

Institutionen för hälsovetenskaper

Uppsatsarbete i folkhälsopedagogik

C-uppsats 20 poäng

(Folkhälsovetenskap 51-60 poäng och pedagogik 51-60 poäng)

Studenters inställning till fysisk aktivitet på recept

Ger yrkesutbildningen förutsättningar för studenterna att arbeta med metoden?

2007-05-07

Författare: Sofi Ahlin

Caroline Andersson

Handledare: Lars Axelsson

Examinatorer: Göran Ejlertsson

Elisabeth Malmström

Uppsats för filosofie kandidatexamen vid Högskolan Kristianstad
51-60 poäng i folkhälsovetenskap och 51-60 poäng i pedagogik

Ahlin, S, & Andersson, C. (2007). Sista-termins studenters inställning till fysisk aktivitet på recept (FaR). Ger yrkesutbildningen förutsättningar för studenterna att arbeta med metoden? (s 49)

Handledare: Lars Axelsson

Sammanfattning

Det är vetenskapligt underbyggt att det finns ett tydligt samband mellan omfattning av fysisk aktivitet och hälsotillstånd. Genom att öka den fysiska aktiviteten går det att komma åt en av de stora grundorsakerna till vällivnadssjukdomar, fysisk inaktivitet. Fysisk aktivitet på recept (FaR) är en metod i ett steg mot en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård och för att etablera en långsiktig förändring av samhällets syn på fysisk aktivitet. Utvärderingar visar såhär långt att mer motivation och kunskap krävs hos vårdpersonalen för att arbeta efter FaR-metoden. *Syftet* är att undersöka attityden till FaR bland sista-termins studenter på läkar-, sjuksköterske-, sjukgymnast- och arbetsterapeut- utbildningen, samt om utbildningarna gett förutsättningar att kunna arbeta med metoden i framtiden. *Metoden* som användes var en kvantitativ enkätundersökning och genomfördes vid två lärosäten i Skåne län. *Resultatet* visade att studenternas attityd till FaR var positiv. Respondenterna visade dock ingen sammanhållen bild av innehållet utbildningarna. *Diskussionen* handlar till stor del om att redan i utbildningen introducera FaR så att studenterna känner självförmåga att hantera metoden i framtiden. Det anser vi kan skapa goda förutsättningar till ett positivt bemötande av FaR-metoden ute i arbetslivet.

Nyckelord: attityder, fysisk aktivitet på recept, sista-termins studenter, utbildning, dialog, professionalism, motivation

Dissertation, in practical partial fulfilment of the requirements for Bachelor's degree in Health Promotion and Education. Kristianstad University.
Equivalence: 10 credit points (15 ECTS points), Public Health Science and 10 credit points (15 ECTS points), Education

Ahlin, S, & Andersson, C. (2007). Last year students attitudes to physical activity prescription. Does the vocational training give the necessary prerequisite to prescribe physical activity? (s 49)

Supervisor: Lars Axelsson

Abstract

Studies show that regular, frequent physical activity can lead to a range of health benefits and prevent chronic illnesses. "Exercise on prescription" has emerged from the desire to have a more health promoting approach in the medical service and also to develop more active lifestyles. Evaluations show that practitioners need more knowledge and motivation in order to work with "exercise on prescription" interventions. The purpose of this study was to examine the attitudes towards "exercise on prescription" amongst last-term students on medical training, nurse training, physiotherapist- and occupational therapist training. And also examine if the vocational training has given the prerequisite to work with the method. Quantitative data analysis was used by handing out questionnaires to the students at two universities in the southern part of Sweden. Results show that the students expressed positive attitudes toward exercise on prescription but there is insecurity about their knowledge and readiness to work with it. Conclusions we made were that education can increase the students self-efficacy which we believe can provide for the students' readiness to work with "exercise on prescription" in the future.

Keywords: attitudes, "exercise on prescription", last-term students, education, dialogue, professionalism, motivation

Förord

Att skriva en uppsats om fysisk aktivitet blev ett naturligt val för oss som uppsatsförfattare då båda har ett genuint intresse för ämnet. Under vår praktikperiod kom en utav oss i kontakt med konceptet Fysisk aktivitet på recept och hur man rent praktiskt kan arbeta med metoden. Det intresserade oss båda att ha det som ämne i uppsatsen. En research av området samt tankar och idéer från personer i vår omgivning gav oss inspiration att undersöka studenter som utbildar sig till professioner som kan komma att förskriva fysisk aktivitet på recept i framtiden. Forskningsprocessen jämför vi med vår livsstil som fysiskt aktiva. Ibland har arbetet känts som ett spinning-pass, allt har rullat på i ett fasligt tempo, men det har också funnits tillfällen då det varit motigt och tungt som en uppförsbacke i löparspåret. Att sätta gränser inom ramen för uppsatsen har inte alltid varit lätt, vi har då svävat iväg som två mediterande yoga-entusiaster. Rubriker, stycken och bryggor ska bilda en bra struktur i uppsatsen. Det här pusslet kan liknas vid koordinationen i ett aerobic-pass. Ibland snubblar man över sina egna skosnören och vet inte hur man ska få ihop det. Andra dagar faller bitarna på plats hur självklart som helst.

Vi som uppsatsförfattare kan båda stå bakom allt som står i uppsatsen. Vi har till 99 procent av tillfällena suttit tillsammans och skrivit. Vi har läst, reflekterat över och bearbetat varandras texter.

Så kommer vi till det mer personliga avsnittet. Det finns flera personer som hjälpt oss på vägen och som vi vill passa på att tacka:

Tack Ola för att du kläckte idén om vår undersökningsgrupp och för stöttning på vägen.

Tack Karin, sjukgymnast vid Centralsjukhuset i Kristianstad (CSK), som trodde på våra idéer och såg ett behov i att undersöka det här området.

Tack Eva för alla dina uppmuntrande sms som fått oss att dra på smilbandet dagar framför datorerna.

Tack till vår handledare Lars Axelsson för att du funnits tillgänglig och för snabb respons.

Tack till vår bihandledare Pär Pettersson för ditt engagemang och din kreativa förmåga.

Tack familj och vänner för stöttning och support.

Tack till kursansvariga och övrig personal vid yrkesutbildningarna som vi varit i kontakt med och som hjälpt oss med enkätdistributionen.

Sist men inte minst, tack till alla respondenter som deltagit i studien, utan ert deltagande hade det här aldrig varit genomförbart.

/ Sofi Ahlin och Caroline Andersson

Innehållsförteckning

1. INLEDNING OCH BAKGRUND	7
2. LITTERATURGENOMGÅNG	7
2.1 HÄLSA & FYSISK AKTIVITET	8
2.2 ETT MER HÄLSOFRÄMJANDE OCH FÖREBYGGANDE PERSPEKTIV INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN	9
2.3 FYSISK AKTIVITET PÅ RECEPT (FaR)	9
<i>Bakgrund till FaR</i>	9
<i>Förskrivning av fysisk aktivitet</i>	10
<i>Motiverande samtal kring fysisk aktivitet</i>	11
<i>FaR-arbetet i Sverige</i>	12
2.4 ATTITYDER OCH INSTÄLLNINGAR	13
2.5 DEN PROFESSIONELLA RELATIONEN	14
2.6 DIALOG OCH DIALOGMEDICIN	14
2.7 UTBILDNINGENS BETYDELSE	15
<i>Högskolemässighet</i>	15
<i>Utbildningen som förberedande plattform</i>	16
3. TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER	17
3.1 SOCIOKULTURELLT LÄRANDE	17
3.2 HÄLSOPEDAGOGIK	17
3.3 SELF EFFICACY	18
3.4 KRAV-KONTROLL-STÖD MODELLEN	18
4. PROBLEMPRECISERING	19
5. SYFTE	20
6. MATERIAL OCH METOD	20
6.1 VAL AV METOD	20
6.2 URVAL OCH GENOMFÖRANDE	21
6.3 BORTFALL	21
6.4 DATABEARBETNING	22
<i>Statistisk analys</i>	22
<i>Bearbetning av variabler</i>	22
6.5 ETISKA ÖVERVÄGANDEN	23
7. RESULTAT	24
7.1 BAKGRUNDSINFORMATION	24
7.2 MOTIONSVANOR	24
7.3 UTBILDNINGEN	25
<i>Utbildningens innehåll gällande förebyggande och behandlande arbete kopplat till fysisk aktivitet</i>	25
<i>Utbildningens innehåll gällande fysisk aktivitet på recept, FaR</i>	26

<i>Utbildningens innehåll gällande pedagogiska verktyg</i>	27
7.4 INSTÄLLNINGEN TILL FYSISK AKTIVITET PÅ RECEPT, FaR	27
<i>Index avseende inställningen till FaR som arbetsmetod</i>	28
7.5 PATIENTMÖTET	29
8. DISKUSSION	29
8.1 INSTÄLLNING TILL FYSISK AKTIVITET PÅ RECEPT (FaR)	29
8.2 UTBILDNING	30
<i>Kunskaper i förebyggande och behandlande arbete</i>	30
<i>Pedagogiska verktyg</i>	31
<i>Har yrkesutbildningarna tagit upp FaR?</i>	31
<i>Utbildningen som förberedande plattform</i>	32
8.3 DEN FRAMTIDA YRKESPROFESSIONEN	32
<i>Patientmötet</i>	32
<i>Krav-kontroll-stöd</i>	33
8.4 RESONEMANG KRING STUDIENS UPPLÄGG	34
<i>Bortfall</i>	34
<i>Validitet och reliabilitet</i>	35
<i>Bias – systematiska fel?</i>	35
<i>Slutord</i>	36
9. FOLKHÄLSOPEDAGOGISK RELEVANS	36
10. REFERENSER	38
BILAGA 1. FÖLJEBREV	42
BILAGA 2. FÖLJEBREV	43
BILAGA 3. ENKÄT	44

1. Inledning och bakgrund

Människors livsstil har förändrats över årtiondena. I och med industrialismen, urbaniseringen, globaliseringen och den ekonomiska framfarten har standarden förbättrats, tillgängligheten på mat har blivit bättre och vi har fått en mer lättillgänglig samhällsservice. Detta har medfört stora negativa konsekvenser på hälsan hos befolkningen med olämplig kosthållning, minskad fysisk aktivitet, ökad tobakskonsumtion samt en motsvarande ökning av livsstilsrelaterade kroniska sjukdomar som följd. Diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar samt vissa cancerformer är några av de sjukdomar som varje år orsakar handikapp och dödsfall. Dessa kroniska sjukdomar har snabbt blivit ett stort problem för världens alla länder (WHO & FAO, 2003). År 2001 räknade Världshälsoorganisationen (WHO) ut att de kroniska sjukdomarna bidrog till 60 procent av det totala antalet dödsfall i världen. För att få bukt på denna framfart av sjukdomar i världen anses primärpreventiva åtgärder vara de mest billiga och hållbara tillvägagångssätten (ibid). Med primär prevention menas åtgärder innan tecken på sjukdom påvisats eller insatser som syftar till att minska riskfaktorer (Andersson, 2006).

Det är vetenskapligt underbyggt att det finns ett tydligt samband mellan omfattning av fysisk aktivitet och hälsotillstånd. Genom att öka den fysiska aktiviteten, går det att komma åt en av de stora grundorsakerna till välbefinnadssjukdomar, fysisk inaktivitet. Ett område där många viktiga insatser för ökad fysisk aktivitet kan göras är inom hälso- och sjukvården. Primärvården är den aktör som tar en stor del av ansvaret i det preventiva och hälsofrämjande arbetet då dess samverkan med andra aktörer i samhället är utbrett. Hälso- och sjukvården har unika möjligheter att, i mötet med den enskilda patienten, aktualisera hälsofrämjande och förebyggande aspekter. Vidare anses att sjukvårdspersonalens förhållningssätt och förmåga att kommunicera med patienterna har stor betydelse (Kallings & Leijon, 2003). Enligt Slack (2006) bör personalen alltid bedöma patientens nuvarande nivå av fysisk aktivitet så att de kan föreslå åtgärder och sedan tillsammans med patienten utforma en plan för motion som passar individens hälsobehov. Idag används fysisk aktivitet på recept (FaR) som ett komplement till konventionell behandling med farmaka (Kallings & Leijon, 2003). I det hälsofrämjande och förebyggande arbetet, såsom fysisk aktivitet på recept, finns det risk att personalens egna attityder och värderingar får en framträdande roll (Socialstyrelsen, 2004). I etablerandet av fysisk aktivitet på recept har det uppkommit att attityden är ganska positiv till att arbeta med livsstilsförändringar, men att det i praktiken inte avspeglas i utfört arbete (Kallings & Leijon, 2003). Med utbildning skulle ett sådant problem kunna åtgärdas (Socialstyrelsen, 2004). Då utbildning visat sig ha betydelse för attityder väcktes intresset hos oss att undersöka attityden till FaR bland studenter på utbildningar som motsvarar region Skånes definition av receptförskrivande personal.

2. Litteraturgenomgång

Avsikten med litteraturgenomgången är att klargöra det vi studerar och skapa en grund för den empiriska studien. Dispositionen av detta avsnitt är skapad för att få perspektiv på begreppen som vi belyst i inledningen: hälsa och fysisk aktivitet, ett mer hälsofrämjande och förebyggande perspektiv inom hälso- och sjukvården samt fysisk aktivitet på recept (FaR). Med avstamp i vad dessa komponenter innehåller berörs därefter följande områden: attityder och inställningar, den professionella relationen, dialog och dialogmedicin samt utbildningens betydelse.

2.1 Hälsa & fysisk aktivitet

WHO definierar begreppet hälsa som ”ett tillstånd av fullständigt fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande och inte blott frånvaro av sjukdom eller skada” (Hellström, 1999). God hälsa är således något mer än avsaknad av sjukdom. Man kan uppleva en god hälsa även om man har en medicinsk diagnos och omvänt må dåligt även utan att ha drabbats av någon känd sjukdom (Medin & Alexandersson, 2001).

Det är konstaterat att fysisk inaktivitet är ett stort folkhälsoproblem och det finns vetenskapligt säkerställda belägg för att många av våra välevnadssjukdomar orsakas av fysisk inaktivitet. I en studie gjord på unga vuxna som konditionstränade visade det sig att de deltagare som motionerade minst ökade sannolikheten 3-6 gånger att drabbas av diabetes, för högt blodtryck och metaboliskt syndrom (Slack, 2006). De hälsoeffekter som fysisk inaktivitet är förknippade med förorsakar också omfattande samhällskostnader (Bolin & Lindgren, 2006). I Sverige är 80 procent av den vuxna befolkningen över 30 år inte tillräckligt fysiskt aktiva för att må bra, den siffran inkluderar även de helt inaktiva (Kallings & Leijon, 2003). Ur ett folkhälsoperspektiv är det framför allt den måttliga fysiska aktiviteten som bör uppmuntras. Största hälsovinsterna får man om de minst fysiskt aktiva blir mer aktiva (WHO & FAO, 2003).

Den generella innebörden av fysisk aktivitet är att vi är skapta för ett liv i rörelse (Raustorp, 2004). Med fysisk aktivitet menas all typ av rörelse som ger ökad energiomsättning (Kallings & Leijon, 2003). Fysisk aktivitet kan ta sig i uttryck som motion eller träning. Med motion menas en medveten fysisk aktivitet med en viss avsikt, som att till exempel öka välbefinnandet och må bra. Träning däremot innebär en mer klar målsättning att öka prestationsförmågan i olika typer av fysisk aktivitet (Statens folkhälsoinstitut, 1996). Enligt de nationella rekommendationerna bör alla individer vara fysiskt aktiva i sammanlagt minst 30 minuter varje dag med en intensitet motsvarande exempelvis en rask promenad för att bibehålla god hälsa. Ytterligare hälsoeffekt kan erhållas om individen utöver detta ökar den dagliga mängden eller intensiteten (Statens folkhälsoinstitut, 2006).

En utveckling har skett vad gäller synen på fysisk aktivitet. Idag rekommenderas fysisk aktivitet vid sjukdomstillstånd där rekommendationen förr var att avstå från fysisk aktivitet helt. Fysisk aktivitet har en säkerställd effekt när det gäller att minska risken att drabbas av bland annat hjärt-kärlsjukdom, högt blodtryck, åldersdiabetes (typ II) och tjocktarmscancer. Fysisk aktivitet har en lindrande verkan när det gäller ledsmärtor och andra besvär från rörelseorganen. Forskning visar också att fysisk aktivitet effektivt lindrar ångest, oro, sömnsvårigheter och lättare depressioner (ibid).

Den svenska folkhälsopolitiken utgår från elva målområden med de bestämningsfaktorer som har störst betydelse för den svenska folkhälsan. I propositionen ”Mål för folkhälsan” presenteras bland annat, målområde 9 ”Ökad fysisk aktivitet”, där det beskrivs hur samhället ska utformas så att det ger förutsättningar för en ökad fysisk aktivitet hos befolkningen. Friluftsliv bör stimuleras både genom stöd till folkrörelser och bättre samhällsplanering, där tillgång till grönområden är viktig. I propositionen fokuseras det på vikten av en bra politik som stärker alla människors möjlighet att utöva idrott och motion (Socialdepartementet, 2002).

2.2 Ett mer hälsofrämjande och förebyggande perspektiv inom hälso- och sjukvården

Med hälsofrämjande arbete menas insatser som syftar till att förbättra hälsotillståndet, både på det fysiska, psykiska och sociala planet (Slack, 2006). Det handlar om att förbättra hälsan för både enskilda individer och grupper genom att förespråka, stödja, uppmuntra och prioritera hälsa såväl på det individuella som på det offentliga planet (Socialstyrelsen, 2004). Begreppet förebyggande arbete handlar däremot om att ta bort orsaker till sjukdom genom att bland annat försöka minska riskbeteende och upptäcka tidiga tecken på sjukdom (Andersson, 2006). Enligt Pellmer & Wramner (2001) går sjukdomsförebyggande arbete ut på att utestänga, förhindra och hålla det skadliga borta.

Idag ses hälsofrämjande insatser och sjukdomsförebyggande arbete som de två grundläggande delarna av det moderna folkhälsoarbetet (ibid). Med folkhälsoarbete avses verksamheter som förebygger sjukdomar och främjar hälsa med främst icke-medicinska åtgärder utanför hälso- och sjukvården (Olsson, 2001). Historiskt sett har dock folkhälsoarbetet mer och mer kommit att även omfatta just hälso- och sjukvården. Som ett steg i den utvecklingen har WHO bland andra sett potentialen i sjukhusverksamheten gällande folkhälsoarbete i ett helhetsperspektiv. På WHO:s initiativ startades ett särskilt utvecklingsprojekt som har kommit att kallas för Hälsofrämjande sjukhus. WHO:s argument för att involvera sjukvården är dess kunskap och kompetens, stora kontaktyta samt den status som sjukvården med dess auktoritet ger i ett folkhälsoarbete (Pellmer & Wramner, 2001). Stöd för detta finns också i hälso- och sjukvårdslagen (HSL), där hälso- och sjukvårdens uppgift anges till att ge en god sjukvård på lika villkor och skapa en bättre hälsa och livskvalitet i befolkningen (Hälso- och sjukvårdslagen, 1992).

Ett av de elva folkhälsomålen som Sveriges regering tagit fram, målområde 6 ”En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård”, innebär att ett mer hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektiv ska genomsyra hela hälso- och sjukvården och vara en självklar del i all vård och behandling. Hälso- och sjukvården har redan i dag ett lagfäst ansvar när det gäller befolkningens hälsa och att bedriva förebyggande arbete. I propositionen konstateras att en perspektivförskjutning ses mot en helhetssyn på människors problem och en övergång till ett mer hälsofrämjande och förebyggande arbete. En sådan förändring av sjukvårdens arbete skulle också göra den mer effektiv och höja verksamhetens kvalitet (Socialdepartementet, 2002). Jilcott, Keyserling, Samuel-Hodge, Rosamond, Garcia, Will, Julie, Farris & Ammerman (2006) menar att interventioner som riktar sig mot både individen och dess omgivning är sannolikt de mest effektiva.

2.3 Fysisk aktivitet på recept (FaR)

Bakgrund till FaR

Fysisk aktivitet för sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling har funnits i flera länder under en lång tid (Ekblom, 2004). Framför allt i Storbritannien och USA men även i Nya Zeeland, Kanada och Australien har utvecklingsarbete bedrivits kring förskrivning av fysisk aktivitet. Den här typen av receptförskrivning kallas Fysisk aktivitet på recept – FaR (Kallings & Leijon, 2003). I en klinisk studie gjord i Nya Zeeland undersöktes över en 12 månaders-period effekten av fysisk aktivitet på recept i öppenvården. Resultaten visade att FaR ökade den fysiska aktiviteten och förbättrade livskvaliteten (Elley, Kerse, Arroll & Robinson, 2003). Enligt Becker (1974) är fysisk aktivitet på recept fördelaktigt eftersom förskrivning av recept i

sig representerar ett väletablerat samspel mellan (exempelvis) läkare och patient. Fördelen med behandlingen är att risken för biverkningar är liten då träningen anpassas efter individen och hennes förutsättningar (Kallings & Leijon, 2003).

På uppdrag av regeringen utsåg Folkhälsoinstitutet, samt andra myndigheter och organisationer, år 2001 till ett fysiskt aktivitetsår som gick under benämningen ”Sätt Sverige i rörelse”. Syftet var att etablera en långsiktig förändring av hela samhällets syn på fysisk aktivitet (Statens Folkhälsoinstitut, 2002). Ett av målen var att personalen inom hälso- och sjukvården skulle ha bredare kunskap om de förebyggande effekterna av fysisk aktivitet och tillämpa denna kunskap i preventivt syfte. Som ett steg i att förändra samhällets syn på fysisk aktivitet söktes efter nya arbetssätt och det utarbetades ett antal insatser för att nå upp till målen; fysisk aktivitet på recept (FaR) etablerades; receptblanketter för fysisk aktivitet utformades; en handbok framtog som stöd åt förskrivarna vilken kom att kallas FYSS (Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling); en pilotstudie av FaR genomfördes; och förskrivande personal och aktivitetsledare utbildades (Kallings & Leijon, 2003).

Förskrivning av fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet på recept innebär att fysisk aktivitet ordinerar på motsvarande sätt som för ett läkemedel, det vill säga att förskrivaren tar upp patientens sjukdomshistoria, ger ordination på en receptblankett samt följer upp behandlingsresultatet (Centralsjukhuset Kristianstad, 2006). Receptet används till såväl friska som sjuka för att förhindra eller behandla olika sjukdomar (Kallings & Leijon, 2003). Den som förskriver recept på fysisk aktivitet ska ha god kompetens och tillräckliga kunskaper om den aktuella patientens hälsostatus. Vid receptutfärdandet är det viktigt att förskrivarens bedömning av patientens fysiska aktivitetsnivå föregås av en dialog med patienten. Samtalet bör innehålla frågor om patientens nuvarande fysiska aktivitet, på fritiden såväl som i arbetet, hur patienten ser på fysisk aktivitet samt hur mycket hon vill och hinner med att göra. Centralt är att det är patienten som gör ett val och att förskrivaren har en optimistisk och empatisk attityd (ibid).

I region Skåne kan all legitimerad personal förskriva FaR, det innefattar läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster, psykologer, dietister och arbetsterapeuter (Primärvården, 2006). Till stöd i utskrivandet har personalen handboken FYSS, som är skriven av svenska experter av olika professioner. Den beskriver ett trettiotal sjukdomstillstånd där fysisk aktivitet har dokumenterad effekt, ger förslag på olika motionsaktiviteter och råd om hur man praktiskt går tillväga vid förskrivandet med hänsyn till patientens ålder, kön, kroppsbyggnad med mera (Kallings & Leijon, 2003).

Det är av stor vikt att patienten får hjälp med att genomföra och fullfölja sitt recept med utbyggda strukturer som stödjer individen, till exempel olika typer av handledd verksamhet (Statens folkhälsoinstitut, 2006). Runt om i landet har det startats så kallade fysiotek dit patienten kan hänvisas. Fysioteket ska fungera som en sambandscentral bemannad med personal som ska stödja och hjälpa patienten att hitta en lämplig aktivitet som passar just dennes behov. Ett fysiotek har också kontakt med olika aktivitetsledare i föreningar kopplade till arbetet med fysisk aktivitet på recept. Yrkeskategorierna som bemannar fysioteken varierar från kommun till kommun men består ofta av specialutbildade sjukgymnaster. Hur arbetet bedrivs på fysioteken ser olika ut beroende på de lokala förutsättningarna (Primärvården Skåne, 2006). I exempelvis Ystad-Österlen-området har en metod använts som kallas FaR-gruppsmodellen. Den liknar fysioteksmodellen men skiljer sig på så sätt att när patienten fått sitt recept startas aktiviteterna i en grupp endast bestående av individer som fått

fysisk aktivitet på recept. När aktivitetsperioden är slut är förhoppningen att individen har hittat en eller flera fysiska aktiviteter som passar att fortsätta med på egen hand. Det finns möjlighet att förnya receptet om deltagaren inte känner sig redo att fortsätta själv (Skåneidrotten, 2006).

Varför receptförskrivning?

Enligt Kallings & Leijon (2003) visar nationella och internationella erfarenheter att det inte går att nå inaktiva grupper i samhället enbart genom information. Insatser måste även breddas och ta sin utgångspunkt i människors livsvillkor, livsstil och tidigare erfarenheter. Nilsson (2005) menar att intresset för livsstilens betydelse ökat under senare år hos allmänheten. Det har visat sig att en hög andel tycker det är viktigt att läkaren tar upp ämnet levnadsvanor vid läkarbesöket.

Enligt Thurston & Green (2004) anses patientens delaktighet som en nödvändig förutsättning för ett bättre och effektivare arbete med förebyggande åtgärder inom vården. Vad gäller fysiska aktivitetsvanor menar författarna att endast muntliga råd inte är effektiva för att åstadkomma en långsiktig förändring. I en studie på allmänläkare gjord av Swinburn, Walter, Arroll, Tilyard & Russell (1997) upplevdes receptet som en förstärkning av förskrivarens muntliga råd och blev också som en slags påminnelse för patienten. Bland gruppen läkare som förskrev recept i studien var patientens följsamhet också högre än i jämförelsegruppen som endast gavs muntliga råd. Receptet förstärkte och förtydligade vad förskrivaren och patienten tillsammans kom fram till för mål och det sågs som ett bidrag till bättre följsamhet. Vidare menar författarna att allmänläkarna i studien uppfattade att metoden bidrog till att de mer uppmärksamt lyssnade till vad patienten hade för behov och förslag och att de utvecklade ett mer förhandlande förhållningssätt. Studier visar alltså att ett recept kan öka följsamheten och få till en förändring. Än har inte mycket forskning gjorts på den långsiktiga effekten och det sägs att det finns en risk att de människor som egentligen är i störst behov också troligtvis är de som är minst "följsamma" till receptet (Thurston & Green, 2004).

Motiverande samtal kring fysisk aktivitet

Vad som är unikt med FaR är att den innefattar en helhetslösning med en fungerande vårdkedja av förskrivare och aktivitetsledare, individanpassad ordination, motiverande samtal med patienten samt uppföljning av receptet (Kallings & Leijon, 2003). Dessa faktorer har visat sig ha stor betydelse för förskrivning av fysisk aktivitet på recept, men också att receptförskrivande personal är tränad i beteendemodifikation där en viktig ingrediens är hur receptförskrivaren samtalar för att höja patientens motivation att följa ordinationen (Statens folkhälsoinstitut, 2006). Motivation är något människor har i högre eller lägre grad och kan stimuleras. De patienter med lägst motivation är de som behöver mest hjälp, därför är det viktigt att förskrivaren vet hur han/hon tar sig an ett sådant patientmöte. Den som utfärdar receptet måste veta vilken önskan till förändring patienten har och ha kunskap om vilka råd och vilken hjälp den patienten då behöver. Vid det motiverande samtalet är syftet att patientens motivation till beteendeförändring ska öka. I samtalet ska patienten bli medveten om vad hon själv vill och tänker. Patienter kan också behöva tillgång till ny information, till exempel hur fysisk aktivitet påverkar hennes sjukdom. Receptförskrivaren, likaså annan personal inom hälso- och sjukvården, fungerar som redskap för patienten att nå högre kunskap om vad som är bra för dennes hälsa och välbefinnande. Kommunikationen mellan patienten och receptförskrivaren är följaktligen avgörande för såväl patientens vilja till förändring som förmåga att faktiskt lyckas (Kallings & Leijon, 2003). Många studier visar på att motiverande samtal har positiv effekt gällande beteendeförändringar (Miller, 2002)

FaR-arbetet i Sverige

”Fysisk aktivitet på recept” är ett relativt nytt begrepp i Sverige, men det är ingen ny företeelse att ordinera fysisk aktivitet med avsikt att förbättra hälsan. Det finns flera modeller för förskrivning av fysisk aktivitet. Dock finns det ingen enskild arbetsmetod utan varje verksamhet behöver anpassa arbetet efter sina lokala förutsättningar (Kallings & Leijon, 2003). För att få igenom en nationell implementering av FaR har det startats en samrådsgrupp bestående av ledamöter från Socialstyrelsen, Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet, Riksidrottsförbundet, Yrkesföreningar för fysisk aktivitet, Svenska Läkaresällskapet, Familjemedicinska institutet, svensk Sjuksköterskeförening samt Föreningen svensk Företagshälsovård (Statens folkhälsoinstitut, 2006). Alla Sveriges Landsting har genomgått en utbildning i hur FaR ska användas och de flesta har organiserat egna fortbildningar av personalen. Många landsting har även tagit beslut i de politiska nämnderna om implementering av FaR på regional nivå. Utvärderingar som gjorts påvisar såhär långt att arbetet har etablerats på många håll och kommit olika långt i landet (ibid).

Ett nationellt pilotprojekt genomfördes mellan 2001 och 2003 för att utveckla och beskriva arbetsmetoder och struktur till att kunna arbeta med FaR. Resultatet av receptförskrivning, uppdelat mellan de olika yrkesgrupperna som ingick i studien, visar att utav det totala antalet förskrivna recept (831 stycken) var det läkare och sjukgymnaster som förskrev flest (340 respektive 296 stycken). Sjuksköterskorna skrev ut 116 och övrig personal (2 arbetsterapeuter, 2 dietister, 1 kurator och 1 hälsosamordnare) skrev ut 78 recept. De främsta orsakerna till de utskrivna recepten av fysisk aktivitet var för smärta och övervikt (Kallings & Leijon, 2003). I en studie gjord av Bengtsson & Svensson (2006) studerades läkares inställning till FaR i olika vårdstrukturer i Skåne län. I undersökningen framkom att attityden var positiv till FaR samtidigt som mer än hälften av samtliga läkare i fyra av fem distrikt hade förskrivit 1-5 recept. Under samma period förskrev över hälften av samtliga läkare mer än 25 farmaceutiska recept.

I en studie gjord av Bäckström och Norén (2006) undersöktes ordinationen av FaR bland läkare och sjukgymnaster. Det var signifikant vanligare bland sjukgymnaster än läkare att förskriva fysisk aktivitet. Dock visar resultatet att ordinationen av fysisk aktivitet inte sker genom receptblanketten som ingår i konceptet FaR utan vanligast (bland sjukgymnasterna) var annan skriftlig metod. Läkarna i studien valde att ge muntlig ordination. Författarna förvånades över resultatet eftersom vårdcentralerna där respondenterna fanns ingick i ett FaR-projekt. Författarna ansåg att det tyder på att konceptet behövde vidareutvecklas och intresset ökas till att arbeta med FaR (ibid). För att genomslagskraften ska bli större krävs att fler personer ur personalen blir delaktiga och engagerar sig (Kallings & Leijon, 2003). Enligt Swinburn et al (1997) framkom det i deras studie på allmänläkare att den allmänna tidsbristen hos personalen var det största hindret i arbetet med receptförskrivningen. Problem som bristande förankring, otydlighet, dålig kommunikation och otydliga och vaga mandat har också bidragit till sämre FaR-arbete. Andra svårigheter har handlat om stor personalomsättning och en viss projektrötthet inom organisationerna (Nilsson, 2005).

För att utveckla FaR till ett effektivt arbete är det av vikt att förskrivaren har en optimistisk och empatisk attityd, att receptförskrivaren har goda kunskaper om metoden samt att bedömningen av patientens fysiska tillstånd ska föregås av en dialog. I fortsättningen av litteraturgenomgången avser vi ta upp litteratur som relaterar till dessa områden.

2.4 Attityder och inställningar

Attityden hos blivande receptförskrivare till fysisk aktivitet på recept är central i denna studie. Vi anser därför det är av vikt att förklara och definiera attitydbegreppet.

Olika människor har ofta olika attityder till saker och ting, en grupp människor kan se på samma fenomen på många olika sätt (Gleitman, 1995). En attityd definieras som en summerande utvärdering eller en respons av ett objekt. Ett attityd-objekt kan vara allt en person tycker och tänker om och varierar från att vara en positiv eller negativ, temporär eller bestående föreställning (Bohner & Wänke, 2002; Helkama, Myllyniemi & Liebkind, 2004). Helkama et al (2004) menar att attityder är socialt konstruerade och sker genom inläring i vår sociala värld, de uttrycker således grupptillhörighet och social identitet. Bohner & Wänke (2002) argumenterar även för att attityder är centrala för socialpsykologi, det vill säga de är centrala i våra sociala liv. Människor söker sig ofta till personer med liknande attityder och vice versa.

Attityder påverkar perception, tänkande, andra attityder och beteende (ibid). Enligt Kurtz, Silverman & Draper (2005) tenderar läkarnas attityder och färdigheter att påverka varandra. Studien visar att läkare med positiva attityder till ett psykosocialt perspektiv på patientmötet använder också en mer patientcentrerad ansats i mötet med patienten och visar på mer samarbetsvilja. Enligt Helkama et al, (2004) och Bohner & Wänke, (2002) är kunskap om ett objekt också grundläggande för attityden. Det som konstaterats är att ju större kännedom individen har om föremålet för attityden, desto bättre tillgång har individen till sin attityd och desto större är sannolikheten för att den leder till förändring av attityden. Attityder påverkar å andra sidan till viss del även hur vi tar emot information kopplat till attitydobjektet. Individer söker ofta efter och väljer ut information som bekräftar deras tro och attityder snarare än information som skiljer sig (Helkama et al, 2004; Bohner & Wänke, 2002). Även Naidoo & Wills (2000) tar upp begreppet kännedom (erfarenhet och information) kopplat till människors attityder, de betonar också känslor och tankar kring vad som är viktigt för individen. De menar att attityder är svåra att förändra men kan ändras genom mer information eller genom att öka en persons färdigheter.

Det finns dock ingen säker koppling mellan en persons attityder och dennes beteende. Förändring av attityder kan ibland stimulera en beteendeförändring och ibland kan en beteendeförändring påverka attityden (ibid). Bohner & Wänke (2002) menar att relationen mellan attityder och beteende är komplex. Det är mest troligt att en persons attityd till ett specifikt attitydobjekt påverkar hans/hennes beteende till just detta objekt, men det är svårt att förutsäga beteendet vidare. Enligt Foster, Diehl, Shaw, Rogers, Egan, Carek & Tomsic (2001) kan läkarens egna hälsovanor påverka villigheten att diskutera levnadsvanor med patienten. Läkare som anser sig vara överviktiga är mer benägna att undanhålla rådgivning om rökning, vikt och alkohol såvida inte patienten har sjukdomar som har uppkommit på grund av dessa faktorer. Nilsson (2005) menar att ytterligare motivationsarbete krävs bland personalen för att de ska se fysisk aktivitet på recept som ett motivationsargument för patienterna. Tror inte personalen på effekten av receptet kan patienten aldrig bli övertygad att anamma fysisk aktivitet som ”medicin”(ibid).

Ett begrepp som ligger närmare till hands gällande beteendeförändring är motivation. Motivation kan ses utifrån ett förlopp – en inre drivkraft, grundad i behov, önskningar eller förväntningar som utlöser beteende eller handlingar riktade mot vissa mål. Vare sig målen uppnås eller inte, blir resultatet en modifiering eller förstärkning av den inre drivkraften (Jenner, 2004). Enligt Helkama et al (2004) är det tron på den egna förmågan, antingen

realistisk eller orealistisk, som skapar grunden för målmedvetet strävande. Det är alltså denna strävan, viljan, avsikten och ansträngningen som speglar det som inom psykologisk terminologi kallas motivation. Granblom (1998) menar att då vi ska förändra något i vår livsstil, krävs den inre motivationen, förståelse och eget inflytande.

2.5 Den professionella relationen

Att vara professionell och tillhöra en profession innebär att möta och svara upp mot medborgarnas och samhällets förväntningar på demokrati och solidaritet och samtidigt förvalta samhälleliga resurser (Croona, 2005).

Jenner (2004) menar att grunden för det pedagogiska mötet är den relation som finns mellan pedagogen och patienten. Jenner likställer mötet mellan lärare-elev och läkare-patient och benämner lärare och läkare som pedagoger. Med begreppet pedagog avser vi hädanefters läkare och liknande vårdyrkesprofessioner. Den professionella relationen skiljer sig från andra medmänskliga kontakter i det att pedagogen har ett övertag, grundat bl.a. på en formell och informell maktposition. Det är inte en jämbördig relation. Just därför är pedagogens agerande av särskild betydelse och det är viktigt att den andres beroendesituation inte förstärks. Det är pedagogen som bär ansvaret för att det skapas en fruktbar relation. Det kan innebära en mängd olika faktorer, bland annat bör pedagogen vara uppmärksam på att relationen skapas redan vid första mötet (ibid). Det är bland annat viktigt att mötet mellan patient och läkare får personlig karaktär för förståelsen av det problem som presenteras (Hellström, 1999).

Enligt Cornett (2006) uppvisar sjukvårdspersonalen sin professionalism genom attityder, kunskaper och beteende som reflekterar en mångfacetterad inställning till normer, föreskrifter och principer. Vidare menar Cornett att det är personalens plikt att i hög grad undersöka sina attityder till sina professionella plikter, och bygga en stadig grund av kunskap, skicklighet, normer och principer som de sedan kan handla efter och stå ansvariga för.

Mötets mening och ändamål kan benämnas som det pedagogiska innehållet och kan till exempel gälla att motivera någon för behandling. Hur innehållet behandlas får betydelse för mötets karaktär. Det vill säga om pedagogen ser det pedagogiska innehållet som något på förhand givet eller något som de båda parterna skapar tillsammans. I "givet-perspektivet" blir patienten en informationskälla där pedagogen har tolkningsföreträdet och mötet handlar mycket om påverkan och övertalning från pedagogens sida. Skapa-perspektivet är mer patientcentrerat, utgångspunkten är patienten och den kommunikativa aspekten handlar om att utforma planen i en dialog (Jenner, 2004).

2.6 Dialog och dialogmedicin

Allmänläkaren Olle Hellström (1999) menar att dialogen alltid är eftersträvansvärd i mötet med patienten. Hellström definierar dialog som ett utbyte av åsikter, vilket kan leda till förståelse. Dialog handlar alltså inte *bara* om själva utbytet utan poängen är att det ska leda till förståelse (Jenner, 2001). Vad gäller dialogen i läkar-patientrelationen ger en god samtalsrelation bättre följsamhet vid rådgivning och medicinering. Det som verkar betyda mest för tillfrisknandet som resultat av ett bra möte är om patienten själv kan medverka i dialogen och ges möjlighet att uttrycka egna önskemål (Hellström, 1999).

Hellström (1999) har genom personlig kontakt med pedagogen Paulo Freire anpassat hans dialogpedagogik till sjukvården och utvecklat dialogmedicinen. Med termen dialogmedicin avses den kliniska verksamhet där målet är samförstånd och ökad insikt. I detta

meningsutbyte med patienten är det viktigt att läkaren är beredd att ompröva och ge upp relevanta föreställningar samt beredd att själv förändra sig under samtalets gång. Han menar att dialogmedicinsk hållning är en attityd, ett synsätt och inte en teknik eller metod. Den innebär ett sätt att vara i förhållande till patienten, att ägna tid det ”mellanmänniska” mötet.

En utveckling har skett när det gäller synen på patientrollen. I hälso- och sjukvårdslagens omarbetade version från 1998 betonas patientperspektivet, vad gäller exempelvis individuellt anpassad information och ökad valfrihet vid val av behandlingsformer (Hälso- och sjukvårdslagen, 1998). Sjukvårdspersonalens förhållningssätt och förmåga att kommunicera med patienterna har enligt Nationella Folkhälsokommittén, stor betydelse. Dålig kommunikation dem emellan kan innebära att patientens verkliga bekymmer inte framkommer med följd att onödiga åtgärder vidtas, vilket i sin tur kan leda till missnöje och uppgivenhet hos patienten. Kommunikationen mellan patienten och personalen i hälso- och sjukvården är således avgörande för såväl patientens vilja till förändring som förmåga att faktiskt lyckas (Kallings & Leijon, 2003). Vi måste lära oss att anpassa oss till olika situationer för att behärska de omständigheter som kommunikationen sker i. Var och en av oss kan därför inte uppträda med en förhållandevis egenartad kommunikationsform om vi vill uppnå ett gott samspel och nå fram med de tankar och känslor vi vill förmedla. Vi måste även ställa oss in på de andra i vår omgivning för att få tag på deras budskap (Stensaasen, 2000).

Wahlqvist, Mattsson, Dahlgren, Hartwig-Ericsson, Henriques, Hamark & Hösterey-Ugander (2005) genomförde en studie av sista-års-studenters förmåga att kommunicera med patienter. Kommunikationen hos studenterna gestaltades i en metafor – ett timglas. Den vida, övre delen av glaset motsvarar studenternas varierande och personliga sätt att kommunicera i början av utbildningen. Den smala delen på mitten av glaset symboliserar en färdighetsträning, en standardiserad fas, där de instrumentella kraven på den medicinska professionen påverkar hur studenten formas till en professionell roll. Senare finns en chans att utveckla en individuell och personlig kommunikation genom utbildning och träning. Detta symboliserar den nedre delen av timglaset.

2.7 Utbildningens betydelse

Högskolemässighet

Grundskolan, gymnasieskolan, högskolan och vuxenutbildningen tar delvis form efter vad som händer i samhället. Dock kan man inte se samhället som orsak och skolans utformning som direkt effekt, men det finns en koppling. På 1960-talet sågs nyttan med en nära samverkan mellan arbetsliv och kunskap. Universitetsfilialer och specialhögskolor inrättades därefter i väldigt snabb takt (Egidius, 2001). Enligt Säljö (2003) är en av de viktigaste förutsättningarna för ett ökat välbefinnande och höjd livskvalitet en välutbildad befolkning. Vidare menar Säljö att politiker, företagsledare, ekonomer och andra beslutsfattare ser utbildning som en hög angelägenhet och på senare år har det skett ett ”kunskapslyft” i Sverige som haft ambitionen att skapa tillräckligt kvalificerade yrkesutbildningar. Termen högskolemässighet anger den kvalitetsnivå som man ställer på akademisk verksamhet och innebär utbildningens koppling mellan teoretiska studier och praxis och är viktig för studenternas lärande. Akademiska yrkesutbildningar inom vården skall genomföras med kunskaper som vilar på vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet. I en arbetsrapport från Högskoleverket undersöktes förutsättningar för fortsatt utvecklingsarbete avseende klinisk/tillämpad utbildning (praktik) i vård- och sociala omsorgsutbildningar. Studenterna som ingick i undersökningen tillhörde sjuksköterske-, sjukgymnast-, arbetsterapeut- och sociala omsorgsprogrammet. Enligt deras åsikt blir kopplingen mellan teori och praktik allra tydligast

i mötet med patienten/klienten och de vård- och omsorgshandlingar som de studerar. I rapporten lyfts alltså den kliniska/tillämpade utbildningen som en viktig del i utbildningen. Författaren till rapporten menar att studenten söker efter förebilder och tillämpar en strategi för lärandet, medvetet eller omedvetet utifrån de yrkesmodeller som de ser (Carmnes, 2000).

Utbildningen som förberedande plattform

I förebyggande arbete som är livsstilsorienterat finns det risk för att egna attityder och värderingar får en alltför framträdande plats. Med utbildning kan sådana problem delvis åtgärdas. Universitet och högskolor för framförallt läkar- och sjuksköterskeutbildningarna har ett stort ansvar för att studenterna får möjlighet att fördjupa sig i hälsopedagogik och de metoder som finns, t.ex. motiverande samtal, stöd vid rökstopp och andra förändringar av levnadsvanor. Landstingen har också ansvar för att vårdpersonalen får fortbildning så att nya uppdrag kan genomföras (Socialstyrelsen, 2004).

Enligt Wahlqvist et al (2005) består de flesta medicinska utbildningarna av sjukdomsrelaterade kunskaper med kort introduktion av respektive ämne, vilket gör att det blir svårt att förstå patientens situation. Bass, Stetson, Rising, Wesley & Richie (2004) menar att många medicinutbildningar introducerar praktiskt rådgivning under första året men ger ingen vidare utbildning i ämnet senare. Att endast läsa sig till kunskaper i rådgivning är inte möjligt utan praktiskt erfarenhet behövs och dessa möjligheter ges inte på utbildningarna enligt författarna. Det som visat sig utgöra hinder för att få in det i verksamheten är en brist av utbildade inom rådgivning som kan stå som förebilder och som kan hålla i kursen, tidsbrist på grund av en redan full läroplan samt brist på resurser till att utvidga läroplanen. I studien integrerades rådgivningsträning i en kurs som behandlade förebyggande arbete. En grupp första-årsstudenter fick föreläsning i rådgivningsteknik samt utföra rollspel och andra övningar som gav dem träning. Detta visade sig öka studenternas kunskaper och de kände sig mer självsäkra att i sin kommande yrkesroll hålla i rådgivning och samtal med patienterna.

I en amerikansk studie gjord av Foster et al (2001) undersöktes medicinstudenter inne på första, andra och tredje året. Studenternas kunskaper och attityder till livsstilsrådgivning, fysisk aktivitet och kost studerades samt deras egen livsstil. Resultatet visar bland annat att endast en liten andel av studenterna hade rätt kunskap om rekommendationerna kring fysisk aktivitet. Studenterna var eniga och ansåg att det är läkarens uppgift att hålla i samtal om levnadsvanor med patienten, dock minskade denna tro ju mer av utbildningen som de avverkade. Deras egna motionsvanor nådde upp till rekommendationerna men aktiviteterna minskade med åren och studenterna inne på sista året var de mest inaktiva. Författarna menar att trots att attityden är positiv till att tala om levnadsvanor med patienterna så behövs mer kunskaper om bland annat hälsorekommendationer för att kunna tillgodose rätt information till patienterna. Då läkarens egna levnadsvanor kan påverka benägenheten att tillhandahålla rådgivning kan det vara en fördel att trycka på vikten av studenternas egen hälsa i utbildningsplanen. Även Bass et al. (2004) visar att läkare har liten praktiskt erfarenhet av rådgivning om fysisk aktivitet.

Enligt Statens Folkhälsoinstitut (2006) föreligger det behov av att komplettera grundutbildningarna inom vårddyrken med kunskap om FaR. I februari 2007 planerades det att starta den första högskolekursen på 5 poäng i Sverige som behandlar arbetssättet fysisk aktivitet på recept. Kursen heter "FaR – teori och praktik" och hålls på Gymnastik och Idrottshögskolan i Stockholm. Fokus ligger på arbetet från ordination till genomförande och utvärdering, samt syftar till att ge fördjupade kunskaper om fysisk aktivitet som del av sjukdomsbehandling för vuxna och äldre. Kursen riktar sig till dem som arbetar eller vill

arbeta med fysisk aktivitet på recept. I en brittisk studie gjord av Swinburn et al (1997) kom författarna fram till att utbildning kring receptföreskrivning av fysisk aktivitet ökade självförtroendet hos förskrivarna att våga välja metoden samt ökade kunskapen om fördelarna med fysisk aktivitet.

3. Teoretiska utgångspunkter

De frågor som ställs i enkäten samt de resultat som framträder måste förstås och betraktas utifrån ett ramverk. I detta avsnitt tar vi upp de teoretiska utgångspunkter vi valt som referensram i uppsatsen vilka är sociokulturellt lärande, hälsopedagogik, self-efficacy och krav-kontroll-stöd modellen.

3.1 Sociokulturellt lärande

Roger Säljö (2003) förklarar att det sociokulturella sammanhanget är en del av människors handlingar och är en företeelse i hur man ska bete sig och ta sig an en uppgift. I ett sociokulturellt perspektiv är kunskap något som hjälper individen att se ett problem eller en företeelse som något bekant och som något hon har tidigare erfarenhet av. Människan befinner sig under ständig förändring och utveckling och har därmed i varje enskild situation möjlighet att utveckla kunskap. Den sociokulturella teorin har sin grundtanke i att kunskap först existerar i ett samspel mellan olika individer för att sedan bli en del av det egna tänkandet och handlandet. Kunskaper är något man använder i sitt handlande i vardagen och ses som en resurs med vars hjälp man löser problem, hanterar kommunikativa och praktiska situationer på ett ändamålsenligt sätt. Kunskap är något individen använder och som hennes handling uttrycker.

Det finns något som Säljö kallar för appropriering vilket sker hos människor. Det kan ses som en gradvis process genom vilket individen bekantar sig med och lär sig att använda redskap i olika verksamheter och där man successivt skaffar sig allt större erfarenhet av hur de kan brukas på ett produktivt sätt. Redskapen kommer att ingå i en repertoar av möjliga sätt att förstå och handla som individen tar med sig. De kan till exempel vara ett resultat av medvetet lärande i en utbildningssituation. Vidare menar Säljö att det är i samspelet med andra som appropriering sker. I mänskliga sammanhang såsom i samtal, handlingar och händelser lär och utvecklas människan. Kommunikativa processer är därmed viktigt i det sociokulturella perspektivet eftersom det är genom kommunikation som individen blir delaktig i kunskaper och färdigheter. Lärande är i stor utsträckning både en fråga om att besitta information, ha färdigheter och förståelse, men samtidigt också att kunna avgöra vilken information, vilka färdigheter och vilken förståelse som är relevanta i ett visst sammanhang och inom ramen för ett verksamhetssystem. Vidare menar Säljö att människor har olika erfarenheter och att vi i lärosituationer tar med oss olika innebörder, tolkningar och handlingsmönster till andra sammanhang senare i livet, det benämner han som lärandets problem.

3.2 Hälsopedagogik

Pedagogik uppfattas som ett praktiskt verksamhetsområde, som något individen med teoretiska och praktiska utgångspunkter ägnar sig åt för att förbättra människors möjligheter att utveckla kunskaper, värderingar och handlingsmönster (Svederberg & Svensson, 2001). Pedagogik handlar om lärande- och kommunikationsprocesser, därför kan hälsopedagogik ses som ett övergripande begrepp för dessa processer inom hälsofrämjande och förebyggande verksamhet (Olsson, 2000). Olsson menar att pedagogiken i folkhälsosammanhang ofta setts som en instrumentell process där kunskap skall förmedlas av någon, för att sedan inhämtas av

någon annan. I nutida pedagogisk forskning lyfter författaren liksom även Säljö (2003) kommunikationens och de sociala sammanhangens betydelse för lärande. Olsson (2000) menar att genom lärande skapas förutsättningar för att möta, förstå och handskas med situationer i det mänskliga livet. Vidare menar författaren att kunskap, attityder och värderingar är något som utvecklas och existerar mellan människor och handlar om processer som de kan vara mer eller mindre delaktiga i. Hälsopedagogiken måste grundas på kunskap om sambanden mellan levnadsvanor och levnadsförhållanden, men också på medvetenhet om att förutsättningarna för lärande är beroende av samhälleliga maktförhållanden. Därför är det viktigt att kritiskt granska hur förhållanden i samhället påverkar såväl folkhälsan som olika gruppers möjligheter att delta i kommunikativa lärandeprocesser. Bättre levnadsvanor, ökad hälsa, ökad livslängd, ökad livskvalitet, förstärkning av den enskildes egna resurser, utveckling av ett kritiskt förhållningssätt kan vara möjliga mål för hälsopedagogisk verksamhet.

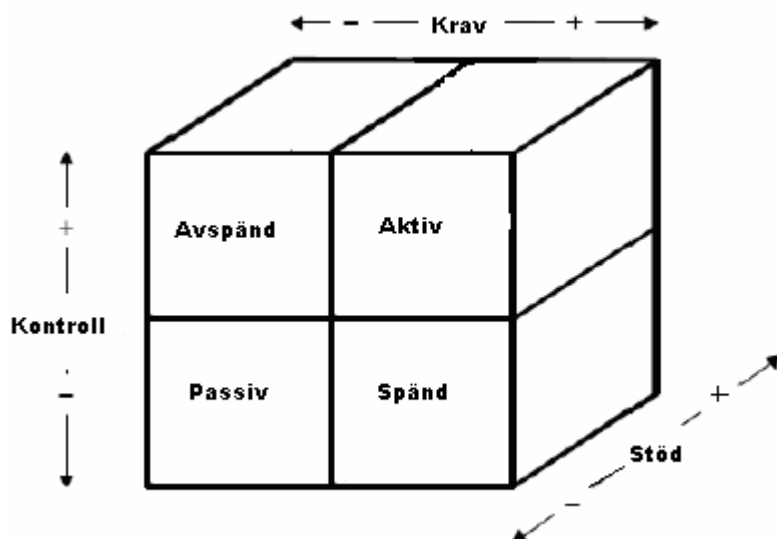
Redan innan ett lärotillfälle har människor ofta kunskaper och uppfattningar om det de skall lära, dessa uppfattningar har betydelse för hur inläring sker. Vad gäller hälsopedagogiken som didaktisk utgångspunkt läggs stor vikt vid hur människor uppfattar fenomen som kropp, motion, mat och tobak (ibid). Även Svensson & Svederberg (2001) menar att med utgångspunkt från synsättet att tänkandet är den viktigaste formen av aktivitet genom vilken mänsklig kunskap och färdighet skapas, bör det vara av intresse vilken innebörd som aktuella objekt (till exempel den egna hälsan, fysisk aktivitet) har för den eller de lärande.

3.3 Self efficacy

Bandura betraktar lärande som en interaktion mellan individen, situationen och omgivningen. Känsla av självförmåga är en viktig motiverande faktor vid all inläring. Self efficacy är baserat på Banduras ”sociala inläringsteori” (social learning theory). Det handlar om en persons uppskattning av sig själv, om den känner att dennes kunskaper och färdigheter kan bidra till en förändring och om externa faktorer såsom tid och pengar tillåter förändring. Personligt omdöme om tillräcklighet och attityden till sig själv är också en komponent i begreppet. *Kännedom om tidigare prestationer* har stor betydelse för känslan av självförmåga. När individen lyckas förstärks känslan medan misslyckanden försvagar den. Om framgångar redan har gett upphov till en stark känsla av självförmåga är senare misslyckanden inte lika skadliga. Att uppnå sitt mål kommer att leda till en positiv förstärkning, det vill säga man ökar den egna tilltron till beteendeförändring (ökar sin self-efficacy). Individen är inne i en positiv spiral, det vill säga framgång föder framgång. Detta påverkar i sin tur individens framtida motivation för att framgångsrikt genomföra nya beteendeförändringar (Bandura, 1986). *En vikariell upplevelse* det vill säga individens kännedom om prestationer utförda av individer som liknar honom själv har också betydelse för känslan av självförmåga (Helkama et al 2004).

3.4 Krav-kontroll-stöd modellen

På 1970-talet lanserade Karasek och Theorell (1990) krav-kontroll-stöd-modellen som behandlar förhållandet mellan krav och kontroll i arbetssituationen och hur det påverkar hälsan.



Figur 1: Modell för krav, kontroll, stöd. Modifierad efter Karasek och Theorell (1990)

Om kraven är högre än de egna möjligheterna till att besluta om och påverka sitt arbetsinnehåll kan det påverka individens hälsa i en nedåtgående riktning. En kombination av höga krav och hög kontroll är mer gynnsam eftersom möjligheten att utöva kontroll gör att individen återhämtar sig vid lugnare perioder. Denna kombination leder till ett tillstånd av positiv aktivitet som underlättar utveckling och inläring. Ju större kontroll individen upplever desto högre krav från miljön kan hon klara av utan negativa effekter. Det finns fyra mått på hur arbetsituationen upplevs, där *aktiv* och *avspänd* står för god arbetsmiljö och hälsa och där *spänd* och *passiv* står för den sämre. Enligt modellen är den mest gynnsamma arbetsituationen när höga psykiska krav ställs på individen, samtidigt som den egna kontrollen är hög. Detta samspel medverkar till att arbetsituationen upplevs som inspirerande och individen blir *aktiv* i sitt arbete. Motsatsen blir om både kraven och den egna kontrollen är låga. Individen blir *passiv*, vilket i sin tur kan leda till dämpad initiativförmåga. Den mest ogynnsamma kombinationen för hälsan, enligt modellen, är när kraven som ställs är orimligt höga i förhållande till den egna kontrollen. Individen blir *spänd* och arbetsituationen blir negativ. Slutligen ger låga psykiska krav i kombination med hög kontroll en *avspänd* arbetsmiljö för individen. En sådan arbetsmiljö är, liksom en aktiv, gynnsam för hälsan men inte utvecklande för individen (ibid).

4. Problemprecisering

För att nå upp till rådande riktlinjer där hälso- och sjukvården ska genomsyras av ett förebyggande och hälsofrämjande perspektiv har nya metoder utvecklats. Fysisk aktivitet på recept är ett exempel och grundas på de goda hälsoeffekter en ökad fysisk aktivitet har på befolkningens hälsa. Utifrån teorin till denna uppsats har vi fått uppfattningen att receptförskrivarens attityder generellt är positiv till att förskriva fysisk aktivitet på recept men att det inte speglas i utfört arbete. Många faktorer såsom bristande kunskaper, bristande motivation samt dålig förankring i etablerandet av FaR har ställt oss frågan till vad som kan göras annorlunda för att arbetet ska bli bättre? Vi har inte funnit att det utförts någon undersökning kring attityden till att arbeta med FaR hos studenter, på väg ut i arbetslivet inom hälso- och sjukvårdsyrken. Fokus i tidigare undersökningar har istället utförts bland redan

verksamma receptförskrivare. Intresset att titta på gruppen studenter väcktes av att utvärderingar påvisar att ökade kunskaper behövs för att receptförskrivningen ska öka. Om det finns en kunskapsbrist bland förskrivarna ute i verksamheten, vad har då snart nyutexaminerade förskrivare med sig för förståelse och kunskaper om fysisk aktivitet på recept? Och vilka förutsättningar ger deras kunskaper i ett kommande FaR-arbete? Med ovanstående bakgrund vill vi undersöka attityden hos blivande receptförskrivare samt se hur innehållet i deras utbildningar givit förutsättningar att arbeta med FaR ute i verksamheten.

5. Syfte

Syftet var att undersöka attityden till fysisk aktivitet på recept, FaR, bland sista-termins-studenter vid läkar-, sjuksköterske-, sjukgymnast- och arbetsterapeututbildningen, samt undersöka hur utbildningarna gett förutsättningar till att kunna arbeta med metoden i framtiden.

6. Material och metod

6.1 Val av metod

Vi valde att göra en kvantitativ studie i form av en enkätundersökning. Fördelarna med studieformen är att det är lättare att nå en stor grupp av människor till en relativt låg kostnad samt att det också finns möjlighet att generalisera resultatet. Studien är en så kallad tvärsnittsstudie vilket innebär att man får en ögonblicksbild av förhållandet som undersöks (Ejlertsson, 2003).

Enkäten utformades genom operationalisering av olika delområden, vilket resulterade i 17 frågor. Frågorna delades in i block med olika teman som framkom av operationaliseringen. De benämndes som *Din bakgrund*, *Dina levnadsvanor gällande fysisk aktivitet*, *Din utbildning*, *Din syn på fysisk aktivitet på recept* och *Patientmötet* (bilaga 3).

Området *Din bakgrund* innehöll bland annat frågan om vilken yrkesutbildning respektive respondent genomfört. Under området *Dina levnadsvanor* ställde vi bland annat frågan om hur ofta respondenterna motionerar. Under temat *Din utbildning* togs frågor gällande innehållet i yrkesutbildningarna upp avseende bland annat fysisk aktivitet i sjukdomsförebyggande arbete. Frågorna uppkom genom en research av vilka färdigheter förskrivare av FaR bör ha för ett fungerande arbete. Frågor mer specifikt om inställningen till FaR togs upp under området *Din syn på fysisk aktivitet på recept*. Det sista området, som vi kallade *Patientmötet*, tog upp påståenden kopplat till respondenternas egen upplevelse av sin roll i ett kommande patientmöte. Vi motivera det här området genom att studenterna är på väg ut i arbetslivet och bör rimligen ha tankar kring deras framtida profession.

Ett följebrev bifogades tillsammans med enkäterna vid distribution i syfte att ge respondenterna information om studien, etiska aspekter samt vilka rättigheter respondenterna har i studien. Enligt informationskravet är det viktigt att informationen är så sanningsenlig och ärlig som möjligt (Forsman, 1997). Följebrevet informerade om studien, att undersökningen var frivillig, att deltagarna när som helst kunde avbryta sin medverkan samt att enkäten var anonym.

6.2 Urval och genomförande

Enligt region Skåne får arbetsterapeuter, dietister, läkare, psykologer, sjukgymnaster och sjuksköterskor förskriva fysisk aktivitet på recept. Då vi fått erfara att dietister och psykologer inte skriver ut FaR i lika stor omfattning som övriga yrkesgrupper, valde vi studenter vid sjuksköterskeutbildningen, läkarutbildningen, sjukgymnastutbildningen och arbetsterapeututbildningen som vår målgrupp. Eftersom vi ville undersöka vad utbildningarna tagit upp var det naturligt att välja sista-termins-studenter eftersom de då avverkat så stor del av sin utbildning som möjligt.

Efter utformandet av enkäten planerades och genomfördes en pilotstudie på en grupp om 9 sjuksköterskestudenter, på annat lärosäte än det som ingick i studien. Enligt Ejlertsson (2005) ska pilotstudien genomföras bland ett mindre antal individer som i största möjliga mån liknar studiens undersökningsgrupp. Anledningen till att vi valde just den yrkesutbildningen framför de andra berodde på att sjuksköterskestudenterna utgjorde den största gruppen till antal i vår undersökningsgrupp. Därmed ansåg vi att pilotgruppen var så lik målgruppen som möjligt. Pilotgruppen syftade till att ge insikt i om de svarande tolkade frågor och svar på samma sätt som frågekonstruktörerna (Ejlertsson, 1996). Respondenternas åsikter kring enkäten framfördes muntligen eller skriftligen vid tillfället för pilotstudien. Dessa bemötte vi genom ett antal korrigeringar, i avsikt att höja kvaliteten i enkäten.

På höstterminen 2006 kontaktade vi de olika institutionerna vid aktuellt lärosäte för att komma i kontakt med personer som kunde ge oss godkännande att genomföra enkätundersökningen. Vi beslöt oss först för att inrikta oss mot ett utbildningssäte med de olika yrkesutbildningarna sjuksköterskeutbildningen, läkarutbildningen, sjukgymnastutbildningen och arbetsterapeututbildningen för att nå vår målgrupp. Men när det gällde en utav yrkesutbildningsgrupperna blev antalet respondenter för litet, varför ett nytt urval gjordes med samma yrkesutbildning fast på ett annat lärosäte i Skåne. När de tillfrågade gett sitt godkännande begav vi oss personligen ut i klasserna vid olika lektionstillfällen och delade ut enkäterna. Vad gäller denna distributionsform menar Ejlertsson (2005) att svarsfrekvensen normalt är förhållandevis hög. Ansvarig för lektionen tog hand om enkäter till de studenter som inte närvarade. De som den ansvarige kunde nå, och som valde att delta i undersökningen, fyllde i enkäterna. Dessa skickade sedan den ansvarige till Högskolan Kristianstad.

6.3 Bortfall

Då den första kontakten togs med personalen på institutionerna fick vi även reda på det totala antalet studenter som var registrerade på respektive program. Totalantalet registrerade sjukgymnaststudenter var 31, arbetsterapeutstudenter 25, sjuksköterskestudenter 90 och läkarstudenter 33. Det externa bortfallet uppgick till 23 procent och bestod av studenter som inte närvarade vid besökstillfället och som inte heller kursansvarig kunde nå. Den grupp studenter som stod för det största bortfallet var sjuksköterskorna, vilket bidrog till att grupperna antalsmässigt jämnade ut sig något. Minst bortfall var det i sjukgymnastgruppen (se tabell 1). Bland de frågor som resultatdelen baseras på var det interna bortfallet mellan 1-2.

Tabell 1. Bortfall inom yrkesutbildningsgrupperna.

	Arbetsterapeut- studenter (n=25)	Läkar- studenter (n=33)	Sjukgymnast- studenter (n=31)	Sjuksköterske- studenter (n=90)
Bortfall	6	3	2	31

6.4 Databearbetning

Enkäterna (141 stycken) bearbetades i statistikprogrammet SPSS – Statistical Packages for Social Sciences. Därefter kontrollästes materialet och analysen påbörjades.

Statistisk analys

För att på enklaste sätt få en överblick av materialet gjordes frekvenstabeller. Variablerna analyserades även i korstabeller. Utifrån korstabellerna gjordes sedan lämpliga test. Då variablerna var kvalitativa och indelade i grupper eller klasser användes chitvåtest. För övrigt användes Fischers exakta test (tabell 8) och vid jämförelse av medelvärde användes t-test. Testerna genomfördes utifrån signifikansnivån $p < 0,05$. Reliabiliteten av ett konstruerat index beskrevs med ett Cronbachs alpha-värde.

Bearbetning av variabler

Följande variabler dikotomiserades för att kunna testas mot index. För att konstruera en så objektiv delning som möjligt gjordes enligt medianen:

Fråga 2 (se bilaga 3) handlade om ålder där respondenterna skulle ange en utav åtta åldersgrupper med yttervärdena ”under 20 år” och ”50 år och över”. Svaren delades in i grupperna ≤ 29 och ≥ 30 .

Fråga 6 (se bilaga 3) handlade om motionsvanor där respondenterna skulle ange ett utav sex svarsalternativ med yttervärdena ”varje dag” och ”aldrig”. Svaren delades in i grupperna ”Flera gånger i veckan” och ”En gång i veckan eller mera sällan”.

Följande påståenden hade svarsalternativ av Likert-typ, det vill säga påståenden som kunde besvaras med ett utav fem svarsalternativ från instämmer helt (värde 1) till instämmer inte alls (värde 5). Även följande påståenden delades med medianen:

16c (se bilaga 3) som löd *Jag anser att när det gäller livsstilsförändring kan det vara lika effektivt med muntligt råd om fysisk aktivitet som att skriva recept på det*, delades svaren in i grupperna ”instämmer” (värde 1-3) och ”instämmer inte” (värde 4-5).

17a (se bilaga 3) som löd *I mötet med patienten anser jag mig vara rustad att motivera patienten till en livsstilsförändring*, delades svaren in i grupperna ”instämmer” (värde 1-2) och ”instämmer inte” (värde 3-5).

17e (se bilaga 3) som löd *I mötet med patienten anser jag att vid val av fysisk aktivitet som ordination, är dialogen med patienten den primära utgångspunkten*, delades svaren in i grupperna ”instämmer helt” (värde 1) och ”instämmer inte helt” (värde 2-5).

17f (se bilaga 3) som löd *I mötet med patienten anser jag att jag befinner mig i en maktposition i förhållande till patienten*, delades svaren in i grupperna ”instämmer” (värde 1-3) och ”instämmer inte” (värde 4-5).

Vi valde att slå ihop en del frågor som berörde samma områden och skapade av dessa ett index. Fråga nummer 16a, 16b, 16e och 17e i enkäten (se tabell 2) behandlar alla inställningen till konceptet FaR och ger därför en överblick av respondenternas tilltro och attityd till FaR. Fråga 17e sätter mer fokus på dialogen med patienten. Enligt Hellström (1999) ger dialogen och en god samtalsrelation bättre följsamhet vid rådgivning och medicinering. En utav

grundstenarna i arbetsmetoden FaR är att föra ett motiverande samtal med patienten därför anser vi att fråga 17e representerar den delen av FaR. För att få reda på om variablerna har en intern konsistens, det vill säga om de har en intern samhörighet gjordes ett Cronbachs alpha test. Värdet för testet blev 0,78. Enligt Ejlertsson (2005) brukar acceptabelt värde ligga på 0,70 till 0,90. Efter inmatning i SPSS erhöles ett medelvärde av index mellan 4-20, ju lägre indexvärde desto mer positiv inställning, det vill säga att det mest positiva talet som kunde antas var 4.

Tabell 2. Frågor som utgör index över inställningen till FaR som arbetsmetod (n=140).

	Fråga 16a	Fråga 16b	Fråga 16e	Fråga 17e
Jag anser...	...att fysisk aktivitet på recept är ett bra komplement till farmaceutiska recept.	...att fysisk aktivitet på recept kan åstadkomma en livsstilsförändring hos patienten.	...mig vara öppen att använda FaR i min kommande yrkesroll.	...att vid val av FaR som ordination är dialogen med patienten den primära utgångspunkten.

Cronbach's Alpha test = 0,78

6.5 Etiska överväganden

Enligt Forsman (1997) finns forskningsetiska regler som innefattar de fyra huvudkraven information, samtycke, konfidentialitet och nyttjande. Informationskravet innebär att forskaren ska informera de berörda om den aktuella forskningsuppgiftens syfte. Samtyckeskravet innebär att deltagarna har rätt att själv bestämma över sitt deltagande. Försökspersoner har rätt till att när som helst utan att ange skäl avbryta sin medverkan (ibid). Informationskravet och samtyckeskravet tillgodosågs genom att de kursansvariga på yrkesutbildningarna på lärosätena informerades om studiens syfte som de sedan fick ge sitt samtycke till innan utförandet av undersökningen. Då vi fått ett godkännande från dem genomfördes enkätundersökningen. Till samtliga enkäter bifogades dessutom ett följebrev som innehöll information om undersökningens syfte, samtycket, att enkäten var anonym samt vad resultatet skulle användas till. I samband med att enkäterna delades ut informerades studenterna också, såväl skriftligen som muntligen, om sina rättigheter i undersökningen. Genom den muntliga informationen fick studenterna också själva ge sitt samtycke att delta i undersökningen. Deras rättigheter innefattade att deltagandet är frivilligt, att de när som helst kunde avbryta medverkan samt att alla respondenter garanterades anonymitet.

Nyttjandekravet innebär att det insamlade materialet endast får användas till det specifika ändamålet (Ejlertsson, 2005). Då vi angett att undersökningen var anonym innebar det att det inte finns några personuppgifter på respondenterna. Enkäterna förvarades på så sätt att ingen obehörig kunde komma åt dem. Materialet hanterades enbart av oss uppsatsskrivare, därmed har nyttjandekravet uppfyllts.

Enkätundersökningen godkändes av det etiska rådet vid Institutionen för Hälsovetenskaper på Högskolan Kristianstad hösten 2006, vilket var ett krav för att undersökningen skulle kunna genomföras.

7. Resultat

7.1 Bakgrundsinformation

Den totala svarsfrekvensen var 141 av 182 vilket motsvarar 77 procent. Resultatpresentationen följer samma struktur som enkäten (bilaga 3). Inledningsvis ges en beskrivning av undersökningsgruppen.

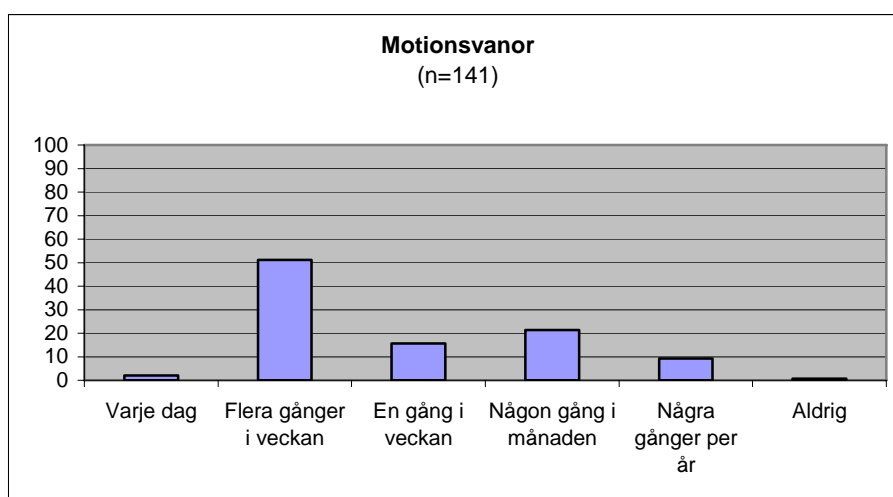
Tabell 3 visar att 79 procent av respondenterna var kvinnor och 21 procent var män. De flesta i undersökningen var under 30 år. Sjuksköterskorna var den största yrkesutbildningsgruppen och utgjorde 42 procent av respondenterna. Arbetsterapeuterna utgjorde den minsta yrkesutbildningsgruppen på 14 procent. 65 procent av respondenterna hade tidigare yrkeserfarenhet inom vården.

Tabell 3. Bakgrundsvariabler om studiepopulationen (%).

Karakteristika	Andel studenter (n=141)
Kön:	
Man	21
Kvinna	79
Ålder:	
≤ 29	70
≥ 30	30
Yrkesutbildning:	
Arbetsterapeututbildning	14
Läkarutbildning	23
Sjukgymnastutbildning	21
Sjuksköterskeutbildning	42
Tidigare yrkeserfarenhet inom vården:	
Ja	65
Nej	35

7.2 Motionsvanor

Figur 1 visar att 51 procent uppgav att de motionerar flera gånger i veckan och 16 procent motionerar en gång i veckan. 21 procent uppgav att de motionerar någon gång i månaden och 10 procent några gånger per år.



Figur 1. Andel av respondenterna som angett hur ofta de motionerar (%).

Enligt tabell 4 svarade mer än hälften att motion är lustfyllt och något som förbättrar hälsan.

Tabell 4. Respondenternas syn på motion, andel som angett respektive svarsalternativ (%).

Motion för mig är...	(n=140)
lustfyllt	62
något som förbättrar/bibehåller hälsan	94
social gemenskap	44
tävlan	13
inget jag reflekterar över	2
något negativt/ger mig inget	0

7.3 Utbildningen

Utbildningens innehåll gällande förebyggande och behandlande arbete kopplat till fysisk aktivitet

På en fyrgradig skala, med svarsalternativen hög grad, viss grad, låg grad och inte alls, uppgav 47 procent av respondenterna att utbildningen tagit upp sjukdomsförebyggande arbete inom sjukvården i hög grad. 43 procent uppgav att området tagits upp i viss grad.

Respondenterna ombads att ange om någon/några av följande ämnesområden ingått i deras yrkesutbildning: *fysisk aktivitet i sjukdomsförebyggande syfte, fysisk aktivitet i sjukdomsbehandling, hur studenterna i sin kommande yrkesroll kan arbeta med fysisk aktivitet som förebyggande åtgärd och hur studenterna i sin kommande yrkesroll kan arbeta med fysisk aktivitet som behandlande åtgärd.* Enligt tabell 5 var *fysisk aktivitet i sjukdomsförebyggande syfte* det ämnesområde som en majoritet av samtliga respondenter ansåg att yrkesutbildningen innehållit. Det ämnesområde som minst andel av samtliga respondenter i tabell 5 ansåg att deras yrkesutbildning innehållit var *hur de i sin kommande yrkesroll kan arbeta med fysisk aktivitet som behandlande åtgärd.*

Utifrån tabell 5 jämfördes även fördelningen av svarsalternativ inom respektive yrkesutbildning. En klar majoritet i samtliga grupper svarade att *fysisk aktivitet i*

sjukdomsförebyggande syfte tagits upp i respektive utbildning. Vad gäller ämnesområdena *fysisk aktivitet i sjukdomsbehandling, hur studenterna i sin kommande yrkesroll kan arbeta med fysisk aktivitet som förebyggande åtgärd* och *hur studenterna i sin kommande yrkesroll kan arbeta med fysisk aktivitet som behandlande åtgärd* svarade ungefär hälften av arbetsterapeuterna ja och hälften nej på om dessa ingått i utbildningen. Bland sjukgymnasterna uppgav en klar majoritet att samma ämnesområden tagits upp.

Tabell 5. Andel av studenterna som uppgett vad yrkesutbildningarna innehållit (%).

	Samtliga respondenter (n=140)	Arbets-terapeut-studenter (n=18)	Läkar-studenter (n=33)	Sjuk-gymnast-studenter (n=30)	Sjuk-sköterske-studenter (n=59)
Fysisk aktivitet i sjukdomsförebyggande syfte	93	83	94	97	93
Fysisk aktivitet i sjukdomsbehandling	75	50	67	100	75
Hur studenterna i sin kommande yrkesroll kan arbeta med fysisk aktivitet som förebyggande åtgärd	69	44	49	97	75
Hur studenterna i sin kommande yrkesroll kan arbeta med fysisk aktivitet som behandlande åtgärd	63	56	39	100	59

Utbildningens innehåll gällande fysisk aktivitet på recept, FaR

Av samtliga respondenter hade 60 procent kommit i kontakt med FaR i sin utbildning. I tabell 6 visas fördelningen av hur stor andel inom respektive utbildning som kommit i kontakt med FaR. Vid en jämförelse av de enskilda utbildningsgrupperna framgår att hos sjukgymnaststudenterna svarade 97 procent att de kommit i kontakt med FaR i sin utbildning. Hos arbetsterapeutstudenterna svarade 32 procent att de hade kommit i kontakt med FaR i sin utbildning.

Tabell 6. Andel som kommit i kontakt med FaR under respektive utbildning (%).

	Arbets-terapeut-studenter (n=19)	Läkar-studenter (n=33)	Sjukgymnast-studenter (n=29)	Sjuksköterske-studenter (n=58)	p-värde
Ja	32	52	97	55	
Nej	68	48	3	45	0,000

$$X^2 = 24,030 \text{ df} = 3$$

På frågan om respondenterna visste att de i sin kommande yrkesroll kan förskriva fysisk aktivitet på recept uppgav 61 procent totalt att de visste om det. Tabell 7 visar en uppdelning av respektive utbildningsgrupp. Majoriteten av läkarna (94 procent) och sjukgymnasterna (90 procent) uppgav att de visste om att de fick förskriva fysisk aktivitet på recept medan majoriteten i de båda övriga utbildningarna uppgav att de inte visste det.

Tabell 7. Andel inom respektive utbildning som visste att de i framtiden kan komma att förskriva fysisk aktivitet på recept (%).

	Arbetsterapeut- studenter (n=18)	Läkar- studenter (n=33)	Sjukgymnast- studenter (n=30)	Sjuksköterske- studenter (n=59)	p-värde
Ja	33	94	90	36	
Nej	67	6	10	64	0,000

$$X^2=47,328 \text{ df.}=3$$

Tabell 8 visar att 45 procent uppgav att utbildningen tagit upp FaR samtidigt som de visste att de kommer att kunna skriva ut recept i framtiden. De som hade kommit i kontakt med FaR i utbildningen samtidigt som de inte visste att de fick förskriva fysisk aktivitet på recept stod för 15 procent.

Tabell 8. Samband mellan om respondenterna kommit i kontakt med FaR i utbildningen och om de visste att de fick förskriva fysisk aktivitet på recept (%).

		Visste att de fick förskriva FaR		p-värde
		Ja	Nej	
Kommit i kontakt med FaR i utbildningen	Ja	45	15	
	Nej	16	24	0,000

Fischers exakta test

Utbildningens innehåll gällande pedagogiska verktyg

Bland respondenterna var det 80 studenter (57 procent) som svarade att de fått pedagogiska verktyg, såsom till exempel samtalsteknik, i sin yrkesutbildning. Av dessa 80 studenter ansåg 85 procent att verktygen kommer att vara till hjälp i ett patientmöte.

Enligt tabell 9 var det bland läkarna och arbetsterapeuterna som störst andel svarat att de genom sin utbildning fått pedagogiska verktyg.

Tabell 9. Andel som anser att de genom sin utbildning fått pedagogiska verktyg, såsom exempelvis samtalsteknik (%).

	Arbetsterapeut- studenter (n=19)	Läkar- studenter (n=33)	Sjukgymnast- studenter (n=30)	Sjuksköterske- studenter (n=59)	p-värde
Ja	90	91	27	44	
Nej	11	9	73	56	0,000

$$X^2=39,035 \text{ df.}=3$$

7.4 Inställningen till fysisk aktivitet på recept, FaR

På en fyrgradig skala med svarsalternativen positiv, ganska positiv, ganska negativ och negativ svarade 82 procent respektive 81 procent av respondenterna att de var positiva till att använda fysisk aktivitet på recept i förebyggande respektive behandlande syfte. På en femgradig skala av likert-typ (där respondenten kunde ange något av svarsalternativen från instämmer helt till instämmer inte) svarade 72 procent att de instämde helt i att FaR är ett bra komplement till farmaceutiska recept. På samma femgradiga skala instämde 57 procent helt till att förskrivning av FaR är ett bra tillvägagångssätt för att åstadkomma en livsstilsförändring.

99 procent av respondenterna ansåg att sjukvården är en lämplig arena för receptförskrivning av fysisk aktivitet, av dem kunde en fjärdedel tänka sig att arbetet även kan ske inom andra

arenor. Förslag på arenor som respondenterna gav var på apoteket, företagshälsovård, arbetsplatser, inom friskvård, kommunen, skolhälsovård, barnomsorg, grundskola, alternativa terapeuter, kyrkan.

Index avseende inställningen till FaR som arbetsmetod

Som går att utläsa ur tabell 10 jämfördes index avseende inställningen till FaR som arbetsmetod med en rad variabler såsom ålder, kön och så vidare. Det medelvärdet som angav det lägsta av två medelvärden innebar att det visade på en mer positiv inställning. Exempelvis var männens medelvärde 6,30 och kvinnornas var 7,70. Det innebar att männen var mer positiva till FaR som arbetsmetod än kvinnorna ($p=0,006$). Den äldre åldersgruppen var således mer positivt inställda. Det fanns en tendens att de som motionerade flera gånger i veckan hade en mer positiv inställning än de som motionerade en gång i veckan eller mer sällan ($p=0,072$). De som instämde till att de kände sig rustade i att motivera en kommande patient till en livsstilsförändring var mer positiva till FaR som arbetsmetod än de som inte instämde ($p=0,000$).

Tabell 10. Index avseende inställningen till FaR som arbetsmetod, i relation till olika variabler.

Enkätfrågor	m	SD	p-värde
Kön:			
Man	6,30	2,08	
Kvinna	7,70	2,70	0,006
Ålder:			
≤ 29	7,00	2,48	
≥ 30	5,67	1,36	0,001
Tidigare yrkeserfarenhet:			
Ja	6,75	2,33	
Nej	6,30	2,18	0,970
Motionsvanor			
Flera ggr/vecka	6,23	6,23	
En ggr/ vecka – mera sällan	7,02	2,57	0,072
FaR i utbildningen:			
Ja	6,49	2,27	
Nej	6,80	2,32	0,312
Lika effektivt med muntligt råd om fysisk aktivitet som skriftliga recept			
Instämmer	6,04	2,35	
Instämmer inte	5,27	1,86	0,233
Rustad att motivera patient till en livsstilsförändring			
Instämmer	5,38	1,70	
Instämmer inte	6,80	2,93	0,000

Signifikant p-värde i fetstil

7.5 Patientmötet

En majoritet av respondenterna, 70 procent, instämde helt till att det är dialogen med patienten som är den primära utgångspunkten vid val av FaR som ordination, övriga instämde inte helt. Av samtliga respondenter instämde 69 procent i att de kände sig rustade att motivera patienten till en livsstilsförändring, övriga instämde inte. På påståendet ”jag befinner mig i en maktposition i förhållande till patienten” svarade 48 procent att de instämde, övriga instämde inte.

8. Diskussion

Vi kommer nedan att diskutera studiens resultat i relation till tidigare undersökningar. Syftets två huvuddelar är *attityden* till fysisk aktivitet på recept samt hur *utbildningen* gett förutsättningar till att kunna arbeta med metoden i framtiden. De viktigaste resultaten i studien var att den generella attityden var positiv till att använda fysisk aktivitet på recept i förebyggande och behandlande syfte men att studenterna inte visar upp en sammanhållen bild av innehållet rörande FaR i respektive utbildning. Det var 60 procent av respondenterna som hade kommit i kontakt med FaR i utbildningen samtidigt som 61 procent visste att de kan komma att förskriva FaR i sin kommande yrkesroll. Resultatet tyder även på att en majoritet anser att fysisk aktivitet i sjukdomsförebyggande syfte ingått i utbildningen men det finns en tendens att ju närmare frågorna berör det praktiska arbetet desto lägre andel anser att det tagits upp i utbildningen.

Diskussionen kommer att behandla inställningen till fysisk aktivitet på recept, innehållet rörande FaR i yrkesutbildningarna samt reflektioner kring den framtida profession som väntar studenterna. Diskussionen avslutas med resonemang kring studiens upplägg och folkhälsovetenskaplig relevans.

8.1 Inställning till fysisk aktivitet på recept (FaR)

Då vi jämförde studenternas motionsvanor med index som behandlar inställningen till FaR som arbetsmetod visade det att det fanns en tendens att de som motionerade flera gånger i veckan var mer positivt inställda till FaR än de som motionerade en gång i veckan till mera sällan. Enligt Bohner & Wänke (2002) är det mest troligt att en persons attityd till ett specifikt attitydobjekt påverkar beteendet till just detta objekt. Studenternas motionsvanor tyder på att en aktiv livsstil skulle kunna bidra till en mer positiv inställning till FaR och påverka beteendet, det vill säga benägenheten att använda metoden i framtiden.

Studien visar även att de som känner sig rustade att motivera en kommande patient till en livsstilsförändring också hade en mer positiv syn på FaR som arbetsmetod (det vill säga ett lägre index). Vad som visat sig haft stor betydelse för förskrivning av fysisk aktivitet på recept är just motiverande samtal med patienten. Det innebär att det viktiga är hur receptförskrivaren samtalar för att höja patientens motivation att följa ordineringsen (Statens folkhälsoinstitut, 2006). Kurtz, Silverman & Draper (2005) konstaterar i sin studie att läkarnas attityder och färdigheter tenderar att påverka varandra. Studien visar att läkare med positiva attityder till ett psykosocialt perspektiv på patientmötet använder också en mer patientcentrerad ansats i mötet med patienten och visar på mer samarbetsvilja. Kurtz et al:s resonemang stämmer överens med vad vår studie visar, det vill säga att färdigheter i att vara rustad till att motivera en patient till en livsstilsförändring kan associeras med en positivare attityd till FaR.

En majoritet av respondenterna, 72 procent, instämde till att FaR är ett bra komplement till farmaceutiska recept. I hälso- och sjukvårdslagens omarbetade version från 1998 betonas patientperspektivet, vad gäller exempelvis individuellt anpassad information och ökad valfrihet vid val av behandlingsformer (Hälso- och sjukvårdslagen, 1998). Nilsson (2005) menar att läkaren måste tro på effekten av fysisk aktivitet på recept för att övertyga patienten om det. Att en majoritet instämmer till att FaR är ett bra komplement till traditionella recept öppnar upp för att utveckla en bredare hälso- och sjukvård, där större utrymme och valfrihet förhoppningsvis ges åt patienten. Inställningen tyder på goda förutsättningar för studenterna att anamma FaR.

Så gott som samtliga respondenter (99 procent) ansåg att sjukvården är en lämplig arena för receptförskrivning av fysisk aktivitet. En fjärdedel av dem kunde tänka sig att arbetet även kan ske inom andra arenor. I ”Mål för folkhälsan” prioriteras ett av målen, ”Ökad fysisk aktivitet”. Där beskrivs det hur samhället ska utformas så att det ger förutsättningar för en ökad fysisk aktivitet hos befolkningen (Socialdepartementet, 2002). När det gäller FaR är det av stor vikt att patienten får hjälp med att genomföra och fullfölja sitt recept med utbyggda strukturer som stödjer individen (Statens folkhälsoinstitut, 2006). Respondenters förslag på arenor utanför sjukvården där metoden kan integreras var apoteket, företagshälsovård, arbetsplatser, inom friskvård, kommunen, skolhälsovård, barnomsorg, grundskola, alternativa terapeuter, kyrkan. Dessa förslag tyder på en öppen syn på FaR och stora möjligheter att utveckla metoden till att omfatta fler arenor än idag. Förslagen som respondenterna givit skulle alltså kunna vara möjliga arenor för att förskriva fysisk aktivitet på recept men de hade också kunnat vara receptmottagningar som stöttar patienten till att fullfölja sin ordination av fysisk aktivitet.

8.2 Utbildning

I ett sociokulturellt perspektiv är kunskap något som hjälper individen att se ett problem eller en företeelse som något bekant och som något hon har tidigare erfarenhet av. Människan befinner sig under ständig förändring och utveckling och har därmed i varje enskild situation möjlighet att utveckla kunskap (Säljö, 2003). Enligt Helkama et al (2004) är kunskap om ett objekt grundläggande för attityder. I förebyggande arbete som är livsstilsorienterat finns det risk för att egna attityder och värderingar får en alltför framträdande plats. Med utbildning kan sådana problem delvis åtgärdas (Socialstyrelsen, 2004). Därför anser vi att det är av stor vikt att titta på vad utbildningarna ger för kunskaper/färdigheter inom områden kopplade till arbetsmetoden FaR.

Kunskaper i förebyggande och behandlande arbete

Resultatet visar att 93 procent respektive 75 procent anser att utbildningen tar upp fysisk aktivitet i sjukdomsförebyggande syfte respektive i sjukdomsbehandling. Andelen minskar ytterligare då respondenterna fått svara på om utbildningarna berört hur de i sin kommande yrkesroll kan arbeta med fysisk aktivitet förebyggande och behandlande. Enligt Socialstyrelsen (2004) bör universitet och högskolor ge studenterna möjlighet att fördjupa sig i hälsopedagogik och de metoder som finns, till exempel motiverande samtal, stöd vid rökstopp och andra förändringar av levnadsvanor. Enligt respondenternas svar verkar det som det praktiska området kring hur studenterna i sin kommande yrkesroll kan arbeta med fysisk aktivitet i förebyggande och behandlande syfte inte tagits upp i lika stor utsträckning. Det hade därför varit önskvärt att alla ämnesområden berörts lika mycket, då det praktiska området inom arbetet med FaR är minst lika viktigt som kunskaper om effekterna av fysisk aktivitet.

Pedagogiska verktyg

När vi mer specifikt frågade om det praktiska området, det vill säga om de fått pedagogiska verktyg såsom till exempel samtalsteknik, svarade 80 studenter (57 procent) att de ingått i yrkesutbildningen. Enligt Svederberg & Svensson (2001) uppfattas pedagogik som ett praktiskt verksamhetsområde som något individen med teoretiska och praktiska utgångspunkter ägnar sig åt för att förbättra människors möjligheter att utveckla kunskaper, värderingar och handlingsmönster. Vi tolkar Svederberg & Svensson som att individen, i det här fallet studenten som den blivande receptförskrivaren, genom pedagogiken kan förbättra människors, det vill säga kommande patienters *kunskaper, värderingar och handlingsmönster*. *Kunskaper* om fysisk aktivitet och dess hälsoeffekt, *värderingar* avseende patientens livsstil och *handlingsmönster* genom att i praktiken få patienten att följa en ordination av fysisk aktivitet. De pedagogiska verktygen bör vara en del av den förskrivande personalens kompetens och det hade varit önskvärt om fler respondenter ansett att dessa ingått i utbildningen.

En majoritet av sjukgymnasterna anser att de inte har fått pedagogiska verktyg. Många av fysioterapeuten i Sverige bemannas idag av sjukgymnaster där deras främsta uppgift består i att motivera och stötta patienter som fått fysisk aktivitet på recept (Region Skåne, 2006). Att en så stor andel av sjukgymnasterna svarat att de inte fått pedagogiska verktyg i sin utbildning bör uppmärksammas eftersom de är en framstående yrkesgrupp inom arbetet med att handleda patienter till att fullfölja deras ordination. Då FaR innefattar motiverande samtal med patienten som en komponent (Kallings & Leijon, 2003) tror vi på att införa det redan i utbildningen kan skapa goda förutsättningar för studenterna att arbeta med metoden i framtiden.

Har yrkesutbildningarna tagit upp FaR?

Vårt resultat visar att 60 procent av samtliga respondenter har kommit i kontakt med FaR i sin utbildning. 61 procent visste att de kommer att kunna förskriva FaR i deras kommande yrkesprofession. Vi jämförde dessa frågor med om studenterna fått pedagogiska verktyg inom yrkesutbildningen och fann intressanta resultat. Majoriteten av sjukgymnaststudenterna svarade att de kommit i kontakt med FaR och visste att de fick förskriva medan endast 27 procent ansåg att de fått pedagogiska verktyg. Enligt Kallings & Leijon (2003) innefattar FaR en helhetslösning med en fungerande vårdkedja av förskrivare och aktivitetsledare, individanpassad ordination, motiverande samtal med patienten samt uppföljning av receptet. Vi ser det som positivt att så stor andel har kännedom om metoden utifrån utbildningen men ifrågasätter hanterbarheten i ett framtida arbete med FaR. Även om en majoritet av sjukgymnasterna ansett att de kommit i kontakt med FaR inom yrkesutbildningen ifrågasätter vi om FaR som helhetskoncept verkligen framgång eftersom en så låg andel ansett att den pedagogiska biten ingått. Bland arbetsterapeutstudenterna var förhållandet det omvända. Där svarade en majoritet att de inte har kommit i kontakt med FaR och inte heller visste att de fick förskriva samtidigt som 90 procent ansett att de fått pedagogiska verktyg. De pedagogiska förutsättningarna är därmed en bra utgångspunkt för studenterna. Dock hade det varit önskvärt om fler kommit i kontakt med FaR i utbildningen, som ett led i att skapa förutsättningar till att lättare etablera metoden.

Enligt resultatet finns det ett samband mellan om studenterna kommit i kontakt med FaR i utbildningen och visste att de får förskriva. Intressant var att en mindre andel, 15 procent, ansåg att FaR hade ingått i utbildningen men visste inte om att de i framtiden kommer att kunna förskriva fysisk aktivitet på recept. Det ställde oss frågande till hur ingående utbildningarna berört FaR. Bland läkar- och sjuksköterskestudenterna svarar nästan hälften ja

och hälften nej på om FaR ingått i respektive yrkesutbildning. Enligt Wahlqvist et al (2005) består de flesta medicinska utbildningarna av sjukdomsrelaterade kunskaper med kort introducering av respektive ämne. Kanske visar vårt resultat på samma tendens som Wahlqvist beskriver, det vill säga att läkar- och sjuksköterskegruppens osäkerhet beror på att ämnena endast berörts kort och att det speglas i svaren. Att introducera FaR handlar om förändringsarbete hos såväl personal, patienter som de aktörer som erbjuder aktiviteter. Ett sådant förändringsarbete i en organisation med långvariga traditioner, som inom hälso- och sjukvården, är tidskrävande. FaR handlar om en ny arbetsmodell och ett helt nytt sätt att tänka (Kallings och Leijon, 2003). Vi anser därmed i enlighet med Folkhälsoinstitutets (2006) rekommendationer att det vore lämpligt att komplettera grundutbildningarna inom vården med kunskap om FaR. Det är då av vikt att implementera men också kvalitetssäkra FaR som ett ämnesområde inom yrkesutbildningarna.

Utbildningen som förberedande plattform

Totalt instämde 69 procent av respondenterna till att de var rustade att motivera en kommande patient till en livsstilsförändring. Det kan kopplas till Banduras känsla av självförmåga. Känsla av självförmåga innebär en persons uppskattning av interna och externa faktorer och om de kan bidra till en förändring. De interna faktorerna innefattar om en person känner att dennes kunskaper och färdigheter är tillräckliga (Bandura, 1986). En studie av Bass et al (2004) visar att rådgivningsträning och rollspelssituationer med övningar bland studenter inom vårdyrkesutbildningar ökade kunskaperna och gav mer självsäkerhet att i deras kommande yrkesroll hantera en samtalssituation. Det är positivt att så stor andel av studenterna känner sig rustade till att motivera en kommande patient till en livsstilsförändring. Vi kan inte uttala oss om vad studenterna genomgått i utbildningarna men vill ändå lyfta vikten av praktisk träning inom yrkesutbildningen såsom Bass et als studie visar. Det skulle lyfta studenterna och stärka deras självförmåga. Det är viktigt att färdigheter och kunskaper inom arbetsmetoden FaR integreras i yrkesutbildningarna så att de blivande receptutskrivarna känner sig rustade för arbetsmetoden väl ute i verksamheten.

Utbildningsstycket har behandlat studenternas uppfattning om vad yrkesutbildningarna tagit upp. Vi ser utbildningen som en möjlig appropriering för studenterna. Appropriering kan enligt Säljö (2003) ses som en gradvis process där individen bekantar sig med och lär sig använda redskap i olika verksamheter. Successivt skaffar sig individen allt större erfarenhet av hur de kan brukas på ett produktivt sätt. Redskapen kommer att ingå som en repertoar av möjliga sätt att förstå och handla som individen tar med sig (ibid). Utbildningen som en förberedande plattform kan ge förutsättningar som studenterna bär med sig i sin framtida yrkesprofession.

8.3 Den framtida yrkesprofessionen

Patientmötet

Enligt Cornett (2006) uppvisar sjukvårdspersonalen sin professionalism genom attityder, kunskaper och beteende som reflekterar en mångfacetterad inställning till normer, föreskrifter och principer. Studenternas attityder och åsikter kring ett kommande patientmöte är därför av intresse då mötet är en del av den profession som väntar studenten. Patientmötet är även en central del gällande förskrivning av fysisk aktivitet på recept.

Enligt resultatet motionerade 51 procent av respondenterna flera gånger i veckan och en majoritet ansåg att motion är något lustfyllt och något som förbättrar hälsan. Enligt Foster et

al (2001) påverkar läkarens egna hälsovanor villigheten att diskutera levnadsvanor med patienten. Med bakgrund av Foster et als resonemang är det positivt att majoriteten av respondenterna har en positiv inställning till motion vilket skulle kunna resultera i att diskussionen kring levnadsvanor blir en mer naturlig del av mötet med patienten inom hälso- och sjukvården.

Nästan hälften av respondenterna instämde till att de i ett kommande patientmöte befinner sig i en maktposition. Enligt Jenner (2004) skiljer sig den professionella relationen från andra medmänskliga kontakter, det vill säga läkare eller liknande yrkeskategorier har ett övertag grundat bland annat på en formell och informell maktposition. Det är därför av särskild betydelse att patientens beroendesituation inte förstärks. Vad respondenterna lägger för värderingar i maktposition är utifrån resultatet inte möjligt att avgöra, men drygt hälften av respondenterna instämde inte till att de i ett kommande patientmöte befinner sig i en maktposition. Det är därför viktigt att i utbildningen göra studenterna medvetna om den professionella relationens betydelse. Liksom Jenner menar vi att läkare eller liknande yrkesprofessioner bör eftersträva ett skapa-perspektiv där utgångspunkten är patienten och att utforma behandlingsplanen i en dialog.

En majoritet av respondenterna, 70 procent, instämde helt till att det är dialogen med patienten som är den primära utgångspunkten vid val av FaR som ordination. Centralt vid förskrivning av FaR är att just patienten gör ett val och att förskrivaren har en optimistisk och empatisk attityd (Kallings & Leijon, 2003). Allmänläkaren Olle Hellström (1999) menar att dialogen alltid är eftersträvansvärd i mötet med patienten. Det är av vikt att låta patienten själv medverka i dialogen och ges möjlighet att uttrycka egna önskemål och behov. Hälsovetenskapen blir här en mycket viktig del då det handlar om förståelse för och kunskap om sambanden mellan levnadsvanor och levnadsförhållanden hos patienten. Vi ser det som positivt att en majoritet av respondenterna ser dialogen som en viktig utgångspunkt vid ordination av FaR. Det kan innebära att patienten verkligen kommer till tals vilket i sin tur bidrar till ett patientorienterat arbetssätt.

När det gäller FaR och samtalet med patienten handlar det övergripande om det pedagogiska förhållningssättet som receptförskrivaren har. Endast 68 studenter, knappt hälften av respondenterna, har fått pedagogiska verktyg som de i sin tur känner kan vara till hjälp i ett kommande patientmöte. Det hade varit önskvärdt om fler respondenter, totalt sett, haft med sig pedagogiska verktyg ut i arbetslivet som de upplevt kan vara till användning. De hade kunnat bidra med en högre självförmåga att hantera en metod som FaR i framtiden.

Krav-kontroll-stöd

Det vi kan konstatera är att den framtid som väntar studenterna innebär en profession som enligt Croona (2005) medför att möta och svara upp mot medborgarnas och samhällets förväntningar på demokrati och solidaritet och samtidigt förvalta samhälleliga resurser. Folkhälsoinstitutet, Sveriges största organisation för folkhälsofrågor, prioriterar "Ökad fysisk aktivitet" och "En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård" som två av elva folkhälsomål (Socialdepartementet, 2002) och FaR är en naturlig länk i arbetet med att uppnå målen. Vi anser att det kräver en balans i behov och förväntningar och hur arbetet ska hanteras. Karasek och Theorell (1990) beskriver en modell som behandlar förhållandet av krav, kontroll och stöd i arbetssituationen och hur det påverkar hälsan. Det finns vissa likheter enligt vår åsikt mellan krav-kontroll-stöd-modellen och hur vi kan se på arbetet med FaR samt hur bättre förutsättningar kan skapas. Med begreppet *krav* menar vi begäran från samhället, det vill säga den nationella folkhälsopolitiken, till exempel att sjukvården ska arbeta mer förebyggande

och hälsofrämjande. Det ställer krav på studentens kommande yrkesprofession. Med *kontroll* ser vi hur yrkesutbildningar kan ge kunskaper och förutsättningar att behärska arbetet med FaR ute i verksamheten. *Stöd* komponenten härleder vi till att den nytexaminerade kan få stöd till att arbeta med metoden från organisationen han eller hon hamnar i.

Enligt Karasek och Theorell är en gynnsam arbetssituation när kraven är höga samtidigt som individens kontroll är hög. Förhållandet innebär en inspirerande arbetsmiljö och individen blir *aktiv* i arbetet. Det här förhållandet kan illustreras utifrån att nationella krav i att etablera FaR är höga, de nytbildade har fått kunskap om FaR genom sin yrkesutbildning som gör att de skulle kunna behärska metoden (hög kontroll), samtidigt finns stöd för att bedriva FaR ute i verksamheten. Den mest gynnsamma situationen för införandet av FaR i verksamheten anser vi vara om förskrivande personal är rustad med kunskap och färdigheter. Det här förhållandet kan skapa en aktiv och delaktig förskrivande personal vilket enligt Kallings och Leijon (2003) krävs för att genomslagskraften av FaR ska bli större. Det mest ogynnsamma förhållandet enligt Karasek och Theorell är om kraven är höga och kontrollen låg, individen blir då *spänd* vilket kan leda till ohälsa såsom stress. Om studenterna inte har tillräckliga kunskaper och färdigheter om konceptet FaR och kommer ut i en verksamhet som förväntar sig att ett effektivt FaR-arbete bedrivs, kan de uppleva höga krav från samhälle och omgivning. Det kan bidra till att arbetssituationen blir spänd, vilket kan försvåra etablerandet av FaR. Vi vill med ovanstående resonemang kring krav-kontroll-stöd modellen visa på hur en gynnsam arbetssituation kan skapas för de studenter som ska ut i arbetslivet.

8.4 Resonemang kring studiens upplägg

Vi valde att göra en kvantitativ enkätundersökning, en tvärsnittsstudie som ger en ögonblicksbild av olika förhållanden vid ett tillfälle. Tvärsnittsstudien kan inte påvisa orsakssamband utan enbart associationssamband mellan variablerna (Ejlertsson 2005). Innan enkäterna distribuerades till målgruppen genomfördes en pilotstudie i avsikt att höja kvaliteten på enkäten. I studien ingick totalt 182 studenter varav 141 besvarade enkäten, vilket innebär en svarsfrekvens på 77 procent. Enligt Ejlertsson (2005) bör en väl förberedd och väl genomförd enkätundersökning kunna ha en svarsfrekvens kring eller till och med 80 procent. Vi anser därmed att svarsfrekvensen i den här studien är en styrka.

Bortfall

Bortfallet uppgick till 23 procent och det var sjuksköterskegruppen som stod för den största andelen. Bortfallet kan vara kopplat till att vi kom ut i en tidpunkt precis före jul samt i anslutning till studenternas slutexamen vilket innebär att mycket skolarbete var avslutat och mer frivilliga klasstillfällen hölls. Enligt Ejlertsson (2005) gäller det att akta sig för olämpliga tidpunkter som krockar med andra kända aktiviteter såsom julfirande och så vidare då benägenheten att svara inte är så stor. Ett annat resonemang kring bortfallet är att de som ansvarade för att dela ut enkäterna till dem som inte närvarat vid första tillfället kanske inte såg uppgiften som så angelägen. Vad vi kunde ha gjort annorlunda är att själva återkomma till skolan och samla in enkäterna. Dock var det flera av de lektionsansvariga som föredrog att vi överlät ansvaret till dem då det var svårt att hitta tid för återhämtande och det valde vi att tillmötesgå. Medvetet valdes postenkäter bort eftersom vi tror svarsfrekvensen hade blivit ännu lägre. Dels med tanke på tidpunkten men också för att en anonym enkät användes och då ges inte möjligheten att skicka ut påminnelsebrev. Vad gäller det interna bortfallet var det mellan 1-2. Ejlertsson (2005) menar att ju sämre konstruerade frågor desto större internt bortfall. Det låga bortfallet i den här studien kan tyda på att enkätfrågorna är väl konstruerade.

Validitet och reliabilitet

För att kvalitetsgranska en studie används begreppen validitet och reliabilitet. Med validitet menas till vilken grad studien mäter det som den är avsedd att mäta. I validitetsbegreppet ingår innehållsvaliditet, intern och extern validitet. Med innehållsvaliditet innefattas det som experter inom området anser tillhöra den begrepps värld som används när nya studier görs (Andersson, 2006). Innan syftet och målgrupp bestämdes gjordes en gedigen research av området för att se vad som gjorts tidigare och vad expertis kommit fram till. Begreppet FaR studerades närmare, kontakt togs med en person på Centralsjukhuset i Kristianstad samt relevanta personer på Skåneidrotten som är aktiva i arbetet med FaR. Enligt Andersson (2006) är den interna validiteten teorin och grundar sig på tidigare studier av de begrepp som används när nya studier ska göras samt känd kunskap inom området (Andersson, 2006). Innan syfte fastställdes kollade vi upp tidigare studier för att se vilka nya infallsvinklar vi kunde bidra med. Många granskade vetenskapliga artiklar har använts i denna studie vilket säkrar den interna validiteten. Innehållsvaliditeten och den interna validiteten anser vi vara styrkor i studien. Extern validitet betyder i vilken grad det går att generalisera resultatet (Andersson, 2006). Populationen i denna studie är begränsad till två lärosäten och fyra yrkesutbildningar. Yrkesutbildningar kan skilja sig åt från ett lärosäte till ett annat vilket kan göra att det är svårt att generalisera resultaten från denna studie till andra utbildningar i landet. Med reliabilitet menas hur pass tillförlitlig studien är (Andersson, 2006). I vår studie sammanfördes en del variabler som speglar liknande förhållanden till ett index. Genom att studera indexets reliabilitet beräknades ett Cronbachs alpha värde. Det uppgick till 0,78. Detta värde är tillräckligt reliabelt för att användas i analys tillsammans med det övriga materialet då det överstiger 0,70 (Ejlertsson, 2005).

Bias – systematiska fel?

Vad gäller bias kan det förekomma minnesfel vid frågor som berört motionsvanor och innehåll i utbildning. Angående respondenternas motionsvanor var vi endast intresserade av respondenternas uppskattning kring sina motionsvanor. Svaren gav oss därmed en uppfattning om regelbundenheten och vi anser därför att frågan ej är någon större felkälla. Vad gäller frågor rörande innehållet i utbildningen visar inte resultatet på en entydig och sammanhållen bild av vad studenterna inom respektive grupp svarat. En förklaring kan vara att frågorna upplevts som otydligt ställda eller så råder en osäkerhet bland studenterna i vilken utsträckning ämnesområdena ingått. Enligt Säljö (2003) handlar lärandets problem om att människor har olika erfarenheter i en lärosituation, det vill säga vi tar med oss olika innebörder, tolkningar och handlingsmönster till andra sammanhang senare i livet. Vi ser också likt Säljö (2003) att problemet i sådana frågor kan ligga i att individerna har olika erfarenheter och tolkar situationer olika vilket i sin tur kan ge den här typen av variation i svaren.

Enligt Ejlertsson (2005) kan det förekomma att respondenterna svarar efter vad som förväntas istället för realiteten. Vi menar att det är allmänt vedertaget att fysisk aktivitet bör ses som något positivt vilket kan ha påverkat respondenterna. Istället för att svara personligt kanske de svarar efter vad sin blivande yrkeskategori bör tycka. Enigheten hos studenterna vad gäller attityden till FaR anser vi kan bero på att attityder, enligt Helkama et al (2004), är socialt konstruerade och uttrycker grupptillhörighet och social identitet. Men förhoppningsvis har anonymiteten i studien bidragit till att respondenterna svarat ärligt och personligt. Anonymiteten ser vi därför som en styrka i studien.

Slutord

Vi som uppsatsförfattare har en positiv inställning till FaR och anser dels utifrån tidigare erfarenhet och dels med de kunskaper som studien gett att det är en fördelaktig arbetsmetod. Diskussionen speglas därför av vår syn på arbetet och hur vårdrkesutbildningar kan initiera ämnet. Studien visar att attityden till fysisk aktivitet på recept är positiv i flera avseenden men att studenternas åsikter om vad utbildningarna tagit upp rörande FaR inte visar en entydig bild. Vi vill därför avslutningsvis lyfta det hälsopedagogiska perspektivet. Hälsopedagogik måste grundas på kunskap om sambanden mellan levnadsvanor och levnadsförhållanden, men också på medvetenhet om att förutsättningarna för lärande är beroende av samhälleliga maktförhållanden. Bättre levnadsvanor, ökad hälsa, ökad livslängd, ökad livskvalitet, förstärkning av den enskildes egna resurser, utveckling av ett kritiskt förhållningssätt kan vara möjliga mål för hälsopedagogisk verksamhet, dessa mål eftersträvas även inom FaR. Vi menar därför att yrkesutbildningarna, vars studenter kan komma att förskriva FaR, bör innehålla grunderna i metoden. Det kan skapa ett effektivt arbete inom FaR väl ute i verksamheterna, därmed kan folkhälsan gynnas genom en mer fysiskt aktiv befolkning.

9. Folkhälsopedagogisk relevans

En arena där många viktiga insatser för ökad fysisk aktivitet kan göras är inom hälso- och sjukvården. Det finns ett stort behov av att finna nya arbetssätt inom denna arena som inte bara behandlar sjukdom utan också förebygger (Folkhälsoinstitutet, 2006). Socialstyrelsen bedriver i skrivandets stund ett projekt som syftar till att ge rekommendationer till beslutsfattare och hälso- och sjukvårdspersonal hur man på bästa sätt kan hjälpa enskilda patienter att förändra sin livsstil. Förändringarna ska bestå i att stärka hälsan och minska risken för sjukdom. Otillräcklig fysisk aktivitet och motion har valts ut som ett av fyra prioriteringsområden eftersom det anses beröra många människors hälsa och därmed tar stora samhällsekonomiska resurser i anspråk. De är de naturliga mötena med den enskilde individen i hälso- och sjukvården som åtgärderna är avsedda för. Avsikten är att få en samlad bild av åtgärdernas effekter och rangordna dem därefter (Socialstyrelsen, 2006). Vi ser här att FaR är en viktig del i ett sådant rikstäckande projekt.

Enligt en personlig kontakt (2006) är Nordöstra Skånes FaR-arbete än så länge i en uppstartsfas. Kallings & Leijon (2003) framhåller vikten av att inte se FaR som ett i raden av projekt utan som en möjlighet att utveckla verksamheten. Varje verksamhet behöver anpassa arbetet efter sina lokala förutsättningar och en del problem har uppstått i samband med implementeringen. Idag är arbetssituationen för personal inom hälso- och sjukvården mycket ansträngd, både ekonomiskt och resursmässigt. Nilsson (2005) nämner hur otydlighet, bristande förankring, dålig kommunikation och otydliga och vaga mandat bidragit till brister i FaR-arbetet. Om arbetet med FaR skall fungera i ett längre perspektiv anser vi därför att de anställdas situation måste ses över så att de finns förutsättningar för dem att arbeta under gynnsamma förhållanden. Dessa förutsättningar menar vi kan skapas redan under utbildningen. Med bakgrund av det osammanhängande resultat som framgått i den här studien gällande innehållet av FaR i yrkesutbildningarna, hoppas vi kunna väcka intresse för att sätta in och stärka åtgärder redan under utbildningsstadiet. Förhoppningsvis kan den här undersökningen bidra med kunskap och nya idéer för utvecklingsarbetet inom FaR i så väl Nordöstra Skåne som i andra verksamheter och geografiska områden. Den regionala kunskapen hoppas vi därmed kan bidra med kunskap för arbete även på nationell nivå.

För att få igenom en nationell implementering av FaR har det bland annat startas en samrådsgrupp bestående av ledamöter från organisationer med fysisk aktivitet som

prioriteringsområde. Den yrkesprofessionen vi går till mötes som blivande folkhälso pedagoger arbetar med att initiera, samordna och stödja verksamheter och projekt med koppling till folkhälsan. Fysisk aktivitet på recept är ett exempel på ett sådant projekt och vi ser många möjligheter i att kunna bistå med att koordinera det arbetet. Med utgångspunkt i denna studie, där vi menar att FaR-metoden skulle kunna ingå redan i yrkesutbildningarna, kan det vara en god idé att knyta kontakter med representanter från Högskolor och Universitet till att ingå i den nationella samrådsgruppen. På så sätt skulle frågor gällande utformningen av en sådan utbildning vi efterfrågar kunna lyftas.

I den här studien har fokus legat på att få en bild av studenters attityder till FaR och åsikter gällande innehåll i yrkesutbildningarna i olika avseenden. Resultatet visar på intressanta bitar som skulle kunna utvecklas till ämne för nya studier. Till exempel går det inte att få en sammanhållen bild av innehållet avseende ämnesområden kopplade till fysisk aktivitet och FaR i yrkesutbildningarna, utan endast en fingervisning kan utläsas utifrån svaren från respondenterna. Innehållet i utbildningarna hade kunnat vara föremål för vidare studier, lämpligt vis av kvalitativ karaktär. Den här undersökningen har fokus på blivande receptförskrivare och hur deras kunskaper kan bidra med ett effektivt etablerande av FaR. Det kan även finnas en poäng i att i framtiden undersöka de strukturer som omger patienten och hur dessa upplevs utifrån ett patientperspektiv. FaR handlar om hur samhället kan skapa förutsättningar till en mer fysiskt aktiv befolkning och här spelar patientens vilja och följsamhet till receptet en avgörande roll. En vidareutveckling av patientens perspektiv ser vi därför som en vidare utgångspunkt att studera.

10. Referenser

- Andersson, I. (2006). *Epidemiologi för hälsovetenskaper*. Lund: Studentlitteratur.
- Bass, P., Stetson, B., Rising, W., Wesley, G., & Ritchie, S. (2004). Development and evaluation of a nutrition and physical activity counselling module for first-year medical students. *Medical Education Online* 9, 1-7.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations and thought of action. A social cognitive theory*. New Jersey: Prentice Hall.
- Becker, MH. (1974). The health belief model and personal health behaviour. *Health Education Monogram*. 2, 324-473.
- Bengtsson, H., & Svensson, C. (2006). *Läkarnas inställning till FaR-metoden – i relation till deras personliga erfarenheter till fysisk aktivitet och idrott*. (C-uppsats från Idrottsvetenskapliga programmet). Malmö Högskola
- Bohner, G., & Wänke, M. (2002). *Attitudes and Attitude Change*. East Sussex, UK: Psychology Press.
- Bolin, K., & Lindgren, B. (2006). *Fysisk inaktivitet - produktionsbortfall och sjukvårdskostnader*. (Rapport 2006-10). Svenskt friluftsliv
- Bäckström, T., & Norén, S. (2006). *Läkare och sjukgymnasters ordination av fysisk aktivitet*. (Examensarbete från sjukgymnastprogrammet). Luleå tekniska universitet. Institutionen för Hälsovetenskap.
- Carmnes, U. (2000). *Klinisk/tillämpad utbildning- ur studenters och handledares perspektiv. Om mäter/gesällärande och högskolemässighet i vård- och sociala omsorgsutbildningar*. (Högskoleverkets arbetsrapporter 2000:1).
- Centralsjukhuset Kristianstad. (2006). [Elektronisk] Tillgänglig: <http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=100192>. (2006-12-13)
- Cornett-Sutherland, B. (2006). A principal calling: Professionalism and health care services. *Journal of Communication Disorders*. 39, 301-309.
- Croona, G. (2005). *Bemötandets etik och praktik – ur ett diskursteoretiskt perspektiv*. [Elektronisk]. Tillgänglig: www.vardalinstitutet.net, Tematiska rum.
- Dimbleby, R., & Burton, G. (1999). *Kommunikation är mer än ord*. Lund: Studentlitteratur.
- Egidius, H. (2001). *Skola och utbildning – i historiskt och internationellt perspektiv*. Borås: Natur och kultur.
- Egidius, H. (2002). *Pedagogik för 2000-talet*. Stockholm: Natur och kultur.
- Ejlertsson, G. (2003). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.

Ejlertsson, G. (1996,2005). *Enkäten i praktiken – En handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Ekblom, B. (2004). Fysisk aktivitet. I Svenska läkarsällskapet (Red), *Allt väl? Om livsstil, ansvar och hälsa*. (Svensk medicin nr.74). Stockholm: Förlagshuset Gothia AB.

Elley, C., Kerse, N., Arroll, B., & Robinson, E. (2003). Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal*. 326, 793-796. Auckland: BMJ Publishing Group Ltd.

Forsman, B. (1997). *Forskningsetik*. Lund: Studentlitteratur.

Foster, K., Diehl, N., Shaw, D., Rogers, R., Egan, B., Carek, P., & Tomsic, J. (2001). Medical students readiness to provide lifestyle counselling for overweight patients. *Pergamon- Eating Behaviours*. 3, 1-13. South Carolina: Elsevier Science Ltd.

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

Gleitman, H. (1995). *Basic psychology*. (4th ed.). New York: W. W. Norton & Company.

Helkama, K., Myllyniemi, R., & Liebkind, K. (2004). *Socialpsykologi – en introduktion*. Malmö: Liber AB.

Hellström, O. (1999). *Patienten som person: om mening och dialog i allmänmedicinsk praktik*. (avhandling, Umeå universitet).

Hälso- och sjukvårdslagen. (1998). *SFS hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet

Hälso- och sjukvårdslagen. (1992). *SFS hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

Jenner, H. (2004). *Motivation och motivationsarbete*. Stockholm: Liber.

Jilcott, S., Keyserling, T., Samuel-Hodge, C., Rosamond, W., Garcia, B., Will, Julie., Farris, R., & Ammerman, A. (2006). Linking Clinical Care to Community Resources for Cardiovascular Disease Prevention: The North Carolina Enhanced WISEWOMAN Project. *Journal of woman's health*. 15. 569-583.

Kallings, L. M., & Leijon, M. (2003). *Erfarenheter av fysisk aktivitet på recept – FaR*. Statens folkhälsoinstitut. Sandviken: Sandvikens tryckeri.

Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity and reconstruction of working life*. New York: Basic Books/Harper.

Kurts, S., Silverman, J., & Draper, J. (2005). *Teaching and learning communication skills in medicine*. Abingdon: Radcliffe publishing.

- Leijon, M., & Jacobsson, M. (2005). *Kunskapsunderlag fysisk aktivitet*. Östergötland: Folkhälsovetenskapligt Centrum.
- Martino, S., Haeseler, F., Belitsky, R., Pantaloni, M., & Fortin, A. (2007). Teaching brief motivational interviewing to Year three medical students. *Medical education*. 41. 160-167.
- Medin, J., & Alexandersson, K. (2001). *Hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur.
- Menckel, E., & Österblom, L. (2000). *Hälsofrämjande processer på arbetsplatsen*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Miller, WR., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing. Preparing people for change*. New York: Guilford Press.
- Naidoo, J., & Wills, J. (2000). *Health Promotion, second edition*. London: Ballière Tindal
- Nilsson, L. (2005). *Fysisk aktivitet på recept i primärvården – En implementeringsstudie i Örebro län*. (Rapportserie Laboremus 2005:2).
- Olsson, U. (2001). *Om folkhälsovetenskapens historia*. I Svederberg, E., Svensson, L., & Kindeberg, T. (Red). *Pedagogik i hälsofrämjande arbete*. (pp 35-68) Lund: Studentlitteratur.
- Olsson, U. (2000). Om pedagogikens bidrag till folkhälsoarbetet. *Socialmedicinsk tidskrift*: 2, 164-169.
- Pellmer, K., & Wramner, B. (2001). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber AB.
- Permer, K., & Permer, L, G. (1989). *Psykologi – en grundbok*. Lund: Studentlitteratur.
- Primärvården Skåne. (2006). [Elektronisk] www.skane.se
Tillgänglig: <http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=179445&epslanguage=EN>
(2006-10-25)
- Raustorp, A. (2004). *Att lära fysisk aktivitet*. Uppsala: Kunskapsföretaget
- Skåneidrotten. (2006). *FaR-modell*. [Elektronisk] Tillgänglig:
<http://www.rf.se/skane/t4.asp?p=139281> (2007-02-27)
- Slack, M., K. (2006). Interpreting current physical activity guidelines and incorporating them into practice for health promotion and disease prevention. *American Journal of Health-System Pharmacy*. 63. 1647-1653.
- Socialdepartementet. (2002). *Mål för folkhälsa 2000*. Stockholm: Regeringen
- Socialstyrelsen. (2004). *Hälsofrämjande hälso- och sjukvård? - En kartläggning av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser* [Elektronisk] Tillgänglig:
www.socialstyrelsen.se (2006-01-16)

Socialstyrelsen. (2006). *Nationella riktlinjer för metoder att förebygga sjukdom genom påverkan av livsstilsfaktorer*. [Elektronisk]. Tillgänglig: www.socialstyrelsen.se/Amnesord/halso_sjuk/riktlinjer/Forebygga+sjukdom.htm (2007-03-23)

Statens Folkhälsoinstitut. (2006). *Målområde 9: Ökad fysisk aktivitet*. [Elektronisk] Tillgänglig: http://www.fhi.se/templates/Page_127.aspx (2006-12-11)

Statens Folkhälsoinstitut. (2002). *Sätt Sverige i rörelse 2001- redovisning och erfarenheter*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.

Statens folkhälsoinstitut. (1996). *Vårt behov av rörelse - en idéskrift om fysisk aktivitet och folkhälsa*. Folkhälsoinstitutet och Förlagshuset Gothia AB

Stensaasen, S. (2000). *Grupprocesser* (2:a rev.uppl.).

Svederberg, E., & Svensson, L. (2001). *Ett folkhälso pedagogiskt synsätt* I Svederberg, E., Svensson, L., & Kindeberg, T., (red). *Pedagogik i hälsofrämjande arbete*. Lund: Studentlitteratur.

Swinburn, B., Walter, L., Arroll, B., Tilyard, M., & Russell, D. (1997). Green prescription: attitudes and prescriptions of general practitioners towards prescribing exercise. *British Journal of General Practice*. 47, 567-569.

Säljö, R. (2003). *Lärande i praktiken – ett sociokulturellt perspektiv*. Stockholm: Bokförlaget Prisma.

Theorell, T. (2003). *Psykosocial miljö och stress*. Lund: Studentlitteratur.

Thurston, M., & Green, K. (2004). Adherence to exercise later in life: how can exercise on prescription programmes be made more effective. *Health Promotion International*. 19, 3.

Wahlqvist, M., Mattsson, B., Dahlgren, G., Hartwig-Eriksson, M., Henriques, B., Hamark, B., & Hösterey-Ugander, U. (2005). Instrumental strategy: A stage in students' consultation skills training? *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 23, 164-170.

WHO & FAO. (2003). *Diet nutrition and prevention of chronic disease*. (WHO technical report series 2003:916).

Ågren, G. (2004). *Folkhälsa och livsstil*. I Svenska läkarsällskapet (Red), *Allt väl? Om livsstil, ansvar och hälsa*. (Svensk medicin nr.74). Förlagshuset Gothia AB.

Bilaga 1. Följebrev

Till Dig som läser sista året på Din yrkesutbildning vid XXX!

Samhället idag ställer mindre krav på fysisk ansträngning i de dagliga aktiviteterna, vilket har bidragit till en ökning av livsstilsrelaterad ohälsa såsom övervikt och fetma, hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes. Det är väl vetenskapligt underbyggt att det finns ett tydligt samband mellan omfattning av fysisk aktivitet och hälsotillstånd. Fysisk aktivitet kan idag ses som ett komplement till läkemedel då den har många unika egenskaper och är den enskilda behandling som kan föreskrivas på recept mot en mängd riskfaktorer. Den här typen av receptföreskrivning kallas Fysisk aktivitet på recept – FaR. Samtidigt är en fysiskt aktiv livsstil ett medvetet val från individens sida. Det är viktigt att respektera individers integritet och därmed också valet av livsstil.

I region Skåne kan all legitimerad personal föreskriva FaR, det innefattar bland andra läkare, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster.

Vi är två studenter vid Folkhälsopedagogiska programmet i Kristianstad. Vi genomför just nu vår C-uppsats och är intresserade av att undersöka inställningen till fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling samt till fysisk aktivitet på recept bland sista-års studenter vid läkar-, sjuksköterske-, sjukgymnast- och arbetsterapeututbildningen vid XXX samt vid XXX. **Studien samt enkäten har blivit granskad och godkänd av Etikrådet vid institutionen för hälsovetenskaper på Kristianstad högskola.**

Som student på någon av dessa yrkesutbildningar på XXX eller XXX kan Du i framtiden komma att skriva ut fysisk aktivitet på recept och har därför valts ut att delta i den här enkätundersökningen. Ditt deltagande är naturligtvis frivilligt och kan när som helst avbrytas. Din medverkan är betydelsefull för studiens trovärdighet och det är av vikt för kvaliteten på undersökningen att Du besvarar frågeformuläret så fullständigt som möjligt.

Ditt deltagande i undersökningen är helt anonymt! Då vi inte efterfrågar Dina personuppgifter kan svaren därför inte kopplas till Dig som person. Undersökningsmaterialet kommer endast att hanteras av oss som uppsatsförfattare samt vår handledare.

Är det något annat Du undrar över så kontakta gärna oss.

Tack på förhand för Din medverkan!
Kristianstad, November 2006

Caroline Andersson
Studerande
073-3626885

Sofi Ahlin
Studerande
070-2059938

Lars Axelsson
Handledare
Universitetslektor

Bilaga 2. Följebrev

Till Dig som läser sista året på Din yrkesutbildning vid XXX!

Samhället idag ställer mindre krav på fysisk ansträngning i de dagliga aktiviteterna, vilket har bidragit till en ökning av livsstilsrelaterad ohälsa såsom övervikt och fetma, hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes. Det är väl vetenskapligt underbyggt att det finns ett tydligt samband mellan omfattning av fysisk aktivitet och hälsotillstånd. Fysisk aktivitet kan idag ses som ett komplement till läkemedel då den har många unika egenskaper och är den enskilda behandling som kan föreskrivas på recept mot en mängd riskfaktorer. Den här typen av receptföreskrivning kallas Fysisk aktivitet på recept – FaR. Samtidigt är en fysiskt aktiv livsstil ett medvetet val från individens sida. Det är viktigt att respektera individers integritet och därmed också valet av livsstil.

I region Skåne kan all legitimerad personal förskriva FaR, det innefattar bland andra läkare, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster.

Vi är två studenter vid Folkhälsopedagogiska programmet i Kristianstad. Vi genomför just nu vår C-uppsats och är intresserade av att undersöka inställningen till fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling samt till fysisk aktivitet på recept bland sista-års studenter vid läkar-, sjuksköterske-, sjukgymnast- och arbetsterapeututbildningen vid XXX samt vid XXX. **Studien samt enkäten har blivit granskad och godkänd av Etikrådet vid institutionen för hälsovetenskaper på Kristianstad högskola.**

Som student på någon av dessa yrkesutbildningar på XXX eller XXX kan Du i framtiden komma att skriva ut fysisk aktivitet på recept och har därför valts ut att delta i den här enkätundersökningen. Ditt deltagande är naturligtvis frivilligt och kan när som helst avbrytas. Din medverkan är betydelsefull för studiens trovärdighet och det är av vikt för kvaliteten på undersökningen att Du besvarar frågeformuläret så fullständigt som möjligt.

Ditt deltagande i undersökningen är helt anonymt! Då vi inte efterfrågar Dina personuppgifter kan svaren därför inte kopplas till Dig som person. Undersökningsmaterialet kommer endast att hanteras av oss som uppsatsförfattare samt vår handledare.

Om Du har några frågor vid ifyllandet av enkäten så finns vi närvarande. Är det något annat Du undrar över i efterhand så kontakta gärna oss.

Tack på förhand för Din medverkan!
Kristianstad, November 2006

Caroline Andersson
Studerande
073-3626885

Sofi Ahlin
Studerande
070-2059938

Lars Axelsson
Handledare
Universitetslektor

Bilaga 3. Enkät

Besvara frågorna med endast ett kryss som svarsalternativ om inget annat anges.

Fråga 1-4 handlar om Dig och Din bakgrund

1. Ange Ditt kön
- | | |
|--------|--------------------------|
| Kvinna | <input type="checkbox"/> |
| Man | <input type="checkbox"/> |
2. Ange Din ålder
- | | |
|----------------|--------------------------|
| Under 20 år | <input type="checkbox"/> |
| 20-24 år | <input type="checkbox"/> |
| 25-29 år | <input type="checkbox"/> |
| 30-34 år | <input type="checkbox"/> |
| 35-39 år | <input type="checkbox"/> |
| 40-44 år | <input type="checkbox"/> |
| 45-49 år | <input type="checkbox"/> |
| 50 år och över | <input type="checkbox"/> |
3. Ange vilken yrkesutbildning Du genomfört
- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| Arbetsterapeututbildning | <input type="checkbox"/> |
| Läkarutbildning | <input type="checkbox"/> |
| Sjukgymnastutbildning | <input type="checkbox"/> |
| Sjuksköterskeutbildning | <input type="checkbox"/> |
4. Har Du tidigare yrkeserfarenhet inom vården?
- | | |
|-----|--------------------------|
| Ja | <input type="checkbox"/> |
| Nej | <input type="checkbox"/> |

Fråga 5-7 handlar om Dina levnadsvanor gällande fysisk aktivitet

Enligt de nationella rekommendationerna för fysisk aktivitet bör alla individer vara fysiskt aktiva sammanlagt minst 30 minuter under dagen med måttlig intensitet (motsvarande till exempel rask promenad). Det innebär att till exempel 2×15 minuter skulle täcka dagsbehovet.

5. Med hänvisning till ovanstående rekommendation, anser Du Dig vara tillräckligt fysiskt aktiv?
- | | |
|-----|--------------------------|
| Ja | <input type="checkbox"/> |
| Nej | <input type="checkbox"/> |

6. Hur ofta motionerar/tränar Du så att Du blir andfådd och svettig?

- Varje dag
- Flera gånger i veckan
- En gång i veckan
- Någon gång i månaden
- Några gånger per år
- Aldrig

7. Motion för mig är...

(flera svarsalternativ kan anges)

- ..lustfyllt
- ..något som förbättrar/ bibehåller hälsan
- ..social gemenskap
- ..tävlan
- ..inget jag reflekterar över
- ..något negativt/ger mig inget
- ..inget av ovanstående

Fråga 8-12 handlar om innehållet i Din utbildning

Metoden att förskriva fysisk aktivitet på recept (FaR) används för såväl friska som sjuka personer för att förebygga och behandla vissa sjukdomstillstånd. I region Skåne kan all legitimerad personal förskriva FaR till exempel läkare, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster.

8. Tar Din yrkesutbildning upp sjukdomsförebyggande arbete inom sjukvården?

- I hög grad
- I viss grad
- I låg grad
- Inte alls

9. Tas något av följande upp i Din yrkesutbildning?

(flera svarsalternativ kan anges)

Fysisk aktivitet i sjukdoms-
förebyggande syfte

Fysisk aktivitet i sjukdomsbehandling

Hur Du i Din kommande yrkesroll kan
arbeta med fysisk aktivitet som
förebyggande åtgärd

Hur Du i Din kommande yrkesroll kan
arbeta med fysisk aktivitet som
behandlande åtgärd

Inget av ovanstående tas upp

10. a) Anser Du att Du genom Din utbildning fått pedagogiska verktyg, som exempelvis samtalsteknik?

Ja

Nej

Om Du svarat ja på fråga 10 a besvara då 10 b annars gå vidare till fråga 11

b) Tror Du dessa pedagogiska verktyg kommer att vara Dig till hjälp i ett patientmöte?

Ja

Nej

Osäker

11. Har Du kommit i kontakt med FaR i Din utbildning?

Ja

Nej

12. Visste Du att Du i Din kommande yrkesroll får skriva ut fysisk aktivitet på recept?

Ja

Nej

Fråga 13-16 handlar om Din syn på fysisk aktivitet på recept (FaR)

13. Hur ställer Du Dig till att ordinera fysisk aktivitet på recept i *förebyggande* syfte?

Positiv

Ganska positiv

Ganska negativ

14. Hur ställer Du Dig till att ordinera fysisk aktivitet på recept i *behandlande* syfte?

- Negativ
- Positiv
- Ganska positiv
- Ganska negativ
- Negativ

15. Anser Du att sjukvården är en lämplig arena för förskrivning av fysisk aktivitet på recept?

- Ja, kan även ske inom andra arenor
- Förslag: _____
-
- Ja
- Nej
- Nej, bör ske inom andra arenor
- Förslag: _____
-

Markera med ett kryss i den ruta som bäst passar in på Ditt svar. Siffran 1 eller 5 är svarens yttervärden. Om Du instämmer helt, sätt ett kryss under 1:an. Instämmer Du inte alls, sätt ett kryss under 5:an. Har Du en annan uppfattning, välj ett annat alternativ där emellan. **Sätt ett kryss för varje delfråga.**

16. Jag anser att...

- | | Instämmer helt | | | Instämmer inte alls | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| a) ...fysisk aktivitet på recept är ett bra komplement till farmaceutiska recept | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) ...förskrivning av fysisk aktivitet på recept är ett bra tillvägagångssätt för att åstadkomma en livsstilsförändring hos patienten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) ...när det gäller livsstilsförändring kan det vara lika effektivt att ge muntliga råd om fysisk aktivitet som att skriva ut ett recept på det | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) ...det är individens eget ansvar att vara fysiskt aktiv | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

e) ...jag är öppen för att använda fysisk aktivitet på recept i min kommande yrkesroll

Fråga 17 a-f handlar om patientmötet

Tänk Dig in i Din kommande yrkesroll. Följande påståenden behandlar mötet mellan patienten och Dig i Din yrkesroll.

17. I mötet med patienten anser jag...

	Instämmer helt			Instämmer inte alls	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
a) ...mig vara rustad att motivera patienten till en livsstilsförändring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ...att mitt sätt att motivera, påverkar följsamheten av en ordination av exempelvis FaR.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ...att jag kan utgå ifrån att motivera alla patienter på samma sätt då det gäller en livsstilsförändring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ...att mina tidigare erfarenheter har betydelse för hur jag presenterar en behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ... att vid ett val av fysisk aktivitet som ordination, är dialogen med patienten den primära utgångspunkten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) ...jag befinner mig i en maktposition i förhållande till patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du några övriga tankar eller synpunkter kring enkäten eller fysisk aktivitet på recept, är du välkommen att skriva dem här: _____

Tack för Din medverkan
/ Sofi och Caroline