



Sektionen för hälsa och samhälle

Uppsatsarbete i folkhälsopedagogik, grundnivå
30 högskolepoäng (hp), folkhälsovetenskap 15 hp
och pedagogik 15 hp

Ökad fysisk aktivitet med hjälp av FaR – en enkätstudie om verksamheten vid ett fysiotek

2008-05-05

Författare: Louise Johansson
Sara Nilsson

Handledare: Ingemar Andersson
Examinatorer: Göran Ejlertsson
Elisabet Malmström

Uppsats för filosofie kandidatexamen vid Högskolan Kristianstad
15 hp folkhälsovetenskap och 15 hp pedagogik (53 sid.)

Författare: Louise Johansson och Sara Nilsson (2008). *Ökad fysisk aktivitet med hjälp av FaR – en enkätstudie om verksamheten vid ett fysiotek*

Handledare: Ingemar Andersson

Sammanfattning

Den fysiska inaktiviteten och andra livsstilsrelaterade sjukdomar drabbar en stor del av Sveriges befolkning, samtidigt som samhället präglas av hälsofrämjande åtgärder och av synsätt som får många människor att aktivt påverka sina egna liv. Fysisk aktivitet på recept är ett sådant exempel på en hälsofrämjande åtgärd som ökar förutsättningarna för ett hälsosamt liv. FaR innebär också att individen själv ska ta beslutet att öka sin fysiska aktivitet och behålla eller få motivation att inleda en hälsosam livsstil och därmed minska risken för fortsatt sjukdom. Syftet med vår undersökning var att belysa vad de personer som registrerat sig på ett fysiotek ansåg om dess arbete och om FaR-receptet hade påverkat deras motivation till fysisk aktivitet och deras upplevda hälsa. Metoden vi valde för att genomföra undersökningen var en tvärsnittsundersökning i form av en postenkät till alla inskrivna personer på fysioteket, totalt 90 personer varav 63 deltog i vår studie. En stor del av receptmottagarna ansåg att de fick tillräcklig med information, motivation och vägledning för att klara av den livsstilsförändring som det innebär att öka den fysiska aktiviteten eller att bli fysiskt aktiv. En positiv effekt var att ungefär två tredjedelar av receptmottagarna angav att deras hälsotillstånd hade förbättrats efter receptmottagandet, vilket speglas i att deras regelbundna, fysiska aktivitet också hade ökat sedan receptmottagandet. De negativa aspekterna som framkom bland respondenterna var att kommunikationen mellan de inblandade parterna inte fungerade optimalt och bör förbättras för att undvika framtida missförstånd om fysiotekets roll och arbetsuppgifter. Fysiotekets verksamhet anser vi efter att ha genomfört studien, vara en del av den positiva utvecklingen mot en mer hälsofrämjande samhällsstruktur där fysisk aktivitet förhoppningsvis blir mer implementerat i människors attityder och livsstil.

Nyckelord: fysisk aktivitet på recept, fysioteket, fysisk aktivitet, motivation, Stages of change, Theory of reasoned action

Dissertation in partial fulfilment of the requirements for a Bachelor degree in Health Promotion and Education, Kristianstad university
Equivalence: 15 ECTS points Public Health Science 15 ECTS points (53 p.)

Authors: Louise Johansson and Sara Nilsson (2008). Increased physical activity based on physical activity on prescription—a questionnaire survey about the work in a “fysioteket”

Supervisor: Ingemar Andersson

Abstract

The physical inactivity and other diseases related to ways of living in Sweden, affects a big part of Swedes, simultaneously as the society is more defined and marked by health promoting and by views that affects many people to actively make a difference in their lives. Physical activity on prescription is such an example of health promoting, which enlarges the conditions for a healthy life. Physical activity on prescription is also about that the individual should take the decision by herself to increase her physical activity or to get motivated to start a healthy life style alternative reduce the risk of getting sicker. The purpose of our study was to illustrate what the participants of “fysioteket” thought about the work of fysioteket and if the physical activity on prescription has affected their motivation towards physical activity and their experienced health. The method we chose to accomplish the investigation was a cross-sectional survey, an inquiry delivered by mail, to all of the customers at “fysioteket”, totally 90 people from which 63 participated in our study. From a general point of view, our results are to advantage for “fysioteket” because a majority of the prescription-receivers thought that they got enough with information, motivation and guiding to manage the change in life style, which it means to increase the physical activity or to become physical active. The advantage is also that a majority (about 67 %) of the prescription-receivers’ health has become better after the receiving of such a prescription, which is reflected by the results that their physical activity also has increased since the prescription. The negatively aspects of the respondents’ answers are that the communication didn’t function as good as expected and should be better to avoid future misunderstandings about the role and work tasks of “fysioteket”. We consider that the activity of “fysioteket”, after accomplishing the study, is a part of the positively development towards a more health promoting social structure, where physical activity hopefully will be more implemented in people’s attitudes and life style.

Key words: physical activity on prescription, fysioteket, physical activity, motivation, Stages of change, Theory of reasoned action

Förord

Det sista året börjar gå mot sitt slut och uppsatsen är äntligen färdig att presentera. Arbetet med uppsatsen har naturligtvis många gånger varit tungt, stillastående och frustrerande, men har huvudsakligen varit en källa till nya kunskaper, kontakter och reflektion över vårt arbete och vår blivande yrkesroll. Ibland har vi undrat vad vi gett oss in på, för att i nästa stund upphetsade kommit på en lösning. Uppsatsämnet valdes utifrån vårt personliga intresse för fysisk aktivitet och med en förhoppning att finna kunskaper inom området som vi kan ha användning för när vi nu ska ge oss ut på arbetsmarknaden.

Huvudsakligen har vi arbetat gemensamt med alla delar såsom arbetet med enkäten, uppsatsskrivande, analys och bearbetning. Arbetsfördelningen har varit jämn.

Ett stort tack till de personer som har funnits vid vår sida i arbetet med uppsatsen. Ingemar Andersson, vår handledare som har tagit sig an oss med stort tålamod.Handledningsgruppen och opponenter för respons och kloka tankar under arbetets gång. Marie på fysioteket i Hässleholm för all hjälp, stöttning och som diskussionspartner. Tack även till Tanja och Aileen, hoppas vårt arbete kommer er till nytta. Respondenterna av enkäten, utan er hade vi inte kunnat genomföra detta. Barbro Holm Ivarsson för att vi fick använda din bild av Stages of change. Slutligen vill vi tacka vänner och familj för uppmuntran och förståelse när vi som bäst behövde det!

Kristianstad 2008-05-05

Louise Johansson & Sara Nilsson

Innehållsförteckning

Inledning	7
Bakgrund	7
Målområden för folkhälsa	7
Hälsofrämjande sjukhus	8
Fysisk aktivitet på recept	9
Fysioteket	10
Teoretiska referensramar	10
Stages of change	10
Motiverande samtal	12
Theory of reasoned action	12
Litteraturgenomgång	14
Fysisk aktivitet	14
Motivationsstärkande metoder	14
Effekter av fysisk aktivitet	16
Motivation	17
Kasam	17
Coping	18
Empowerment	18
Problemprecisering	18
Syfte	19
Material och metod	19
Kontext	19
Val av metod	20
Urval	20
Enkätutformning	20
Etiska övervägande	21
Informationskravet	21
Samtyckeskravet	21
Konfidentialitetskravet	21
Nyttjandekravet	21
Genomförande	21
Bortfall	22
Bearbetning	22
Resultat	22
Bakgrundsfakta	22
Receptet och receptförskrivaren	23
Fysiotekets roll	24
Receptmottagarens hälsa och livsstil	26
Resultatsammanfattning	31

Diskussion	31
Bakgrundsfakta	31
Upplevelse av förändrat hälsotillstånd	32
Motivation	32
Kommunikation	34
Respondenternas kommentarer	35
Metoddiskussion	35
Folkhälsopedagogisk relevans	36
Konklusion	37
Litteraturförteckning	38
Bilaga 1 Handlingsplan	41
Bilaga 2 Skånemodellen	43
Bilaga 3 Följebrev	45
Bilaga 4 Enkäten	46
Bilaga 5 Påminnelsebrev 1	52
Bilaga 6 Påminnelsebrev 2	53

Inledning

Fysisk aktivitet har många bevisade positiva effekter, men trots detta är en stor del av Sveriges befolkning ändå fysiskt inaktiva. För att förebygga de negativa konsekvenserna av inaktivitet krävs en mer hälsofrämjande strategi, som innebär att öka den fysiska aktiviteten hos befolkningen. En metod för att främja fysisk aktivitet är Fysisk aktivitet på recept (vidare kallad FaR). Sedan några år har arbetet med fysisk aktivitet på recept tagit fart, men fortfarande saknas mycket kunskaper om hur arbetet konkret bör ske på bästa sätt. Att få ett recept på FaR är ungefär samma sak som att få ett recept på medicin. Den som skriver ut receptet skriver hur ofta, hur länge och med vilken intensitet träningen ska bedrivas, men även vilka positiva effekter som kan förväntas. Recepten skrivs ut av legitimerad sjukvårdspersonal och gäller för aktivitet i tre månader, med eventuell förlängning under ytterligare tre månader. När patienten fått sitt recept kan den välja att själv ta kontakt med en förening eller att gå via fysioteket, eller FaR-sluss som det ibland kallas. Ett fysiotek fungerar på samma sätt som ett apotek, förutom att här blir du en rekommendation av en träningsform istället för läkemedel. Efter ett samtal där bakgrund, orsak och önskemål diskuteras, kommer personalen tillsammans med patienten fram till en aktivitet som kan passa efter rekommendationerna och patientens önskemål. Aktiviteten kan bedrivas enskilt eller i gruppverksamhet.

Den här studien avsåg att belysa vad individer som registrerat sig på ett fysiotek anser om dess arbete. Vi ville även ta reda på om FaR-receptet påverkar deras motivation till fysisk aktivitet och deras upplevda hälsa.

Bakgrund

I bakgrunden kommer vi att ta upp övergripande fakta som ligger till grund för vår uppsats såsom målområden för folkhälsa och hälsofrämjande sjukhus. Avslutningsvis beskriver vi FaR och fysioteket.

Målområden för folkhälsa

I april 2003 beslutade riksdagen om en ny folkhälsopolitik, som utmynnade i elva målområden för folkhälsa med syftet att skapa förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela Sveriges befolkning (SOU, 2005). Syftet var att på detta sätt få in folkhälsopolitiken på alla plan. Alla myndigheter, landsting och kommuner blir då delaktiga i arbetet med folkhälsofrågorna men kan också fungera som inspiration för dem som står utanför det arbetet, såsom frivilligorganisationer och näringsliv för att vidta åtgärder till att uppnå målen. Enligt Folkhälsopolitisk rapport 2005 framkom önskan om att det skulle bli obligatoriskt för kommuner och landsting att upprätta folkhälsoplaner, men regeringen ansåg att dessa bör tas fram på frivillig väg. Samma hänsyn bör dock tas till folkhälsoproblematiken i alla frågor, men även vad som sker gällande frågor om miljöpåverkan i samband med förslag till propositioner och i myndigheternas verksamhet. Förutom dessa elva målområden för folkhälsa fokuseras det på i Folkhälsopolitisk rapport 2005 att lyfta fram 42 förslag hur arbetet för en bättre folkhälsa kan ske på bästa sätt. Några av dem kommer att redovisas nedan.

Den fysiska inaktiviteten i Sverige har lett till att Sveriges regering i målområde nummer nio, ”ökad fysisk aktivitet”, har fokuserat på problemet. Under målområde nio påpekas i den folkhälsopolitiska rapporten att Fysisk aktivitet på Recept, FaR, har lett till att intresset för fysisk aktivitet ökat inom sjukvården, men att de regionala skillnaderna med arbetet är stora. Den indikator som huvudsakligen används för att mäta resultaten är hur många som kommer upp i den rekommenderade dosen 30 minuter fysisk aktivitet per dag, enligt Folkhälsopolitisk rapport 2005 ligger andelen mellan 55 och

60 % när det gäller hela befolkningen. Den andra indikatorn som används gäller andelen som går ut grundskolan och gymnasiet med godkända avgångsbetyg i Idrott & Hälsa. Enligt tidigare nämnda rapport är andelen runt 90 % (SOU, 2005; Ågren 2006). Förslag på hur arbetet för ökad fysisk aktivitet kan ske är att utveckla stödande miljöer samt att prioritera och kvalitetssäkra ämnet Idrott och hälsa (SOU, 2005).

Även målområde nummer sex, ”en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård”, tar fasta på vikten av att främja hälsan och att förebygga sjukdomar, exempelvis genom att poängtera fysisk aktivitet när läkarna ger sina patienter råd i livsstilsfrågor (Ågren, 2004). Folkhälsopolitisk rapport 2005 poängterar vikten av att utveckla sjukvårdens arbetssätt för att öka förutsättningarna för en god hälsa och ökad livskvalitet hos invånarna. För att uppnå en god hälsa och ökad livskvalitet krävs en annan fokus än den medicinska, som endast behandlar sjukdomar. Det vill regeringen uppnå genom att fokusera på de insatser som främjar hälsa (SOU, 2005).

Winroth och Rydqvist (2008) diskuterar hur samarbetet mellan sjukvården och idrottsrörelsen kan nyttjas för ett gemensamt mål i folkhälsoarbetet, på så sätt som man gör i arbetet med FaR. Exempel på prioriterade insatser enligt Folkhälsoinstitutet är att använda sig av ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetssätt inom sjukvården med fokus på levnadsvanor (SOU, 2005). En organisation som jobbar enligt detta synsätt är hälsofrämjande sjukhus.

Hälsofrämjande sjukhus

Bakgrunden till hälsofrämjande sjukhus går så långt tillbaka som till WHO:s första Health promotion-konferens som hölls i Ottawa 1986. Strategin som togs fram då kallas Ottawa-manifestet och beskriver ett nytt synsätt och en strategi för en bättre hälsa hos befolkningen. Definitionen av hälsofrämjande var ”den process som ger människor möjlighet att öka kontrollen över den egna hälsan och förbättra den” (Sörensen, 2005). År 1993 startade 20 sjukhus i elva länder ett pilotprojekt för att med konkreta projekt visa på möjligheterna att arbeta hälsofrämjande. Utifrån pilotprojektet bildades 1996 ett europeiskt nätverk av Health Promoting Hospitals (HPH) och i Sverige fick Folkhälsovetenskapligt Centrum i Linköping uppdraget att vara koordinator för det svenska nätverket som då etablerades. Hälsofrämjande sjukhus (HFS) i Sverige har i januari 2008 31 medlemmar, med 37 medlemssjukhus.

Ett medlemssjukhus är Hässleholms sjukhus, som även har varit med sedan starten. För att bli medlem i HFS ska sjukhusledningen presentera tre hälsofrämjande pågående utvecklingsarbeten inom patient-, medarbetar- och befolkningsperspektivet (Nimstrand, 2007). Målet med ett hälsofrämjande sjukhus är att vara en hälsoresurs i samhället och att leda till en hälsovinst hos patienterna. Med det menas inte bara den professionella bedömningen utan även patientens upplevelse av sin hälsa. Likaså arbetar man för att förmedla kunskap till enskilda personer och beslutsfattare för att skapa möjligheter att göra hälsosamma val. Även personalens hälsa och välbefinnande anses viktigt för att de ska kunna inspirera andra till ett hälsosamt liv. (Vibe, 2005) Varje medlemsorganisation har en processledare, vars uppgift är att implementera det hälsofrämjande arbetet i befintlig verksamhet (Nimstrand, 2005).

För att få medlemskap i det svenska nätverket skrivs ett kontrakt med WHO där man förbinder sig att driva minst ett projekt inom varje delområde. Dessa tre delområden är: Stödja positiv hälsoutveckling hos patienter, utveckla den hälsosamma arbetsplatsen och kunskapsöverförande till samhället för att stödja förebyggande arbete (Nimstrand, 2007). Arbetet med FaR är ett av alla projekt som bedrivs under hälsofrämjande sjukhus. Andra är rökavvänjning – både för patienter och anställda, rökstopp inför operationer för att minska risken för komplikationer, friskvård för anställda mm. Projekten ska hela tiden implementeras i ordinarie verksamhet för att fortgå även efter projekttidens slut. Det gör det svårt att definiera vilka tre projekt man just nu arbetar med. FaR kan både ses som ett arbete för

patienterna, men även som ett arbete riktat mot samhället i stort. Det nationella nätverket har årliga konferenser för medlemssjukhusen för att inspirera varandra, och bistår de som arbetar med att vidareutveckla arbetet genom mail, utskick och artiklar för att stötta i arbetet. Målet är ett helhetstänkande inom hälso- och sjukvården som under lång tid endast varit inriktat på sjukvård. En arbetsgrupp bestående av tolv sjukhus/sjukhusorganisationer har under 2006 arbetat med målet att öka förskrivningen av fysisk aktivitet på recept, för att receptutfärdaren ska få ekonomisk ersättning för utskrivna recept på FaR/motiverande samtal och för att säkerställa uppföljning av resultaten av FaR (Ewles & Simnett, 2005). En kartläggning avseende arbetet med FaR/FYSS (se definition nedan) har gjorts. Denna kartläggning ska leda till kunskaper om vilka framgångsrika pedagogiska metoder som kan användas vid främjande av fysisk aktivitet (Nilsson, 2008).

Fysisk aktivitet på recept

Fysisk aktivitet på recept – FaR är en metod att arbeta med fysisk aktivitet, som behandling vid sjukdomar eller vid tillstånd som kan leda till sjukdom. Receptblanketten ser likadan ut som den som används vid förskrivning av medicin. Receptutfärdaren är en legitimerad sjukvårdspersonal, exempelvis läkare, sjukgymnast, dietist eller sjuksköterska. FaR är antingen en ersättning eller ett komplement till läkemedel. Till hjälp finns FYSS (Fysisk aktivitet i Sjukdomsprevention och Sjukdomsbehandling), motsvarigheten till FASS (Farmaceutiska Specialiteter i Sverige) med läkemedel. I FYSS finns preciserat ett stort antal diagnoser och dess behandling, typ av fysisk aktivitet, dos (intensitet, tid och frekvens, ex. lågintensiv träning 30 minuter tre gånger i veckan) men också aktivitetens förväntade effekt på patienten. Receptutfärdaren är ansvarig för uppföljningen av ordinationen, precis som vid ordination av läkemedel. De positiva effekterna av att utfärdaren tillhör sjukvården anses stora på grund av utfärdarnas auktoritet, kunskap och kompetens samt deras möjligheter att nå stora delar av befolkningen, oavsett samhällsklass (Henriksson & Sundberg, 2003). *Hälso- och sjukvårdslagen* (SFS 1982:763) styr övergripande hälso- och sjukvårdens verksamhet. I paragraf 2b sägs det att *”Patienten skall ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns”*. Vidare sägs det i paragraf 2c; *”Hälso- och sjukvården skall arbeta för att förebygga ohälsa. Den som vänder sig till hälso- och sjukvården skall när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada”*. Dock påpekas det i SBU: s rapport (2007) att receptet inte bör ses som en ordination utan som en överenskommelse mellan receptutfärdaren och patienten. Detta är resultatet av det patientcentrerade förhållningssätt som tillämpas inom vården, som fokuserar på patientens föreställningar, förväntningar och farhågor. För att ta vara på patientens egna resurser och initiativkraft och därmed undvika missförstånd krävs en mer effektiv konsultation. Därefter är det patientens eget val att öka sin fysiska aktivitet eller inte (Ewles & Simnett, 2005; Kalling & Leijon, 2003). När personen kommer till fysioterket övergår hon/han från att vara patient till att kallas motionär eller receptmottagare. Båda dessa ord kommer hädanefter att syfta på personer som fått fysisk aktivitet på recept och valt att skriva in sig på fysioterket.

FaR som metod har sitt ursprung i Sverige med kampanjen *”Sätt Sverige i rörelse 2001”*. Syftet var att *”inleda en förändring av individers, grupper, organisationers och hela samhällets inställning till fysisk aktivitet och ett långsiktigt arbete mot en beteendeförändring i befolkningen”* (Kalling & Leijon, 2003 sid. 9). Rekommendationen då liksom nu är minst 30 minuter fysisk aktivitet per dag i måttligt tempo, motsvarande en rask promenad. Fyra landsting startade upp verksamhet som ett pilotprojekt, Halland, Kalmar, Norrbotten och Östergötland. En företagshälsovård ingick även i projektet. Målet var att finna fungerande arbetsformer för FaR. Erfarenheter och resultat från pilotprojekten är nu mycket efterfrågade och används nu som grundstomme i det vidare arbetet i hela Sverige (Kalling & Leijon, 2003; SOU, 2005).

Fysioteket

Ett fysiotek, eller FaR-sluss som det ibland kallas, kan ses som apotekets motsvarighet för de personer som blivit ordinerade fysisk aktivitet på recept. Hit går man för att lösa in sitt recept och tillsammans med personalen finna en fungerande aktivitet, som kan vara allt från att börja cykla till jobbet, ökad vardagsmotion till gruppträning hos en aktivitetsarrangör (förening eller företag). De som arbetar på fysioteket kallas fysiotekare, och kan ha varierande utbildning. Metoden som de arbetar efter kombinerar motiverande samtalsmetodik med individuell evidensbaserad ordination av fysisk aktivitet på recept med stöd av FYSS (Johansson et al, 2007; Vibe 2007). På fysioteket är fysiotekarna utbildade i motiverande samtal (se förklaring i teoretiska referensramar) och det är de som tillsammans med patienten avgör vilken aktivitet som kan vara lämplig. Många av patienterna tränar på egen hand, då ofta med promenader eller styrketräning. För att i Region Skåne jobba gemensamt och ta lärdom av andras erfarenheter avseende FaR finns FaRiS (FaR-samordnarna i Skåne).

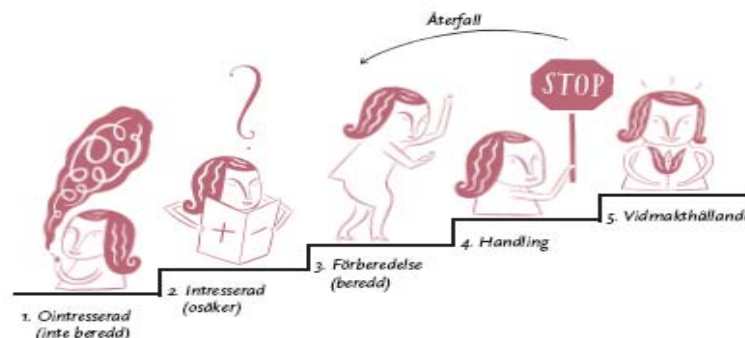
FaRiS är ett nätverk bestående av FaR-samordnare i hela Skåne. De har i samarbete med representanter från koncernledningen Region Skåne, centrum för folkhälsa och miljö, avdelningen för folkhälsa, området hälsoinriktad hälso- och sjukvård utarbetat ett arbetssätt, kallat **Skånemodell för FaR®**. Det är ett väldigt konkret dokument som vägleder i de olika stegen i arbetet med FaR, såsom receptförskrivning, fysiotek, motionären, försäkringar och kvalitetssäkring (Bilaga 2; SCB, 2007).

Teoretiska referensramar

Under denna rubrik kommer vi att gå igenom de teorier som är av relevans för vårt syfte med studien. De två teorier som vi finner av vikt är Stages of change och Theory of reasoned action eftersom den förstnämnda beskriver att förändringen genomgår olika steg, medan den senare teorin beskriver varför individen tar ett beslut om förändring och där motivationen spelar en stor roll.

Stages of change

Den transteoretiska modellen, som också kallas för "Stages of change" visar förändringen i olika steg (figur 1). Denna modell gäller för hälsointerventioner på individnivå. Den har ett holistiskt synsätt och inbegriper sociala och miljörelaterade faktorer (som begränsar individens förändringsförmåga) samt personliga val och personligt ansvar. Modellen är speciellt passande inom primärvården eftersom patientens behov kan bedömas och förmedling av rådgivning och information kan genomföras. (Ewles & Simnett, 2005)



Figur 1. De olika trappstegen i Stages of change (med tillstånd från Barbro Holm Ivarsson). (<http://www.fhi.se/upload/PDF/2004/rapporter/r200451detmotiverandesamtalet.pdf>)

Viktigt i beteendeförändringar är att förändringen inte sker plötsligt och detta kan skildras genom trappstegen i figur 1. På det första steget (prekontemplationssteget) är inte mottagaren av hälsobudskapet medveten om att en förändring bör ske. Orsaker till varför människor befinner sig på första steget kan vara att de inte är informerade om konsekvenserna av deras beteende, de tror inte på sin egen förmåga att förändra beteendet samt att trycket att prestera från omgivningen utlöser bara en försvarsmekanism hos individen som försvårar en eventuell beteendeförändring. Med det sistnämnda menas att när personens närmaste återigen påpekar om att öka den fysiska aktiviteten, så gör det att individen försvarar sitt beteende eftersom personen inte är redo för en förändring (Smith, 1997). På nästa steg (kontemplationssteget) övervägs en förändring och på det tredje steget beslutas förändringen. Följande steg är genomförande, upprätthållande av det nya beteendet eller eventuellt återfall till tidigare steg om det går mindre bra.

Lorentzen et al (2007) har i en norsk undersökning påvisat ett starkt samband mellan fysisk aktivitet utförd i gruppverksamhet och klättrandet uppåt på stegen i Stages of change samt ökad motivation hos deltagarna. Undersökningen är gjord just utifrån Stages of Change-modellen och enligt författarna visar flera andra undersökningar på samma resultat. Signifikanta resultat i undersökningen kopplades till Stages of change, socialt stöd och upplevd kontroll. Personer som skapade en identitet som motionär ("jag är en person som motionerar") lyckades bättre med sin beteendeförändring till ökad fysisk aktivitet.

En konstruerad, men möjlig händelseutveckling: På första steget finns en person som av hälsoskäl behöver vara mer fysiskt aktiv men som inte förstår varför och är nöjd med sitt liv. Personen är inte alls motiverad till en sådan förändring. På andra steget sker en attitydförändring, som kanske beror på att personen har fått negativa konsekvenser av sin inaktivitet. Här funderar personen på att förändra sin livsstil efter att noggrant vägt för- och nackdelar med en sådan förändring. Personen tar reda på fakta och undersöker vilka effekter förändringen skulle medföra, men är ändå osäker. På nästa steg så beslutar sig individen för att ändra sina motionsvanor. Under det fjärde steget sker själva förändringen och personen gör sitt bästa för att börja motionera. Personens närmaste omgivning hjälper till och står för uppmuntran. På det femte steget börjar förändringen att bli en naturlig del av vardagen och personen gör sitt bästa för att upprätthålla det nya beteendet. Eventuellt kan ett återfall ske när som helst under processens gång, exempelvis genom att motivationen minskar när personen har nått sitt mål med förändringen utan att ha förnyat målet.

Återfall är ett mycket vanligt förekommande fenomen och för många personer integreras inte förändringen i vardagen på första försöket. I återfallsfasen är det relevant att individen inte stannar kvar där för länge utan återgår till kontemplationssteget och börjar om processen igen för att komma på ett nytt tillvägagångssätt för att genomgå förändringen med alla dess hinder. Denna process visar att en förändring inte är så lätt och att detta ska tas hänsyn till i hälsoarbete (Ewles & Simnett, 2005). Dessutom varierar motivationen på de olika stadierna. Det största problemet är när individen befinner sig på första steget, alltså individen överväger inte ens en förändring av sitt beteende och saknar tydlig motivation (Granbom, 1998). Själva motivationsarbetet bör anpassas utefter vilket steg den motiverade befinner sig på och hänsyn bör också tas till att varje individ är unik (Schäfer Elinder & Faskunger, 2006). Exempelvis passar medvetandegörande (ökad kunskap) och insiktshöjande åtgärder bäst på det första steget (förnekelsestadiet) eftersom individen sedan är engagerad i processen. På andra steget är det mest lämpligt med egenförstärkning. Strategier för att underlätta beslutsfattande gör sig bäst i beslutsfasen medan strategier för beteendeförändring passar bäst under genomförandet och upprätthållandet (Ewles & Simnett, 2005). Målet på varje steg är att förflytta sig närmare nästkommande steg (Faskunger, 2004; Marcus & Lewis, 2003).

Motiverande samtal

På bilden ovan (figur 1) ses Stages of change som en trappa och för att det ska ske en förflyttning uppåt krävs en diskussion om både för- och nackdelar med att förändra sitt beteende. Även en ökad medvetenhet om orsaker och samband till individens hälsotillstånd krävs för en förflyttning uppåt. För att främja ett långsiktigt, hälsosamt beteende underlättas detta genom att använda sig av en metodik kallad motiverande samtal. Dialogen som pågår i ett motiverande samtal utgår ifrån den transteoretiska modellen. Motiverande samtal sätter klienten i fokus för beteendeförändringen och genom att bearbeta och vägleda klientens osäkerhet (ambivalens), underlättas förändringen. Rådgivaren/vägledaren tvingar inte fram något utan det är klienten själv som ska komma till insikt och vara den aktiva parten i samtalet. Rådgivaren bara leder, lyssnar och sammanfattar deras samtal (Schäfer Elinder & Faskunger, 2006). Motiverande samtal innebär att individen stimuleras till att ta ansvar för sitt beteende, samtidigt som den har tydliga valmöjligheter. Syftet med samtalet är att öka den inre motivationen (se förklaring nedan i litteraturgenomgång) och grunden består av att förstå klienten. Varje persons behov är att bli accepterad och respekterad, vilket är förutsättningen för ett fortsatt samarbete mellan klienten och rådgivaren. Rådgivaren strukturerar upp samtalet och leder klienten till ökad insikt och förändring. Börjar klienten däremot att försvara sig och är motvillig till ett fortsatt samtal, så är det ett tecken på att rådgivaren går för fort fram och behöver därför ta ett steg tillbaka (Holm Ivarsson & Pantzar, 2007). Detta motstånd beror på att klienten känner av rädsla och ångest. Ingen människa vill bli tvingad till något eftersom människor gör vad de vill och tror på. Förtroendet förloras lätt om motstånd uppstår och utan förtroende sker inget samtal eller förändring (Holm Ivarsson, 2003). Efter exempelvis några samtal, är det dags för klienten att fundera på hur framtiden ser ut genom att väga för- och nackdelar med personens nuvarande ohälsosamma beteende. Därefter anges graden av motivation, som kommer från klientens intresse och tro på sin egen förmåga att genomföra förändringen. Förhoppningen med motiverande samtal är att komma närmare nästa steg i den transteoretiska modellen Stages of change (Holm Ivarsson, 2003).

Olika interventioner bör anpassas utefter på vilket steg i modellen individen befinner sig. För de flesta människor behövs det flera försök för att förändra och bibehålla ett beteende med tillräcklig fysisk aktivitet och därför anser Marcus och Lewis (2003) att förflyttningen mellan de olika stegen i Stages of change är mer cyklisk än linjär. Innebörden av detta är att den linjära utvecklingen i Stages of change uppfattas som att det ena steget följs av det andra. I den cykliska Stages of change ses allt som en process, där varken början eller slut kan definieras och där förflyttning sker utan att börja om från början (Marcus & Lewis, 2003).

Nästa teori som beskrivs är Theory of reasoned action. För att förstå teorin och några av de bakomliggande orsakerna till individens attityder och inställning till fysisk aktivitet, belyses även begrepp som socialisation, lärande, självkänsla, självförtroende och eventuella hinder till fysisk aktivitet.

Theory of reasoned action (TRA)

Denna teori, som på svenska kan kallas för ”teorin om övervägda handlingar” och vars upphovsman är Fishbein (teorin kommer från år 1967), bygger på att individen tar ett beslut först efter att ha övervägt konsekvenserna. Basen i TRA är att beteendet beror på intentionen, som beror på två kognitiva processer, nämligen attityder och subjektiva normer. Det sistnämnda avgör om personen exempelvis vill bli fysiskt aktiv eftersom det ställs yttre krav på personen att vara detta. Attityderna i sin tur beror på personens föreställningar om konsekvenser, exempelvis reflektera över vad fysisk aktivitet kommer att innebära för den inaktive. Teorin visar också att graden av motivation avgör hur sannolikt det är att individen kommer att genomgå en beteendeförändring. Motivationen i sin tur beror på individens

inställning och attityd till beteendet samt på samhällets och omgivningens normer. Dessa två faktorer skapar individens intention att förändra sig (Andersson, 2002; SBU, 2007).

De två ovan nämnda faktorerna (individens inställning och attityd samt normer) är en individuell läroprocess som bl.a. påverkas av individens uppfostran från föräldrar, skola, vänner och media. Läroprocessen med en individ anpassad till samhället kallas socialisation (Illeris 2001). Denna anpassning till socialisation sker genom att individer lär sig regler samt nya kunskaper och attityder (Helkama et al, 2000). Upplevelser under uppväxten ger också grunden för våra värderingar genom hela livet, vilket påverkar den som vill öka den fysiska aktiviteten. En annan faktor att ta hänsyn till när en person ska öka sin fysiska aktivitet, är att barn härmar de vuxnas beteenden och lär sig hur de ska fungera socialt (Granér, 1991). Lärande är alltså en förändring av värderingar och kunskaper genom våra handlingar, vilket innebär att den som vill bli fysiskt aktiv eller vill öka den fysiska aktiviteten bör förstå varför detta är ett bättre alternativ än att behålla samma fysiska aktivitet alternativt inaktivitet (Wester, 2001). Viktigt för att se till att läroprocessen börjar är att skapa de rätta förutsättningarna för den som ska lära sig ett nytt beteende (Säljö, 2002). För att kunna förändra attityderna till fysisk aktivitet är det relevant att inse vikten av vem (sändaren av budskap) det är som försöker ändra deras inställningar. Sändaren måste vara pålitlig och kompetent. Mottagaren av budskapet måste också vara aktiv och komma med egna åsikter, som sändaren tar hänsyn till, vilket alltså innebär att kommunikationen är tvåsidig. Fördelen är också om sändaren är lik mottagaren, exempelvis i ålder, kön eller har liknande erfarenheter. Sannolikheten för att budskapet ska nå fram till mottagaren beror på mottagarens motivation och mottagarens förmåga att tolka innehållet i budskapet, vilket i sin tur överensstämmer med teorin TRA (Helkama et al, 2000).

TRA utgår, som tidigare nämnts, ifrån att individens intentioner och avsikter orsakar det nya beteendet, men teorin är mest lämplig i de fall där viljan finns. Däremot säger teorin att intentionen inte alltid behöver stämma överens med personens handlingar eftersom oförutsedda händelser agerar som hinder för det nya beteendet, exempelvis brist på resurser och tillfällen. Hinder som att inte ha tid eller inte orka träna har oftast bakomliggande orsaker, exempelvis låg självkänsla eller andra prioriteringar i vardagen. En person med låg självkänsla är överdrivet kritisk mot sig själv samt underskattar sin egen förmåga (Angelöw, 2002). Identifieras hindren och de bakomliggande orsakerna, så underlättas övergången till ökad fysisk aktivitet (Schäfer Elinder & Faskunger, 2006). De första hindren för fysisk aktivitet har en tendens att blekna och försvinna efter en viss tids motionerande, vilket kan bero på att den nya livsstilen har anpassat sig och blivit en viktig pusselbit för individen. Viktigt för individen i startgroparna är också att veta att den inte är ensam om sina problem och hinder. Sjukdom eller skador kan drabba vem som helst, vilket leder till hinder för fysisk aktivitet. Detta är något som är en ”godkänd bortförklaring” och är helt normalt (Wester, 2001). För att motivera till fysisk aktivitet är det av relevans att, enligt Schäfer Elinder och Faskunger (2006), stärka självförtroendet hos den motiverade, hantera hinder och öka det sociala stödet. Självförtroende handlar mer om att uppskatta, acceptera och tro på sig själv. En person med högt självförtroende vågar säga sin åsikt och vilja (Ewles & Simnett, 2005). Tror individen på sig själv, dvs. har ett bra självförtroende, ger den inte upp så lätt och tror att den verkligen klarar av utmaningen som det innebär att förändra sitt beteende. För de som inte har tillräckligt med självförtroende och vill stärka detta, krävs det att de successivt ökar sin kunskap och sin kapacitet. Detta förutsätter realistiska mål och delmål. Märker individen att den klarar av förändringen och har kunskapen för att genomföra det, så blir det en självförtroendekick. På detta vis förbättras individens förmåga att behärska sin livssituation (Schäfer Elinder & Faskunger, 2006).

Litteraturgenomgång

I nedanstående litteraturgenomgång redovisar vi aktuell forskning och kunskapsläget inom vårt problemområde. De olika avsnitten behandlar fysisk aktivitet, motivation, KASAM, coping och empowerment.

Fysisk aktivitet

”De som inte tror att de har tid med fysisk aktivitet måste förr eller senare avsätta tid för sjukdom.”

Ovanstående yttrade Edward Stanley redan på 1800-talet och det är nu mer aktuellt än någonsin (Winroth & Rydqvist, 2008, s. 107).

Definitionsmässigt finns det en skillnad mellan fysisk aktivitet, motion och träning. Med motion menas medveten fysisk aktivitet med ett syfte, exempelvis bättre hälsa och ökat välbefinnande. Träning är, med en målsättning att öka prestationsförmågan, exempelvis styrka eller kondition. Fysisk aktivitet innebär alla rörelser som ökar kroppens energiförbrukning och är en påverkbar faktor till en individs hälsotillstånd (Winroth & Rydqvist, 2008). Dessa rörelser får kroppen att tillverka fler endorfiner, ett morfinliknande kroppseget ämne som minskar smärta och oro samt ökar välbefinnandet. De psykologiska effekterna kommer dock först efter en längre period av regelbundna pulshöjande aktiviteter (Wester, 2001). Regelbunden fysisk aktivitet halverar risken att dö i förtid och med regelbunden fysisk aktivitet menas minst 30 minuter varje dag för vuxna. Dessa 30 minuter kan dock delas upp under dagen. I Sverige är det bara ungefär 50 % i åldersgruppen 16–74 år som följer dessa riktlinjer (Pellmer & Wramner, 2007; SOU, 2005). I en undersökning gjord av Forskningsgruppen för Samhälls och Informationsstudier (FSI) under våren 2002 visar resultatet att tre av fyra har kunskapen att minimum är 30 minuters fysisk aktivitet varje dag för att uppnå positiva hälsovinster. Resultatet visar dock att långt färre når upp till detta mål (SBU, 2007).

Motivationsstärkande metoder

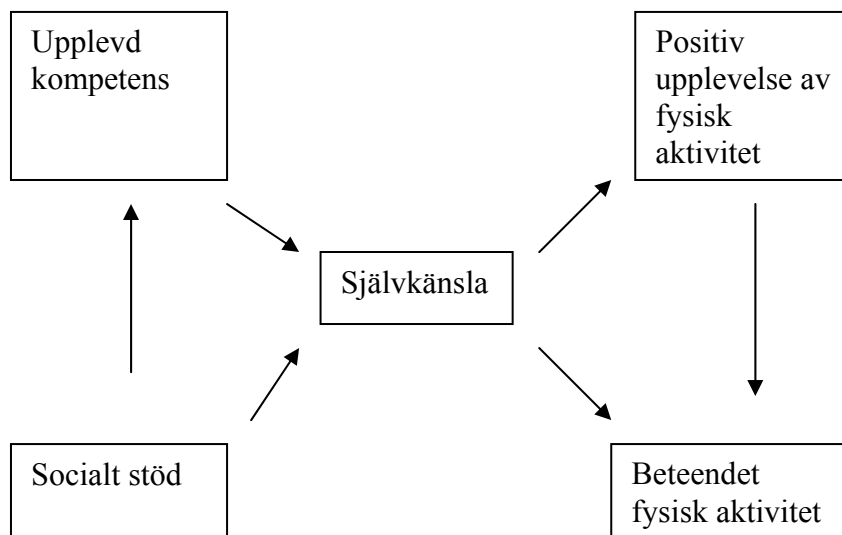
Även träning med lägre intensitet förbättrar hälsotillståndet, särskilt för de personer som är fysiskt inaktiva eller för äldre. I en undersökning från Kanada påvisas att om en person ökar sin kaloriförbrukning med 1 000 kcal i veckan (vilket innebär ca 30 minuter rask promenad varje dag) påverkas hälsan i positiv riktning (Warburton et al, 2006). Aktiviteten behöver inte heller genomföras vid ett tillfälle, utan kan delas upp på så korta stunder som tio minuter åt gången. Undersökningar har visat att den största riskminskningen ses i jämförelse med inaktiva personer och de som är lätt till måttligt aktiva. 30 minuter måttlig fysisk aktivitet två dagar i veckan minskar risken för metabola syndromet med 70 % i jämförelse med inaktiva individer (Hellénus & Rauramaa, 2007). Warburton et al (2006) diskuterar även möjligheten att använda sig av stegräknare för att utvärdera en persons aktivitetsnivå, eller istället för att rekommendera en daglig promenad på en timme rekommendera att öka sin dagliga stegmängd med 3 000-4 000 steg. När rekommendationen ges till mycket stillasittande personer använder man sig av en ökning med 500 steg per dag och vecka tills de når upp till rekommendationen 3 000-4 000 steg per dag. Att använda sig av stegräknare och promenader är ett kostnadseffektivt sätt att öka den fysiska aktiviteten och anses av författarna vara ett genombrott i hälsofrämjande verksamhet. Tudor-Locke (2002) diskuterar också stegräknarens effekter och som motivationshjälpmedel. Däremot fokuserar hon på andra positiva följder av stegräknaren, exempelvis att minimigränserna för antalet steg per dag ger en möjlighet för motionären att själv utvärdera och reflektera över sin insats samt att stegräknaren ger en påminnelse till ökad fysisk aktivitet.

Liknande resultat framkommer i SBU: s rapport (2007) där de har kommit fram till att rådgivning kompletterad med motivationshjälpmedel, som exempel stegräknare, leder till 15-50 % ökning av den fysiska aktivitetsnivån (evidensstyrka 3, lägst evidensnivå). Däremot anser SBU att det inte går att avgöra om resultaten blir bättre om individen fokuserar på ökad vardagsaktivitet jämfört med motion eller vice versa, eller om någon form av motivationshjälpmedel fungerar bättre än något annat.

Ovanstående SBU-rapport är en litteraturoversikt som behandlar ämnesområdet FaR. Den tar upp vikten av återkoppling mellan fysioterapeut och receptutfärdare för bästa möjliga resultat hos deltagaren/patienten. I en dansk undersökning om fysisk aktivitet på recept gjordes försök att under 16 veckor erbjuda sjukgymnastledd högintensiv gruppträning (exempelvis stavgång och aerobics samt lätt styrketräning) och fem rådgivningstillfällen som inbegrep motivationssamtal. Personerna testades bland annat för maximal syreupptagningsförmåga, BMI och kroppsvikt och fick svara på frågor angående sin fysiska aktivitet, hälsorelaterad livskvalitet, intensiteten på sin träning och sin hälsostatus. Kriterierna för att medverka var att ha en medicinsk kontrollerad livsstilssjukdom och vara motiverad till att förändra sin livsstil med hjälp av ökad fysisk aktivitet, men även att betala de 750 danska kronor som det kostade. Enligt SBU: s rapport leder den här formen av rådgivning till att patienterna ökar sin fysiska aktivitet med 12-50 % under minst sex månader efter rådgivningstillfället, med evidensstyrka 1 (högst). Samma rapport framhåller även att ett stort antal studier visar att personer som är regelbundet fysiskt aktiva anser sig ha en bättre livskvalitet. Detta gäller i alla populationer och åldrar samt verkar vara oberoende av socioekonomiska faktorer och hälsotillstånd (SBU, 2007; Sørensen et al, 2007).

På Nya Zeeland undersöktes i en enkätstudie hur läkarens muntliga och skriftliga råd angående fysisk aktivitet vid allmänna läkarundersökningar påverkade patienternas aktivitetsnivå, för att sedan få support av en träningspecialist via telefon och post. Något som kallas ”*green prescription*” användes och detta är på många sätt likt FaR. Bland annat användes motiverande samtal, samarbete med lokala aktivitetsarrangörer, telefonuppföljning och resultatuppföljning hos receptutfärdaren. Resultatet visade att patienterna ökade sin fysiska aktivitet, både vardagsmotion och träning, i ett år efter råden och även deras livskvalitet ökade. Även en trend i att blodtrycken gick ner kunde synas, men signifikans kunde inte visas för minskad hjärt- och kärlsjukdom (SBU, 2007).

Personer som blir utsatta för teoribaserade motivationsstärkande och beteendeförändrande åtgärder ökar den fysiska aktiviteten 10-15 % mer än vid icke teoribaserade åtgärder. Detta gäller framförallt de interventioner som fokuserar mer på hela livsstilen än bara en ökning av aktivitetsnivån (evidensstyrka 3). Däremot ses ingen skillnad mellan teoribaserade interventioner och träningsprogram/grupper. Teoribaserade interventioner kopplade till Theory of reasoned action har inte utvärderats i större studier eller i ett längre perspektiv, men slutsatsen är att det ökar den fysiska aktiviteten i ett kortare perspektiv. Att använda sig av Stages of Change i beteendeförändring har inte visat sig ge bättre resultat än i kontrollgruppen. Det resultatet motsägs dock i andra undersökningar (SBU, 2007). I en undersökning från USA visas att interventioner kopplade till Stages of change för ökad fysisk aktivitet förbättrar beteendeförändringen hos vuxna (Marcus & Lewis).



Figur 2. Självkänslans input och output efter Susan Harters modell (Weiss, 2000).

Weiss (2000) har identifierat faktorer som påverkar till ökad fysisk aktivitet. Modellen ovan (figur 2) visar hur socialt stöd förändrar hur personen ser på sin kompetens gällande fysisk aktivitet, men också hur socialt stöd som ges från familj, vänner och instruktör påverkar självkänslan positivt. En hög självkänsla påverkar i sin tur upplevelsen av fysisk aktivitet och tillsammans leder de till ökad fysisk aktivitet. Konklusionen i artikeln är att öka motivationen till fysisk aktivitet och det sker bäst genom att erbjuda stödjande miljöer, exempelvis tillgänglighet till fysisk aktivitet och lustfyllda aktiviteter.

Effekter av fysisk aktivitet

De positiva effekterna av fysisk aktivitet kan delas upp i olika grupper. En är de rent fysiska effekterna såsom ökad kondition och uthållighet, styrka, balans och koordination, rörlighet och smidighet. Fysiologiskt innebär förbättrad kondition ökad syreupptagning d.v.s. bättre kapacitet och funktion i cirkulationssystemet, ökad blod- och slagvolym, ökad ämnesomsättning, lättare reglering av hormonbalansen, förbättrad kommunikation mellan nerver och muskler och ett starkare immunförsvar m.m. Psykiska effekter kan vara en ökad självständighet (ex. för äldre), glädje och gemenskap (i gruppträning) men också förbättrad självkänsla och självförtroende. Förutom dessa effekter minskar både milda och måttliga depressioner och mild ångest med hjälp av fysisk aktivitet. Dock är effekterna av fysisk aktivitet en färskvara. Redan efter några veckors sänkläge kan ca 30 % av ens maximala syreupptagning förloras. Detta är något som är viktigt att tänka på då det gäller äldre och sjuka individer, som ursprungligen har dåliga värden. Att ”ta sig tillbaka” kan bli en lång och jobbig process (Ekblom & Nilsson, 2007).

Fysisk aktivitet kan och bör användas som sjukdomsförebyggande och behandling till hjärt- och kärlsjukdomar och ett flertal andra kroniska sjukdomar. Fysisk aktivitet leder, som tidigare nämnts, till en minskad risk till för tidig död och kan därför rekommenderas till alla åldrar. Ett samband mellan låg fysisk aktivitet och övervikt, benskörhet (osteoporos), tjocktarmscancer, depression, metabola syndromet, diabetes samt hjärt- och kärlsjukdomar är påvisat (SOU, 2005). Även vid högt blodtryck (hypertoni) ses en fördel med fysisk aktivitet, både för att förhindra en höjning av blodtrycket, men även för att sänka blodtrycket hos personer med etablerad hypertoni. Fysisk aktivitet är exempelvis förstahandsbehandling vid lindrigt förhöjt blodtryck. Mängden medicin mot för högt blodtryck skulle kunna reduceras betydligt om läkarna rekommenderade fysisk aktivitet i stället för medicin, vilket också medför att medikaliseringen minskar (Börjesson & Dahlöf, 2003). Med medikalisering menas att andra problem blir eller görs till medicinska problem; patienten får medicin för en sjukdom som inte

har brutit ut, men det finns en risk för insjuknande (Andersson, 2006). Dessutom finns det många mediciner som har allvarliga bieffekter, vilket bör övervägas vid receptförskrivning. Att förhindra denna medikalisering kan exempelvis ske genom att öka antalet recept på fysisk aktivitet. Samhällets kostnader för blodtrycksmediciner är minst en miljard kronor per år, vilket medför att ökad fysisk aktivitet kan innebära stora besparingar (Ågren, 2004). Enligt Angelöw (2002) ger varje investerad krona i friskvård fem kronor tillbaka i vinst. Det positiva med fysisk aktivitet är inte bara vinsten av minskade medicinkostnader, utan också vinsten av minskade kostnader för produktionsbortfall, sjukskrivning, förtidspensionering, sjukvård och rehabilitering. Sveriges kostnader för fysisk inaktivitet ligger på ungefär sex miljarder kronor om året (Schäfer Elinder & Faskunger, 2006). Att uppmuntra till mer rörelse innebär därför stora ekonomiska vinster. Detta innebär dock att den som motiveras till ökad fysisk aktivitet måste förstå de bakomliggande faktorerna. För att förändra beteendet fysisk aktivitet krävs motivation (Faskunger, 2006).

Motivation

Motivation är orsaken till en viss handling och ger svaret på frågan ”varför”. Dessutom håller motivationen aktiviteten vid liv och ger den mål och mening. Alla människor är mer eller mindre motiverade, men för vissa är motivationen dold och då gäller det att väcka liv i motivationen igen. Motivationen tar aldrig slut för oss människor, utan det kan i stället komma nya begär när de gamla är tillfredsställda. För att hålla motivationen vid liv krävs därför nya mål och önskningar. Det mest effektiva sättet att motiveras på, har visat sig vara intresse, medan vanliga metoder som pekpinningar, hot och moralpredikan har visat sig vara meningslösa för att ge upphov till en beteendeförändring, exempelvis ökad fysisk aktivitet (Granbom, 1998). Enligt Rosen (2000) är det mest effektiva sättet för ökad motivation att skraddarsy informationen och allt annat som behövs för att hjälpa individen. Anpassning bör ske för att möta personen där den befinner sig. Kopplat till Stages of change bör själva anpassningen ske utefter vilket steg personen befinner sig på (Rosen, 2000).

Motivationen kan delas in i inre och yttre motivation. I den inre motivationen upplevs orsaken till en förändring som ett behov eller en drift från individen själv och i den yttre motivationen ses orsaken som ett behov från någon eller några utomstående. Om det ska ske en förändring av livsstilen krävs den inre motivationen genom förståelse, intresse och eget inflytande över situationen eftersom människor oftast inte ändrar sig för att någon annan säger att de ska förändras (d.v.s. den yttre motivationen) (Granbom, 1998).

KASAM

Ett annat begrepp som har relevans för vår undersökning är individens Känsla Av Sammanhang (KASAM). Med KASAM menas individens känsla av begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet i livet. Om individen har ett högt KASAM, upplever den tillvaron som meningsfull, den förstår och begriper själv sin egen tillvaro och ens egen roll. Med hjälp av det sociala stödet kan individen hantera olika situationer och stressorer, exempelvis när den står vid ett vägval i livet. Ett högt KASAM innebär att personen klarar av kriser, trots de svåra situationerna. Det innebär också, enligt Antonovsky, att risken för sjukdomar minskar och dess förmåga till en positiv livssyn och livsstil stärks. KASAM är dock inte den enda faktorn som influerar och påverkar hälsotillståndet, utan det innebär en motståndskraft mot mentala och fysiska motgångar (Antonovsky, 1991). Två andra begrepp som relaterar till vår uppsats är copingstrategier och empowerment eftersom de båda är med och avgör om en individ kommer att ändra sitt beteende.

Coping

Med copingstrategier menas hur en individ hanterar påfrestande och krävande situationer, men också hur personen hanterar livet i allmänhet. För exempelvis en inaktiv person kan ökad fysisk aktivitet vara påfrestande och krävande. Har individen en god copingförmåga så klarar den av utmaningen och denna förmåga är därför en relevant del av självförtroendet. Copingförmågan avgörs av personens tidigare erfarenheter av en liknande situation. Inför den nya utmaningen har personen sina förutfattade meningar om vad som ska hända och är dessa negativa, så upplever individen oftast hopplöshet (Sundin & Willner, 2003). Dessa kognitiva processer kan hela tiden modifieras för att klara av externa och interna krav. Exempel på externa krav är att lova att följa rekommendationer om fysisk aktivitet och exempel på interna krav är emotionella reaktioner från individen själv. Coping är en interaktion mellan individen och miljön och inträffar först när situationen är för stressande. Coping är alltså inte ett personlighetsdrag och handlar inte om att kontrollera situationer eftersom vissa händelser ligger utanför hanterbarhet, exempelvis dödsfall, naturkatastrofer och andra olyckor. Ofta kan coping också handla om att acceptera, ignorera, minimera eller att tolerera sådant som inte kan påverkas av den enskilde individen. Kopplat till Stages of change är det på upprätthållningssteget som individen använder sig av sina copingstrategier för att hantera den nya förändringen (Andersson, 2002).

Empowerment

Empowerment innebär processen till maktmobilisering och möjligheten för en individ att ha inflytande över sitt eget liv under de rådande förutsättningarna. För att nyttja sina inneboende resurser måste individen vara medveten och vilja påverka en händelse, vilket innebär att vara aktiv och delaktig (Medin & Alexandersson, 2000). Empowerment kan delas upp på individnivå och samhällsnivå, där det förstnämnda handlar om, som tidigare nämnts, individens möjlighet att ta kontroll över sitt liv och att ta beslut. På samhällsnivå handlar empowerment om att människor ska få ett större inflytande över sin hälsa (Ewles & Simnett, 2005). Empowerment kan inte erhållas utan det är handlingsutrymmet som erbjuds, så att personen kan ta hälsobeslut (Medin & Alexandersson, 2000). Dilemmat inträffar när individen inte vill bli maktmobiliserad och ändå använder sig av empowerment-strategier. Det kan dock diskuteras om det då verkligen är empowerment och inte ett s.k. ”top down–beslut”, som innebär att någon annan tar beslutet för någon som inte vill förändras. Sådana beslut kan också kallas för paternalistiska handlingar (Medin & Alexandersson, 2000).

Problemprecisering

Den fysiska inaktiviteten och andra livsstilsrelaterade sjukdomar i Sverige drabbar en stor del av Sveriges befolkning samtidigt som samhället präglas av hälsofrämjande åtgärder och av synsätt som får många människor att aktivt påverka sina egna liv. Fysisk aktivitet på recept är ett sådant exempel på en hälsofrämjande åtgärd som ökar förutsättningarna för ett hälsosamt liv. FaR innebär också att individen själv ska ta beslutet att öka sin fysiska aktivitet och behålla eller få motivation att inleda en hälsosam livsstil alternativt minska risken för fortsatt sjukdom. Med ovanstående genomgång av litteratur och teorier som grund vill vi därför belysa vad fysioterkets arbete innebär för receptmottagaren.

Syfte

Syftet var att belysa vad individer som har registrerat sig på ett fysiotek anser om dess arbete. Vi ville även ta reda på om FaR-receptet påverkar deras motivation till fysisk aktivitet och deras upplevda hälsa.

De frågeställningar som vi ville fokusera på är:

- Anser receptmottagaren att han/hon har förändrat sin fysiska aktivitet med hjälp av FaR?
- Anser receptmottagarna att deras upplevda hälsa har förändrats av FaR?
- Vad anser receptmottagaren om fysiotekets arbete?
- Förekommer det skillnader i motivation, förändring i aktivitetsnivå och upplevd hälsa mellan olika grupper, såsom kön och ålder?

Material och metod

Under denna rubrik kommer vi att beskriva arbetsgången i vår uppsats.

Kontext

Fysioteket i Hässleholm startade sin verksamhet under hösten 2006. Lokalen finns i närheten av centralhallen på sjukhuset. Hit kommer receptmottagaren för att gemensamt med personalen finna en verksamhet som kan fungera för just dem. Fysioteket är öppet två timmar om dagen, två dagar i veckan och besöket är kostnadsfritt. De som arbetar där, arbetar övrig tid inom vården och med de anställdas hälsa, och har utbildningar som undersköterska, sjuksköterska och sjukgymnast. Fysioteket i Hässleholm startade som ett projekt under 2006, och blev förlängt till årsskiftet 06/07. Målet var att *”FaR ska användas naturligt både preventivt och behandlande i kombination med eller som ersättning för läkemedel eller annan behandling i de fall där fysisk aktivitet har en vetenskapligt dokumenterad effekt”* (Andersson et al, 2007 sid.1).

Det dokument som huvudsakligen styr fysiotekets verksamhet i Hässleholm är en handlingsplan från 2006-04-18. Den är mycket kortfattad, mindre än två A4-sidor och tar upp bakgrund, övergripande mål, arbetsuppgifter, personella resurser, tidsplan, ekonomi och syfte. Deras syfte är *”Att bygga upp, vidareutveckla och samordna arbetet med Fysisk aktivitet på Recept i Nordöstra Skåne ur ett närsvårsvårdsperspektiv”* (bilaga 1). Det övergripande målet är att öka den fysiska aktiviteten genom en ökad receptförskrivning och att implementera fysiotekets arbete i den ordinarie verksamheten. Utifrån handlingsplanen lägger de i övrigt upp sin verksamhet själva. Under 2006 och 2007 har ungefär 90 personer skrivit in sig på fysioteket. Detta kan ställas i relation till att kommunens invånare är närmare 50 000 personer (SCB, 2007).

Fysioteket i Hässleholm har ett brett kontaktnät med olika föreningar och friskvårdsaktörer (112 st.) i omgivningen som erbjuder möjlighet för patienter som fått recept att komma till dem och träna, både i ordinarie gruppverksamhet och i särskilda FaR-grupper. Som exempel kan nämnas linedance och vattengymna. Träningen kan också vara helt individuell, exempelvis styrketräning, simning eller promenader. Fysioteket i Hässleholm startade som ett projekt under 2006, och blev förlängt till årsskiftet 06/07.

Under februari 2008 har pengar för en Må bra-enhet beviljats, som en förlängning på det arbetet de har gjort under åren. Arbetet med mottagningen av receptmottagare på fysioteket kvarstår. Må bra-enheten kommer att arbeta bredare både i yrkeskategorier och med andra områden än ökad fysisk aktivitet. Planeringen för våren 2008 är att fortsätta med rökavvänjningsgruppen, starta viktgrupper och förhoppningsvis även starta grupper för personer med alkoholproblem, något som i nuläget inte finns i Hässleholm. Yrkeskategorierna som kommer att arbeta på Må bra-enheten är friskvårdsterapeut, kurator, dietist och sjukgymnast.

Val av metod

Vi valde att arbeta med en kvantitativ metod, nämligen en tvärsnittsstudie, för att med så brett underlag som möjligt kunna utvärdera det arbete som pågått de senaste åren på fysioteket i Hässleholm. En tvärsnittsstudie var lämplig för vår undersökning eftersom vi ville ha deskriptiva data vid en viss tidpunkt. En enkät valde vi eftersom den är lämplig vid tvärsnittsstudier och är relativt ekonomisk att genomföra.

Urval

Då antalet personer som var inskrivna på fysioteket inte var så stort, valde vi att göra en totalundersökning. I en totalundersökning ingår alla individer i en definierad population och här utgjordes populationen av alla inskrivna på fysioteket i Hässleholm. När vi skickade ut enkäten var 90 personer inskrivna.

Enkätutformning

Vi valde att dela upp vår enkät i olika delområden för att tydliggöra och förenkla både för vår analysbearbetning och för respondenterna. Delområdena vi valde är:

- Bakgrundsfakta
- Receptutfärdarens roll
- Fysiotekets roll
- Receptmottagaren och dess hälsa och livsstil

Efter önskemål från fysiotekets personal har vi till viss del utformat enkäten i likhet med en liknande undersökning som tidigare gjordes i Östergötland (Fornander & Leijon, 2006). Sammanlagt hade vi 21 frågor, varav en fråga var en matris som innehöll fyra frågor. Därutöver fanns flera möjligheter att fylla i egna kommentarer under specifika frågor, men även plats i slutet av enkäten för att ge respondenterna möjlighet att få fram saker de tyckte var relevanta för just dem. För att det minska det interna bortfallet var vi noggranna i utformandet av enkäten och dess frågeställningar. Frågorna blev granskade vid enkätexaminationen, av vår handledare och av personalen på fysioteket. Likaså bad vi andra studenter ge oss kommentarer på frågeställningarna. Gällande frågekonstruktionen finns det många faktorer som är relevanta för att säkra kvaliteten. En viktig faktor gällande enkätens kvalitet är begreppet reliabilitet. Reliabiliteten är beroende av frågekonstruktionen, dåligt konstruerade frågor kan leda till slumpartade svar, som speglar sig i olika svarsalternativ vid upprepade mätningar (Ejlertsson, 2005).

Etiska överväganden

Ordet etik kommer från det grekiska ordet ethos som betyder sed (Bonniers stora lexikon, 1985). Att göra en undersökning med hjälp av enkät kräver vissa etiska ställningstagande. Etiklagen från 2004 reglerar de etiska frågeställningarna som gäller forskning på människor. Dessutom preciserar etiklagen några av de överväganden som bör göras. Vetenskapsrådets forskningsetiska principer innefattar fyra krav som en enkätundersökning bör uppfyllas. Dessa krav är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. (Ejlertsson, 2005) Hur har vi tänkt runt dessa fyra krav?

Informationskravet

I följebrevet som medföljde enkäten delgav vi respondenterna att det är frivilligt att medverka i studien, samt att informera om enkätens syfte.

Samtyckeskravet

Eftersom vi använde oss av en postenkät gav deltagarna sitt samtycke genom att besvara enkäten. Alla i vår enkätstudie var myndiga och därför krävdes inget vidare samtycke.

Konfidentialitetskravet

Ingen kan i efterhand identifieras utifrån sina svar och enkäterna förvarades så att endast behöriga hade tillgång till materialet. Vi märkte svarskuverten med nummer för att kunna kontrollera vilka som svarat, inför påminnelserna.

Nyttjandekravet

Svaren och det resultat vi har kommit fram till användes endast till det syfte vi har klargjort för i följebrevet.

Utifrån dessa fyra krav har vår projektplan granskats och blivit godkänd av HV-institutionens etikråd vid Högskolan Kristianstad.

Genomförande

Studien gjordes som en del av fysiotekets kvalitetsuppföljning. Vi har under tiden som gått även haft hjälp av fysiotekets personal för att få tillgång till styrdokument och som diskussionspartners. Efter ett godkännande av etikrådet påbörjades genast kopiering samt utskicken av enkäterna. Från och med utskicket den 27 november fick respondenterna två veckor på sig att besvara enkäten. Till enkäten (bilaga 4) medföljde ett följebrev, (bilaga 3) som innehöll tydlig information om studiens syfte, oss författare och uppgifter om konfidentialitet samt hantering av de ifyllda enkäterna. Två påminnelser (bilaga 5, bilaga 6) skickades därefter ut med en veckas mellanrum och dessutom skickade vi med enkäten samt svarskuvert vid den andra påminnelsen. Svarskuverten märktes med nummer, för att veta vilka som hade besvarat enkäten och när svaren hade returnerats, ströks deras identitetsuppgifter från registret.

Bortfall

Totalt 90 enkäter skickades ut, varav 63 stycken (70 %) har besvarats. Det externa bortfallet blir 30 % (27 st). I bortfallet fanns två stycken enkäter som återkom med adressat okänd samt två stycken där personerna via telefon avböjde att besvara enkäten. Det interna bortfallet varierar mellan 0 och 25 %.

Bearbetning

Vi använde oss av statistikprogrammet SPSS version 12.0 (Statistical Packages for Social Sciences) och därefter analyserade och bearbetade vi resultaten som framkommit och kopplade dessa till teorier, modeller och litteratur. Resultatet redovisas i de fyra teman som enkäten var indelad i; bakgrundsfakta, receptutfärdarens roll, fysiotekets roll samt receptmottagaren och dess hälsa och livsstil.

På frågan om hur hälsan har förändrats (4a) har vi delat in respondenterna i två grupper yngre och äldre, se tabell 5. Grupperna har bildats genom att använda medianen för ålder (59,5 år), vilken delar in populationen i två exakt lika stora delar. I tabell 6 har vi delat upp respondenterna i grupperna kvinnor och män för att jämföra deras upplevda hälsotillstånd (fråga 1a).

I vår enkät hade vi några öppna frågor, som gav respondenterna frihet att få uttrycka sina egna åsikter. I resultatet nedan kommer några av oss utvalda citat som förekommer ofta. Dessa citat är avidentifierade och endast kön och ålder (i jämna tiotal år) anges.

På fråga 2e, gällande vilken aktivitet receptmottagaren rekommenderades, förekom det att respondenterna kryssade i båda svarsalternativen (enskild aktivitet och gruppaktivitet) och då valde vi i inmatningen i SPSS svaret gruppaktivitet. 17 av 58 (29 %) fick denna dubbelrekommendation. Motivet till att vi valde gruppaktivitet var att rekommendationen gällande gruppaktivitet kan ses som överordnad den enskilda aktiviteten, då den i många fall är av högre intensitet än den enskilda aktiviteten. Den enskilda aktiviteten respondenterna har blivit rekommenderade syftar ofta mer till en ökning av aktivitetsnivån i vardagen än som träning. Med hänsyn till det låga antalet deltagare i studien har signifikanstestning av funna skillnader i flera fall inte kunnat genomföras. Där testning har utförts har Chi-två metoden använts med signifikansnivån 5 %.

Resultat

Resultatet har vi delat in i de underrubriker som användes i enkäten, nämligen bakgrundsfakta, receptet och receptförskrivaren, fysiotekets roll samt receptmottagarens hälsa och livsstil.

Bakgrundsfakta

Av enkäterna (n=62) besvarades 73 % av kvinnor och resterande 27 % av män. Medelåldern var 57,8 år och medianen var 59,5 år. Åldern varierade från 28 år till 80 år. En majoritet (88 %) av respondenterna hade tagit kontakt med fysioteket inom en månad (tabell 1).

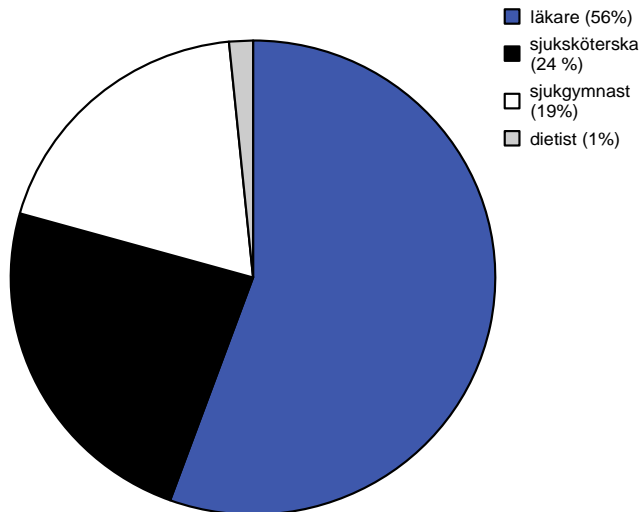
Tabell 1: Tiden det tog för receptmottagaren att ta kontakt med fysioteket (n = 50).

	Kumulerat antal	Kumulativ andel (%)
En vecka eller mindre	32	(64)
En månad eller mindre	44	(88)
Tre månader eller kortare tid	50	100

Receptet och receptförskrivaren

Initiativet till att få ett recept var respondentens i en tredjedel av fallen, medan 67 % fick receptet på inrådan av sjukvårdspersonal (n=63).

I enkäten angav respondenterna vilket yrke som receptförskrivaren hade och fördelningen visas nedan i figur 3. Läkare var den yrkeskategori som skrivit ut mer än hälften av recepten. Endast ett recept kom från en dietist, medan recept saknades från yrkeskategorierna kurator/socionom/psykolog och arbetsterapeut.



Figur 3. Receptförskrivarens yrke (andel i procent) (n = 63).
(chi-två=14,34; df=3; p<0,05)

Av de 21 personer som själva bad om receptet gick 15 personer till en läkare, tre till en sjukgymnast och tre till en sjuksköterska. Kuratorer, socionomer, psykologer och arbetsterapeuter skrev inte ut några recept på fysisk aktivitet till de personer som medverkade i vår enkät. De yngre (n = 31) erhöll sina recept i större utsträckning från andra yrkeskategorier än läkare (20 st), medan de äldre (n = 31) fick sina recept mestadels från läkare (23 st) (chi-två=17,302; df=3; p=0,001).

Den medicinska orsaken till varför receptmottagarna fick sina recept varierade, men huvuddelen visade på problem i rörelseorganen (tabell 2). Respondenterna fick ange flera svarsalternativ. Med andra orsaker menar vi där respondenterna själva svarade ”annan orsak” och deras svar var bl.a. osteoporos, dålig kondition, hjärtinfarkt, bypassoperation, nackont, KOL (kronisk obstruktiv lungsjukdom) och balanssvårigheter. Nästan hälften av respondenterna har fått sitt recept på grund av problem i rörelseorganen inklusive smärta.

Tabell 2. Orsak till receptförskrivning där andelarna anges i procent (n=63).

Problem med rörelseorganen inkl smärta	46
Övervikt	40
Högt blodtryck	22
Psykisk ohälsa	18
Diabetes	16
Höga blodfetter	6
Inaktivitet	5
Andra orsaker	14

Respondenterna fick ta ställning till fyra påstående om den information de fick angående FaR och om de blev motiverade till ökad fysisk aktivitet av receptutfärdaren och fysioteket (tabell 3). Av respondenterna instämde 67 % att de fick tillräckligt med information från receptutfärdaren angående FaR och motsvarande andel från fysioteket var 71 %. Andelen som instämde i att receptutfärdaren motiverade receptmottagaren till ökad fysisk aktivitet var 70 %, medan andelen var 47 % angående motivation från fysiotekets personal.

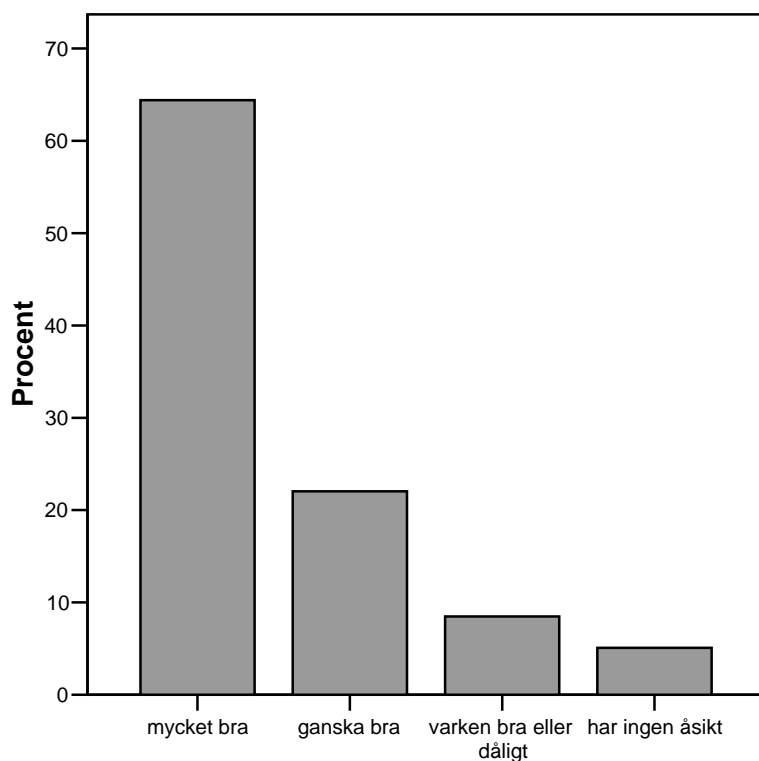
Tabell 3. Olika påståenden som respondenterna fick ta ställning till, där andelen anges i procent (n=58-62).

	Instämmer	Varken eller	Tar avstånd
Tillräcklig info från receptutfärdaren (n=62)	67	25	8
Tillräcklig info från fysioteket (n=59)	71	17	12
Motiverad av receptutfärdaren (n=61)	70	20	8
Motiverad av fysioteket (n=58)	47	40	13

Fysiotekets roll

En enskild aktivitet rekommenderades av fysioteket till 47 % av respondenterna medan 24 % rekommenderades gruppaktiviteter (n=58). 17 av 58 (29 %) blev rekommenderade båda aktiviteterna.

Bemötandet från personalen på fysioteket upplevdes mestadels positivt (figur 4). Över 60 % ansåg att de blev mycket bra bemötta, och mer än var femte att de blev ganska bra bemötta. Ingen av respondenterna valde alternativen ganska eller mycket dåligt bemötta. Under figuren redovisar vi några av de kommentarer som respondenterna har valt att ange angående bemötandet.



Figur 4. Receptmottagarens upplevelse av bemötandet från personalen på fysioterket (n = 59).

”Vi diskuterade matvanor. Dom ordnade så jag kom med en grupp i vattengymn. Det andra ordnade jag själv” (Kvinna i 70-årsåldern)

”Personalen ”gjorde sitt jobb”. Inget engagemang, ingen motivering” (Kvinna i 60-årsåldern)

”Fick utöver besöket tel.nr, jag kunde ringa för att få veta mer om aktiviteter, vilket var utmärkt!” (Kvinna i 60-årsåldern)

”Ger er toppbetyg. Uppskattar speciellt att ni ringt upp och kollar hur det går.” (Man i 60-årsåldern)

”Väntetiden (väntade 30 min efter utsatt tid), sekretess – alltså det skulle vara mer avskilt. ” (Kvinna i 20-årsåldern)

”Personalen bör info sig vilken skada man har, erbjöds endast styrketräning, vilket inte var det bästa för min skada” (Kvinna i 60-årsåldern)

En öppen fråga gällde om det fanns något som kunde förbättras i fysioterkets arbete och även här redovisas citat. 64 % av respondenterna tyckte att allt fungerade bra på fysioterket, medan resterande tyckte att några saker kunde förbättras (n = 47).

”Att jag vill ha fler besök” (Kvinna i 70-årsåldern)

”Bättre uppföljning” (Kvinna i 50-årsåldern)

”Uppföljningar av deltagarna, diskutera mer om det är mer de kan hjälpa till med. Fick för lite information om vad det finns för aktiviteter. (Kvinna i 50-årsåldern)

”individpassa mera, testa vad som verkligen fungerar för den enskilde. Uppföljningssamtal och nya tester. Inte ens ett konditionstest görs utan man skickas iväg på aktivitet som inte fungerar. Tanken god men nu har man mycket dåligt samvete för att man inte klarade av uppgiften. Mycket dålig personkänedom om vad som verkligen hade fungerat.” (Kvinna i 40-årsåldern)

På en fråga om öppettider ansåg 81 % att öppettiderna fungerade bra medan 19 % önskade andra tider (n = 53). Bland de öppna kommentarerna framkom att besökstiderna bör bli längre och fler för att öka tillgängligheten till fysioteket.

Receptmottagarens hälsa och livsstil

Resultatet av respondentens egen upplevelse av hur hälsan har förändrats sedan hon/han fick sitt recept visas i tabell 4. Ungefär två tredjedelar ansåg att deras hälsa har förbättrats.

Tabell 4. Respondenternas upplevelse av hälsoförändring, andel i procent (n=55).

Hälsoeffekter vid undersökningstillfället	
Förbättrats mycket	26
Förbättrats lite	36
Märker ingen skillnad	26
Försämrats lite	9
Försämrats mycket	3
Totalt	100

De äldre angav i något högre grad (70 %) jämfört med yngre (52 %) att deras hälsa hade förbättrats (tabell 5). Någon signifikant skillnad mellan yngre och äldre avseende hälsoförändring kunde dock inte påvisas.

Tabell 5. En jämförelse mellan åldersgrupper och upplevelse av förändrat hälsotillstånd (andel i procent) (n = 62).

Förändrad Hälsa \ Åldersgrupp	Förbättrats mycket	Förbättrats lite	Märker ingen skillnad	Försämrats lite	Försämrats mycket
Yngre (n=31)	26	26	34	7	7
Äldre (n=31)	26	44	19	11	0
Totalt	26	35	26	9	4

På samma sätt visade det sig att förändring i hälsotillståndet inte relaterade till kön (66 % män förbättrades vs. 60 % kvinnor) (tabell 6).

Tabell 6. En jämförelse mellan kön och upplevelse av förändrat hälsotillstånd (andel i procent) (n = 55).

Förändrad Hälsa Kön	Förbättrats mycket	Förbättrats lite	Märker ingen skillnad	Försämrats lite	Försämrats mycket
Man (n=15)	20	46	27	7	0
Kvinna (n=40)	28	32	25	10	5
Totalt	26	36	26	9	3

Till frågan om förändrat hälsotillstånd angavs exempelvis följande kommentarer:

”Arbetar nu heltid, här har det klart bidragit.” + ”För mig känns detta som mycket bra, som komplettering till medicin eller i bästa fall som ersättning för medicin.” (Man i 50-årsåldern)

”Har inte ont längre” (Kvinna i 50-årsåldern)

”Värk försvunnit i höfterna” (Kvinna i 60-årsåldern)

Bra, för mina leder, knäbesvär, rör sig bättre, mindre stelhet.”
(Kvinna i 50-årsåldern)

”Jag har gått ner i vikt, min artros i vänster knä har försvunnit och jag har fått bättre kondition” (Kvinna i 70-årsåldern)

”mer rörlig i kroppen, mindre besvär fr. nacke o rygg” (Kvinna i 30-årsåldern)

”Vikten har minskat något och blodtrycket är normalt.” (Kvinna i 60-årsåldern)

”kan gå nu” (Kvinna i 70-årsåldern)

En fråga gällde den sammanlagda mängden fysisk aktivitet i minst 30 minuter per dag som respondenten genomförde innan personen fick receptet på fysisk aktivitet samt vid undersökningstillfället (tabell 7). Ungefär en tredjedel angav att de var fysiskt aktiva minst 30 minuter tre dagar i veckan eller mer innan de fick sitt recept. Vid undersökningstillfället uppgav två tredjedelar att de är fysiskt aktiva minst 30 minuter tre dagar i veckan eller mer.

Tabell 7. En jämförelse mellan respondenternas fysiska aktivitet före receptmottagandet och vid undersökningstillfället (antalet personer) (n=57).

Fysisk akt. v under- sökningstillfället minst 30 min/dag	Aldrig	2 ggr i veckan eller mer sällan	Mer än 3 gångar i veckan	Totalt
Fys. akt. minst 30 min per dag före recept				
Aldrig	1	2	2	5
2 ggr i veckan eller mer sällan	0	16	16	32
3 gånger i veckan eller mer	0	2	18	20
Totalt	1	20	36	57

Vid en jämförelse av hur hälsan har förändrats och hur ofta personen vid undersökningstillfället var fysiskt aktiv i minst 30 minuter per dag angav 34 personer att deras hälsa har förbättrats. Av dem som har förbättrats är 26 personer (76 %) fysiskt aktiva 30 minuter minst tre dagar i veckan (tabell 8).

Tabell 8. Samband mellan aktuell frekvens av minst 30 minuter fysisk aktivitet och upplevelse av förändring i hälsotillstånd under kontakten med fysioterket. Siffrorna avser antalet personer (n=55).

Förändrad Hälsa Fys. aktiv nu	Förbättrats	Märker ingen skillnad	Försämrats	Totalt
Aldrig	0	1	0	1
2 gånger i veckan eller mer sällan	8	8	3	19
Mer än tre gånger i veckan	26	5	4	35
Totalt	34	14	7	55

I tabell 9 görs en jämförelse mellan vilken aktivitetsordination som rekommenderats och hur ofta personen vid undersökningstillfället var fysiskt aktiv i minst 30 minuter per dag. Ingen säkerställd skillnad i aktuell aktivitetsgrad (3 ggr/vecka) kunde visas vid jämförelse av rekommendation om enskild aktivitet (17 av 25 personer) jämfört med gruppaktivitet (19 av 32 personer).

Tabell 9. En jämförelse mellan rekommenderad aktivitetsordination och den nuvarande fysiska aktiviteten (antalet personer) (n = 57).

Rekommendation Fys. aktiv vid under- sökningstillfället	Enskild aktivitet	Gruppaktivitet	Totalt
Aldrig	1	0	1
2 ggr eller mer sällan	7	13	20
3 ggr i veckan eller mer	17	19	36
Totalt	25	32	57

Vid jämförelse mellan åldersgrupper och följsamhet av receptförskrivning framkom det att av de äldre har 58 % följt rekommendationen och motsvarande andel för yngre var 43 % (tabell 10). I detta fall kunde dock inte någon skillnad påvisas i att någon åldersgrupp oftare följer sin rekommendation på fysisk aktivitet.

Tabell 10. En jämförelse mellan åldersgrupper och vilka respondenter som har följt rekommendationen (antalet personer) (n=54).

Följsamhet Åldersgrupp	Följt rekommendationen	Inte följt rekommendationen	Totalt
Yngre (n=28)	12	16	28
Äldre (n=26)	15	11	26
Totalt	27	27	54

Av kvinnorna har 48 % följt rekommendationen på fysisk aktivitet och för männen var andelen 53 % (tabell 11). Ingen könsskillnad fanns när det gällde att följa rekommendationen.

Tabell 11. En jämförelse mellan kön och vilka respondenter som har följt rekommendationen (antalet personer) (n=55).

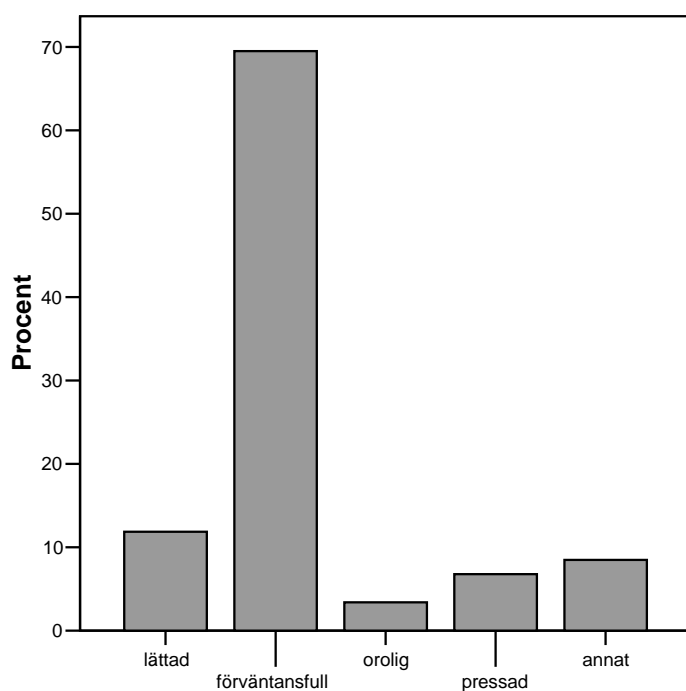
Kön \ Följsamhet	Följt rekommendationen	Inte följt rekommendationen	Totalt
Man (n=15)	8	7	15
Kvinna (n=40)	19	21	40
Totalt	27	28	55

Av dem som inte har följt rekommendationen angavs olika orsaker (tabell 12). Här fick respondenterna ange flera orsaker om det var aktuellt. Med andra orsaker menas att av de respondenter som svarade ”annat” var deras svar bl.a. platsbrist i önskad aktivitet, yrsel och domningar i fötter, ej individanpassat, sömnbrist och psoriasis. Andelen respondenter som angav smärta som orsak var 50 % och mer än var femte person angav att de inte har följt rekommendationen på grund av ekonomi.

Tabell 12. Orsaker till varför respondenter inte har följt rekommendationen på fysisk aktivitet. Andelen visas i procent (n=30).

Orsaker till avhopp, i procent	
Smärta	50
Sjukdom/skada	43
Tidsbrist	33
Motivation	23
Ekonomi	23
Annat	27

Svaren på frågan om hur respondenterna kände inför att få receptet på fysisk aktivitet visade att de flesta (69 %) var förväntansfulla (figur 5). Med andra orsaker menas att av de respondenternas som har svarat ”annat” var deras svar bl.a. ”det känns skönt att vara igång”, ”inget speciellt”, ”irriterad” och ”nyfiken”.



Figur 5. Respondenternas olika känslotillstånd inför mottagandet av recept på fysisk aktivitet, där andelen är i procent (n = 59).

Respondenternas motivation till fysisk aktivitet före receptmottagandet och vid undersökningstillfället belystes i två frågor (tabell 13). Innan receptet var 82 % motiverade och vid undersökningstillfället var

motsvarande siffra 90 %. Personerna som ansåg att de inte var motiverade sjönk från 12 % före receptmottagandet till 7 % vid undersökningstillfället.

Tabell 13. En jämförelse mellan respondenternas motivation före receptmottagandet samt vid undersökningstillfället, där andelen anges i procent (n=59).

	Mycket motiverad	Ganska motiverad	Inte motiverad	Vet ej	Total
Motivation före receptmottagandet (n=59)	24	58	12	6	100
Motivation vid undersökningstillfället (n=59)	44	46	7	3	100

Vid jämförelse mellan åldersgrupperna och graden av motivation före receptet framkom det att av de äldre var 83 % motiverade före receptmottagandet och av de yngre var andelen 79 % (tabell 14). Ingen signifikant skillnad kunde dock påvisas.

Tabell 14. En jämförelse mellan åldersgrupper och motivationen före receptet (andel i procent) (n = 58).

Motivation före Åldersgrupp	Mycket motiverad	Ganska motiverad	Inte motiverad	Vet ej	Totalt
Yngre	31	48	14	7	100
Äldre	17	66	10	7	100
Totalt	24	57	12	7	100

I tabell 15 jämför vi om de har följt rekommendationen på fysisk aktivitet med motivationen före receptmottagandet. Av dem som var mycket motiverade har totalt sett 86 % följt rekommendationen eller har inte följt rekommendationen men är aktiva i en annan träningsform. Ingen signifikant skillnad kunde dock påvisas mellan motivation före receptmottagandet och hur rekommendationen har följts.

Tabell 15. En jämförelse mellan följsamhet av FaR och motivationen före receptet på fysisk aktivitet, där andelen visas i procent (n=53).

Rekommendation Motivation före	Följt rekommendationen	Nej, men är aktiv i annan träningsform	Nej, har inte följt rekommendationen	Totalt
Mycket motiverad	50	36	14	100 (n = 14)
Ganska motiverad	50	27	23	100 (n = 30)
Inte motiverad	50	17	33	100 (n = 6)
Vet ej	67	0	33	100 (n = 3)
Totalt	51	26	23	100 (n = 53)

Som tidigare har nämnts fanns på flera ställen i enkäten möjligheter att skriva kommentarer och förklaringar till sina val. Där har det framkommit åsikter och tankar som var relevanta för vår undersökning och några av dem har vi valt att avslutningsvis presentera här.

”Läkarna bör informeras bättre om fysiotekens arbete!” (Kvinna i 60-årsåldern)

”Fysisk aktivitet i grupper är roligare än ensam!” (Kvinna i 60-årsåldern)

”Ett mera varierat utbud av aktiviteter så det finns mer att välja” (Kvinna i 50-årsåldern)

”Kan ej gå på detta för att det blir för dyrt” (Kvinna i 70-årsåldern)

Som tidigare har redovisats, var det ungefär var femte som inte följde sin rekommendation på grund av ekonomin och det sista ovanstående citatet speglar detta.

”Ett ”gym” för speciella grupper (= Fysioteket?) vore dock mycket bra. Jag kommer nu att kolla upp detta.” (Man i 50-årsåldern)

”Mycket besviken jag trodde att receptet skulle innebära en hjälp att hitta rätt och börja motionera, inte bara en broschyr och information om att gå med i en förening och simma. Det visste jag innan och tiderna funkade inte för mig.”
(Kvinna i 40-årsåldern)

”Vet ej är inte i kontakt med dem” (Man i 30-årsåldern)

Missuppfattningar grundade på okunskap om fysioteket och deras arbetsuppgifter framkommer också ovan.

Resultatsammanfattning

Generellt är vårt resultat positivt eftersom en stor del av receptmottagarna ansåg att de fick tillräcklig med information, motivation och vägledning för att klara av den livsstilsförändring som det innebär att öka den fysiska aktiviteten eller att bli fysiskt aktiv. Det positiva med resultatet ligger också i att majoriteten (ungefär två tredjedelar) av receptmottagarnas hälsotillstånd upplevs förbättrade efter receptmottagandet, vilket kan förklaras av att regelbundna, fysiska aktiviteter också har ökat sedan receptmottagandet. Ungefär en tredjedel av respondenterna angav att de var fysiskt aktiva minst 30 minuter tre dagar i veckan eller mer innan de fick sitt recept och vid undersökningstillfället var motsvarande andel två tredjedelar. I vårt resultat påvisas att läkare skriver ut fler recept på fysisk aktivitet än övriga yrkeskategorier. Likaså påvisas att äldre oftare får sitt recept på fysisk aktivitet av läkare jämfört med övriga yrkeskategorier.

Nackdelarna med fysioteket som framkom bland receptmottagarna är att kommunikationen bör förbättras för att undvika framtida missförstånd om fysiotekets roll och arbetsuppgifter. Det som även påpekades var att respondenterna tyckte att det saknades alternativ bland aktiviteterna att välja mellan och att samarbetet med aktivitetsarrangörerna bör utökas.

Diskussion

Vi har i diskussionen valt att använda oss av de rubriker som svarar mot syftet med vår undersökning, inklusive de frågeställningar som vi fokuserat på.

Bakgrundsfakta

Närmare hälften av respondenterna angav att orsaken till deras receptförskrivning var problem med rörelseorganen (inklusive smärta). I vår undersökning var en hög andel kvinnor (73 %) och detta stämmer väl överens med liknande undersökningar som har gjorts tidigare (Fornander & Leijon, 2006). Dominansen av kvinnor kan tänkas ha flera orsaker. Möjligen beror det på att en större andel kvinnor jämfört med män har besvär från rörelseapparaten, vilket här är främsta orsaken till att recept utfärdas (Ågren, 2004). Enligt Fornander & Leijon, (2006) kan det även bero på att kvinnor oftare besöker vårdcentraler än män.

Upplevelse av förändrat hälsotillstånd

Ungefär en tredjedel av receptmottagarna angav att de var regelbundet fysiskt aktiva (tre dagar eller fler per vecka) minst 30 minuter per träningstillfälle före receptmottagandet. Denna andel steg och var vid undersökningstillfället två tredjedelar. Andelen svenskar i åldern 16-74 år som är regelbundet fysiskt aktiva har uppskattats till 50 % (Pellmer & Wramner, 2007). Svårigheten med att jämföra andelen aktiva i vår undersökning med andra undersökningar är definitionen av regelbunden fysisk aktivitet. Enligt Schäfer Elinder och Faskunger (2006) definieras i flertalet undersökningar regelbunden fysisk aktivitet som en frekvens mellan 20 gånger per år till flera gånger i veckan.

Vid en jämförelse mellan frågorna om hälsan har förändrats och om den nuvarande fysiska aktiviteten, är 84 % av de vars hälsa har förbättrats, fysiskt aktiva 30 minuter minst tre gånger i veckan. Ett sådant positivt resultat stämmer väl överens med de bevis som finns på att fysisk aktivitet är en lämplig hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärd (SBU, 2007; SOU, 2005). Männens andel i högre grad än kvinnornas, och de äldre i högre än de yngre att hälsan har förbättrats, vilket kan sammankopplas med att grupperna män och äldre i högre grad har följt rekommendationen på fysisk aktivitet. Av respondenterna har 53 % blivit rekommenderade gruppaktivitet som den enda rekommendationen eller som en del av rekommendationen. Av dem som har blivit rekommenderade gruppaktiviteter är 59 % fysiskt aktiva 30 minuter minst tre gånger i veckan vid undersökningstillfället. Denna relativt höga andel aktiva kan relateras till de positiva effekter som gruppträning medför (Ekblom & Nilsson, 2007), exempelvis i form av ökad glädje och gemenskap, vilket även framkom i kommentarerna till frågorna. Fördelarna med att ordinera gruppaktiviteter kan vara de möjligheter till förbättrad hälsa ur flera synvinklar än fysisk hälsa såsom psykisk och social hälsa, något som gruppaktiviteter kan bidra till. Uppmuntran och stöd från andra deltagare gör att sannolikheten att aktivitetsökningen består. Att vara en del av gruppen får individen att känna sig behövd. Resonemanget stöds av undersökningen genomförd av Lorentzen et al (2007) som visar gruppträningens positiva sidor, vilka är att motivationen ökar hos deltagarna samt att det sker en förflyttning uppåt på stegen i Stages of change. Fördelarna med att ordinera enskilda aktiviteter menar vi vara möjligheten att implementera den fysiska aktiviteten utan större förändringar i vardagen såsom ekonomi och tidsaspekten. Möjligheten att röra på sig finns lätt tillgänglig om individen väljer träningsformer som exempelvis att cykla till jobbet eller att gå dagliga promenader. Vilken aktivitetsordination som ger bäst följsamhet går inte att dra någon slutsats om, varken ifrån litteraturen eller ifrån vårt resultat, utan bör ses som en högst individuell rekommendation utifrån individens intresse, önskemål och förutsättningar.

Motivation

Att en tredjedel av respondenterna självmant har ordnat sitt eget recept kan ses som ett tecken på hög motivation hos dessa respondenter. Det kan diskuteras om de personer som har svarat att de fick receptet på eget initiativ har blivit påverkade av andra eftersom individens beteende, enligt teorin TRA, speglas av normer i samhället och yttre krav från individens närmaste omgivning och media (Andersson, 2002). Är det verkligen individens egen handlingskraft eller samhällets manipulation (utifrån normer) av vad som bör vara "normalt"? Vad är normalt angående fysisk aktivitet? Det varierar naturligtvis från individ till individ eftersom människan socialiseras in i olika attityder och åsikter om fysisk aktivitet (Helkama et al, 2000). Detta kan leda till svårigheter till att ta eget initiativ till en förändring eftersom omgivningen och media speglar normer och påverkar dessa initiativ. Denna socialisering av attityder pågår under hela livet och för att det ska ske ett lärande till ett nytt beteende för individen, behöver denna person, som tidigare nämnts, förstå varför beteendet ska förändras. Om individen förstår orsaken till en beteendeförändring har den med större sannolikhet motivationen till att förändra sig (Wester, 2001).

Huvuddelen av respondenterna hade gått till sin läkare för att få ett recept, något som kan bero på att man tar upp frågan ”när man är där i ett annat ärende”. Andelen läkare som skrev ut recept var i studien hög. Att de äldre receptmottagarna fick sina recept av läkare i högre grad än de yngre ser vi inte som förvånande. De äldre använder sig av mer sjukvård än yngre och ser troligtvis läkarens kompetens som väl grundad samt att de ser läkarnas råd som en ordination att följa på ett annat sätt än de yngre. Detta kan jämföras med de externa krav som ingår i innebörden av coping, nämligen att i detta fall lova läkaren att följa rekommendationer om fysisk aktivitet. En möjlighet skulle kunna vara att de äldre upplever högre externa krav eftersom de i högre utsträckning följer läkarnas rekommendationer än vad yngre gör (Andersson, 2002).

I vår studie gick 88 % till fysioterapeuten inom en månad, vilket kan tala för att respondenterna har en hög motivation. Steget att gå till någon som skriver ut ett recept kan vara svårt och när de väl hade receptet i handen, var de redan förberedda på att genomföra en förändring. Kopplat till Stages of change, verkar det som om de personerna med hög motivation, står på det andra eller tredje steget, nämligen kontemplationssteget där de överväger ett nytt beteende alternativt redan står på det tredje steget där de har beslutat sig för en förändring. För att receptmottagarna ska klättra uppför dessa steg och kunna bibehålla sin nya förändring, behövs det därför ökad motivation och här ser vi betydelsen av att personalen på fysioterapeuten använder sig mer av motiverande samtal.

Motiverande samtal är en lämplig metod för att främja en långsiktig hälsoförändring och får individen att själv ta ansvar för sina beslut (Schäfer Elinder & Faskunger, 2006). Därför bör det fokuseras på sådana samtal i högre grad redan hos receptutfärdaren för att få antalet inskrivna på fysioterapeuten att öka, men också som en start på den länk av motivationsstärkande personer som kommer att omgärda personen under receptperioden. Respondenterna var i huvudsak nöjda med den information som de fick från sin receptutfärdare, men det framkom ändå att receptutfärdarna var dåligt insatta i fysioterapeuten och deras verksamhet, något som avspeglas i de förväntningar och förutfattade meningar respondenterna hade när de kom till fysioterapeuten. Ökad kunskap om fysioterapeuten menar vi skulle minska missförstånden hos receptmottagarna. Likaså var receptmottagarna nöjda med hur receptutfärdaren motiverade dem till ökad fysisk aktivitet. Omdömet huruvida personalen motiverade till ökad fysisk aktivitet var dock mindre positivt. Knappt hälften instämde i att personalen på fysioterapeuten motiverade till ökad fysisk aktivitet. Under besöket på fysioterapeuten var tanken att receptmottagarna skulle nå kunskap om varför de inte kan fortsätta sitt gamla beteende gällande fysisk aktivitet och även hur de ska komma vidare. När respondenterna fick ta ställning till olika påståenden, var det ungefär 70 % som instämde på frågorna om de fick tillräckligt med information angående FaR och motivation till beteendeförändring från fysioterapeuten och receptutfärdaren. Detta kan kopplas till begreppet KASAM eftersom informationen kan leda till att individen uppfattar förändringen som meningsfull och begriplig, vilka i sin tur leder till hanterbarhet av situationen. Om individen har ett högt KASAM har personen självkänsla och självförtroende, vilket gör att individens förmåga till empowerment automatiskt förhöjs. Empowerment kan dock inte erhållas utan det är handlingsutrymmet som erbjuds, så att personen kan ta beslut som påverkar utvecklingen i positiv riktning. Fysioterapeuten och FaR är ett sätt att erbjuda handlingsutrymme så att individens förutsättningar för empowerment och fysisk aktivitet ökar (Antonovsky, 1991; Medin & Alexandersson, 2000).

Ett problem ligger då snarare i att de personer som aldrig kommer till fysioterapeuten, är de som inte var tillräckligt motiverade eller de som bara saknar lite mer stöttning och support av receptutfärdaren för att bli tillräckligt motiverade (Kalling & Leijon, 2003). Respondenterna önskade också att receptutfärdaren skulle lyssna mer på deras behov och önskemål. Den danske filosofen Kirkegaard (1859) sa ”om jag verkligen skall lyckas med att föra en människa mot ett bestämt mål, måste jag först finna henne där hon är- och börja just där...” och det är precis det som det handlar om när vi diskuterar Stages of change i hälsofrämjande arbete. Receptutfärdaren måste kunna avgöra vilket steg

patienten är på, för att kunna ge råd, stötta och motivera till en livsstilsförändring. Lägg råden på en för hög nivå kan inte receptmottagaren ta dem till sig (Schäfer Elinder & Faskunger, 2006). Däremot inte sagt att recept skall utfärdas till personer som är ointresserade och inte beredda (prekontemplationssteget) att ta steget till en förändring. Vi uppfattar att om receptmottagaren får receptet i handen kan det vara en inkörsport till att tänka på livsstilen och medföra en förändring till det bättre.

Resultatet visade att 82 % var mycket eller ganska motiverade före receptet och att denna andel hade stigit till 90 % vid undersökningstillfället. Andelen personer som inte var motiverade sjönk från 12 till 7 % under samma tid. De äldre redovisade i något högre grad att de var motiverade före receptmottagandet jämfört med yngre. Dessa positiva ökning av motivationen kan relateras till TRA, vars innebörd exempelvis är att motivationen har en betydande roll i förändringar som ökad fysisk aktivitet (Andersson, 2002). Detta innebär att respondenternas föreställningar om fysisk aktivitet lutar åt det positiva hållet och här finns möjligheter för fysioterapeuten att ta tillfället i akt att ta till vara på och utveckla receptmottagarens inneboende resurser och förmåga till empowerment.

Theory of reasoned action, som bl.a. talar för att motivationsgraden avgör sannolikheten för en beteendeförändring (Andersson, 2002), stämmer väl överens med vårt resultat, där 86 % av dem som var mycket motiverade har följt sin rekommendation på fysisk aktivitet eller är aktiva i en annan träningsform. TRA säger också att individen först ändrar sitt beteende efter att ha övervägt konsekvenser och för receptmottagaren innebär det att vid besöket på fysioterapeuten har den personen redan övervägt konsekvenserna av att ändra sina motionsvanor. Ett sådant övervägande menar vi underlättar arbetet för fysioterapeuten eftersom de då inte behöver fokusera lika mycket på att få receptmottagaren att väga fördelar mot nackdelar.

På frågan om orsaken till varför rekommendationen på fysisk aktivitet inte har följts, framkom att ungefär 23 % angav låg motivation som orsak. Resultatet kan relateras till teorin TRA, som säger att motivationsgraden anger sannolikheten för en förändring av beteendet (Andersson, 2002). De respondenter som hade låg motivation har heller inte följt rekommendationen och ändrat sitt beteende. Även copingförmågan har här en betydande roll för motivationen eftersom individen då inte känner att den klarar av att hantera motgångarna med det nya beteendet och därför blir motivationen låg (Sundin & Willner, 2003). Orsakerna sjukdom/skada, smärta, tidsbrist och ekonomi till varför respondenterna inte har följt rekommendationen är möjliga att koppla ihop med KASAM. De respondenter som har följt rekommendationen har då troligtvis inte upplevt meningsfullhet och inte märkt av de positiva effekterna av sin beteendeförändring såsom smärtfrihet, ökad rörlighet, viktneidgång, bättre kondition osv. Dessa personer ser heller inte förändringen av motionsvanor som begriplig (Antonovsky, 1991).

Inför att få recept på fysisk aktivitet hade ungefär 80 % positiva känslor (lättade och förväntansfulla). Ett sådant resultat blir än viktigare när det kopplas med teorin TRA, som säger att positiva känslor och attityder ökar motivationen samt att den inaktive överväger konsekvenserna av en beteendeförändring (Andersson, 2002). Positiva upplevelser skulle på så sätt kunna förstärka en positiv förändring hos receptmottagaren.

Kommunikation

Att respondenterna var nöjda med fysioterapeuten och dess roll går, utifrån resultatet, inte att ta miste på. Bemötandet fick mycket bra betyg, men arbetsuppgifterna och vilka möjligheter fysioterapeuten har att erbjuda verkade inte vara riktigt klara för receptmottagarna.

Några av kommentarerna från respondenterna speglar den okunskap som förekom. Missförstånden avsåg både fysiotekets arbetsuppgifter och de kunskaper och den hjälp de hade att erbjuda, men även direkta missuppfattningar om vad ett fysiotek innebär. Önskvärt är att ansvaret för processen till ökad fysisk aktivitet fördelas mellan receptförskrivaren, fysioteket och receptmottagaren. Kommunikationen bör vara tvåsidig i de samtal som förekommer mellan receptmottagaren, där fysioteket och receptutfärdaren verkligen lyssnar på receptmottagaren, som också ska vara aktiv med åsikter. För att kommunikationen ska kunna ske måste även sändaren (i detta fall receptutfärdaren och fysioteket) vara pålitlig och kompetent (Helkama et al, 2000). Här ser vi att det behövs en tydligare kommunikation mellan fysioteket och receptmottagaren och även en bättre marknadsföring av fysioteket.

På fysioteket använder de sig redan av motiverande samtal, men detta är ett område som behöver förändras och utökas. Ett flertal av respondenterna önskade löpande få träffa någon för motivation och återkoppling. Som vi tidigare har visat är det ett sätt att arbeta för att öka följsamheten vid FaR (SBU, 2007). Ett annat sätt skulle kunna vara att arbeta mer med motivationshjälpmedel såsom stegräknare, skriftlig information, träningsdagböcker och liknande.

Respondenternas kommentarer

Det som framkom av respondenternas öppna kommentarer var att man önskade mer uppföljning och återkoppling. Vid undersökningstillfället hade personalen bara möjlighet att via telefon nå de inskrivna på fysiotekets öppettider, vilket gjorde att många inte kunde nås. Önskemål fanns om andra tider än de som erbjöds vid undersökningstillfället. En möjlighet för att öka tillgängligheten skulle kunna vara att utöka antalet timmar och varierande tider, så att fler får tillfälle att få hjälp av fysioteket. Två timmar på eftermiddagen försvårar tillgängligheten för dem som arbetar dagtid. Respondenterna önskade även ett utökat aktivitetsutbud och ekonomiska subventioner för att underlätta beteendeförändringen. Här ser vi återigen att missuppfattningen av vad som är fysiotekets roll kan leda till frustration hos alla inblandade parter. Om receptmottagaren kommer till fysioteket och tror att den ska bli erbjuden fri träning/högekostnadskort eller en personlig tränare, blir personen besviken och förtroendet för fysioteket kan reduceras. Personalen på fysioteket får därmed det svårare att hjälpa receptmottagaren till en beteendeförändring.

Metoddiskussion

En tvärsnittstudie har både för- och nackdelar. Fördelarna är de låga kostnaderna och användbarheten för deskriptiva data, medan nackdelen är svårigheten att se orsakssamband (men samband kan relateras) framförallt eftersom tidsaspekter saknas. En faktor som vi anser kan ha påverkat vår undersökning är samhällets normer om vad som är lämpliga svar. När vi i vår enkät ställde frågor om mängden fysisk aktivitet och motivation kan de frågorna ha gett skuld-känslor eller andra negativa känslor, särskilt om respondenterna inte har följt den givna rekommendationen. De som inte har följt rekommendationerna tror vi också kan vara en bidragande del till det externa bortfallet. Individer som inte fullföljt rekommendationen svarar sannolikt i mindre utsträckning. För att reducera några nackdelar med en kvantitativ studie, har vi valt att ha öppna frågor i enkäten (Andersson, 2006; Ejlertsson, 2005). Eftersom en enkätundersökning bör ha ett visst antal svarande för att möjliggöra generalisering, var våra drygt 90 inskrivna på fysioteket redan i inledningsfasen relativt få. Pga. liten population i vår studie är det svårt att visa signifikans även där skillnader tycks finnas och därför kan vårt resultat endast ge en antydning om samband.

Eftersom vi fick begränsa oss i vår studie till att endast undersöka ett fysiotek, och dessutom hade en låg svarsfrekvens, kan vi allmänt inte generalisera vårt resultat till att gälla alla fysiotek i Sverige. Själva kontexten och sammanhanget som våra respondenter befann sig i vid undersökningstillfället

gällde endast i denna stad, exempelvis de öppettider som utgjorde gränser till hur tillgängligt detta fysioterapeut var för receptmottagarna. För de receptmottagare som arbetar heltid, anser vi ha svårt att besöka detta fysioterapeut och därför kan resultatet om öppettiderna inte generaliseras. Däremot menar vi att andra frågor såsom receptmottagarnas motivation, bemötandet från sjukvårdspersonal samt deras lärande och benägenhet till en beteendeförändring kan generaliseras eftersom de förhållandena inte beror på själva kontexten i denna stad utan i högre grad på respondenterna. Exempelvis behöver en förändring av hälsotillståndet efter receptmottagandet inte vara unikt för detta fysioterapeut utan resultatet kan generaliseras.

Som vi tidigare nämnt kom två av enkäterna tillbaka med adressat okänd samt två stycken där personerna via telefon avböjde att besvara enkäten. En enkät returnerades ej ifylld. Det interna bortfallet för olika frågor varierade mellan 0 och 25 %. En möjlig orsak till den stora variationen i internt bortfall kan vara frågornas känslighet, när det på pränt syns att individen inte har fullföljt de rekommendationer som den har fått och de konsekvenser som det har gett.

Svarsfrekvensen i vår undersökning var 70 % och gav ett externt bortfall på 30 %. En anledning till bortfallet skulle kunna vara att de som inte har returnerat enkäten inte har följt rekommendationen eller inte har motivationen till en beteendeförändring. Orsaken kan vara att receptmottagaren känner skuld känslor och förnekelse när personen ser sina svar i enkäten och får ett negativt intryck av sin insats. Teorin TRA, som säger att graden av motivation visar på sannolikheten för en beteendeförändring, kan också vara en förklaring till varför de personer med låg motivation eller de som inte har följt rekommendationen (vilket kan bero på låg motivation) har liten sannolikhet för en beteendeförändring, i detta fall att gå till fysioterapeutet och förändra sina motionsvanor (Andersson, 2002).

Bortfallet blev större än vad vi förväntade oss men ingen bortfallsanalys genomfördes pga. tidsbrist och etiska hänsynstaganden (som innebär att respektera de som avstod). Det hade dock varit intressant att undersöka bortfallet, för att få reda på om det hade varit någonting vi kunde ha gjort annorlunda. Vi tror dock att det till stor del handlar om tiden för utskick och påminnelser som skedde i november och december. En annan faktor skulle kunna vara att vi inte gjort någon pilotstudie, som skulle kunna ha gett oss möjlighet till förändring i frågorna innan vi skickade ut enkäten till respondenterna. För att minska det externa bortfallet har vi vidtagit vissa åtgärder, nämligen, följebrev, påminnelsebrev och ett genomtänkt enkätformulär.

Folkhälsopedagogisk relevans

Arbetet med fysioterapeutet och FaR är fortfarande en relativt ny företeelse, och det krävs kontinuerlig utvärdering för att visa på vinsterna av arbetet. Personalen på fysioterapeutet uppfattar att patienterna är positiva till FaR och dess effekter på hälsan. Även om vi i vår undersökning har haft svårigheter att hitta signifikanta resultat anser majoriteten av respondenterna att deras hälsotillstånd har förbättrats. I enkätsvar och kommentarer avspeglas att de mår bättre, känner sig piggare, friskare och starkare. I förlängningen leder ökad fysisk aktivitet till minskade kostnader för samhället både genom sjukvårdskostnader, sjukskrivningskostnader men även produktionsbortfall. Bemötandet av patienterna kräver dock ett pedagogiskt förhållningssätt som främjar patientens motivation och förmåga att ta genomtänkta och välgrundade beslut om den egna livsstilen.

Vår studie har gett en beskrivning av fysioterapeutets arbete, nästa steg vi skulle vilja se är en kvalitativ studie som går på djupet och analyserar de faktorer som påverkar individens fysiska aktivitet samt att finna metoder som fyller individernas behov av hjälp och rådgivning. Som tidigare har påpekats finns inga tydliga argument för att den ena metoden skulle vara bättre än den andra, något som kan vara en svårighet samt en osäkerhet i valet av metod.

Intressanta utgångspunkter för fysioteket att använda sig av i det vidare arbetet skulle kunna vara att fokusera på olika metoder, såsom motiverande samtal för enskilda personer eller i grupp för de som önskar. Det var ett önskemål som framkom från respondenterna. En möjlighet att arbeta med främjande av fysisk aktivitet kan vara att tydligare använda sig av motivationshjälpmedel såsom stegräknare, motionsdagböcker och pulsklockor. Ett annat sätt skulle kunna vara att ge receptmottagarna större möjlighet till att få tillgång till exempelvis regelbundna konditionstester eller andra konkreta mätmetoder för att visa uppnått resultat. Det som även har framkommit från respondenterna är att de tycker att det saknas alternativ bland aktiviteterna att välja, samarbetet med aktivitetsarrangörerna bör utökas. Vi tror att många av receptmottagarna uppskattar möjligheten att få mellanlanda i verksamhet riktad till dem på vägen ut i livet som fullfjädrad motionär. Arbetet med fysisk aktivitet på recept ger oss som blivande folkhälso pedagoger tillförsikt om framtida arbete.

Konklusion

Att fysisk aktivitet är positivt för hälsan är väl belagt (SOU, 2005). Fysisk aktivitet har på senare år mer och mer kopplats samman med hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder och FaR har blivit en etablerad metod att arbeta med (SBU, 2007). Vi har, tillsammans med personalen på ett fysiotek fokuserat på att utvärdera deras arbete med hjälp av receptmottagarna för att resultatet skall kunna implementeras i deras arbete till gagn för framtiden.

I huvudsak är resultatet positivt med avseende på lärande, motivation och beteendeförändringar, men det finns vissa områden som skulle fokuseras och utvecklas. Ett stort problem verkar vara att både receptutfärdare och receptmottagare är något oklara om fysiotekets roll och arbetsuppgifter. Här finns en möjlighet att öka kunskapen hos omgivningen, både allmänhet och involverade. Utvecklingen av fysiotekets verksamhet som är påbörjad är positiv och bör kunna medföra allt bättre möjligheter till en nödvändig kommunikation mellan receptmottagare, fysiotek och receptutfärdare.

Litteraturförteckning:

Andersson, I. (2006) *Epidemiologi för hälsovetare – en introduktion*. Lund: Studentlitteratur

Andersson, G., Eriksson, M., Glans-Westermark, T., Hansson, M., Haug, K., Johansson, S., Lindell, M., Robertson, A., *Slutrapport Fysisk aktivitet på recept. Implementering av FaR i nordöstra Skåne 060401-071231*

Andersson, S I. (2002) *Hälsopsykologi*. Lund: Sanitas

Angelöw, B. (2002) *Friskare arbetsplatser*. Lund: Studentlitteratur

Antonovsky, A. (1991) *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur

Bonniers stora lexikon (1985) Stockholm: Bonnier

Börjesson, M & Dahlöf, B. (2003) FYSS Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. Yrkesföreningar för fysisk aktivitet; *Hypertoni* (s.183-192) Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut

Ejlertsson, G. (2005) *Enkäten i praktiken – en handbok i enkätmetodik*. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur

Ekblom, B & Nilsson, J. (2007) *Aktivt liv – vetenskap och praktik*. Stockholm: SISU Idrottsböcker

Elley, C R., Kerse, N., Arrol, B., Robinson, E. (2003) Effectiveness of counseling patients on physical activity in general practice: cluster randomized trial. *BMJ* Vol. 326, 12 april

Ewles, L & Simnett, I. (2005) *Hälsoarbete*. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur

Faskunger, J. (2004) *Motivation för motion – hälsovägledning steg för steg*. Stockholm: SISU Idrottsböcker

Fornander, L & Leijon, M. (2006) *Fysisk aktivitet på recept – Lovande resultat, men receptet för framtiden ligger i en ännu bättre samverkan*. 2006:11 Linköping: Folkhälsovetenskapligt Centrum [elektronisk] www.lio.se/upload/Landstningsgem%20dok/FHVC/FaR_rappor_t2006_11.pdf
Läst: 080330

Granbom, A-K. (1998) *Att motivera till hälsa*. Lund: Studentlitteratur

Granér, R. (1991) *Arbetsgruppen. Den professionella gruppens psykologi*. Lund: Studentlitteratur

Helkama, K., Myllyniemi, R., Liebkind, K. (2000) *Socialpsykologi – en introduktion*. Malmö: Liber

Hellénus, M-L & Rauramaa, R. (2007) Metabola syndromet hotar folkhälsan. Ökad fysisk aktivitet bästa boten. *Läkartidningen*; 51-52: 104, sid. 3857-3861

Henriksson, J & Sundberg C J. (2003) FYSS. Yrkesföreningar för fysisk aktivitet, *Allmänna effekter av fysisk aktivitet* (sid. 9-32). Stockholm: Statens folkhälsoinstitut

Holm Ivarsson, B. (2003) *Det motiverade samtalet om tobaksvanor*. Bollnäs, Statens folkhälsoinstitut: Princo I&N

Holm Ivarsson, B & Pantzar, M. (2007) *Introduktion till motiverande samtal – en handledning för skolhälsovården*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut

Illeris, K. (2001) *Lärande i möte mellan Piaget, Freud och Marx*. Lund: Studentlitteratur

Kallings, L V., Leijon M. 2003. *Erfarenheter av Fysisk aktivitet på recept- FaR*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut

Kirkegaard, S.(1859) Synspunktet for min Forfatter-Virksomhed. En ligefrem Meddelelse, Rapport til Historien [elektronisk] Tillgänglig: <http://www.sk.ku.dk/citater.asp#SFV.s96> Läst: 080402

Lorentzen, C., Ommundsen, Y., Jenum, A K., Holme, I. (2007) The "Romsås in Motion" community intervention: program exposure and psychosocial mediated relationships to change in stages of change in physical activity. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*; 4:15

Marcus, B H. & Lewis, B A. (2003) Physical activity and the stages of motivational readiness for change model. *President's council on physical fitness and sports research digest*; Series 4 nl Mars 2003

Medin, J. & Alexandersson, K. (2000), *Begreppen hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur

Nilsson, E-L. (2008) Fysisk aktivitet på recept. [elektronisk] www.natverket-hfs.se/02_tema.php?id=Fysisk+aktivitet+p%E5+recept Läst: 071215

Nimstrand, B. (2005). *Det svenska nätverket Hälsofrämjande sjukhus går i spetsen för en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård*. (HFS Hälsofrämjande sjukhus WHO World Health Organization Europe Barbro Nimstrand, Folkhälsovetenskapligt centrum, 581 85 Linköping)

Nimstrand, B. (2007) Vad är hälsofrämjande sjukhus? [elektronisk] www.natverket-hfs.se/01_omhfs.php Läst: 071017

Pellmer, K. & Wramner, B. (2007) *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber

Rosen, Craig S. (2000) Integrating stage and continuum models to explain processing of exercise messages and exercise initiation among sedentary college students. *Health psychology*, vol. 19, nr 2, sid. 172 – 180

Marcus. B.H., Rossi, J.S., Selby, V.C., Niaura, R.S., Abrams, D.B. (1992). The stages and processes of exercise adoption and maintenance in a worksite sample. *Healthy psychology*, 11: 386 – 395

SCB (2007) Folkmängd i riket, län och kommuner 30 september 2007 och befolkningsförändringar kvartal 1-3 2007 [elektronisk] www.scb.se/templates/tableOrChart___167883.asp Läst: 071018

Schäfer Elinder, L & Faskunger, J (red). (2006) *Fysisk aktivitet och folkhälsa*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut

Smith, R L. (1997). *The stages of change model: an effective audience analysis tool used to design and implement health promoting messages*. Paper presented at the Annual Meeting of the National Communication Association (83rd). Chicago, USA

SBU-rapport (2007, nr 181) *Metoder för att främja fysisk aktivitet*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering

Socialstyrelsen (2005). *Folkhälsopolitisk rapport 2005*. Stockholm: Socialstyrelsen

Sundin, J & Willner, S (red). (2003) *Samhällsförändring och hälsa: olika forskarperspektiv*. Stockholm: Institutet för framtidsstudier

Säljö, R. (2002) *Lärande i praktiken. Ett sociokulturellt perspektiv*. Stockholm: Prisma

Sørensen, J B., Kragstrup, J., Kjaer, K., Puggard, L. (2007) Exercise on Prescription: trial protocol and evaluation of outcomes. Study protocol. *BMC Health Services Research* 2007, 7:36

Sörensen, J. (2005) Från Ottawa Charter 1986 till det svenska nätverket Hälsofrämjande sjukhus.[elektronisk] www.natverket-hfs.se/dokument/12.pdf Läst: 0712

Tudor-Locke, C. (2002) Taking steps toward increased physical activity: using pedometers to measure and motivate. *President's council on physical fitness and sports*; series 3, nr 17, juni 2002

Vibe, P. (2007) Fysioteket. [elektronisk] www.skane.se/templates/Page.aspx?id=133348 Läst:2007-10-17

Vibe, P. (2005) Vad är ett hälsofrämjande sjukhus [elektronisk] www.skane.se/templates/Page.aspx?id=54338 Läst:2007-10-17

Warburton D E.R, Nicol, C W & Bredin, S S.D. (2006) Prescribing exercise as preventive therapy. *Canadian Medical Association Journal*; 174 (7), s. 961-974

Weiss, M R. (2000) Motivating kids in physical activity. *President's Council on physical Fitness and sports Research Digest*; series 3, nr 11 september 2000

Wester, A. (2001) Pedagogik i hälsofrämjande arbete. Svederberg, Eva, Svensson, Lennart & Kindeberg, Tina (red), *Den svårfångade motionären* (s. 185-203). Lund: Studentlitteratur

Winroth, J & Rydqvist, L-G. (2008) *Hälsa och hälsopromotion. Med fokus på individ-, grupp- och organisationsnivå*. Stockholm: SISU Idrottsböcker

Ågren, G. (2004). *Den nya folkhälsopolitiken – Nationella mål för folkhälsan*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut

Ågren, G. (2006). *Recept för ett friskare Sverige. En översikt av den svenska folkhälsopolitiken*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut

Bakgrund

Idag finns ett stort antal personer i Sverige som är så pass fysiskt inaktiva att det innebär en uppenbar risk för deras hälsa. Med anledning av denna folkhälsorisk finns ”ökad fysisk aktivitet” med som ett eget målområde i de nationella folkhälsomålen. Även ”en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård” utgör ett eget målområde där det framhålls att ett mer hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektiv ska genomsyra hela hälso- och sjukvården och vara en självklar del i all vård och behandling.

Fysisk aktivitet på recept –FaR är en arbetsmetod för att öka den fysiska aktiviteten i sjukdomsförebyggande och sjukdomsbehandlande syfte. Arbetsmetoden kombinerar motiverande samtalsmetodik med individuell evidensbaserad ordination av fysisk aktivitet med stöd av FYSS. Metoden är också ett sätt att stödja patientens väg från sjukvård till egenvård/friskvård. I Nordöstra Skåne har arbetet med FaR varierat i omfattning och utbredning och en övergripande ansvarsfördelning och samordning har saknats.

Syfte

Att bygga upp, vidareutveckla och samordna arbetet med Fysisk aktivitet på Recept i Nordöstra Skåne ur ett närsjukvårdsperspektiv.

Övergripande mål

Att öka den fysiska aktiviteten i sjukdomsförebyggande och sjukdomsbehandlande syfte genom ökad förskrivning av Fysisk aktivitet på recept.

Att arbetsmetoden FaR integreras och utförs i befintliga verksamheter.

Arbetsuppgifter

FaR samordnarna ska arbeta förvaltningsövergripande och i samverkan med sjukvårdsdistriktets två sjukhus, primärvård och kommunerna i Nordöstra Skåne. De ska fungera som länk mellan receptförskrivare, föreningsliv, Skåneidrotten och Fysioteken. Detta innebär att:

- Vara delaktig och driva arbetet för att ta fram enhetlig struktur och tillämpning av FaR konceptet inom sjukvårdsdistriktet.
- Medverka till att alla förskrivare av FaR erbjuds adekvat utbildning och samordna utbildningsinsatserna.
- Säkra att varje förskrivande enhet har kontaktperson/er avseende FaR-frågor
- Medverka till att ta fram rutiner för medicinsk uppföljning, registrering av antalet förskrivna recept och receptmottagarnas följsamhet.
- Etablera och förmedla kontakt med lokala föreningar/aktörer som kan ta emot FaR-patienter.
- Upprätta aktuella och tillgängliga förteckningar över föreningar och aktiviteter.
- Säkra att aktivitetsledare har adekvata kunskaper för att ta emot FaR-patienter.
- Svara för att det finns mötesplatser där olika aktörer inom FaR verksamheten kan träffas och utbyta erfarenheter.
- Följa den regionala och nationella utvecklingen inom området.
- Följa utvecklingen och samverka med andra aktörer avseende andra livsstilsfrågor.

Personella resurser

Område Öst –Primärvården i Kristianstads Kommun, Bromölla Kommun och Östra Göinges Kommun samt Centralsjukhuset Kristianstad. Projektledare område öst är enhetschef Gunnel Andersson, Åhus VC. Uppdraget som FaR-samordnare delas mellan sjukgymnast Malin Hansson, Näsby VC, sjukgymnast Sofia Johansson, Broby VC och sjukgymnast Karin Haug, CSK

Område Väst -Primärvården i Hässleholms Kommun, Osby Kommun och Perstorps Kommun samt Hässleholms Sjukhusorganisation.

Projektledare område väst är enhetschef Marie Lindell, Vänhem/Hästveda/Sösååla VC. Uppdraget som FaR-samordnare delas mellan distriktssköterska Ester Göransson, Vänhem VC, undersköterska Marie C Eriksson, Hässleholms Sjukhusorganisation och sjukgymnast Tanja Glans Westermark, Hässleholms Sjukhusorganisation. (070101 tog Aileen Robertson över efter Ester Göransson.)

Tidsplan

Projektstart 2006-09-01. Projektet planeras pågå tom 2007-09-01. Därefter nytt ställningstagande till utvecklingsbehov.

Ekonomi

Samordnare område öst 671 tkr
Samordnare område väst 671 tkr
Övriga kostnader 158 tkr

SKÅNEMODELL FÖR FYSISK AKTIVITET PÅ RECEPT - FaR® 2007:1

Bakgrund

Utvecklingen mot mer inaktiva livsstilar bidrar till sjukdom och ohälsa. En stillasittande livsstil ökar risken för ett antal sjukdomar. Regelbunden fysisk aktivitet främjar hälsa och välbefinnande och har bevisad sjukdomsförebyggande/behandlande effekt [1,2,3]. Ett av sjukvårdens bidrag för att främja folkhälsan är fysisk aktivitet på recept, FaR®. I Skåne är målet att FaR® ska bli en etablerad arbetsmetod [4].

Skånemodellen har utarbetats av FaR®-samordnarna i Skåne, FaRiS*, i samarbete med representanter från koncernledningen Region Skåne, centrum för folkhälsa och miljö, avdelningen för folkhälsa, området hälsoinriktad hälso- och sjukvård.

Skånemodell för FaR®

Receptförskrivning

Läkare och legitimerad sjukvårdspersonal får ordinera FaR®. FaR® kan ordinerars som komplement till eller ersättning för läkemedel eller annan behandling. Ordinationen görs enligt FYSS [5] utifrån patientens förutsättningar och diagnos. FaR® ordinerars i de fall där fysisk aktivitet har en dokumenterad vetenskaplig effekt. Uppföljningen sker på samma sätt som vid annan behandling. FaR® ordinerars när den fysiska aktiviteten/träningen inte behöver ske inom sjukvården. Patientens funktionsnivå och förutsättningar beaktas vid val av aktivitet.

Den som ordinerar FaR® ansvarar för åtgärden i enlighet med lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område [6]. Ordination av fysisk aktivitet ska dokumenteras i enlighet med patientjournalagen [7]. Även muntliga råd ska antecknas i patientens journal.

I hälso- och sjukvårdslagen finns grundläggande bestämmelser om patientsäkerhet och kvalitet av vården [8]. Uppföljning av ordination av fysisk aktivitet skiljer sig inte från uppföljning av annan behandling inom hälso- och sjukvården.

Fysiotek/FaR®-sluss

Fysiotek och FaR®-sluss är slussar mellan hälso- och sjukvården och friskvården. Dessa kan exempelvis finnas på ett sjukhus, en vårdcentral eller annan lämplig lokal. Fysiotek/FaR®-sluss bemannas av legitimerad sjukvårdspersonal med kunskap i motiverande samtalsteknik, om fysisk aktivitet vid olika sjukdomstillstånd samt det lokala aktivitetsutbudet. Hit kan patienter med fysisk aktivitet på recept vända sig för motiverande samtal, på vissa enheter kompletterat med fysiska tester. Målet är att hitta en motionsform i friskvården som passar individens behov, önskemål och förutsättningar. Besöket är kostnadsfritt för patienten.

Fysioteken/FaR®-slussarna följer upp vald aktivitet och följsamhet. Dokumentation sker i enlighet med patientjournalagen [7].

*FaRiS är ett nätverk bestående av FaR[®]-samordnare från olika delar av Skåne. Gruppen arbetar med den praktiska tillämpningen av FaR[®]-konceptet i regionen.

Patienten behöver inte gå via fysiotek/FaR[®]-sluss utan kan gå direkt till friskvården. Samtal kring motivation och val av aktivitet åligger då receptförskrivaren.

FaR[®]-motionär i friskvården

Den fysiska aktiviteten utförs antingen som en egenaktivitet eller i organiserad form via någon förening i friskvården.

Kostnaden för aktiviteterna bestäms av föreningarna och betalas av patienten/motionären.

FaR[®]-motionären deltar i aktiviteterna på eget ansvar. Om aktiviteten inte fungerar bör patienten kontakta fysioteket/FaR[®]-slussen.

Försäkringsskydd

Vid behandling inom hälso- och sjukvården gäller patientförsäkringen. Om en patient ordineras FaR[®] och skadar sig vid aktiviteten i friskvården gäller försäkringen enbart om skadorna direkt kan relateras till ordinationen [9].

Alla föreningar tillhörande Riksidrottsförbundet har en försäkring för sina medlemmar. Motionärer inom friskvård/föreningsliv i övrigt kan vara försäkrade genom medlemskap/medlemsavgift. Om försäkring saknas bör FaR[®]-motionären se över sin sjuk- och olycksfallsförsäkring.

Kvalitetssäkring

Recepten ska utfärdas enligt riktlinjer i FYSS [5] och receptförskrivarna ska ha kunskap om de lokala rutinerna för FaR[®]. Förskrivarutbildning kan ske regionalt eller lokalt.

Fysioteken/FaR[®]-slussarna bemannas av legitimerad sjukvårdspersonal med fördjupande kunskaper i motiverande samtalsteknik och fysisk aktivitet vid olika sjukdomstillstånd. Med legitimationen följer ansvar och skyldighet att arbeta enligt forskning och beprövad erfarenhet [10].

Det ska finnas ett etablerat samarbete mellan sjukvård och friskvård/föreningsliv som tar emot patienter/motionärer med FaR[®]. En kontinuerlig uppföljning avseende friskvårdens/föreningarnas aktiviteter bör ske. Det är önskvärt att aktivitetsledarna genomgår FaR-ledarutbildning som hålls i Skåneidrottens regi [11,12]. Det är även önskvärt med utbildning i hjärt- och lungräddning.

Till dig som har fått Recept på Fysisk aktivitet!

Bilaga 3

Vi är två folkhälsovetenskapstudenter från Högskolan i Kristianstad och just nu håller vi på med vår C-uppsats, som handlar om Fysisk aktivitet på Recept (FaR). Därför vill vi veta vad Du anser om Fysisk aktivitet på Recept och hur din hälsa har påverkats av dessa recept. Genom Dina svar i enkäten kan FaR bli en bättre och mer använd metod för att förbättra människors hälsa. Uppsatsen skriver vi i samarbete med personalen på Fysioteket.

I vår undersökning har vi valt att skicka en enkät till varje person som har skrivit in sig på Fysioteket i Hässleholm, och därför har också Du fått en enkät.

Ditt deltagande i vår undersökning är naturligtvis frivilligt, men det betyder mycket för undersökningens kvalitet att Du svarar på den bifogade enkäten. Med ett högt deltagande blir utvärderingen av FaR så tillförlitlig som möjlig. Skicka tillbaka enkäten i det bifogade, portofria kuvertet så fort som möjligt, dock senast den **9 december**.

Dina svar kommer att behandlas konfidentiellt!

På svarskuvertet står det ett nummer som gör att vi vet vilka som har svarat på enkäten. När enkäten anlant tas kopplingen till numret bort. Svaren kommer att databehandlas utan någon som helst koppling till Dig som person. Det insamlade materialet kommer naturligtvis inte att vara tillgängligt för obehöriga och kommer att förstöras efter det att undersökningen avslutats.

Försök svara så fullständigt som möjligt på alla frågorna. Om Du har några frågor eller problem med enkäten, var vänlig ring oss på nedanstående telefonnummer, måndag till fredag 11-16.

Trots att vi tar upp Din tid, hoppas vi att du har möjlighet att hjälpa oss med utvärderingen av Fysioteket i Hässleholm.

Tack på förhand för Din medverkan!

Kristianstad den 27 november 2007

Louise Johansson

Sara Nilsson

0709-30 90 34

070-26 85 414

Adresskälla: Fysiotekets register

Enkäten är uppdelad i fyra teman. Var noga med att markera dina svar med ett kryss i den ruta som passar bäst. På vissa frågor går det bra med flera kryss, men i så fall står det så efter den frågan.

Först vill vi ha lite bakgrundsfakta om Dig, eftersom dessa uppgifter är viktiga i analysen av enkäten.

1a. Ange kön:

- Man
 Kvinna

1b. Ange Ditt födelseår:

1c. Ungefär hur lång tid (dagar/veckor/månader) tog det för Dig, efter att Du fick Ditt recept, innan Du gick till Fysioteket?

.....

Nu kommer några frågor om Ditt recept och den person som skrev ut Ditt recept.

2a. Fick Du Ditt recept på fysisk aktivitet på eget initiativ?

- Ja
 Nej, på inrådan av sjukvårdspersonal

2b. Vilket yrke hade den som skrev ut Ditt recept på fysisk aktivitet?

- Läkare
 Sjuksköterska
 Sjukgymnast
 Dietist
 Kurator/socionom/psykolog
 Arbetsterapeut
 Annat yrke:

2c. Vad var orsaken till att Du fick Ditt recept på fysisk aktivitet? (Flera svar möjliga)

- Problem i rörelseorganen (inkl. smärta)
- Övervikt (BMI över 25)
- Högt blodtryck
- Diabetes
- I förebyggande syfte (inaktiv)
- Psykisk ohälsa
- Höga blodfetter
- Annat:

2d. Här kommer några påståenden som Du ska ställning till:

	Instämmer helt		Varken/eller		Tar helt avstånd	
Jag fick tillräckligt med information från min receptutfärdare angående Fysisk aktivitet på Recept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min receptutfärdare motiverade mig till ökad fysisk aktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag fick tillräckligt med information från Fysioteket angående Fysisk aktivitet på recept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personalen på Fysioteket motiverade mig till ökad fysisk aktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2e. Vad blev Du rekommenderad för aktivitet av personalen på Fysioteket?

- Enskild aktivitet (tex. promenad, simning, cykeltur)
- Gruppaktivitet (tex. vattengympa, gympa, linedance)

Nu kommer några frågor om Fysioteket och dess personal

3a. Hur blev Du bemött av personalen på Fysioteket?

- Mycket bra
- Ganska bra
- Varken bra eller dåligt
- Ganska dåligt
- Mycket dåligt
- Har ingen åsikt

Kommentar:

.....

.....

3b. Vad anser Du om Fysiotekets öppettider? (13-15, två dagar i veckan)

- Jag tycker tiderna fungerar bra
- Det hade passat mig bättre med andra tider, nämligen:
.....

3c. Finns det någonting Du anser kan förbättras i Fysiotekets arbete?

- Nej, jag tycker allt fungerade bra
- Ja, det finns några saker som kan förbättras

Kommentar:

.....

Till sist vill vi att Du svarar på frågor på frågor om Din hälsa och livsstil.

4a. Upplever Du att Din hälsa har förbättrats eller försämrats sedan Du fick ditt recept på Fysisk aktivitet, om Du jämför med innan Du hade Ditt recept?

- Förbättrats mycket
- Förbättrats lite
- Märker ingen skillnad
- Försämrats lite
- Försämrats mycket

Om den har förbättrats, hur då?

4b. Enligt rekommendationerna bör man vara fysiskt aktiv minst 30 minuter per dag (kan delas upp vid flera tillfällen), med en intensitet motsvarande en rask promenad. Hur ofta var Du fysiskt aktiv sammanlagt i minst 30 minuter per dag, innan Du fick ditt recept på fysisk aktivitet?

- Aldrig
- Någon eller några ggr/månad
- 1-2 ggr/v
- 3-5 ggr/v
- 6-7 ggr/v

4c. Hur ofta är Du nu fysiskt aktiv i minst 30 minuter per dag?

- Aldrig
- Någon eller några ggr/månad
- 1-2 ggr/v
- 3-5 ggr/v
- 6-7 ggr/v

4d. Med planerad motion menar vi att Du byter om till träningskläder, för att utföra en aktivitet. Hur ofta motionerar Du i dagsläget 20-60min eller mer?

- Aldrig
- Någon eller några ggr/månad
- 1-3 ggr/v
- 4-6 ggr/v
- Varje dag

4e. Med vardagsmotion menas att ta trapporna i stället för hissen, gå eller cykla som transportmedel istället för bil eller kollektivtrafik, m.m. Har Du ökat din vardagsmotion sedan Du fick Ditt recept på fysisk aktivitet?

- Ja, mycket
- I viss grad
- Nej
- Vet ej

4f. Har Du följt din FaR –rekommendation från Fysioteket?

- Ja, jag följer/har följt rekommendationen –gå vidare till fråga 4h
- Nej, jag har inte följt rekommendationen, men jag är aktiv i en annan träningsform
- Nej, jag har inte följt rekommendationen

4g. Om Du *inte* har följt Din rekommendation på fysisk aktivitet som Du fick på Fysioteket, vad är orsaken? (Flera kryss går bra)

- Sjukdom/skada
- Låg motivation
- Smärta
- Tidsbrist
- Ekonomi
- Annat:

4h. Hur kände Du inför att få ett recept på fysisk aktivitet?

- Lättad
- Förväntansfull
- Orolig
- Pressad
- Annat:

4i. Hur motiverad var Du till att öka Din fysiska aktivitet innan Du fick Ditt recept?

- Mycket motiverad
- Ganska motiverad
- Inte motiverad
- Vet ej

4j. Hur motiverad är Du nu att fortsätta att vara fysisk aktiv?

- Mycket motiverad
- Ganska motiverad
- Inte motiverad
- Vet ej

Övriga kommentarer:

.....

.....

.....

.....

.....

Dina svar är väldigt värdefulla! Tack för Din medverkan!

Till Dig som har recept på Fysisk aktivitet!

Bilaga 5

För några veckor sedan fick du en enkät av oss i din brevlåda. Enkäten handlar om att vi två studenter från Högskolan Kristianstad, vill veta vad Du anser om Fysisk aktivitet på recept. Undersökningen genomförs i samarbete med Fysioteket i Hässleholm och vi hoppas att resultaten inte bara används till vår C-uppsats utan även kan användas för att förbättra Fysiotekets verksamhet. Tyvärr har vi inte fått in tillräckligt med svar, så vi behöver verkligen Dina svar också, annars har hela vårt arbete varit förgäves.

Ditt deltagande i vår undersökning är naturligtvis frivilligt, men det är viktigt för undersökningens kvalitet att Du besvarar enkäten. Vi skulle därför vara tacksamma om Du ville besvara enkäten och skicka in den i det portofria svarskuvertet som bifogades, så snart som möjligt. Vi har denna gång skickat med enkäten och svarskuverten igen, ifall Du inte har kvar de som vi skickade med första gången vi kontaktade Dig.

Som vi nämnde i tidigare brev till Dig kan inte Ditt svar kopplas till Dig som person. Numret som finns på kuvertet har endast syftet att kontrollera vilka som har besvarat enkäten, så att påminnelser inte skickas ut i onödan. Alla insamlade uppgifter behandlas med konfidentiellt och kommer sedan att förstöras.

Om Du har svårigheter att besvara enkäten, var vänlig och ring oss nedanstående telefonnummer, måndag till fredag kl. 11-16.

Tack på förhand för Din medverkan!

Kristianstad den 19 december 2007

Louise Johansson

Sara Nilsson

0709-30 90 34

070-26 85 414

Adresskälla: Fysiotekets register

Till Dig som har recept på Fysisk aktivitet!

För ett par veckor sedan skickade vi ut en enkät till Dig. Vi var intresserade av Dina åsikter om Fysisk Aktivitet på Recept samt hur din hälsa har påverkats av dessa recept. Undersökningen genomförs i samarbete med Fysioteket i Hässleholm och vi hoppas att resultaten inte bara används till vår C-uppsats utan även kan användas för att förbättra Fysiotekets verksamhet. För att detta ska ske krävs många som besvarar enkäten.

Eftersom vi ännu inte har fått något svar av Dig, antar vi att Du glömt bort eller inte har haft tid att besvara enkäten.

Ditt deltagande i vår undersökning är naturligtvis frivilligt, men det är viktigt för undersökningens kvalitet att Du besvarar enkäten. Vi skulle därför vara tacksamma om Du ville besvara enkäten och skicka in den i det portofria svarskuvertet som bifogades, så snart som möjligt.

Som vi nämnde i förra brevet till Dig kan inte Ditt svar kopplas till Dig som person. Numret som finns på kuvertet har endast syftet att kontrollera vilka som har besvarat enkäten, så att inte påminnelser skickas ut i onödan. Alla insamlade uppgifter behandlas med konfidentiellt och kommer sedan att förstöras.

Om Du har svårigheter att besvara enkäten eller om Du vill ha en ny enkät med bifogat svarskuvert, var vänlig och ring oss nedanstående telefonnummer, måndag till fredag kl. 11-16.

Tack på förhand för Din medverkan!

Kristianstad den 12 december 2007

Louise Johansson

0709-30 90 34

Sara Nilsson

070-26 85 414

Adresskälla: Fysiotekets register