig ge bättre följsamhet. Till sin hjälp har förskrivarna handboken Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (Fyss). Fyss är en manual och kunskapsbank, som tar upp effekter av fysisk aktivitet på sjukdomar och tillstånd, där det finns tillräckligt med vetenskapligt bevis att fysisk aktivitet har en positiv effekt. Där står när fysisk aktivitet inte bör användas, hur ett recept utformas och förslag på olika motionsaktiviteter ges (Leijon & Jacobsson, 2006).

Erfarenheter av Fysisk aktivitet på recept

Kallnings, Leijon, Hellenius och Ståhle (2007) gjorde en utvärdering av fysisk aktivitet på recept, där det undersöktes, om recepten ledde till en mer fysiskt aktiv livsstil och till eventuella hälsovinster. I studien deltog 481 personer från primärvården, 75 % var kvinnor och 25 % var män, medelåldern var 50 år. Resultatet visade att recepten bidrog till en ökad

aktivitetsnivå och att det därmed var lämpligt att använda sig av metoden i primärvården. Den självrapporterade aktivitetsnivån och livskvalitén hade ökat signifikant och andelen som följt vårdpersonalens ordination var 65 %, vilket enligt författarna var mycket bra. Leijon och Jacobson (2006) gjorde en utvärdering av Östgötamodellen, där implementeringen av FaR mellan 2001-2005 följdes. Under 2001 använde 32 % av vårdcentralerna FaR och 2005 var motsvarande siffra 100 %. Uppföljningen visade att en stor del av patienterna som fått recepten fortfarande var aktiva och dessutom i stor utsträckning besvärsfria. Resultatet visade att övervikt och värk var de vanligaste besvären, att det var viktigt att hitta sin egen metod efter förutsättningarna som fanns, samt att det var viktigt med ett gott samarbete med aktörer utanför vården. Resultaten visade även att recepten med egen träning hade ökat och gått förbi träning i grupp, vilket indikerade att vardagsmotionen hade ökat. Att det tar tid för en förändring att ske och att uppföljning är av stor vikt för en beteendeförändring, är ytterligare slutsatser som dras. Slutligen kommer författarna fram till att primärvården är en väl lämpad arena för FaR, eftersom personalen kommer i kontakt med en stor del av befolkningen, har god kunskap, trovärdighet och auktoritet. De anser därför att primärvården har en stor roll i lokalsamhällets arbete för att få individer att bli mer fysiskt aktiva.

Fysisk aktivitet

I Sverige har den fysiska aktiviteten ökat. Idag är ungefär två tredjedelar av befolkningen tillräckligt fysiskt aktiva, men fortfarande är en tredjedel helt inaktiv. Män är i större utsträckning än kvinnor inaktiva (Socialstyrelsen, 2009). Sett ur ett historiskt perspektiv, är stillasittandet högre än någonsin. Människan är skapad för rörelse men idag finns en mängd hjälpmedel som innebär minsta möjliga ansträngning. Även möjligheten till fysisk aktivitet minskar då parker, skogar och andra grönområden försvinner, i takt med att nya lägenheter och köpcentra byggs (Statens folkhälsoinstitut, 2008). Statens folkhälsoinstitut (2008) menar även att en ökning av den fysiska aktiviteten en av de åtgärder som skulle ge de största positiva effekterna för svenska folket. Fysisk aktivitet definieras som all kroppsrörelse som uppstår till följd av muskulaturens sammandragning och innebär en förhöjd energiförbrukning (Shephard & Balaty, 1999). Den rekommenderade nivån för fysisk aktivitet är 30 minuter/dag. Intensiteten ska vara minst måttlig, vilket innebär att en promenad eller cykeltur räcker för att komma upp i den rekommenderade nivån. Ytterligare hälsovinster finns att få om intensiteten höjs (Haskell et al., 2007).

Genom att vara tillräckligt fysiskt aktiv minskar risken för en mängd sjukdomar. Hjärt- och kärlsjukdomar går att förebygga. Fysisk aktivitet två till tre gånger i veckan á 45 minuter ger positiv effekt på såväl blodtryck som på kolesterol (Mora, Cook, Buring, Ridker & Lee, 2007). Risken att drabbas av typ två diabetes går att minska genom att vara fysiskt aktiv eller genom en viktminskning (Tuomilehto et al., 2001). En annan allvarlig livstilssjukdom är det metabola syndromet. Riskfaktorer till det metabola syndromet är bland annat fetma, höga halter av triglycerider och för hög insulinnivå. Fysisk aktivitet är ett effektivt sätt att minska flera av riskfaktorerna (Muldoon et al., 2004 och Ekelund, et al., 2007). Hypertoni eller högt blodtryck utgör en av de största riskfaktorerna till hjärt- och kärlsjukdomar. Hu, et al., (2004) kommer fram till att fysisk aktivitet tillsammans med viktkontroll minskade risken för hypertoni. Det visade sig även att de skyddande effekterna av att vara aktiv gavs oavsett kön och grad av övervikt.

Det finns ytterligare forskning som visar på liknande resultat. En studie undersökte 86 kvinnor som hade diagnostiserats med bröstcancer och påbörjat behandling. Syftet var att undersöka om kvinnorna kunde utföra ett fysiskt aktivitetsprogram i hemmet under 12 veckor och vad det gav för effekt. Resultatet visade att kvinnorna blivit mer fysiskt aktiva och ökat det psykiska välmåendet i jämförelse med kontrollgruppen (Pinto, Frierson, Rabin, Trunzo & Marcus, 2005). Fysisk aktivitet ger även effekt på psykiska problem som ångest, stress och nedstämdhet. Forskning som gjorts inom ämnet visade att fysisk aktivitet var viktigt för att undvika psykiska problem, men att det även fungerar efter insjuknandet. Detta visar bland annat studien Exercise and well-being. A review of mental and physical health benefits associated with physical activity. Där studerades sambanden mellan motion och fysisk och psykisk hälsa. Det resultat som presenterades var att fysiskt aktiva mådde bättre, var mer sällan sjuka och hade ett bättre välbefinnande (Penedo & Dahn, 2005). Studien Exercise coping and depression in a ten-year cohort study of depressed patients studerade depressionspatienter i tio år och fann att fysisk aktivitet ledde till mindre depression. Resultatet visade även att fysisk aktivitet bidrog till att minska riskfaktorerna för depression (Harris, Cronkite & Moos, 2006). Fysisk aktivitet kan med fördel användas hälsopromotivt, då det bevisligen har en god effekt på flera sjukdomar och tillstånd, som kan försämra hälsan (Ekblom & Nilsson, 2000).

Hälsopromotion

World Health Organisation (WHO) definierar hälsopromotion på följande vis: ”*Health promotion is the process of enabling people to increase control, over, and to improve their health. To reach a state of complete physical, mental and social well-being, an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment.*” (WHO, 2010). Hälsopromotivt arbete innebär att fokusera på faktorer som kan bidra till bättre hälsa. Begreppet är relativt nytt. Längre präglades hälso- och sjukvården av perspektivet, att hälsa uppnåddes genom att inte ha någon sjukdom. Detta sätt att se på hälsa har förändrats genom åren, vilket kan ses i WHO`s definition. Även om definitionen har fått en del kritik, står den för ett mer holistiskt synsätt på hälsa än ovan angett och har bidragit till utvecklingen av hälsopromotion (Pellmer & Wramner, 2005).

Grundidén med hälsopromotion är delaktighet och en förståelse för att den enskilde personen kan ha stor påverkan på den egna hälsan, genom att välja en bra livsstil och sunda levnadsvanor. För att kunna göra dessa val måste möjligheterna till detsamma finnas. Det kan innebära tillgång till grönområden där individer har möjlighet att ta promenader och till umgänge. Det kan även innebära idrottsföreningar som erbjuder chans till motion, eller bara en enkel sak som trottoarer och belysning för att kunna cykla och promenera och känna sig säkra. Att skapa förutsättningar för att behålla eller förbättra hälsan, är grunden för ett hälsopromotivt arbete. Ett viktigt begrepp i hälsopromotion är empowerment, vilket innebär att individen upplever en känsla av kontroll och möjlighet att påverka den egna situationen. För hälso- och sjukvårdare är det viktigt att ha med ovan nämnda synsätt i arbetet och kunna diskutera med patienten. Inte bara befalla vad som ska uträttas, utan även ge patienten en möjlighet att få vara med och utforma behandlingen. (Winroth & Rydqvist, 2008).

Hälsopromotion i hälso- och sjukvården

Att arbeta förebyggande inom hälso- och sjukvården, innebär att många sjukdomar och tillstånd skulle kunna undvikas. Enligt den Svenska sjukvårdslagen (HSL) ska hälso- och sjukvården arbeta för att förebygga ohälsa. Hälso- och sjukvården skall, när det är lämpligt, ge

upplysningar om metoder för att förebygga sjukdomar och ohälsa (Pellmer & Wramner, 2005). Över 90 % av befolkningen vill att vårdpersonalen ska diskutera levnadsvanor under patientbesöket, men bara 30 % av patienterna uppger att personalen gjort detta. En väl fungerande primärvård kan bidra till att öka folkhälsan, för att på sikt kunna minska sjukvårdskostnaderna. (Socialstyrelsen, 2009).

Studier som visar att primärvården är lämpliga för att arbeta hälsopromotivt är bland annat en studie i Nya Zeeland, där syftet var att undersöka hur effektivt det var, att med hjälp av vårdpersonal, få patienter att öka sin fysiska aktivitet, för att öka livskvaliteten. Studien genomfördes under 12 månader. 42 vårdcentraler valdes ut, där patienter mellan 40 och 79 år fick muntliga råd om fysisk aktivitet under patientbesöket. Resultatet blev positivt. Den fysiska aktiviteten hade ökat bland patienterna som fått ta emot råd. Blodtrycket hade minskat och livskvaliteten hade ökat (Elley, Kerse, Arrol & Robinson, 2003). En annan studie som visar på liknande resultat gjordes i England, där primärvården bjöd in tonåringar för samtal om livsstilsfrågor. Niohundra och trettio ungdomar deltog i åldrarna 14-15 år under 12 månader. Resultatet visade, att även om det inte genomförts så stora förändringar, så var deltagarna mycket positiva till att få komma och samtala med professionell personal. Eftersom tre fjärdedelar av deltagarna besökte olika vårdmottagningar minst tre gånger per år, drogs slutsatsen att primärvården var en väl fungerande plats för diskussioner om hälsa med målgruppen som deltog i studien (Walker, et al., 2002).

Metoder inom hälso- och sjukvården.

Kraven för hur effektiv vården borde vara har ökat. Det beror bland annat på bättre teknologi och ökad livslängd bland befolkningen men även på de nästan fördubblade hälso- och sjukvårdskostnaderna. Effektiv vård innebär att tillgängliga resurser används på bästa sätt, exempel på resurser kan vara personalens kompetens (Socialstyrelsen, 2009). Olika metoder har tagits fram, som används inom hälso- och sjukvården och som alla med hjälp av personalens kompetens syftar till att öka effektiviteten. (Rollnick, Miller & Butler, 2009).

Motiverande samtal (Mi) är en metod som används framgångsrikt inom området. Det är en klinisk metod som användes redan på 80-talet, men då som en behandling av alkoholproblem. Under 1990-talet började Mi användas även av andra hälsoproblem. Mi har med bra resultat

använts när det gäller hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes, högt blodtryck, psykosor och så vidare (Rollnick, Miller & Butler, 2009). Metoden har även använts framgångsrikt inom viktminskning (Smith-West, DiLillo, Bursac, Gore & Greene, 2007). Hälso- och sjukvårdspersonalen har dagligen hälsosamtal med patienter. Mi; s grundidé är att framkalla patientens egen motivation genom samtalen, för att sedan kunna göra förändringar vilka förbättrar hälsan. Tre riktlinjer ges för att få bästa resultat av Mi. *Samarbetsinriktad*: Istället för att styra den passiva patienten, så fattas ett gemensamt beslut som känns bra för båda parter. *Framkallande*: Ofta är det så, att det mål som hälso- och sjukvårdaren anser att patienten ska uppnå, inte känns genomförbart för patienten. Genom en ökad förståelse finns det möjlighet att framkalla patientens egna skäl och argument för en förändring. *Respekt för patientens autonomi*: Innebär respekt för patientens egna beslut. Hälso- och sjukvårdaren kan råda, informera, till och med att varna, men i slutändan är det ändå patientens eget val om något och i så fall vad som ska förändras. Detta beslut måste respekteras (Rollnick, Miller & Butler, 2009).

Mental träning är en annan metod som används för att genomföra hälsosamma beteendeförändringar. Användningsområdet har tidigare begränsats till elitidrotten, där för att förbättra prestationsförmågan. Metoden har på senare år även börjat användas inom företagshälsovård, skolan och hälso- och sjukvården. Mental träning ska ses som en träningsmetod på samma sätt som fysisk aktivitet. Mental träning använder sig av tankar, bilder och känslor och målet är att behärska de processer, som kan påverka individer på ett positivt sätt. Genom mental träning, kan negativa tankar medvetandegöras, vilket kan ge förutsättningar att göra något åt dem (Kostenius & Lindqvist, 2006). Avspänning är nyckelordet i mental träning. Negativa tankar kan leda till anspänning i olika delar i kroppen. Detta kan innebära värk och andra bekymmer. Med hjälp av avspänning kan ovan nämnda problem undvikas och förbättras. Det har visat sig att avspänning kan vara en mycket god preventiv metod mot stress, då det medför minskad aktivitet i sympatiska nervsystemet. Det innebär även minskat blodtryck, minskad hjärtfrekvens och minskad muskelspänning. Regelbunden användning av metoden har visat sig ge förbättrad psykisk och fysisk hälsa (Angelöw, 2001).

Problem och hinder i hälsopromotiva metoder

Hälsofrämjande insatserna ökar successivt från vårdens sida, men fortfarande finns mycket som kan göras bättre, till exempel behöver tillgängligheten förbättras, att vård kan fås när den behövs. Dessutom måste vårddiderna minskas och bättre samordning mellan olika vårdenheter behövs (Socialstyrelsen, 2009). Problem och hinder som har upplevts i hälsofrämjande metoder, är bland annat ekonomiska och sociala villkor, villkor som kan vara svåra att påverka, men som går att finna lösningar till. En patients ekonomiska och sociala situation kan innebära att ett dyrt träningskort inte är aktuellt, om ökad fysisk aktivitet är förändringen som behövs. Det finns förslag till billiga och effektiva aktiviteter, som promenader, cykling eller jogging. Ett annat hinder är följsamheten inom verksamheten. Om inte samtliga anställda på en arbetsplats använder metoden, kommer antagligen inte en personals ansträngningar att bli lyckade. Andra exempel kan vara för långa väntetider och dåligt mottagande av patienterna. Det räcker dock inte att vården på egen hand ska utföra arbetet. Även en politisk ambition att satsa på hälsopromotivt arbete krävs, för att ge hälso- och sjukvården förutsättningarna som behövs för att kunna arbeta hälsofrämjande (Jarlbo, 2004). Detta är dock aspekter som går att påverka och förändra, så att anställda får möjlighet att använda metoderna, som är viktiga för att undvika ohälsa (Rollnick, Miller & Butler, 2009 och Pellmer & Wramner, 2005). Uppföljning är ett sätt att visa på vad som hänt, vad som blev bra och vad som kan göras bättre. Informationen som ges vid en uppföljning kan vara till nytta både för hälso- och sjukvården, men även för politikerna som gett möjligheten till det hälsopromotiva arbetet. (Pellmer & Wramner, 2005).

Denna studie ägde rum i en mindre kommun i västra Sverige. FaR hade använts i kommunen i sex år, sedan 2004, där nio olika vårdenheter skrev ut recept. Förskrivaren kan enligt en aktivitetskatalog erbjuda patienten olika former av motionsalternativ. Patienten blir, efter förutsättningar och nuvarande tillstånd, indelad i en av tre olika nivåer. *Nivå ett* innebär gruppaktivitet med utbildade ledare. I *nivå två* deltar patienten i ordinarie föreningsverksamheter och betalar samma avgifter som andra deltagare. *Nivå tre* innebär egen träning, exempelvis promenader, stavgång, simning och cykling. Under första året som metoden användes i kommunen, skrevs 69 recept ut, 2005 hade utskrivningen ökat till 135. Förskrivningen har sedan ökat med några recept per år. År 2008 skrevs 338 recept ut vilket var högsta antal recept som noterats i kommunen. Under år 2009 skrevs dock 246 recept ut,

vilket innebar en minskning med dryga 100 recept. Under samma år genomfördes uppföljning till 47 av patienterna som fått receptet. Förskrivningen av FaR i kommunen har ökat stadigt sedan starten 2004. Förskrivarna ökar successivt, vilket innebär fler recept till patienter. År 2009 var första året då en negativ utveckling av FaR noterades. Det som kom att utredas var, vad i metoden som fungerar väl och vad kan förbättras enligt förskrivarna, för att återigen få en positiv utveckling av FaR recepten.

Metod

Forskningsansats

Uppsatsen är en kvalitativ studie, där syftet var att beskriva förskrivarnas upplevelser av hinder och problem med att använda metoden FaR inom primärvården. Insamlad data analyserades med hjälp av innehållsanalys, vilket innebär tolkning av texter. Från början användes innehållsanalys kvantitativt, där innehållet systematiskt beskrev olika former av kommunikation, till exempel inom massmedia. Det kallas för den kvantitativa innehållsanalysen. Idag används innehållsanalys även kvalitativt och handlar då om att tolka texter och används gärna inom beteendevetenskap, humanvetenskap och vårdvetenskap (Graneheim & Lundman, 2008).

I den kvalitativa traditionen är enskilda personers sanning av intresse. Det innebär att texten som behandlas med kvalitativ innehållsanalys, ska ses i sitt sammanhang och viktigt är att ta hänsyn till intervjupersonens historia, kultur och situation (Graneheim & Lundman, 2008). Metoden använder sig gärna av intervjuer för att samla in material, men även andra metoder att göra detta på finns, till exempel att informanten får använda sig av en dagbok, eller att forskaren använder sig av observationsprotokoll. Vad som än används, är det insamlat material, som forskaren ska bearbeta och analysera.

Data samlades in genom intervjuer, eftersom en djupare förståelse eftersträvades (Kvale, 1997). Efter att materialet insamlats måste det kondenseras och göras mer lätthanterligt, för att ett resultat ska kunna nås. Förminskningen sker genom analysprocessen (Graneheim & Lundman, 2003). Dokumentet som ska analyseras kallas för analysenhet, vilket delas in i domäner och är delar av texten, som handlar om ett specifikt område och som går att identifiera relativt lätt. Vidare delas texten in i meningsenheter, som kan utgöras av ord,

meningar och stycken i texten, vilka hör ihop, exempelvis på grund av sitt sammanhang. Texten kondenseras och abstraheras. Kondensering innebär texten görs kortare, men centrala och viktiga bitar finns kvar, vilket medför att textmassan blir mer lätthanterlig. Abstrahera innebär att ta innehållet till en högre logisk nivå. En kod sätts på en meningsenhet, i syfte att kortfattat beskriva innehållet. Det innebär att kondenserade meningsenheter abstraheras. Koderna förs sedan samman genom likheter och ordnas i en kategori. En kategori kan innehålla flera underkategorier. Slutligen utkristalliseras ett tema. Ett tema innehåller flera kategorier och sammanbinder deras innehåll. Det manifesta innehållet står för det konkreta tolkandet av det som framstår som synligt och konkret i texten och det latent stå för en förståelse av dess underliggande mening. (Kondracki, Wellman & Amundson, 2002).

Informanter

Studien är gjord med kvalitativ metod och bygger på intervjuer med förskrivare av FaR, i en kommun i västra Sverige. Urvalet gjordes med av hjälp av folkhälsoutvecklaren från Landstinget, som bistod med kontaktpersoner, till de olika hälso- och vårdenheterna, som skrev ut recept. Urvalsprocessen gick till på följande vis: Nio kontaktpersoner kontaktades på nio olika hälso- och vårdenheter med geografisk spridning, både i stad och på landsbygd, inom den aktuella kommunen. Detta gjordes genom ett informationsbrev (se **bilaga 1**), som beskrev studiens syfte och genomförande. En vecka senare kontaktades de personerna och ombads ge förslag på lämpliga deltagare bland sina kollegor, som kunde vara aktuella för en intervju. Kontaktpersonen vidarebefordrade informationsbrevet till kollegorna och kontaktades sedan av författaren, för att undersöka om intresse att delta fanns. Sex enheter tackade ja till att delta och bidrog med mellan en och tre informanter från respektive enhet. Två enheter avstod från att delta och en enhet gick inte att få kontakt med. 12 intervjuer genomfördes under vårterminen 2010 och analyserades sedan med hjälp av innehållsanalys. Yrkeskategorierna som fanns representerade var: tre sjukgymnaster, fyra sjuksköterskor och fem distriktssköterskor. Informantgruppen bestod av två män och tio kvinnor och yrkeserfarenheten var mellan ett till 26 år. Erfarenheten av att använda FaR var ett till sex år.

Datainsamling

Datainsamlingen skedde genom intervjuer med informanter från de sex olika enheterna, som valde att delta i studien. Alla intervjuer genomfördes i ett avskilt rum på informanternas arbetsplats. Intervjuerna tog mellan 19-41 minuter och spelades med informanternas samtycke in på band och skrevs sedan ordagrant ut av författaren. Semistrukturerad intervjuteknik användes, vilket innebar mer flexibilitet än en strukturerad intervju. Intervjusvaren är öppna och informanten får möjlighet att tala utförligt och utveckla sina idéer. Intervjuaren är flexibel i sina frågor och kan även be informanten att utveckla svaren (Denscombe, 2000). Till sin hjälp hade författaren en intervjuguide (**se bilaga 2**). En intervjuguide innebär i förväg nerskrivna frågor, som ställs på samma sätt till de olika intervjupersonerna (Graneheim & Lundman, 2008). Intervjuguiden utformades utifrån studiens syfte och frågeställning och följde en mall vilken innehöll fem olika steg: Öppningsfrågor, introduktionsfrågor, övergångsfrågor, nyckelfrågor och avslutande frågor (Krueger & Casey, 2000). Exempel på nyckelfråga: Finns det tillfällen då du undviker att skriva ut ett FaR- recept? Frågorna berörde fördelar och nackdelar i nuvarande metod, praktisk användning och hur metoden skulle kunna utvecklas. Frågorna kompletterades med uppföljningsfrågor: Hur menar du? Kan du utveckla det lite mer? För att säkerställa kvalitén på intervjuguiden, gjordes en pilotstudie med en utomstående person, som arbetar med FaR inom hälso- och sjukvården och otydligheter justerades därefter. Även handledaren läste intervjuguiden och kom med synpunkter.

Dataanalys

Dataanalysen genomfördes med innehållsanalys som metod. När materialet var insamlat, lästes det noggrant igenom av författaren och tankar och funderingar skrevs ned, som vidare kontrollerades mot syftet och fördes över på en separat lista. För att få ett mer lätthanterligt material, förminskades texten med syftet att behålla den innehållsmässiga kärnan. Fokus låg på att beskriva variationer, genom att identifiera skillnader och likheter i materialet. (Höglund & Granskär, 2007). Nästa steg var att finna materialets meningsenheter. Efter detta

kondenserades texten, det vill säga, meningensheterna kortades ned utan att ändra innehållet. En kod sattes sedan på meningensheten i syfte att kortfattat beskriva innehållet. Det innebar att den kondenserade meningensheten abstraherades. Koderna jämfördes sedan och de av liknande karaktär fördes samman och ordnades i en kategori (Graneheim & Lundman, 2008). Triangulering genomfördes av handledaren för att kontrollera och stärka det framkomna resultatet. För att ge mer tydlighet till kategorierna som skapades skrevs citat som är tagna direkt från det insamlade materialet (Neuendorf, 2002). Slutligen formades ett tema, temat innehåller flera kategorier och sammanbinder kategoriernas innehåll och uttrycker därmed en innebörd för det latent innehåll i materialet (Graneheim & Lundman, 2003). Nedan ges två exempel på hur analysarbetet gick till.

Meningsenhet	Kondenserad meningenshet	Kod	Underkategori	Kategori
Ja, det har väl blivit mer efterhand, får jag säga, de första åren när det var nytt var det lite sporadiskt.	Skrev sporadiskt när det var nytt.	Möjlighet att lära sig metoden.	Att Implementera.	Praktisk tillämpning.
..fysisk aktivitet är en väg att gå. Men det behövs mer. Och inte bara från sjukvården, utan att det finns på fler ställen i samhället.	Insatserna bör komma från fler ställen än bara sjukvården.	Hälsoarbete från flera håll.	Att synliggöra Hälsoarbete.	I samverkan.

Etiska aspekter

Informanterna informerades muntligt och skriftligt (**se bilaga 1**) om studiens syfte, att deltagandet var frivilligt, att informationen som gavs skulle behandlas konfidentiellt och att de kunde avbryta intervjun när de ville. Informanterna fick skriftligt ge sitt godkännande om att de fått denna information och att de gav sitt samtycke till att delta. Intervjuerna förvarades säkert, så ingen utomstående skulle kunna få ta del av dem.

Resultat

Genom analys av intervjuerna visade sig det latent innehåll i form av ett tema och det manifesta innehåll genom tre kategorier med två eller tre underkategorier (Se figur 1).

Tema	Inarbetad metod, men osäkerhet och tveksamhet hindrar användandet av metoden.		
Kategori	Praktisk tillämpning	Som förskrivare	I Samverkan
Underkategori	Att använda hjälpmedlen Att implementera Att förskriva aktiviteter	Att förhålla sig till patienten Att känna sig motiverad	Att synliggöra hälsoarbete Att samarbeta med andra organisationer

Figur 1. Tema, kategorier och underkategorier beskrivande förskrivares erfarenheter av metoden FaR.

Temat visar att trots att metoden anses som bra och nödvändig finns det faktorer och omständigheter som försvårar arbetet.

Praktisk tillämpning.

Kategorin beskrev vårdpersonalens upplevelse av metoden FaR och hur de upplevde att använda dataprogrammet Vas och handboken Fyss. Kategorin beskrev även vad som upplevdes behövas för att metoden skulle kunna användas så effektivt som möjligt av såväl vårdpersonal, som patient. Kategorin inkluderade tre underkategorier; Att använda hjälpmedlen, att implementera samt att förskriva aktiviteter.

Att använda hjälpmedlen

Handboken Fyss, vilken fungerar som en hjälp för förskrivarna, användes i liten utsträckning. Den hade bläddrats igenom någon gång, men ingick inte i vardagsarbetet. Handboken upplevdes innehålla för mycket information och var därför inte användarvänlig, innehållet var dessutom inte skrivet för förskrivarna och innehöll inte några nyheter för dem. Istället användes boken med fördel till patienterna som ett uppslagsverk och som på så vis kunde ge kunskap om deras sjukdomar och tillstånd. Men även där ansågs Fyss vara alltför omfattande.

”Alltså det, för oss är det väl ganska basic, det känns som att det ingår i vårt arbete att veta om det som står där. Så det är väl i så fall om man kan använda den som jag har gjort till patienten kan läsa på och titta lite i den. Men jag räknar med att det som står där det kan jag det mesta”

Enligt en annan informant,

”Oj, Fyss, vilken är nu det?”

Dataprogrammet som fanns på de olika enheterna för att skriva ut recepten var relativt nytt. En osäkerhet fanns kring att använda programmet och i vissa fall hade beslut tagits att inte använda det alls. Om osäkerheten kunde övervinnas, var uppfattningen om dataprogrammet, att möjligheterna var stora att få en ökad användning av programmet och att helhetsbilden för patienten därmed kunde ökas. Anledningen till att det rådde osäkerhet var att förskrivarna inte kände att de bemästrade programmet. De var helt enkelt osäkra på hur programmet skulle användas, vad alla funktioner var till för och hur eventuella misstag löstes.

”Nej vi har väl inte riktigt anammat den, den har varit krånglig, det var ju våra chefer då som tyckte det. Och den är inte riktigt bra, vi jobbar ju med den på juren och den är ganska omständig. Den är inte jättesmidig, så då har vi, man behöver liksom inte gå med i Vas”

Enligt en annan informant,

”Ja, jag vet inte, i Vas är det inte riktigt enkelt, det borde kunna få att gå enklare. Jag tycker att det är lite småbökigt”

Att implementera

Det upplevdes som att det fanns en stor tröghet i metoden. Trots att metoden ansågs som viktigt, skrevs inte alls så många recept ut som det fanns möjlighet till. Ständiga påminnelser

behövdes för att arbetet skulle fortgå. För att metoden skulle kunna användas så effektivt som möjligt var det viktigt att metoden från början fick fokus och tid. Förskrivarna måste få möjlighet att ta till sig metoden, såväl som hjälpmedlen. Var det så att implementeringen inte genomfördes på ett bra sätt och inte togs upp i rutinerna, var det risk att metoden inte fick den förankring som krävdes och recepten ansågs utebli.

”Jo, det ska ju läras in hos alla, få förankring här på arbetsplatsen, det tar ju ett tag innan det kommer igång och skriver recept. Med utbildning och möten och så, annars är ju risken stor att det inte används”

Ytterligare påminnelser var önskvärt för att hålla metoden levande. Landstinget hade på hösten 2009 arrangerats en tävling, som gick ut på att den enhet som skrev ut flest recept under en viss tid vann ett pris. Detta upplevdes som ett mycket bra sätt att lägga fokus på FaR. Förskrivarna kände sig motiverade och det visade sig även att fler recept skrevs ut under perioden. Andra önskemål som fanns var mer aktuell forskning och föreläsningar. Att detta skedde kontinuerligt och inte med för långa tidsintervaller, upplevdes som viktigt.

”Ja i höstas så hade vi ju en tävling, där folkhälsoutvecklare ordnade. Hade då en tävling under en månad. Och då blev det ju faktiskt lite mer fart på oss. Och det tror jag kan behövas med jämna mellanrum”

Att förskriva aktiviteter

Recepten kan skrivas ut som egen träning eller gruppaktivitet. Att båda alternativen fanns, upplevdes som bra. Oftast skrevs recepten ut som egen träning och mest förekom promenader. Anledningen till det, var att det upplevdes som en enkel form av fysisk aktivitet, som alla klarar av att utföra. Dock fanns andra anledningar till att fördelningen såg ut som ovan nämnda. Aktivitetskatalogen som fanns, innehöll inte några alternativ i centrumområdet till patienterna som befann sig i *nivå ett*. Efterfrågan på aktiviteter för denna grupp var stor. Det fanns även önskemål om fler aktiviteter för män, då det för tillfället var mycket aktiviteter som passade bäst till kvinnor och där män inte kände sig bekväma.

”Ja och sen är det så att det finns ingenstans att slussa de patienter som finns i fas ett. Det skulle behövas lite olika grupper och former till fas ett”

Enligt en annan informant,

”Just det här att det finns så mycket att välja på för kvinnor men det är värre för männen. Det var därför vi försökte få med kettelbells. Det kan ju vara lite mer tilltalande för män. Så kanske lite mer åt det manliga hållet. Det skulle nog behövas alltså”

En annan anledning var kostnaden för gruppaktiviteterna. Att det inte föreligger en reducering av priset när ett recept skrivs ut upplevdes som ett problem. Det var svårt att motivera patienterna till gruppaktiviteter, då kostnaden var densamma som om patienterna hade sökt sig dit på egen hand. En del patienter hade dålig ekonomi och där drog sig förskrivarna för att skriva ett recept på gruppaktivitet.

” Alltså det har ju ingen vinst med att få ett recept , det blir ju inte billigare för dom, så då är det ju många som tycker att nej det är nog ingen för mig”

Som förskrivare

Kategorin beskrev, vad som krävdes av förskrivarna, för att patienten skulle följa det recept som skrivits ut. Bara att dela ut ett recept var långt ifrån tillräckligt. Att föra ett bra samtal, avtala om uppföljning och känna motivation till metoden, ansågs som viktiga aspekter för att vara en bra förskrivare. Kategorin inkluderar två underkategorier; Att förhålla sig patienten och att känna sig motiverad.

Att förhålla sig till patienten

Hur mötet med patienten gick när de samtalade om FaR, ansågs vara av stor betydelse. Patienternas följsamhet berodde på hur väl förskrivarna kunde åskadliggöra nyttan av metoden. Det krävdes att personliga vinster för patienten togs upp, även att ange vad för aktivitet som skulle utföras och med vilken intensitet och duration. Att vara tydlig och bestämd var viktigt för att receptet skulle följas. Detta upplevdes ibland som svårt och jobbigt av förskrivarna, då förskrivarna inte ville upplevas som tjatiga eller påstridiga. Om tveksamhet hos patienten märktes, undveks ofta receptutskrift. Uppföljning ansågs som viktigt för god följsamhet hos patienten.

” Så det gäller ju att man kan lägga fram ett samtal så att patienten är med på noterna och förstår verkligen att det här är en sak, du får det här receptet utav mig istället för en tablett”

Det fanns även en önskan att använda FaR som en hälsofrämjande åtgärd, innan sjukdomen blivit ett faktum, att skriva ut ett recept till någon som inte lider av några större besvär, men som var för lite aktiv enligt de rekommendationer som finns. Viktigt var då att lyfta frågan under patientmötet, för att undersöka hur patientens aktivitetsvanor såg ut. Om detta genomfördes, fanns en stark tro på att många sjukdomar skulle gå att undvika och därmed skulle patienten kunna besparas lidande.

”och jag tänker att varje gång skulle jag kunna skriva ut ett recept på fysisk aktivitet alltså för det här vardags motionen för att det ska bli en vana men det blir mer till dom här där jag ser att det inte fungerar ändå. Så kan jag tänka att egentligen skulle alla ha det men det blir mer till dom som jag ser att jag behöver mer steg för att få igång”

Att känna sig motiverad

För att få stor användning av metoden, var det viktigt att förskrivaren var motiverad till att använda sig av FaR. För att bli motiverad, krävdes en övertygelse om att metoden fungerade och verkligen kunde hjälpa patienten. Förskrivarna upplevde en tröghet i arbetet, och att det ibland kunde vara svårt att hitta motivationen till att använda FaR. Att själv vara fysiskt aktiv ansågs som viktigt för att ge förskrivaren en större säkerhet och en tro på metoden. Förskrivarna hade då själva fått känna på positiva effekter av att vara aktiv, men även upplevt de svårigheter som finns med att sätta igång. Vilket ledde till en större förmåga att kunna motivera och stötta.

”Jag tror att det har med att göra både sin egen motivation mycket till träning. För min egen skull är det så, jag har börjat träna mer, det var så att vi åkte Tjevasan bestämde vi förra året att vi skulle åka, för dom åkte förra året och så tänkte jag att det ska jag göra och då började jag träna inför det och på något vis blev det också då lättare för mig att prata om det mot patienterna för man hade egen erfarenhet av de positiva effekterna. Som man egentligen redan visste, det vet ju alla men just att man hade upplevt dom”

I samverkan

Kategorin beskrev att olika aktörer i samhället tillsammans måste arbeta för att kunna förbättra hälsan för invånarna. Sjukvården arbetar bland annat med FaR för att ge patienter möjlighet till livsstilsförändringar, men det krävs fler aktörer som arbetar aktivt med att möjliggöra och motivera. Kategorin inkluderar två underkategorier: Att synliggöra hälsoarbete och att samarbeta med andra organisationer.

Att synliggöra hälsoarbete

För att kunna öka fysisk aktivitet genom FaR eller på andra vis, krävdes insatser även från andra håll än sjukvården. Genomslagskraften blir inte lika stor, om sjukvården står själv med ansvaret. Det upplevdes som att patienterna skulle ta emot råden om fysisk aktivitet bättre, om även andra aktörer arbetade med frågan. Att samhället inbjuder till fysisk aktivitet, ansågs som mycket viktigt. Exempel på sätt att synliggöra det arbetet, var att använda media, hålla föreläsningar och arrangera olika motionsevent. Det ansågs även viktigt, att möjligheter gavs att genomföra aktiviteterna. Säkra områden som gångstråk med belysning, uppmätta motionsslingor och andra grönområden gavs som förslag för att förbättra möjligheterna. Ett aktivt arbete från flera håll ansågs ge bästa följsamheten för patienterna, men även för andra invånare.

”Sen sitter jag även med i en hälsogrupp här på vårdcentralen. Och där sitter jag som ordförande i den och i den gruppen ingår det personer som arbetar med hälsa och människor runt om i vårt område. Till exempel skolsköterskan, prästen, representanter från de olika idrottsföreningarna, hembygdsföreningen, någon eldsjäl är med så vi är tolv personer från vår bygd som träffas och kan ansöka om pengar av en kommundämnden för olika projekt vi vill göra i vår hembygd”

Att samarbeta med andra organisationer

En förutsättning för FaR, var att det fanns ett väl fungerande samarbete med föreningslivet och med andra vårdenheter inom kommunen. Att olika föreningar ville ställa upp och arrangera aktiviteter, ansågs som viktigt. Även om recept på egen träning förekom oftast så fanns även en stor efterfrågan på gruppaktiviteter. Även ett större samarbete med andra vårdenheter, som arbetade med FaR, efterfrågades. Om det nyss sagda genomfördes så var

tron på att arbetet kunde förbättras därigenom och att motivationen skulle kunna ökas. Detta genom att få ta del av andras erfarenheter då det upplevdes som en styrka att få diskutera med andra FaR förskrivare.

”Men samtidigt tror jag på det här nära, att man försöker samverka om aktiviteter ut till samhället tillsammans. Att man är lyhörd nu med så att säga idrottsledarna vad gör dom, vad vill dom, och att vi också kan ha erfarenhetsutbyte och hjälp av varandra. Jag tror på det”

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet med studien var att beskriva förskrivarnas upplevelser av hinder och problem med att använda metoden FaR inom primärvården. Detta genomfördes med intervjuer, vilka analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. För att granska hur säker studiens metod var används begreppen tillämplighet, trovärdighet, noggrannhet och överensstämmelse.

Kvalitativ forskningsansats ansågs mest lämplig med tanke på studiens syfte. Även informanterna, som valde att delta i studien, ansågs tillämpliga, då alla var förskrivare av FaR och arbetade inom primärvården. En faktor som kan ha minskat tillämpligheten, var att de informanter som ställde upp på intervjun, kan ha varit de förskrivare som var mest engagerade i FaR-arbetet. I och med det nyss sagda kan viktig information ha missats då förskrivare som inte använde metoden särskilt aktivt kan ha uteblivit. Då uppgifter om alla förskrivare inte fanns att tillgå, var det ändå nödvändigt att gå via kontaktpersonen. Dock visade resultatet, att de förskrivare som deltog i studien, hade mycket synpunkter och förslag till förbättringar. I övrigt anses de informanter som deltog, ha en god spridning vad gäller ålder, utbildning och arbetslivserfarenhet. Det innebär att studiens resultat kan antas ha en överensstämmelse med urvalsgruppen och att det därmed är möjligt att dra slutsatser om andra förskrivare inom hälso- och sjukvården, på andra platser.

Alla intervjuer genomfördes av författaren, så även transkribering och analys. Även triangulering genomfördes. Triangulering innebär att en utomstående person, i det här fallet

handledaren, analyserar en del av det insamlade materialet. Detta jämfördes sedan med författarens analys och likvärdiga resultat framkom, detta för att öka trovärdigheten i resultatet. Vidare, också för att öka trovärdigheten, hölls intervjuerna på informantens arbetsplats. Detta medför en trygghet för informanten och därmed ökar chansen till en givande intervju. Det är upp till intervjuaren att skapa en trygg miljö för informanterna för att situationen ska kännas avslappnad och normal (Krippendorf, 2003). Informanterna blev även innan intervjun informerade via informationsbrevet om studiens syfte och tillvägagångssätt, att intervjun när som helst kunde avbrytas och att svaren var konfidentiella

Direkt efter varje intervju skrevs en kort sammanfattning av intryck och händelser. Intervjuerna skrevs ut ordagrant, skratt, suckar och gester noterades, eftersom de kan ge en underliggande mening till texten (Graneheim & Lundman, 2003). All data samlades in och tolkades omsorgsfullt, för att öka noggrannheten och få en överrensstämmelse till verkligheten. För att påvisa noggrannhet i analysen, gavs intervjuer till, vilket medförde en fördjupning av innehållet i resultatet (Graneheim & Lundman, 2003).

Intervjuguiden innebar en trygghet för författaren och bidrog till att inga frågeställningar missades. Intervjuguiden testades även innan första intervjun, dels för att skapa en säkerhet hos författaren, dels för att få synpunkter på frågorna. Intervjuguiden lästes av en utomstående person, som inte deltog i studien, som arbetar inom hälso- och sjukvården och använder FaR. Även handledaren läste intervjuguiden och kom med synpunkter. Den justerades därefter och svaga frågor skrevs om, även detta för att öka överrensstämmelsen.

Resultatdiskussion

Praktisk tillämpning

Den första kategorin beskrev förskrivarnas upplevelser av metoden. Handboken Fyss, som fanns till hjälp för förskrivaren, användes sparsamt. Trots det ansågs Fyss inte som onödig, eftersom boken istället användes av patienterna. Det som önskades för att Fyss skulle användas mer, var en minskning av informationen, för att lättare kunna ta till sig den. Även

mer konkret kunskap om de olika sjukdomarna och hur de påverkades av fysisk aktivitet efterfrågades. Även fler diagnoser var önskvärda, speciellt inom det psykiatriska området, där de diagnoser som fanns att tillgå ansågs vara alltför få. Statens folkhälsoinstitut (2010) skriver att vanligaste orsaken till att Fyss inte används, var tidsbrist och handboken anses som lågprioriterad. Däremot är Fyss ett bra redskap för förskrivaren, då den innehåller mycket information, som framställts på vetenskapligt vis. Detta fann även Leijon och Jacobsson, (2006) och menar att Fyss är en viktig kunskapskälla. För att öka användandet, kan boken med fördel konkretiseras och göras mer användarvänlig.

Förskrivarna ansåg att det fanns många fördelar med att använda det nya dataprogrammet Vas, men att det förelåg en stor osäkerhet kring detsamma, vilket hade lett till att dataprogrammet användes i liten utsträckning och utav vissa inte alls. Därför är det av stor vikt att förskrivarna får möjlighet, till att lära sig programmet ordentligt. Förskrivarna måste få tillräckligt med tid för att kunna inhämta de nya kunskaper som krävs för att hantera ett nytt system. Risken ansågs annars vara, att benägenheten att skriva ut recept minskade, om arbetsuppgifterna runt omkring är omständiga. Även möjligheter att få hjälp och stöd bör finnas, vid behov. Övergången från det gamla systemet att skriva receptet för hand, genomfördes nyligen, så med lite tid och med rätt stöd, så finns möjligheter att så småningom, kunna använda systemet på ett fungerande vis. I det nya systemet finns möjlighet att även se andra journalanteckningar om patienten, vilket upplevdes som positivt, då helhetsbilden av patienten ökade. Därmed ökar också förståelsen för patienten och förskrivaren får en större möjlighet att ge rätt hjälp. Socialstyrelsen, (2009) skriver att en helhetsbild av patienten är viktig, för att patienten ska få så goda möjligheter som möjligt till bra vård och behandling.

Att få tillräckligt med tid att lära sig och ta till sig nya rutiner, visade sig vara viktigt även i nästa kategori; implementering. Även här var det viktigt att förskrivarna fick möjlighet att sätta sig in i metoden, få rätt utbildning och att möjligheter gavs till att skapa rutiner kring det praktiska arbetet. Ett sätt att underlätta implementeringen, var att utse en FaR-ansvarig på arbetsplatsen. En FaR-ansvarigs uppgifter är att påminna, motivera och föra samtal runt metoden, men även att hålla kontakten utåt med till exempel idrottsföreningar och kommun. Viktigt var, att den ansvariga personen var någon som var kunnig och engagerad inom ämnet. Kalling och Leijon (2003) var av samma uppfattning, och ger arbetsplatserna som arbetar med FaR, rådet att utse en samordnare för arbetet, då det är betydelsefullt för att metoden ska förankras väl på arbetsplatsen.

Att kunna välja mellan egen träning och gruppträning, ansågs som bra men de flesta recept, skrevs ut till egen träning. En anledning till att egen träning förekom oftare, var att aktivitetskatalogen, ansågs vara otillräcklig. Statens folkhälsoinstitut, (2010) skriver i sin utvärdering av FaR, att en stor del av aktivitetskatalogerna, är otillräckliga och att fler alternativ behövs. Fler aktiviteter efterfrågades till *nivå ett* i centrumområdet, till exempel en stavgångsgrupp. Även fler aktiviteter till män efterfrågades. Vissa av enheterna hade på egen hand startat upp stavgångsgrupper, som varit eftertraktade, men i och med nerskärningar, hade stavgångsgruppen fått lägga ner. Patienterna som befinner sig i *nivå ett* är i stort sett helt inaktiva, vilket innebär att det är de personerna som jämförelsevis får mest effekt av att börja med fysisk aktivitet. En ökning av fysisk aktivitet hos patienterna i *nivå ett*, skulle även innebära störst ekonomisk vinst för samhället (Ewles & Simnett, 2005). Viktigt är även, att genom att få träffa andra patienter i samma situation, kan erfarenheter utbytas och stöd ges patienter emellan. Även livskvalité och självförtroende kan ökas (Ewles & Simnett, 2005). Kallings, Leijon, Kowalski, Hellénus och Ståhle, (2009) skriver att utbudet av aktiviteter kan påverka patienten som fått ett recept, om aktiviteten kommer utföras och/eller vidhållas. Detta visar att det är angeläget att ha många olika aktiviteter för att öka tillgängligheten.

Att förslagen i aktivitetskatalogen kostade lika mycket som om patienterna hade sökt sig dit på egen hand, upplevdes som ett problem. Priset gjorde, i många fall, att patienter som varit positiva från början, tackade nej. Det innebar även att förskrivarna i vissa fall hellre skrev recept på egen träning. Leijon och Jacobson (2006) skriver att egen träningen har ökat och att det indikerar en ökad vardagsmotion. Andra alternativ till ökningen av egen träningen, kan som denna studie visat vara, att alternativen som erbjuds är för få och att priset på alternativen kan upplevas som för högt, vilket bekräftas av Statens folkhälsoinstitut (2010), som skriver att ett hinder för att patienter inte följer det recept som getts, är deras ekonomi. Den individ som har dålig ekonomi kan ha svårt att prioritera kostnaden för en FaR-aktivitet och FaR-metoden blir på det viset en fråga om social ojämlikhet. FaR aktiviteter omfattas inte av högkostnadsskyddet. Om så vore fallet skulle det innebära en lösning på problemet.

Som förskrivare

Den andra kategorin handlade om vad som krävdes av förskrivarna själva, för att få en så bra följsamhet som möjligt hos patienten. Mötet med patienten upplevdes som viktigt, för hur väl patienten skulle ta till sig de råd som gavs. Angeläget är att hitta former till aktiviteter, som

patienten känner sig nöjd med och som är genomförbara. Om så inte görs, kommer råden antagligen inte att följas. Detsamma visar även en annan hälsofrämjande metod, Mi, där en av utmaningarna till god följsamhet var att finna en god samarbetsform mellan patient och rådgivare och att gemensamt komma fram till en förändring, som båda var nöjda med (Rollnick, Miller & Butler, 2009). Det fanns även en oro hos förskrivarna att uppfattas som tjatig och jobbig av patienterna, vilket kunde leda till att recept inte skrevs ut. Dock har det visats att patienter i stor utsträckning är positivt inställda till att få råd om livsstilsfrågor genom hälso- och sjukvården. (Kalling & Leijon, 2003 och Socialstyrelsen, 2010).

En annan viktig aspekt som bidrog till att receptet blev använt, var uppföljning. Att patienten fick komma tillbaka och visa vad som hade genomförts, ansågs vara motiverande. Även om aktiviteten inte hade genomförts, upplevdes det som positivt att få komma tillbaka och samtala om varför och försöka hitta en annan, bättre lämpad, aktivitet. Informanterna var överrens om att uppföljning var en del av att skriva recept, men statistiken visar att få genomfört just detta. Anledningar till ovan nämnda, kan vara att uppföljningen till ett recept genomförs under ett vanligt patientmöte och blir därför inte bokfört som en uppföljning till FaR. Att uppföljningen genomförs är betydelsefullt för att patienten ska använda det recept som skrivits ut. Även Leijon och Jacobson (2006) och Statens folkhälsoinstitut (2010) kommer fram till att för att en lyckad beteendeförändring, så är uppföljning viktig. Statens folkhälsoinstitut (2010) skriver även att ungefär hälften av förskrivarna gör uppföljning och att det är något som måste förbättras.

Under patientmötet fanns även en önskan om att kunna använda metoden hälsopromotivt, det stämmer väl överrens med folkhälsomålen från Regeringskansliet, (2002), där mål nummer sex belyser vikten av hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Det ansågs att hälso- och sjukvården var lämpad att genomföra hälsopromotiva insatser, men att nya rutiner behövs för att möjliggöra arbetet. Cifuentes, et al., (2005) kommer fram till liknande resultat. Primärvården har bra möjligheter att hjälpa patienter genomföra förändringar, för ett hälsosammare liv och menar också att det går att göra primärvården effektivare för att nå ännu bättre resultat. Dock behövs nya strategier utarbetas, vilka skulle ge bättre möjligheter för personal att kunna påverka sina patienters hälsa. Metoden ansågs med fördel kunna användas innan problemet eller sjukdomen uppstår. För att kunna göra så, måste frågan om hur fysiskt aktiv patienten är, lyftas. En vårdenhet som i liten skala börjat arbeta med metoden hälsopromotivt, hade i anamnesen tagit upp frågan om hur aktiv patienten var. På så sätt kom

samtalen naturligt in på fysiska aktivitetsvanor. Att arbeta hälsopromotivt innebär att lidande för patienten kan sparas, belastning för sjukvården minskas och även kostnader för samhället kan reduceras (Korp, 2004).

Att känna sig motiverad till att använda metoden, ansågs som viktigt för att skriva ut recepten men ibland var motivationen, som krävdes, svår att finna. Minskad motivation kunde bland annat bero på tveksamheter kring om metoden verkligen fungerade eller att tiden inte räckte till. Att all personal på en arbetsplats arbetar med metoden är viktigt, för att få ett bra resultat, annars är risken att arbetet sakta kommer försvinna (Rollnick, Miller & Butler, 2009). I studier som gjorts visar resultaten att metoden fungerar, där den fysiska aktiviteten hos patienterna som fått ett FaR-recept, har ökat (Elley, Kerse, Arrol & Robinson, 2003 och Kallings, Leijon, Hellenius & Ståhle, 2007). Att låta förskrivare ta del av forskning som visar goda resultat, är ett sätt att synliggöra nyttan och att metoden fungerar, vilket i sin tur kan ge mer motivation. Att vara fysiskt aktiv och på så sätt få uppleva de positiva effekter som ges därigenom, är ett annat sätt att öka motivationen till att hjälpa andra till ett mer aktivt liv. Förskrivarna betonade vikten av att vara fysiskt aktiv själv. Även om förskrivarnas aktivitetsvanor sällan diskuterades, ansågs att förskrivarna på ett bra sätt kunde förstå de problem och hinder, som kan uppstå när ett stillasittande liv ska bytas mot ett aktivt. Även Kallings och Leijon, (2003) ger rådet att stimulera personalen till att själva vara fysiskt aktiva.

I samverkan

Den tredje kategorin beskriver de ytterligare insatser som behövs utanför hälso- och sjukvården, för att kunna möjliggöra hälsoarbete. Hälso- och sjukvården har ett stort ansvar att arbeta med hälsofrågor, men för att arbetet ska få så god följsamhet som möjligt, krävs att även andra aktörer för arbetet framåt (Kallings, Leijon, Hellenius & Ståhle, 2007). Det arbetet som görs för att förbättra befolkningens hälsa och för att öka den fysiska aktiviteten, behöver synliggöras och förbättras. Även fast de allra flesta vet nyttan av att leva ett aktivt liv, behövs påtryckningar och motivation för att ta steget. Andra aktörer i samhället som arbetar aktivt behövs, då det upplevdes ge en viktig och bra tyngd åt arbetet som utfördes inom hälso- och sjukvården. Statens folkhälsoinstitut (2006) skriver att samhället bör arbeta med att skapa metoder, som främjar fysisk aktivitet i vardagen, eftersom mycket finns att vinna därpå. Det anförs även att ansvaret för detta arbete bör fördelas på flera aktörer i samhället. Medvetandet hos befolkningen kan på så vis ökas och på sikt kan folkhälsan förbättras. Det upplevdes även

som att det underlättade för patienten att ta till sig receptet och genomföra de aktiviteter som gavs, om de även såg att arbetet med att förbättra hälsan bland befolkningen, utfördes på andra ställen i samhället.

Media har en stor genomslagskraft (Yanovitzky, 2002). Att ta hjälp av lokaltidningen för att nå ut med hälsoarbete, är ett sätt att arbeta på. På det viset nås en stor grupp människor. Även arbetet med att underlätta och säkerställa genomförandet av fysisk aktivitet, är ett sätt att synliggöra hälsoarbete. Välvärdade parkområden, cykelbanor och god belysning är saker, som relativt lätt kan genomföras, för att inbjuda till fysisk aktivitet (Statens folkhälsoinstitut, 2008 och Winroth & Rydqvist, 2008). Andra sätt att genomföra arbetet på kan vara att anordna föreläsningar för allmänheten eller olika motionsevent, allt för att åskådliggöra vikten av fysisk aktivitet. Under en period i kommunen hade ett motionsevent på cykel anordnats, där en slinga skulle cyklas och varje gång det genomfördes, gavs en stämpel i ett kort. Kortet kunde sedan lämnas in och ägaren till kortet deltog därmed i en tävling. Tävlingen upplevdes som ett bra exempel på att synliggöra hälsoarbetet och gav även välbehövligt fokus på hälsa och fysisk aktivitet. Hälsofrämjande arbete är dock en fråga om pengar och ekonomi för kommunen. Ekonomin styr hur mycket som går att undvara för den här typen av arbete, men genom att arbeta promotivt kan folkhälsan ökas, vilket innebär en friskare befolkning och lägre kostnader för samhället (Naidoo & Wills, 2000).

Ett väl fungerande samarbete visade sig vara betydelsefullt, både med föreningslivet och med andra hälso- och vårdenheter inom kommunen. Föreningslivet har en stor roll för att kunna ge patienter möjlighet till fysisk aktivitet. Därför behövs en kontinuerlig kontakt hållas mellan de olika aktörerna. För att kunna stämma av vad parterna vill ha ut av samarbetet, vad som har fungerat bra och vad som behöver ändras så att inblandande parter var väl uppdaterade och visste vad som gällde. Upplevelsen var att vid starten av FaR hade möten med föreningslivet förekommit, där ovan nämnda frågor hade diskuterats, men att mötena allt eftersom hade avtagit. Detta ansågs påverka patientens möjligheter till fysisk aktivitet ute i föreningslivet negativt. Även att samarbetet mellan både föreningsliv och andra vårdenheter var tvunget att anpassas efter de förutsättningar som fanns belystes. Att följa en redan utarbetad arbetsmall som inte tog hänsyn till lokala förutsättningar, kändes både svårt och meningslöst. Både Leijon och Jacobson (2006) och Kallings och Leijon, (2003) menar, att idag finns ett flertal modeller som används, eftersom FaR arbetet ofta bedrivs i samarbete med olika idrottsföreningar, friskvårdsanläggningar och gym och då är det svårt att ha en modell som

passar alla. Istället blir modellen ofta anpassad efter kommunens möjligheter och viktigt är att hitta modeller, som bäst passar för kommunen, efter de förutsättningar som finns.

Även ett större samarbete efterfrågade, mellan de olika hälso- och vårdenheterna. Det fanns en tro på att kunskapen om metoden på så vis skulle kunna ökas. Genom att med jämna mellanrum, få träffa andra, som också skrev ut recept, kunde erfarenheter utbytas och råd ges till varandra. Förslag fanns på en kick off, minst en gång per år, då förskrivare, och kanske även representanter från kommun och föreningslivet, träffades och kunde diskutera kommande arbete. På så vis kunde arbetet som sedan skulle genomföras kvalitetssäkras. Alla visste då vad som gällde, motivationen kunde ökas till att skriva ut recepten och de problem som uppstått under senaste året, kunde diskuteras för att eventuellt finna en lösning på problemet.

Konklusion

Studien resulterade i tre kategorier som beskrev hur förskrivarna inom primärvården upplevde hur det var att använda metoden FaR: Praktisk tillämpning, som förskrivare samt i samverkan. Tillsammans bildade de det övergripande temat: Inarbetad metod, men osäkerhet och tveksamhet hindrar användandet av metoden. Trots att metoden anses som bra och nödvändig så fanns det vissa tveksamheter. Det visade sig genom att receptutskrivningen det senaste året sjunkit. Hjälpmedlen som finns är inte optimala, förskrivarna känner sig osäkra, vilket innebär att de inte används. Av stor vikt är, att metoden är väl förankrad på arbetsplatsen, för att arbetet skall kunna fungera väl i vardagen. Kontinuerliga påminnelser krävdes, för att arbetet skulle fortgå. Aktivitetskatalogen ansågs otillräcklig med för få alternativ, katalogen behövde fler alternativ i centrumområdet. Förskrivarna behöver få se bevis på att metoden fungerar. Detta för att själva känna motivation och på ett bra sätt kunna ge patienten det stöd som behövs. Slutligen så är samarbetet med andra aktörer utanför hälso- och sjukvården av stor vikt. Arbetet med att öka hälsa genom fysisk aktivitet behöver synliggöras i samhället, så även samarbetet med andra aktörer.

Implikation

För att FaR ska bli tillämpbar i det praktiska arbetet och för att stoppa trenden med mindre utskrivna recept, krävs klara och tydliga riktlinjer hur metoden ska användas i det dagliga arbetet. Att utse en FaR ansvarig på arbetsplatsen är ett sätt att förankra metoden på arbetsplatsen. Förskrivarna måste få tid och möjlighet att lära sig metoden och dess hjälpmedel, annars finns risken att metoden inte kommer användas. För att vidhålla arbetet behövs ständiga påminnelser, som till exempel tävlingar och föreläsningar som sätter extra fokus på arbetet med FaR. Aktivitetskatalogen bör utökas med aktiviteter till *fas 1* och mer aktiviteter för män. Även införande av, om ekonomin tillåter, någon slags prisreducering, så att alla patienter ska kunna använda metoden, vore önskvärt. Att låta metoden ingå i högkostnadsskyddet är ett sätt att komma runt problemet. Slutligen, så bör det framtida arbetet med metoden FaR, fokusera på att förbättra samarbetet med aktörer utanför sjukvården och även låta förskrivarna få ta större del i utformandet av metoden, för att kunna eliminera det motstånd som finns.

Referenslista

Angelöw, B. (2001). *Träna mentalt och förbättra ditt liv*. Stockholm: Natur & Kultur.

Bjärås, G. & Kanström, L. (2009). *Folkhälsokunskap*. Stockholm: Liber.

Cifuentes, M., Fernald, D.H., Green, L.A., Niebauer, L.J., Crabtree, B.F., Stange, K.C. & Hassmiller, S.B. (2005). Prescription for Health: Changing Primary Care Practice to Foster Healthy Behaviors. *Annals of family medicine*. 3, 4-12.

Denscombe, M. (2000). *Forskningshandboken för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.

Elley, C.R., Kerse, N., Arrol, B. & Robinson, E. (2003). Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 326, 793-798.

Eklom, B. & Nilsson, J. (2000). *Aktivt liv – vetenskap och praktik*. Malmö: SISU Idrottsböcker.

Ekelund, U., Franks, P., Sharp, S., Brage, S., Nicholas, J. & Wareham, N.J. (2007). Increase in physical activity energy expenditure is associated with reduced metabolic risk independent of changes in fatness and fitness. *Diabetes Care*, 30, 2101-2106.

Ewles, L. & Simnett, I. (2003). *Hälsoarbete*. Lund: Studentlitteratur.

Elley, C.R., Kerse, N., Arrol, B. & Robinson, E. (2003). Effectiveness of counseling patients on physical activity in general practice: cluster randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 326, 793-798.

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2008). Kvalitativ innehållsanalys In: Granskär, M & Höglund – Nielsen, B. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- sjukvård* (pp 159-172). Lund: Studentlitteratur.

Haskell, W., Lee, I.M., Pate, R., Powell, K.E., Blair, S.N., Franklin, B.A., Macera, C.A., Heath, G.W., Thompson, P.D. & Bauman, A. (2007). Physical activity and public health. updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation, Journal of The American Heart Association*, 116, 1081-1093.

Harris, A.H-S., Cronkite, R. & Moos, R. (2006). Physical activity, exercise coping and depression in a 10-year cohort study of depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 93, 79-85.

Hu, G., Barengo, N.C., Tuomilehto, J., Lakka, T.A., Nissinen A. & Jousilahti. P. (2004). Relationship of Physical Activity and Body Mass Index to the Risk of Hypertension: A Prospective Study in Finland. *Hypertension, Journal of the American Heart Association*, 43, 25-30.

Jarlbo, G. (2004). *Hälsokommunikation*. Lund: Studentlitteratur.

Kallings, L.V. & Leijon, M. (2003). *Erfarenheter av Fysisk Aktivitet på Recept – FaR*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Kallings L.V., Leijon M., Hellénus M.L. & Ståhle A. (2007). Physical activity on prescription in primary health care: a follow-up of physical activity level and quality of life. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*. 18, 154-161.

Kallings, L. V., Leijon, M. E., Kowalski, J., Hellénus, M.-L., & Ståhle, A. (2009). Selfreported adherence: a method for evaluating prescribed physical activity in primary health care patients. *Journal of Physical Activity & Health* 6, 483-492.

Kondracki, L., Wellman, N. & Amundson, D. (2002). Content Analysis: Review methods and their applications in nutrition education. *Journal of Nutrition Education Behaviour*, 34, 224-230.

Korp, P. (2004). *Hälsopromotion*. Lund: Studentlitteratur.

Kostenius, C. & Lindqvist, A.C. (2006). *Hälsövägledning*. Lund: Studentlitteratur.

Krippendorff, K. (2003). *Content Analysis. An introduction to its methodology*. Thousand Oaks: Sage publications.

Krueger, R.A. & Casey, M.A. (2000). *Focus groups*. London, New Delhi: Sage Publications

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Leijon, M. & Jacobson, M. (2006). *Fysisk aktivitet på recept – fungerar det? En utvärdering av Östgötamodellen*. Linköping: Folkhälsovetenskapligt centrum.

Mora, S., Cook, N., Buring, J.E., Ridker, P.M. & Lee, I.M. (2007). Physical Activity and Reduced Risk of Cardiovascular Events: Potential Mediating Mechanisms. *Circulation, Journal of The American Heart Association*, 116, 2110-2118.

Muldoon, M.F., Mackey, R.H., Williams, K.V., Korytkowski, M.T., Flory, J.D. & Manuck, S.B. (2004). Low central nervous system serotonergic responsivity is associated with the metabolic syndrome and physical inactivity. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 89, 266-271.

Naidoo, J. & Wills, J. (2000). *Health promotion, Foundations for practice- second edition*. Kina: Baillie ´re Tindall.

Neuendorf, K.A. (2002). *The content analysis guidebook*. Thousand oaks: Sage publications.

Pellmer, K. & Wramner, B. (2005). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber.

Penedo, F.J. & Dahn, J.R. (2005). Exercise and well-being. A review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Curr Opin Psychiatry*, 18, 189-193.

Pinto, B.M., Frierson, G.M., Rabin, C., Trunzo, J.J. & Marcus, B.H. (2005). Home-based physical activity intervention for breast cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 15, 3577-3587.

Regeringskansliet, (2002). Mål för Folkhälsan. Hämtad 2010-02-11 från <http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/1259>.

Rollnick, S., Miller, W.R. & Butler, C.C. (2009). *Motiverande samtal i hälso- och sjukvård. Att hjälpa människor att ändra beteende*. Lund: Studentlitteratur.

Shephard, R.J. & Balady, G.J. (1999). Exercise as cardiovascular therapy. *Circulation*, 99, 963-972.

Smith-West, D., DiLillo, V., Bursac, Z., Gore, S.A. & Greene, P.G. (2007). Motivational Interviewing Improves Weight Loss in Women With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*. 30, 1081-1087.

Socialstyrelsen, (2009). Folkhälsorapport 2009. Stockholm: Epidemiologiskt centrum.

Socialstyrelsen, (2009). Hälso- och Sjukvårdsrapport, 2009. Hämtad 2010-03-22 från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8496/2009-126-72_200912672_rev2.pdf.

Statens Folkhälsoinstitut, (2006). Fysisk aktivitet och hälsa. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Statens Folkhälsoinstitut, (2008). FYSS 2008: Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Statens Folkhälsoinstitut (2010). Nationell utvärdering av receptförskrivna fysisk aktivitet (FaR). Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Tuomilehto, J., Lindstrom, J., Eriksson, J., Valle, T., Hamalainen, H., Ilanne-Parikka, P., Keinanen-Kiukaanniemi, S., Laakso, M., Louheranta, A., Rastas, M., Salminen, V., Aunola, S., Cepaitis, Z., Moltchanov, V., Hakumaki, M., Mannelin, M., Martikkala, V., Sundvall, J. & Uusitupa, M. (2001). Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *The New England Journal of Medicine*, 18, 1343-1350.

Yanovitzky, I. (2002). Effect of News Coverage on the Prevalence of Drunk-Driving behavior: Evidence from a longitudinal study. *Journals of studies on Alcohol*, 3, 342-351.

Walker, Z., Townsend, J., Oakley, L., Donovan, C., Smith, H., Hurst, Z., Bell, J. & Marshall, S. (2002). Health promotion for adolescents in primary care: randomized controlled trial. *Primary Care*. 325, 1-6.

Winroth, J. & Rydqvist, L.G. (2008). *Hälsa och hälsopromotion*. Stockholm: SISU.

WHO. (2010). Ottawa Charter for Health Promotion. (1986). Hämtad 2010-03-12 från http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2.

Hej!

Jag heter Petra Bank och läser Folkhälsovetenskap på Halmstad Högskola. I samarbete med Falkenbergs kommun kommer jag under vårterminen 2010 skriva min magisteruppsats. **Syftet med studien var att beskriva förskrivarnas upplevelser av hinder och problem med att använda metoden FaR inom primärvården.** Uppsatsen kommer att vara underlag för fortsatt arbete med FaR inom folkhälsoenheten i Hylte och Falkenberg. Jag skulle därför gärna vilja träffa dig och få samtala om ditt arbete med FaR. Intervjun beräknas ta mellan 20-30 minuter och spelas in på band. Intervjun kommer att skrivas ut noggrant och analyseras av mig under handledning av Maria Nyholm. Det är frivilligt att ställa upp och allt som sägs kommer behandlas konfidentiellt, vilket innebär att ingen obehörig får reda på vet vad som har sagts. Allt material förvaras säkert så att ingen obehörig får tillgång till materialet. Du kan när som helst välja att avbryta intervjun och du behöver inte svara på alla frågor som ställs under intervjun.

Jag kommer inom den närmsta veckan att kontakta dig per telefon.

Med vänliga hälsningar

Petra Bank

Räntmästaregatan 15b

416 58 Göteborg

petra_bank@hotmail.com

Handledare Maria Nyholm

Högskolan i Halmstad

301 85 Halmstad

Maria.Nyholm@hos.hh.se

Jag har informerats om studiens syfte, om hur information samlats in, bearbetas och förvaras. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst kan avbryta intervjun utan att ange orsak.

Jag samtycker härmed till att medverka i intervjustudie angående ditt arbete med FaR.

Ort, datum _____

Namnunderskrift _____

Namnförtydligande _____

Intervjuguide

Bilaga 2

Öppnings frågor:

- Vilken är din arbetsroll?

Introduktionsfrågor:

- Hur såg det hälsofrämjande arbetet ut på din arbetsplats innan FaR?

Övergångsfrågor:

- Tror du det är viktigt att förskrivaren av FaR själv är fysiskt aktiv, varför?

- Hur har dina arbetsuppgifter ändrats efter ni började arbeta med FaR?

Nyckelfrågor:

1. Hur tyckte du att det var att börja använda manualen till FYSS?

2. Finns det några tillstånd/sjukdomar då du inte vill skriva ut ett FaR recept?

3. Finns det andra tillfällen då du undviker att skriva ut ett FaR recept?

5. Vad anser du skulle behöva förbättras i den nuvarande metoden?

6. Vilken typ av stöd skulle behövas för att öka antalet ordinationer av FaR tror du?

7. Vad anser du om FaR och framtiden?

Avslutande frågor:

- Är det något ytterligare du vill tillägga?