



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för folkhälso- och idrottsvetenskap

Förskrivares syn på fysisk aktivitet på recept

Andreas Lindholm & Fredrik Lindén

2019

Examensarbete, Grundnivå (kandidatexamen), 15 hp
Idrottsvetenskap
Idrottsvetenskapliga programmet, inriktning hälsofrämjande livsstil
Examensarbete Idrottsvetenskap

Handledare: Anna Qvarfordt
Examinator: Kajsa Jerlinder

Abstrakt

Syftet med studien var att undersöka förskrivares syn på Fysisk aktivitet på recept (FaR). För att besvara detta syfte användes fyra frågeställningar: Vilka brister och styrkor anser förskrivare att det finns med FaR, kan en funktion som lotsar patienter med FaR bidra till att förskrivare väljer att skriva fler FaR, samt förskrivares syn på lotsning inom FaR som en avlastning för vårdpersonal. Metoden som användes var semistrukturerade intervjuer med sex förskrivare av FaR på ett sjukhus i Mellansverige. För att analysera intervjuerna genomfördes först en transkribering följt av en innehållsanalys där betydelsefulla citat från respondenterna användes för att skapa kodord, underkategorier och teman. Resultatet visade att de styrkor förskrivare kunde se med FaR var att det skapar en tydlighet och blir mer än bara ett muntligt råd för patienten. De brister som förskrivarna beskrev låg i uppföljningarna som ansågs bristfälliga samt en okunskap kring hur FaR skall användas. Förskrivarna ansåg att lotsning skulle kunna vara en extra resurs inom vården som kan avlasta vårdpersonal samt att det skulle kunna vara en hjälp för de patienter som behöver extra stöd med FaR. Den extra resurs som lotsningen kan bidra med menade förskrivarna skulle kunna leda till fler utskrivna FaR. Studien kan bidra med kunskap om FaR och dess förskrivare, vilket kan leda till en ökad förskrivning av FaR och gynna förskrivarna som använder FaR i sitt arbete samt att studien ger kunskap om hur följsamheten bland patienter kan tänkas förbättras. En möjlig lösning på problemen med uppföljningar och bristande kunskap om FaR är att det inrättas ytterligare en instans inom vården som jobbar tätt ihop med förskrivarna när de använder FaR och bistår med de extra resurser som krävs för att patienten ska fullfölja sin behandling.

Nyckelord

Vård, vårdpersonal, hälsa, träning.

Innehållsförteckning

1	Introduktion	1
2	Bakgrund	1
2.1	Fysisk aktivitet	1
2.2	Fysisk aktivitet på recept	2
2.3	Följsamhet av FaR.....	3
2.4	Funktioner för lotsning av FaR	4
2.5	Föreskrivning av FaR i Gävleborg.....	5
2.6	Möjliga åtgärder för att öka föreskrivning av FaR	6
2.7	Problemformulering	6
3	Syfte	7
3.1	Frågeställningar.....	7
4	Metod	8
4.1	Datainsamling	8
4.2	Urval.....	9
4.3	Analys.....	9
4.4	Tillförlitlighet.....	10
4.5	Etiska överväganden.....	11
5	Resultat.....	12
5.1	FaR	12
5.1.1	Brister med FaR.....	12
5.1.2	Styrkor med FaR	14
5.1.3	Faktorer för att förbättra FaR	15
5.2	Lotsning	16
5.2.1	Implementering av lotsning	16
5.2.2	Krav på en lots.....	17
5.2.3	Avlastning för vårdpersonal.....	18
5.2.4	Ökad föreskrivning av FaR.....	18
6	Diskussion	20
6.1	Metoddiskussion	23
7	Slutsatser	25
7.1	Fortsatt forskning	25
8	Källförteckning	27
9	Bilagor.....	1
9.1	Bilaga 1.....	1
9.2	Bilaga 2.....	2

1 Introduktion

Fysisk aktivitet på recept (FaR) började användas inom vården 2001 som ett verktyg för vårdpersonal att behandla och förebygga sjukdomar som till exempel fysisk inaktivitet kan leda till (Kallings, 2010). Fysisk inaktivitet är ett växande problem och enligt Loyen et al. (2017) så når 79 procent av den svenska befolkningen inte upp till den dagliga rekommenderade minimumgränsen av fysisk aktivitet. Denna fysiska inaktivitet gör att riskerna ökar att drabbas av folksjukdomar som diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar och en för tidig död, samt att det kan tänkas leda till stora ekonomiska kostnader för samhället (Bolin, 2018; Loyen et al., 2017). Förskrivningen av FaR har dock minskat stadigt sedan år 2014 då den målrelaterade ersättningen försvann (Sjölin, 2018). Några åtgärder som skulle kunna motverka minskningen av antalet utskrivna FaR är ett större engagemang, bättre kunskap och samarbeten som sträcker sig utanför vården (Gustavsson et al., 2018). Den forskning som finns gällande förskrivares uppfattningar kring FaR och dess användande är begränsad. Det finns i dagsläget oklarheter kring vilka uppfattningar förskrivare har kring FaR samt vilka hinder och möjligheter de kan se i sitt eget arbete med just detta verktyg inom vården. Med förskrivare menar vi den här studiens intervjuade individer som har möjlighet att skriva FaR till patienter de träffar. Förskrivarna består av yrkeskategorier som läkare, fysioterapeuter, sjuksköterskor samt en idrottsledare som jobbar på sjukhuset.

2 Bakgrund

2.1 Fysisk aktivitet

Regelbunden fysisk aktivitet över längre tid kan bidra till bättre hälsa, livskvalité, fysisk kapacitet med mera (Henriksson & Sundberg, 2016). Att vara fysiskt aktiv regelbundet leder också till en minskad risk att insjukna i många av de stora folksjukdomarna enligt Wennberg et al. (2015). Utöver att fysisk aktivitet är en behandling som är väldigt effektiv så innebär den också minimalt med biverkningar för personer som är drabbade av olika typer av kroniska sjukdomar (Hellénus, Kowalski, Leijon, Kallings, & Ståhle, 2016). Att vara fysiskt aktiv kan innebära allt från att vara ute på en promenad till att lyfta vikter på ett gym; fysisk aktivitet innebär alltså att energiförbrukningen ökar från den förbrukning som sker i vila (Mattson, Jansson, & Hagströmer, 2016). Det finns rekommendationer att följa för barn och ungdomar, vuxna och äldre. För barn och ungdomar (6–17 år) rekommenderas 60 minuters daglig fysisk aktivitet av främst aerob karaktär (konditionsträning) som ett minimum och detta bör kompletteras med träning

som stärker muskler och skelett tre gånger per vecka. Barn, i ålder 0–5 år, ska också vara fysiskt aktiva och detta bör ske dagligen och uppmuntras (Berg, 2016). Vuxna bör vara fysiskt aktiva åtminstone 150 minuter varje vecka med måttlig intensitet. Vid hög intensitet är rekommendationen 75 minuter varje vecka. Två gånger per vecka bör den vuxna även utföra aktiviteter som stärker de stora muskelgrupperna i kroppen. För äldre (>65 år) ser rekommendationerna ut på samma sätt, men här bör även balansen tränas. Det kan tilläggas att mer fysisk aktivitet utöver rekommendationerna leder till ytterligare positiva hälsoeffekter (Jansson, E. Hagströmer, M. Andersson, 2016).

Att vara fysiskt inaktiv kan leda till problem som diabetes typ 2, hjärt- och kärlsjukdomar, vissa typer av cancer och en för tidig död (se t.ex. Henriksson & Sundberg, 2016; Loyen et al., 2017). Loyen et al. (2017) har genom användandet av accelerometrar studerat 9 509 invånare i flera europeiska länder. Sverige var ett av de länder som studerades och resultaten visar att vi svenskar rör på oss alldeles för lite i förhållande till de rekommendationer av fysisk aktivitet som tidigare nämnts. Angående stillasittande som är en riskfaktor för tidigare nämnda sjukdomar så sitter 70 procent av svenskarna stilla mer än 7,5 timmar per dag och 14 procent sitter stilla mer än 10 timmar per dag. Angående rekommendationerna om daglig fysisk aktivitet så når 79 procent inte upp till minimumgränsen för vad som rekommenderas per dag. Utöver detta så är det 7 procent av svenskarna som både sitter stilla mer än 10 timmar per dag och inte når upp till den dagliga rekommenderade mängden fysisk aktivitet (Loyen et al., 2017). Enligt en studie av Bolin (2018) kan även slutsatserna dras att hälsoeffekterna av fysisk inaktivitet orsakar stora ekonomiska kostnader. Kostnaderna som kunde hänföras till fysisk inaktivitet visades enligt studien vara jämförbara med kostnaderna för rökning under år 2002. Samhället uppskattades förlora 6,6 miljarder kronor på grund av fysisk inaktivitet och kostnaderna för rökning uppskattades till 8,3 miljarder kronor för samhället samma år. Sammanfattningsvis är alltså de positiva hälsoeffekterna av fysisk aktivitet väl belagda samtidigt som fysisk inaktivitet har visats leda till en ökad sjukdomsrisk, förtida död och stora kostnader för samhället.

2.2 Fysisk aktivitet på recept

Fysisk aktivitet på recept (FaR) är något som vården använder sig av för att hjälpa patienter att behandla och förebygga olika typer av sjukdomar. När en patient får FaR utskrivet så sker det i samtal med en förskrivare och anpassas utifrån varje patients egna förutsättningar. FaR används både som ersättning och komplement till läkemedel som en patient kan ha (Sjölin, 2018). Målgruppen för FaR är individer som behöver öka sin

nivå av fysisk aktivitet, det kan vara på grund av anledningar som behandling av sjukdom eller i ett preventiv syfte för att undvika att drabbas av till exempel diabetes, depression samt högt blodtryck (Brydolf & Eriksson, 2017). Grunden till införandet av FaR lades av Folkhälsoinstitutet 2001 som på uppdrag av regeringen initierade ett projekt som kallades ”Sätt Sverige i rörelse 2001”. Projektet var tänkt att på sikt förändra synen på fysisk aktivitet i samhället och leda till att den fysiska aktivitetsnivån ökar i hela befolkningen. Projektet fokuserade bland annat på hälso- och sjukvården för att hitta sätt att förskriva fysisk aktivitet på recept i syfte att förebygga och behandla sjukdomar. Detta arbete gav upphov till ett pilotprojekt som Statens folkhälsoinstitut initierade och det resulterade i utvecklingen av ett arbetssätt inom vården som skulle bli kallat FaR (Kallings, 2010). Användningen av FaR som en behandling inom sjukvården finns, så vitt vi vet utifrån studier på området, i Sverige och England. I dagsläget finns dock en plan att införa FaR i flertalet länder inom EU, där Sverige står i spetsen och ska leda projektet (Folkhälsomyndigheten, 2019).

2.3 Följsamhet av FaR

Kan följsamheten av FaR öka så blir effektiviteten i detta verktyg högre och skulle eventuellt kunna leda till att fler förskrivare väljer att använda FaR (Larsson, 2018). Följsamhet innebär att en patient följer den ordination som de förskrivits av vården. Enligt en svensk studie av Hellénus, Kowalski, Leijon, Kallings, och Ståhle (2016) där de följde upp 298 individer som fått FaR var det 52 procent av deltagarna som svarade att de hade genomfört fysisk aktivitet som motsvarade det som stod i receptet. En annan studie från England visar på en följsamhet på 47 procent bland de 119 individer som deltog (Jones, Harris, Waller, & Coggins, 2005).

Majoriteten av de som fick FaR upplevde ett ökat välbefinnande efter sex månader och de upplevde att det ökade välbefinnandet var kopplat till den fysiska aktivitet som de genomfört (Hellénus et al., 2016). Orsaken till att de valde att följa det som stod i receptet var främst egna tankar om att bli mer fysiskt aktiv i kombination med besöket på sjukhuset samt den rådgivning de fick. Andra orsaker till att de valde att följa receptet var att de hade rimliga förväntningar kring effekten av fysisk aktivitet och ett gott psykiskt välbefinnande. Vidare så var själva receptet till hjälp då de flesta var positivt inställda till det (Hellénus et al., 2016; Jones et al., 2005). Trots de positiva gensvar som kan ses i resultatet så diskuterades förändringar i livsstil enbart med 30 procent av de patienter som besökte sjukvården och endast 20–40 procent av de som diskuterade förändringar i livsstil fick ett FaR utskrivet (Hellénus et al., 2016).

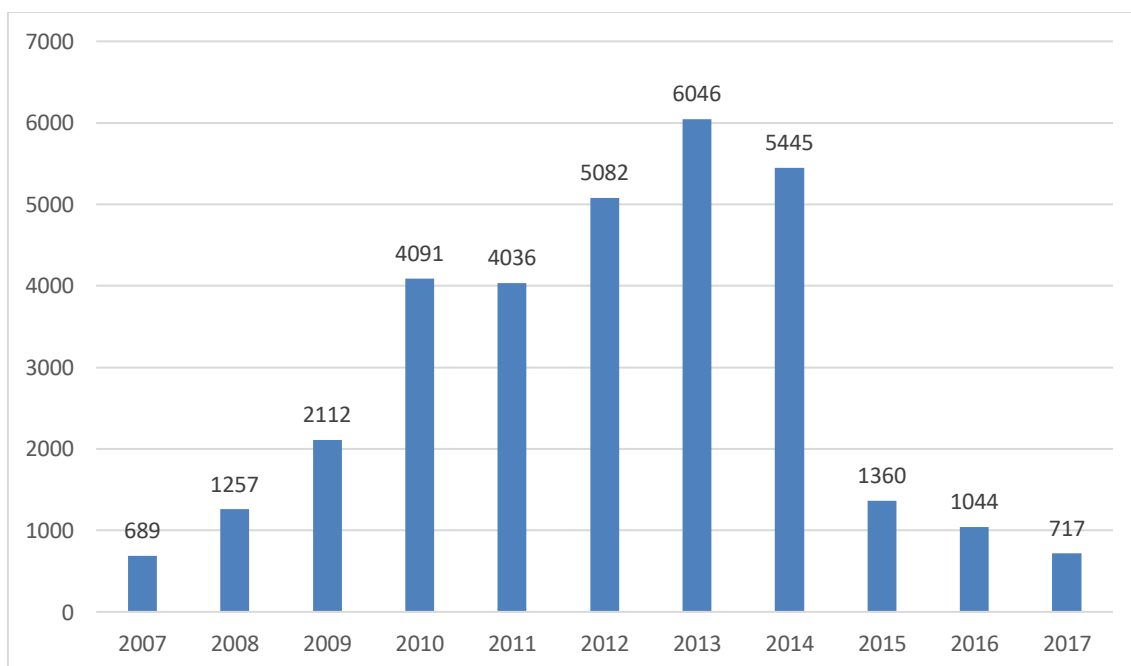
Anledningar till att inte fullfölja FaR kan vara på grund av: för höga förväntningar på vad den fysiska aktiviteten ska leda till, ett lågt psykiskt välbefinnande, bristande motivation, tidsbrist samt att den fysiska aktiviteten som de fick rekommenderad inte passade just den individen (Hellénus et al., 2016; Jones et al., 2005). För höga förväntningar är en faktor som förskrivaren skulle kunna påverka genom att beskriva för patienten vad hen kan förvänta sig utav den fysiska aktivitet som förskrivits (Jones et al., 2005).

2.4 Funktioner för lotsning av FaR

För att underlätta för personer som fått FaR förskrivit så har det vid flertalet platser i landet införts funktioner som är tänkta att vara en hjälp med vägledning i fysisk aktivitet, en så kallad lots. Vid Gymnastisk och idrottshögskolan i Stockholm (GIH) har det sedan 2016 funnits en friskvårdslotsmottagning som erbjuder vägledning till personer med FaR. När en person känner att han eller hon behöver extra stöd med att komma igång med den fysiska aktiviteten kan förskrivaren skicka FaR till lotsmottagningen på GIH, sedan tar lotsen där kontakt med patienten. Lotsen och patienten träffas och genomför ett motiverande samtal om den fysiska aktivitet som patienten blivit förskriven. Uppföljning av samtalet sker efter en, tre och sex månader (Kierkegaard, 2015). Inom Region Gävleborg finns FaR-aktivitetsarrangörer, vilket innebär att Region Gävleborg erbjuder en sammanställd lista över gym som finns tillgängliga i området, samt vilka aktiviteter som erbjuds (Region Gävleborg, 2019). Ytterligare ett exempel på en funktion för att underlätta att hitta aktiviteter för personer med FaR finns inom Region Stockholm och kallas FaRledare. Hos FaRledare kan receptet användas för att söka efter lämpliga aktiviteter som motsvarar det som förskrivaren har rekommenderat (Region Stockholm, n.d.). Det finns ett behov av stöd för individer som fått ett FaR i Sverige och flertalet regioner har skapat funktioner som är tänkta att underlätta för dessa individer. Regionerna har gjort detta på olika sätt med bland annat lotsningen på GIH och FaRledare i Stockholm samt aktivitetsarrangörer i Gävleborg. Den typ av lotsning som de har genomfört på GIH där patienten får en individuellt framtagen plan och stöttning är något som författarna anser är ett steg i rätt riktning, men det har tyvärr inte genomförts någon typ av utvärdering på detta ännu, så det är svårt att uttala sig om effekten det har fått för patienternas hälsa.

2.5 Förskrivning av FaR i Gävleborg

Den senaste rapporten från Region Gävleborg angående förskrivningen av FaR visar på en minskning av antalet utskrivna recept. 2016 skrevs 1044 FaR ut inom primärvården och under 2017 skrevs 717 recept ut (Sjölin, 2018). Det fanns under åren 2010–2014 en ersättning för de hälsocentraler som följde upp utskrivna FaR och det var även då det skrevs ut flest antal recept (6046 st under 2013). Figur 1 visar hur antalet förskrivna FaR ökat och minskat under tidsperioden 2007 till 2017. Eftersom det är en sådan signifikant minskning från åren när hälsocentralerna fick en ersättning för att skriva FaR till året efter ersättningen försvann, så är det sannolikt att detta är en stor bidragande orsak till att antalet FaR minskat med drygt 4000 recept mellan åren 2014–2015. Det ska dock tilläggas att dokumentationen inte är systematisk och rutinmässig ännu så det kan vara svårt att göra exakta jämförelser mellan åren (Sjölin, 2018). De yrkeskategorier som främst förskriver FaR inom primärvården är fysioterapeuter (60,8 procent), sjuksköterskor (16,8 procent) och läkare (11,0 procent). När det kommer till uppföljning av FaR så är det inte alltid den som förskrivit receptet som gör uppföljningen. De allra flesta uppföljningar står fysioterapeuterna för med 74,1 procent, följt av sjuksköterskorna på 13,1 procent och läkarna med 8,2 procent (Sjölin, 2018). Det vi kan se utifrån detta är att förskrivningen av FaR minskat drastiskt sedan 2014 och att den yrkeskategori som skriver flest FaR i dagsläget är fysioterapeuter samt att uppföljningen av FaR inte alltid sköts av den förskrivare som skrev receptet från början.



Figur 1. Antal förskrivna FaR 2007–2017 i Gävleborgs primärvård, efter Sjölin (2018)

2.6 Möjliga åtgärder för att öka förskrivning av FaR

De allra flesta studier som genomförs kring FaR har ett fokus på patienten, men det finns ett fåtal studier som har tittat på vad som krävs enligt förskrivare för att FaR ska fungera på ett hållbart sätt. De argument som redovisas i flertalet av dessa studier är att förskrivare upplever att de saknar kunskap om hur de ska ge råd kring fysisk aktivitet till sina patienter samt att det krävs ett delat ansvar både inom och utanför sjukvården för att FaR ska bli ett effektivt verktyg (Gustavsson et al., 2018; Liljebjörn, 2011; Persson, Brorsson, Ekvall Hansson, Troein, & Strandberg, 2013). Exempel på förslag som lyfts fram är att det behövs en tydligare struktur för hur FaR skall användas, till exempel lathundar för förskrivning, mer utbildning och en större tilltro och kunskap kring FaR. Det behövs även ett större engagemang från de ledande delarna inom vården och ett samarbete som sträcker sig utanför vården (Gustavsson et al., 2018; Liljebjörn, 2011; Persson, Ovhed, & Hansson, 2010). Det finns alltså relativt få studier om förskrivares syn på FaR, speciellt vad gäller möjliga åtgärder för att öka förskrivningen av FaR. Det som vi vill bidra med genom den här studien och anser saknas är hur problematiken mer konkret kan lösas och då har vi valt att även titta på hur lotsning inom FaR skulle kunna användas tillsammans med resultaten från tidigare forskning för att öka förskrivningen av FaR.

2.7 Problemformulering

Förskrivningen av FaR har sjunkit sen den målrelaterade ersättningen försvann 2014. Samtidigt som förskrivningen av FaR sjunker så blir individer i samhället mer fysiskt inaktiva och det kan som tidigare nämnts leda till flertalet hälsoproblem. Vi är därför intresserade av att undersöka hur förskrivare ser på FaR, vilka styrkor och brister de kan se och om det finns några åtgärder eller funktioner, som till exempel lotsning, som skulle kunna bidra till en ökad användning av FaR inom vården.

3 Syfte

Syftet med studien är att undersöka förskrivares syn på Fysisk aktivitet på recept (FaR).

3.1 Frågeställningar

- Vilka brister anser förskrivare att det finns med FaR?
- Vilka styrkor anser förskrivare att det finns med FaR?
- Kan en funktion som lotsar patienter med FaR bidra till att förskrivare väljer att skriva fler FaR?
- Förskrivares syn på lotsning inom FaR som en avlastning för vårdpersonal.

4 Metod

Målet med studien var att förstå och tolka hur ett antal individer uppfattar ett fenomen, vilket var anledningen till att vi valt en kvalitativ ansats (Hassmén & Hassmén, 2008). Vår uppmärksamhet riktades mot det individuella och eventuellt avvikande och vi var intresserade av att hitta samband och få djup i vår data, vilket naturligt ledde till valet av ett kvalitativt tillvägagångssätt med en tolkande inriktning (Hassmén & Hassmén, 2008).

4.1 Datainsamling

Data för arbetet samlades in genom sex stycken semistrukturerade intervjuer (se t.ex. Hassmén & Hassmén, 2008) med förskrivare av FaR från två olika avdelningar på ett sjukhus i Mellansverige. Intervjuguiden som finns bifogad som Bilaga 1 bestod av två frågeområden, FaR och lotsning, samt bakgrundsfrågor och en avslutande fråga, där vi öppnade upp för respondenterna att tillägga något utifrån deras egna tankar om ämnet (Hassmén & Hassmén, 2008). Intervjuguiden är inte baserad på tidigare forskning och har utvecklats av författarna själva med målet att svara på studiens syfte och frågeställningar. I konstruktionen av intervjuguiden så följdes Jones (2015) riktlinjer för utformning av en guide. Intervjuguiden började med lättare bakgrundsfrågor för att respondenten skulle känna sig bekväm i situationen, huvudfrågorna var grupperade så att det blev en logisk ordningsföljd i intervjun, frågorna formulerade även så att relevansen av frågorna skulle framstå tydligt samt för att undvika missförstånd (Jones, 2015). Valet av intervju har gjorts eftersom det var en kvalitativ studie med syftet att undersöka förskrivares syn på FaR samt för att kunna uppnå en djupare förståelse (Jones, 2015) kring deras syn på FaR. Det var från början tänkt att en pilotintervju skulle utföras på en förskrivare i syfte att förfina intervjuguiden (Jones, 2015), men på grund av få deltagare kunde inte någon förskrivare undvaras för att testa intervjufrågorna. De förskrivare som ingick i studien fick vi kontaktuppgifter till genom en process som började med att vi kontaktade den ansvariga för FaR inom regionen och berättade om vår tänkta studie. Vi blev därefter hänvisade till en verksamhetschef på ett av regionens sjukhus och fick genom hen kontaktuppgifter till två avdelningschefer som vidare hänvisade oss till de förskrivare som vi intervjuade. Förskrivarna gavs möjligheten att själva välja dag, tid och plats för intervjuerna under vecka 15, men med viss begränsning beroende på när tidigare förskrivare bokar in sig. Alla förskrivarna valde att intervjuerna skulle genomföras på den egna arbetsplatsen och intervjuerna

spelades in med hjälp av mobiltelefoner. Båda författarna var närvarande under alla intervjuer där en författare hade ansvar för att ställa frågorna och den andra ansvarade över att föra anteckningar inför tematiseringen.

4.2 Urval

Deltagarna i studien valdes utifrån att de uppfyllde två kriterier inom området som vår studie vill undersöka, vilket innebar att de var anställda på det sjukhus vi valt att undersöka samt att de har haft möjlighet att skriva FaR till patienter de träffat. Vårt urval bestod av så kallade nyckelinformanter som besitter specifik kunskap och har bestämda yrkesroller som var av intresse för forskningsområdet (Jones, 2015). Vi hade dock inte möjlighet att specifikt välja ut lämpliga individer för intervjuerna; vi fick de förskrivare som sjukhuset gav oss tillgång till, vilket enligt Hassmén & Hassmén (2008) kan ses som en form av bekvämlighetsurval eftersom det var dessa förskrivare som fanns till hands att intervjua. De förskrivare som ingick i studien var två läkare, två fysioterapeuter, en sjuksköterska och en idrottsledare. Två av intervjupersonerna hade en personlig koppling till en av författarna och rekryterades även de som ett bekvämlighetsurval, då det uppstod svårigheter med att hitta intervjukandidater som hade tid att delta i studien. Med ett bekvämlighetsurval riskeras att representativiteten bland respondenterna kan ifrågasättas då de inte valts ut slumpmässigt (Hassmén & Hassmén, 2008). Studiens författare kan inte vara säkra på om respondenterna som deltog till exempel var de som ställde sig mest positivt till FaR eller om det var förskrivare som valde att delta för att de hade starka åsikter om FaR.

4.3 Analys

Insamlade data analyserades genom att göra en innehållsanalys för att vi skulle kunna tolka och skapa teman utifrån de intervjuer vi genomfört (Hassmén & Hassmén, 2008). I analysen av intervjuerna användes kodning för att strukturera och hitta stycken i den insamlade data som vi ansåg samspela med varandra. I processen med kodningen så användes initialt öppen kodning för att hitta nyckelord och skapa preliminära rubriker. I andra steget av kodningen användes fokuserad kodning för att vidareutveckla nyckelorden och rubrikerna för att kunna beskriva och tolka innebörden av det som respondenterna har sagt i intervjuerna på ett mer analytiskt vis (Bazeley, 2013). Se Tabell 1 för exempel på kopplingen mellan huvudteman, underkategorier, koder och citat.

Tabell 1. Tematisering och underkategorier samt exempel på koder och citat

Huvudteman	Underkategorier	Koder	Citat
<i>FaR</i>	Brister med FaR	Uppföljning	<i>Men sen är det väl en brist om, om man inte följer upp det då</i>
		Kunskap	<i>[...] kanske att det är lite... komplicerat å skriva ibland. Det är alltid mycket som ska fyllas i...om jag tänker varför inte fler liksom yrkeskategorier använder och varför inte vi fysioterapeuter använder det mer, så kan jag tänka mig att det kanske är det.</i>
<i>Lotsning</i>	Fler skriver FaR	Hjälpa patienten	<i>Ja det tror jag och jag tror att vissa patienter kanske skulle vilja ta emot det mer också om dom visste att, att jag får ytterligare hjälp. Jag måste inte fixa det själv.</i>
		Tidsbrist	<i>Ja det tror jag, för det är ju tidsbrist inom vården på alla yrkeskategorier. Så om man drar sig för att skriva ett FaR-recept på grund av tidsbrist då måste ju den här lotsen va jättebra då.</i>
		Ansvar	<i>Ja men det, det tror jag för då blir det liksom tydligt vad man ehh... vart man ska skicka patienten... eh för nu blir det ju liksom att ansvaret hamnar ju hos patienten.</i>

4.4 Tillförlitlighet

För att bedöma studiens tillförlitlighet utgick vi ifrån 3 aspekter: trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet. Angående överförbarhet så är det svårt att göra några större generaliseringar utifrån att studien är av kvalitativ karaktär och med ett begränsat urval. Istället handlar det i kvalitativa studier om att så noggrant som möjligt beskriva tillvägagångssättet för studien och låta de som läser forskningen själva göra bedömningen om de anser att resultaten kan generaliseras (Hassmén & Hassmén, 2008). Det kan dock sägas att även om en enskild studie inte kan dra slutsatser om hur stora populationer fungerar, så kan den leda till en ökad förståelse om samhället ur olika synvinklar och genom detta kan en enskild studie ge vägledning och insikt i hur ett problem eventuellt skulle kunna lösas (Bazeley, 2013). Kvalitativ forskning handlar i stor utsträckning om att göra tolkningar, vilket kan komma att påverka en studies pålitlighet eftersom tolkningar kan skilja sig mellan forskare. För att hålla studiens

pålitlighet hög tillhandahålls därför det som vi anser vara tillräckligt detaljrik information för att studien ska kunna replikeras, även om inte samma resultat garanteras (Jones, 2015). För att ytterligare öka studiens pålitlighet analyserade båda författarna data från intervjuerna, först enskilt och sedan gemensamt för att komma överens om tolkningar och teman. Under analysens gång genomfördes också sökningar efter motstridande data och data som inte går i riktning med bestämda teman för att öka studiens trovärdighet (Jones, 2015). Vi jämförde även våra resultat med tidigare forskning på området för att på det sättet stärka de resultat som vi presenterat (Bazeley, 2013).

4.5 Etiska överväganden

Enligt vetenskapsrådet finns fyra krav som har ställts upp för att skydda undersökningsdeltagarna (Hassmén & Hassmén, 2008):

Det första kravet är informationskravet som vi efterföljer genom att informera studiens deltagare om syftet med studien genom ett informationsbrev som finns bifogat som Bilaga 2 där vi även begär skriftligt samtycke från deltagarna vilket också täcker samtyckeskravet. De uppgifter som samlas in om deltagarna kommer endast att göras tillgängliga för författarna själva och ansvariga handledare. Uppgifterna kommer att förvaras på författarnas datorer tills arbetet har slutförts och därefter kommer dessa uppgifter att förstöras; detta motsvarar konfidentialitetskravet. Deltagarna har även fått pseudonymer för att skydda deras identiteter när vi presenterar citat från intervjuerna i studien. Insamlade uppgifter om enskilda deltagare kommer inte att publiceras och vi som författare kommer bara använda insamlade data för att besvara studiens syfte och frågeställningar, vilket är vårt forskningsändamål och därmed uppfyller vi nyttjandekravet.

5 Resultat

Innehållsanalysen av den data som samlats in resulterade i två huvudteman och sju underkategorier som utgår från syftet och frågeställningen som studien satt upp. De två huvudteman som framkom är FaR och lotsning. Huvudteman och underkategorier presenteras i tabell 2. En mer omfattande beskrivning av resultaten med citat från respondenterna kommer också att presenteras.

Tabell 2. Huvudteman och underkategorier

Huvudtema	Underkategorier
FaR	Brister med FaR
	Styrkor med FaR
	Faktorer för att förbättra FaR
Lotsning	Implementering av lotsning
	Krav på en lots
	Avlastning för vårdpersonal
	Ökad förskrivning av FaR

5.1 FaR

5.1.1 Brister med FaR

I vårt empiriska material visade det sig att en brist kring FaR är att uppföljning av förskrivningen inte alltid sker på ett sätt som är motiverande eller hållbart för patienterna eller förskrivarna, där patienter inte är tillräckligt motiverade att följa recepten och förskrivarna inte är tillräckligt noggranna med uppföljningar. Exempelvis menade en av de intervjuade att patienter många gånger har svårt att på egen hand genomföra receptet utan uppföljning:

”Till grund och botten är folket halvlat, det är lättare att ta ett piller som ska göra att jag mår bättre än att jag går ut och tränar tre gånger i veckan. Det är väl det som är... nackdelen... men då kanske man behöver nån som är på dom och följer upp det... ordentligt [...]”

-Harald

Det stora problemet med uppföljningen av FaR var enligt respondenterna att det behövs individer som hanterar uppföljningarna på ett sätt som är gynnsamt för både patienter och förskrivare. Många lyfte fram att det behövs ordentliga uppföljningar av FaR för att

förbättra patienternas motivation till träning och öka deras följsamhet samt för att underlätta för förskrivarna i ansvaret över patienten. En av respondenterna talade exempelvis om att uppföljning är viktigt och hur denna hanteras och understryker ansvaret hos förskrivaren:

” [...] alltså en del som förskriver FaR är kanske inte så noga med det här med vem som följer upp det, att nån kanske kan vara lite slarviga med det och det tror jag är en... en viktig del i att få patienten följsam [...]”

-Jan

Ytterligare en brist med FaR som visade sig i intervjuerna var att förskrivare inte har tillräcklig kunskap och information om FaR och om olika typer av fysisk aktivitet för att alltid vara bekväma med att skriva ut receptet till patienter som kan ha behov av fysisk aktivitet istället för läkemedel. Respondenterna talade om att denna bristande kunskap om träningsformer kan leda till att olämpliga typer av fysisk aktivitet skrivs ut till patienter. En av respondenterna menade som exempel att okunskap inom träning kan leda till att patienter utövar träningsformer som inte passar deras behov:

”Kan väl hända att någon drar igång någon typ av aktivitet som kanske inte är lämplig också... Utifrån att den som har, eller ja skriver FaR inte är fullt insatt i vad, vilken typ av träning eller aktivitet som, som skulle vara lämplig.”

-Petra

Resultaten från intervjuerna talar även för att själva receptets utformning försvårar för förskrivare att använda FaR, att själva arbetet med att skriva receptet minskar förskrivares motivation till att ta sig tiden att skriva ut recepten till patienter. Ett exempel på detta kan ses då en av de intervjuade menade på att det begränsade antalet utskrivna recept bland de olika yrkesgrupperna inom vården kan tänkas bero på receptets komplexitet och den stora mängd information som ska in i receptet:

” [...] kanske att det är lite... komplicerat å skriva ibland. Det är alltid mycket som ska fyllas i...om jag tänker varför inte fler liksom yrkeskategorier använder och varför inte vi fysioterapeuter använder det mer, så kan jag tänka mig att det kanske är det.”

-Maja

Det som förskrivarna alltså ser som brister med FaR är uppföljningarna, som i många fall verkar vara bristfälliga, och den okunskap som finns kring användandet av FaR samt receptens komplexitet som försvårar användningen av dessa.

5.1.2 Styrkor med FaR

En styrka med FaR som respondenterna lyfte fram var att det skapar en tydlighet. Det gör att man lättare förmedlar de positiva effekterna av fysisk aktivitet som exempelvis minskad sjukdomstid och bättre psykisk hälsa. En av respondenterna förklarade det som att utskrivna FaR hjälper förskrivare att förmedla effekten av fysisk aktivitet på olika sjukdomar och att inte bara medicinering åtgärdar problemen:

” [...] man har möjlighet å betona att, att den typen av åtgärd har betydelse för sjukdomstillståndet. Att kunna förstärka hur viktigt det är att, att det inte bara är äta medicin [...]”

-Petra

De talade om att ett recept med fysisk aktivitet förtydligar att det, från läkarnas perspektiv, ses som mer än bara en rekommendation, att det ses som ett recept på en naturlig behandling mot sjukdomar och patienters tillstånd, som har möjlighet att ersätta patienters utskrivna läkemedel med rekommenderad rörelse som uppnår samma effekt. Exempelvis menade en respondent att utskriften av FaR tydligt etablerar receptet som en lika legitim behandling som andra läkemedel:

”Det blir ett tydligt budskap till patienten som jag träffar att det är precis som att skriva ut ett läkemedel... det får mig att tänka på FaR som ett recept på ett läkemedel... precis som vilket annat läkemedel som helst.”

-Hampus

Ytterligare saker som intervjuerna förtydligade var att ett FaR gör det möjligt för patienter att få sina rekommendationer av fysisk aktivitet på papper i handen, vilket gör det tydligare än att endast få rekommendationerna genom ett muntligt samtal med en förskrivare. Alltså får man med FaR instruktioner på vilken typ av fysisk aktivitet som ska genomföras samt en angiven intensitetsnivå som passar patientens sjukdom - och/eller besvär, fysiskt i handen. En av de intervjuade förklarade det som att ett fysiskt recept i handen förmedlar FaR som mer än bara ett råd, att det tydliggör vikten av behandlingen:

” [...] det blir mer tydligt att det är nåt viktigt istället för att det bara är ett råd, så blir det ju som att vi ger en behandling, att det är ett papper att hålla i [...]”

-Harald

Styrkan med FaR var enligt förskrivarna att det skapar en tydlighet för patienterna som innebär att det är lättare att förmedla de positiva effekterna av fysisk aktivitet, det är mer än bara en rekommendation samt att de får ett recept i handen istället för bara muntliga råd.

5.1.3 Faktorer för att förbättra FaR

Våra respondenter ansåg att för att förbättra FaR finns det behov av att det inom vården tydliggörs för personal vilka som har möjlighet att skriva ut recepten till patienter och att personal utbildas i hur recepten förskrivs. Exempelvis berättade en av respondenterna om att vissa förskrivare inte ens vet om att de har behörighet att skriva ut FaR och vill därför att dessa förskrivare får möjligheten att utbildas inom FaR:

” [...] man skulle ju vilja att det hölls nån liten utbildning för oss som får förskriva men inte visste ens om det, så man vet hur man ska tänka och gå tillväga.”

-Inger

Ytterligare visar materialet att förskrivare vill att initiativ tas inom vården för att sprida kunskap om området FaR på arbetsplatsen, där exempelvis en av de intervjuade talade om att det behöver satsas på informationsspridning och utbildning för att öka förskrivares kunskap om FaR och effekten som recepten kan ge:

”Utbildningar, inspirationsträffar, kunskapsträffar, inte bara det här hur ska vi skriva mer FaR eller får ni poäng om ni gör det, utan mer jamen kunskapsmässigt och inspiration å så, man ser att det faktiskt fungerar.”

-Maja

Avslutningsvis visar intervjuerna också att förskrivare vill att det skapas en tydlig struktur i förskrivningen av FaR så att förskrivare på ett enkelt och tidseffektivt sätt vet vad som ordinerats olika typer av sjukdomar och besvär inför förskrivningar. En av förskrivarna uttryckte att FaR behöver en tydligare struktur för att göra dessa recept lika tydliga som andra typer av behandlingar:

”Så det är väl det som jag tror att man skulle behöva bara strukturera upp det, så att det blir väldigt tydligt, för så är det ju med andra behandlingar”

-Hampus

För att förbättra FaR finns det alltså några åtgärder som enligt flertalet av respondenterna skulle kunna avhjälpa de problem som finns idag. Dessa åtgärder innefattar bland annat utbildningar, en tydligare struktur, ett bättre samarbete inom och utanför vården och mer resurser för att hjälpa patienter som fått FaR förskrivet.

5.2 Lotsning

5.2.1 Implementering av lotsning

För att på ett effektivt sätt kunna implementera lotsning inom sjukvården så krävs det ett större samarbete mellan just sjukvård och friskvård enligt de förskrivare vi intervjuat. Det krävs bland annat att det inom sjukvården bör finnas avdelningar som jobbar mer preventivt enligt en av förskrivarna vi intervjuat och han formulerade sig så här:

”Ja...jag tror ju att det skulle ju krävas ett större samarbete mellan sjukvård och friskvård framförallt än vad vi har idag [...] de som jobbar inom friskvården skulle även vara här på sjukhuset”

-Jan

Detta samarbete skulle kunna se ut på lite olika sätt enligt respondenterna. Till exempel så skulle det på sjukhuset kunna finnas en livsstilmottagning dit patienter kan remitteras. På livsstilmottagningen kan patienten enligt en av respondenterna få hjälp och råd med vilken typ av fysisk aktivitet som passar och även få hjälp med att utföra den valda fysiska aktiviteten vid behov. Även samarbete och förankring med chefer och anställda inom sjukvården är viktigt enligt respondenterna, så att alla är samstämmiga och är medvetna om att den här funktionen finns och kan användas för att remittera patienter som behöver extra stöd med att komma igång med en fysisk aktivitet. En av respondenterna hade en tydlig åsikt kring detta:

”Jag tror att man skulle isåfall försöka starta upp, göra det i samband med att man försöker starta upp en liten livsstilmottagning...så att det är nog förankra det först å främst i ledningen att folk vill, jag tror inte att det är långt ifrån att folk vill ehm och sen förankra ut mot personal som skriver. Att man vet att man finns och vad man gör så det skulle vara jättebra om jag vet att jamen jag kan remittera dig till den.”

-Harald

I vår insamlade data så visade det sig också att ett samarbete med olika typer av utbildningar i närområdet som fokuserar på fysisk aktivitet och sjukdomsprevention skulle kunna vara en väg att gå, liknande den satsning som GIH har gjort i Stockholm. En av respondenterna som vi intervjuade tycker att idén med att samarbeta med en utbildning är spännande och formulerade sig så här:

”Att samarbeta med en utbildning är väl ett sätt då som dom gjort i Stockholm att man har ett program som, där det ingår att, att man också får testa på den här...arbetsuppgiften”

-Petra

Förskrivarna hade sammantaget olika idéer på hur lotsning skulle kunna implementeras och nämner till exempel att det behövs ett större samarbete mellan sjukvård och friskvård, en ytterligare instans inom vården som kan hjälpa patienter med FaR samt att ett samarbete med olika utbildningar i närområdet skulle kunna vara en väg att gå.

5.2.2 Krav på en lots

För att lotsa en patient med FaR krävs det enligt de förskrivare vi intervjuat kunskap om olika typer av diagnoser och sjukdomar för att på bästa sätt kunna hjälpa patienten och rekommendera vilken typ av fysisk aktivitet som passar för just den här diagnosen eller sjukdomen. En av de intervjuade pratade om hur viktigt det är att förstå att de råd som ges kring fysisk aktivitet skiljer sig mellan patienter beroende på deras respektive tillstånd:

”Att man har lite... nu heter det inte sjukdomsinsikt, men det heter ju... ja alltså kunskap om diagnoser och sjukdomar såklart och förstår att inte alla behöver samma råd när det gäller träning heller då”.

-Petra

Det behövs även enligt respondenterna kunskap om vad träning och fysisk aktivitet innebär, eftersom det finns många vägar till att bli mer fysiskt aktiv. Lotsen bör också ha en kunskap om vad det finns för utbud av träningsanläggningar där patienten kan utföra sin fysiska aktivitet. Dessa punkter är viktiga för att lotsen ska kunna hjälpa patienten utifrån den situation de befinner sig i och kunna erbjuda en individuell framtagen plan för att främja hälsan hos patienten. En av de intervjuade uttryckte sig så här om kunskap en lots bör besitta:

”ja dels så ska man, så ska den personen ha väldig koll på olika sätt att träna till exempel och röra på sig och vad träning och fysisk aktivitet innebär, sen måste ju den personen kunna liksom eh, visa patienten vart dom kan ta vägen.”

-Hampus

Sammanfattningsvis så behöver alltså en lots av FaR besitta pålitlig kunskap om patienternas olika tillstånd för att kunna anpassa råden efter patienten, samt att lotsen har en djup förståelse inom olika träningsformer och utbud av träningsanläggningar i närområdet. Respondenterna anser att med hjälp av dessa egenskaper så ges patienterna bästa möjlighet att främja sin hälsa.

5.2.3 Avlastning för vårdpersonal

Det behövs mer resurser inom vården idag på grund av den tidsbrist som många anställda upplever på sin arbetsplats enligt de förskrivare vi intervjuat. En lots skulle då kunna fungera som en avlastning i den mening att de kan hjälpa till med uppföljningar och svara på de frågor som patienten har angående den fysiska aktivitet som de fått förskriven. Angående extra resurser och tidsbrist bland vårdpersonal formulerade två av respondenterna sig så här:

”jag ser det inte bara som en avlastning, jag ser det ju som en resurs som behövs i dag det är en pusselbit som saknas inne i vården idag, så, så ser jag det.”

-Hampus

”Mhmmm, det tror jag på grund av tidsbristen...så tror jag ju det.

-Inger

En lots skulle enligt den empiriska data vi samlat in kunna fungera som en ytterligare del av vården som finns där och kan ge understöd när det behövs och arbeta mer mot friskvård istället för sjukvård. Alltså arbeta mer preventivt som ju också är en del i arbetet som vården ska utföra. Exempelvis berättade en av de intervjuade att han ansåg att friskvård kommer bli allt viktigare inom vården:

”Jag tänker så här...ehm...ska jag vara helt ärlig så tror jag att vi kommer i framtiden att behöva friskvård mer och mer...och vård mindre och mindre.”

-Jan

De förskrivare vi intervjuat anser alltså att en lots inom FaR kan fungera som en extra resurs inom vården och avlastning för vårdpersonalen samt att en lots kan bistå med stöd i arbetet med friskvård då ordinarie personal ofta har brist på tid.

5.2.4 Ökad förskrivning av FaR

Många av de förskrivare vi intervjuade lyfte fram att lotsning inom FaR kan ses som en extra resurs inom sjukvården som finns där för att hjälpa patienten att genomföra FaR, då förskrivaren lider av tidsbrist. En respondent formulerade sig så här när hon pratade om att en lots kan hjälpa patienten:

”Ja det tror jag och jag tror att vissa patienter kanske skulle vilja ta emot det mer också om dom visste att, att jag får ytterligare hjälp. Jag måste inte fixa det själv.”

-Petra

Tidsbrist kan medföra att förskrivare väljer att inte skriva ett FaR enligt flera av de förskrivare vi pratat med, då de anser att det är mycket annat som ska hinnas med vid ett läkarbesök. Om det då finns ytterligare en instans inom sjukvården som förskrivare kan använda sig utav när de ska bestämma vilken som är den bästa tänkbara behandlingen för patienten, så kan det leda till att fler väljer att använda sig utav FaR enligt den data vi samlat in. En intervjuperson uttryckte sig så här när vi pratade om tidsbrist och att förskrivare väljer att inte skriva FaR:

”Ja det tror jag, för det är ju tidsbrist inom vården på alla yrkeskategorier. Så om man drar sig för att skriva ett FaR-recept på grund av tidsbrist då måste ju den här lotsen va jättebra då.”

-Inger

Flera respondenter lyfte även frågan om att ansvaret att följa FaR ligger på patienten, vilket kan vara problematiskt vid vissa diagnoser. Då kan en lots ta över ansvaret och hjälpa patienten att komma igång med och genomföra den fysiska aktivitet som de blivit rekommenderade. En respondent beskrev hur han ansåg att för mycket ansvar ligger på patienten när de fått ett FaR:

”ja men det, det tror jag för då blir det liksom tydligt vad man ehh... vart man ska skicka patienten... eh för nu blir det ju liksom att ansvaret hamnar ju hos patienten.”

-Hampus

Sammanfattningsvis visar respondenternas svar att förskrivningen av FaR kan öka med hjälp av lotsning eftersom dessa extra resurserna avlastar vårdpersonal när det råder tidsbrist och även tar huvudansvaret från patienterna genom att erbjuda patienter extra hjälp till att genomföra FaR.

6 Diskussion

Genom sex semistrukturerade intervjuer på ett sjukhus i Mellansverige har vi undersökt de brister och styrkor som förskrivare kan se angående FaR, samt om lotsning kan avlasta vårdpersonal och bidra till att fler förskrivare skriver ut recepten. Studiens resultat pekar mot att en av bristerna med FaR är att uppföljningar av recepten inte sker på ett sätt som fungerar för både patient och förskrivare. Den stora styrkan med FaR som förskrivarna talar om är att det tydliggör positiva effekter av träning, intensitet och träningsmängd samt den syn som förskrivare har på betydelsen av fysisk aktivitet som behandling. Förskrivare anser att lotsning inom FaR kan vara en extra resurs inom vården som kan finnas där för att underlätta och avlasta för befintlig vårdpersonal. En lots kan även bidra till att fler förskrivare väljer att skriva ut FaR på grund av att en sådan tjänst avlastar förskrivarna, samtidigt som det ökar följsamheten bland patienter.

Enligt de förskrivare som vi har intervjuat så är de patienter som är i störst behov av FaR de personer som inte tränar regelbundet och därmed inte har lika stor motivation till träning som redan aktiva. Detta gör att uppföljningar och motiverande samtal har stor betydelse för att öka följsamheten och kunskap bland dessa patienter. Om nu uppföljningarna leder till bättre motivation och följsamhet bland patienter, varför är det då en brist inom FaR? Dels kan förskrivarna se det som en brist kopplat till sin egna kunskapsbrist inom FaR, alltså att förskrivarna är osäkra på vilka rekommendationer som de ska ge patienterna, vilket också stöds av tidigare forskning (Gustavsson et al., 2018; Persson et al., 2013). Denna kunskapsbrist kan tänkas orsaka att förskrivarna inte själva följer upp sina patienter med FaR eftersom de inte besitter tillräcklig kunskap angående fysisk aktivitet vid olika sjukdomstillstånd. En annan möjlig orsak kan tänkas vara en tidsbrist inom vården som gör att förskrivare inte har tiden att följa upp med sina patienter. Oavsett anledning så stämmer detta väl överens med den data som finns angående uppföljningar av FaR idag, som visar att uppföljningar av FaR inte alltid sköts av den person som förskrev receptet (Sjölin, 2018).

Den största styrkan med FaR är att rekommendationerna som förskrivas är baserade på vetenskap och att fysisk aktivitet förbättrar hälsan och kan minska sjukdomstid (Wennberg et al., 2016). De förskrivare vi intervjuade tycker även att ett FaR ger en ökad tydlighet till patienten och att det blir mer än bara ett muntligt råd eller en rekommendation. En av förskrivarna vi intervjuade uttryckte att när han skrev ett FaR så kan det ses som att skriva ett recept på ett läkemedel. Detta uttalande är intressant då det enligt oss lyfter synen på FaR som en behandlingsmetod som borde få ta en större plats

inom sjukvården. Om FaR fick ta en större plats inom vården som en behandlingsform skulle det möjligtvis öka förskrivares förtroende och kunskap inom behandlingen, vilket i sig skulle kunna leda till en ökad användning av FaR inom vården. I många fall så är fysisk aktivitet lika viktigt om inte viktigare för att behandla och förebygga sjukdom (Wennberg et al., 2016). Med detta i åtanke så ser vi ingen anledning till att inte förskriva FaR till patienter som har ett behov av att bli mer fysiskt aktiva, vare sig det handlar om prevention eller att minska sjukdomstid.

Hur kan FaR förbättras då? Enligt de förskrivare vi intervjuat finns det flera åtgärder som kan göra att FaR blir bättre och enklare att använda. Bland annat tar de upp åtgärder som utbildningar, kunskapsträffar och en bättre struktur som eventuella förbättringar som kan gynna FaR. Både utbildningar och kunskapsträffar kan ses som en direkt lösning på den största brist som förskrivarna tog upp med FaR, vilket var den kunskapsbrist som förskrivarna ansåg att de själva hade och kunde se inom vården gällande FaR. Intresset för utbildningar och ökad kunskap inom FaR ses inte heller bara bland de förskrivare som vi intervjuat. Gustavsson et al. (2018), Liljebjörn (2011) och Persson et al. (2013) har kommit fram till samma slutsatser i sina respektive studier där de också intervjuade förskrivare av FaR. Genom att introducera utbildningar och kunskapsträffar så kan förskrivarna få en god bakgrund och kompetens som leder till att de vill använda FaR i en större utsträckning. Ytterligare åtgärder som kommer fram i vår intervju med förskrivarna är ett behov av en tydligare struktur kring hur de ska hantera FaR, då de anser att den som finns idag är bristfällig eller helt saknas. En förskrivare anser att det borde finnas samma tydliga struktur som det finns med andra typer av behandlingar inom vården, så att det är helt klart hur den här behandlingen ska gå till. Om denna struktur kring FaR skulle kunna etableras så tror vi att det skulle underlätta för de som vill förskriva FaR men inte är riktigt säkra på hur de ska gå tillväga. Bland annat skulle en tydligare struktur av recepten leda till mindre osäkerhet bland förskrivare när de ska skriva recepten till sina patienter, vilket skulle kunna uppmuntra förskrivare till att ordinera fler patienter fysisk aktivitet som behandling. En tydligare struktur kring FaR kan också underlätta utformningen av utbildningar samt att hålla utbildningar för den vårdpersonal som kan förskriva FaR. Med detta menar vi att den uppfattning vi fått under intervjuerna med förskrivarna är att det saknas utbildningar inom FaR och avsaknaden av en tydlig struktur skulle kunna vara en bidragande orsak till detta.

Många anställda inom vården idag känner enligt de förskrivare vi intervjuat av en tidsbrist. När det kommer till FaR och uppföljningar så kanske denna brist på tid är en faktor som skulle kunna lösas med hjälp av ytterligare en instans inom eller utanför vården som kan hjälpa till med just den här biten. En möjlig lösning på problemet är att det skulle finnas en lots som kan avlasta vårdpersonalen och ta hand om de patienter som får FaR förskrivet. Enligt en förskrivare som vi intervjuade så ser han det som att det fattas en resurs inom vården idag och att en lots skulle kunna vara den pusselbit som saknas. Lotsen skulle kunna vara en del av vården som ser till att knyta kontakter med lokala föreningar och träningsanläggningar för att kunna lotsa patienten till den aktivitet som passar utifrån de rekommendationer som står i deras FaR. Då samhället är föränderligt ser vi det som viktigt att lotsen även håller sig uppdaterad på vad som händer i närområdet så att patienten alltid kan få information som är aktuell. För att detta ska kunna fungera behövs dock ett samarbete både inom vården och med lokala föreningar samt arrangörer som ser till att patienter med FaR får den hjälp de behöver. Även Gustavsson et al. (2018) visar med sin studie att för att FaR ska kunna implementeras på ett bra sätt så krävs det ett större engagemang, både inom och utanför vården, för att det ska bli lättare att använda FaR för förskrivare. Lotsen skulle utöver att avlasta vårdpersonalen även kunna vara en hjälp för patienterna som idag har mycket ansvar att själva styra sin fysiska aktivitet. Det blir även, som en förskrivare uttryckte sig, tydligare att veta vart de ska skicka sin patient efter att de skrivit ett FaR. I längden så skulle det även kunna leda till att förskrivare använder sig av FaR oftare om det blir tydligare hur de ska använda just FaR.

För att en person ska kunna jobba som en lots med patienter som fått FaR förskrivet så krävs det enligt de förskrivare vi intervjuat att de besitter vissa kunskaper. De kunskaper som efterfrågas är kunskap om medicinska diagnoser och sjukdomar, en omfattande kunskap om olika typer av fysisk aktivitet och kunskap om vart patienten kan vända sig för att utöva den fysiska aktivitet som de fått rekommenderad. Det som står ut är att de efterfrågar en kompetens och stor kunskap hos lotsen om hur en patient på bästa sätt kan träna utifrån den situation de befinner sig i. Utifrån den data vi samlat in och analyserat så upplever vi att det behövs mer kunskap inom vården som kompletterar den kunskap som redan finns där och bygger vidare på den för att täcka det behov som finns bland patienterna. En lots kan alltså vara en individ som inte arbetar så mycket med sjukvård utan har större delen av sin kompetens inom friskvård. Lotsen kan även arbeta mer preventivt och arbeta med livsstilsfrågor med patienter som inte är så

pass sjuka att de behöver sjukvård, men ligger i riskzonen för att utveckla någon av de folksjukdomar som finns. Genom att arbeta på detta sätt så kan det i längden leda till att färre individer i samhället behöver sjukvård, vilket i sin tur kan leda till att de som söker vård slipper långa väntetider och kan få den vård de behöver snabbare.

6.1 Metoddiskussion

Genom att använda oss av en kvalitativ design i denna studie så har vi fått ett djup i svaren på hur förskrivare ser på FaR som hade varit svårt att uppnå vid en kvantitativ design (Jones, 2015). Det uppstod problem med att få tillgång till fler intervjupersoner för studien på grund av tidsbrist bland många av de förskrivare som tillfrågades om att delta. Detta ledde till att fullständig mättnad inte kunde uppnås i intervjuerna.

Eftersom vi inte fick en mättnad i svaren på våra frågor under intervjuerna så hade ytterligare intervjupersoner varit fördelaktigt för studien. Bristen på intervjupersoner ledde även till att vi inte kunde utföra en pilotintervju vilket medförde att vi inte kunde testa intervjuguiden innan den första intervjun som skulle ingå i studien genomfördes.

Eftersom ingen pilotintervju gjordes så var vi som intervjuare inte lika säkra i intervjuguiden som vi hade kunnat vara om vi kunnat testa denna innan studien påbörjades (Jones, 2015). Ytterligare kan det påpekas att eftersom intervjuguiden inte testades innan studien så kunde inte vi vara helt säkra på om vi skulle få svar på vårt syfte och frågeställningar med dessa frågor, men utifrån de svar vi mottog under intervjuerna så visade sig detta inte vara ett problem.

Två av de sex deltagarna som till sist intervjuades hade en personlig koppling till en av författarna men passade i övrigt in på studiens kriterier då de var förskrivare av FaR och arbetade på det sjukhus som studien utfördes på. Att två personer hade en privat anknytning till en av författarna skulle kunna innebära att de svarade annorlunda på frågorna under intervjun än om de inte hade känt varandra. En potentiell lösning på detta problem hade varit att byta intervjuare, vilket inte gjordes då vi ville vara konsekventa med samma intervjuare. Vi anser dock att deras svar inte skiljer sig nämnvärt från de övriga fyra, så det har troligtvis haft en minimal inverkan på resultatet. En annan möjlig svaghet med urvalet är att det blev ett bekvämlighetsurval eftersom det uppstod problem med att hitta förskrivare som hade tid att delta i studien. Författarna fick istället ett visst antal förskrivare tilldelade, vilket medförde att representativiteten blev sämre (Hassmén & Hassmén, 2008) än om studien haft ett antal förskrivare att välja på och slumpat fram vilka som skulle ingå i studien. Även om ett slumpmässigt

urval är att föredra så hade det blivit problematiskt i denna studie då tiden att tillgå var begränsad och ett slumpmässigt urval skulle ha tagit för lång tid att genomföra.

I arbetet med innehållsanalysen jobbade vi till en början enskilt med att hitta teman i den data vi samlat in. Efter att vi enskilt gått igenom all data och skapat preliminära teman så träffades vi och gick igenom vad vi hade hittat och kom gemensamt överens om vad vi skulle presentera i resultatet. Detta är enligt Jones (2015) ett bra sätt att öka tillförlitligheten i en studie. Deltagarantalet i studien var relativt lågt samt att studien var av kvalitativ ansats vilket innebär att det är svårt att göra alltför stora generaliseringar utifrån resultatet. Generaliserbarhet är dock ett svårt begrepp när det kommer till kvalitativa studier, vilket innebär att om författarna har varit tillräckligt detaljrika i sin beskrivning av tillvägagångssättet och hur slutsatserna har dragits kan information från en enskild studie användas för att förstå och förklara andra situationer (Bazeley, 2013). Författarna av denna studie anser att beskrivningen av tillvägagångssättet och tolkningarna av de svar som respondenterna har gett finns beskrivits med en tillräckligt hög precision för att andra ska kunna dra nytta utav studiens resultat. Resultatet från denna studie skulle kunna användas som en vägledning och vara ett steg på vägen till att förbättra FaR. En del av de resultat som presenteras stöds också av tidigare forskning på området och det innebär att tillförlitligheten blir bättre (Bazeley, 2013).

7 Slutsatser

Resultatet från denna studie pekar mot att förskrivare ser en styrka med användningen av FaR, men på grund av brister med FaR så begränsas förskrivningen av denna typ av recept. Den styrka som respondenterna såg med FaR var att det skapar en tydlighet i jämförelse med muntliga råd för både patient och förskrivare. Brister som de intervjuade kunde se med FaR inkluderade: tidsbrist, kunskapsbrist, osäkerhet på vart de ska skicka patienten och att ansvaret när de skriver FaR till stor del hamnar på patienten. Förskrivare verkar dock främst vara positiva till användningen av FaR och har kunnat identifiera flera åtgärder för att förbättra och underlätta användningen av recepten bland förskrivare, till exempel genom utökade utbildningar, omstrukturering av FaR och samarbeten inom och utanför vården. När vi studerat de brister som förskrivarna kunde se med FaR så kan vi se en möjlig lösning. Det vi föreslår som en lösning på bristerna är en instans inom vården som jobbar sida vid sida med förskrivarna, som kan bistå med avlastning genom att utföra uppföljningar med patienten, bistå med kunskap om olika typer av fysisk aktivitet som patienten behöver och ta ansvaret från patientens axlar samt finnas där för att ge den hjälp som behövs för att patienten ska fullfölja behandlingen.

Denna typ av studie bidrar med kunskap som kan användas för att öka förskrivningen av FaR, underlätta för de förskrivare som använder FaR i sin yrkesroll samt att resultatet bidrar med kunskap om hur följsamheten bland patienter som fått FaR skulle kunna förbättras. Vi anser att FaR är ett verktyg inom vården som bör få mer uppmärksamhet och användas i större utsträckning än i dagsläget. Vi ser FaR som ett verktyg för att öka den fysiska aktivitetsnivån i vårt samhälle och vända trenden som pekar mot att samhället i stort rör på sig alldeles för lite utifrån de rekommendationer som finns.

7.1 Fortsatt forskning

Utifrån denna studies resultat behöver fortsatt forskning på området fokusera på hur väl lotsning kan användas till att förbättra FaR. Kan lotsning användas för att öka förskrivningar och hjälpa patienter att bli motiverade till att bli mer fysiskt aktiva? Kan lotsning bli en fungerande instans inom vården som motverkar den tidsbrist som de flesta anställda inom vården upplever idag? Det behövs även mer forskning på hur utbildningar kan utformas så att förskrivare känner sig bekvämare med att skriva ut FaR. Till sist anser vi att det behövs mer forskning på hur vården kan utöka sitt

samarbete med andra instanser för att till exempel engagera lokala föreningar och gym i sina respektive närområden.

8 Källförteckning

- Bazeley, P. (2013). *Qualitative data analysis*. London: SAGE Publications Ltd.
- Berg, U. (2016). Rekommendationer om Fysisk Aktivitet för Barn och Ungdomar. *FYSS 2017*, 1–20. Retrieved from http://www.fyss.se/wp-content/uploads/2017/09/Rekommendationer_om_fysisk_aktivitet_for_barn_och_ungdomar_FINAL_2016-12.pdf
- Bolin, K. (2018). Physical inactivity : productivity losses and healthcare costs 2002 and 2016 in Sweden. *BMJ Open Sport and Exercise Medicine*, 1–7. <https://doi.org/10.1136/bmjsem-2018-000451>
- Folkhälsomyndigheten. (2019). Fysisk aktivitet på recept på export. Retrieved May 13, 2019, from <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2019/april/fysisk-aktivitet-pa-recept-pa-export/>
- Gustavsson, C., Nordqvist, M., Bröms, K., Jerdén, L., Kallings, L. V., & Wallin, L. (2018). What is required to facilitate implementation of Swedish physical activity on prescription? - Interview study with primary healthcare staff and management. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3021-1>
- Hassmén, N., & Hassmén, P. (2008). *Idrottsvetenskapliga forskningsmetoder* (1:a upplag). Stockholm: SISU Idrottsböcker.
- Hellénus, M.-L., Kowalski, J., Leijon, M. E., Kallings, L. V., & Ståhle, A. (2016). Self-Reported Adherence: A Method for Evaluating Prescribed Physical Activity in Primary Health Care Patients. *Journal of Physical Activity and Health*, 6(4), 483–492. <https://doi.org/10.1123/jpah.6.4.483>
- Henriksson, J., & Sundberg, C. J. (2016). Biologiska effekter av fysisk aktivitet. *FYSS 2017*, 1–40. Retrieved from http://www.fyss.se/wp-content/uploads/2017/09/Biologiska_effekter_av_FA_FINAL_2016-12.pdf
- Jansson, E. Hagströmer, M. Anderssen, S. A. (2016). Rekommendationer om fysisk aktivitet för vuxna. *FYSS 2017*. Retrieved from <http://www.yfa.se/wp-content/uploads/2017/06/Rekommendationer-fysisk-aktivitet-vuxna.pdf>
- Jones, F., Harris, P., Waller, H., & Coggins, A. (2005). Adherence to an exercise prescription scheme: The role of expectations, self-efficacy, stage of change and psychological well-being. *British Journal of Health Psychology*, 10(3), 359–378. <https://doi.org/10.1348/135910704X24798>
- Jones, I. (2015). *research methods for sports studies* (3:e upplag). Abingdon: Routledge.
- Kallings, L. (2010). *Fysisk aktivitet på recept i Norden: - erfarenheter och rekommendationer*. Retrieved from <https://login.e.bibl.liu.se/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsswe&AN=edsswe.oai.DiVA.org.uu.141061&site=eds-live>
- Kierkegaard, S. (2015). GIH:s lotsar främjar hälsan. Retrieved February 11, 2019, from Gymnastik- och idrottshögskolan website: <https://www.gih.se/OM-GIH/Press-och-media/Pressmeddelanden/GIHs-lotsar-framjar-halsan/>
- Larsson, R. (2018). *Fysisk aktivitet på recept*.
- Liljebjörn, I. (2011). *Fysisk aktivitet på Recept (FaR) Hur används FaR av läkare i primärvården i Huddinge?* 1–16.
- Loyen, A., Clarke-Cornwell, A. M., Anderssen, S. A., Hagströmer, M., Sardinha, L. B., Sundqvist, K., ... van der Ploeg, H. P. (2017). Sedentary Time and Physical Activity Surveillance Through Accelerometer Pooling in Four European Countries. *Sports Medicine*, 1421–1435. <https://doi.org/10.1007/s40279-016-0658-y>
- Mattson, M., Jansson, E., & Hagströmer, M. (2016). Fysisk aktivitet - begrepp och

- definitioner. *FYSS 2017*, 21. Retrieved from http://www.fyss.se/wp-content/uploads/2017/09/FA_Begrepp-och-definitioner_FINAL_2016-12.pdf
- Persson, G., Brorsson, A., Ekvall Hansson, E., Troein, M., & Strandberg, E. L. (2013). Physical activity on prescription (PAP) from the general practitioner's perspective - A qualitative study. *BMC Family Practice*, 14. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-128>
- Persson, G., Ovhed, I., & Hansson, E. E. (2010). Simplified routines in prescribing physical activity can increase the amount of prescriptions by doctors, more than economic incentives only: An observational intervention study. *BMC Research Notes*, 3. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-3-304>
- Region Gävleborg. (2019). Fysisk aktivitet på recept/FaR - Region Gävleborg. Retrieved March 25, 2019, from <http://www.regiongavleborg.se/samverkanswebben/halsa-var-d-och-tandvard/halsoframjande-halso--och-sjukvard/fysisk-aktivitet/far/>
- Region Stockholm. (n.d.). Du som har fått FaR - FaRledare.se. Retrieved March 25, 2019, from <http://www.farledare.se/malgrupp/du-som-har-fatt-far>
- Sjölin, S. (2018). *Förskrivning av FaR i Region Gävleborg 2017*. Retrieved from <http://www.regiongavleborg.se/samverkanswebben/halsa-var-d-och-tandvard/halsoframjande-halso--och-sjukvard/fysisk-aktivitet/far/>
- Wennberg, P., Cider, Å., Hellénus, M.-L., Lagerros, Y. T., Kronhed, A. G., Ribom, E. L., ... Jonsdottir, I. H. (2016). Fysisk aktivitet som prevention. *FYSS 2017*, 2010(2), 1–20. Retrieved from http://www.fyss.se/wp-content/uploads/2017/09/FYSS-kapitel_FA-som-prevention_FINAL_2016-12.pdf

9 Bilagor

9.1 Bilaga 1

Intervjuguide

Bakgrundsfrågor

- Yrkestitel
- Hur länge har du arbetat inom vården
- Hur länge har du arbetat på din nuvarande arbetsplats

FaR

- Berätta hur du ser på FaR
 - ingick det i din utbildning
 - utbildning på din arbetsplats
- I vilken utsträckning använder du FaR i dagsläget
 - vilka anledningar har du till att skriva ut FaR
 - vilka anledningar har du till att inte skriva FaR
 - ger du råd om FA men inte på recept
- Vilka brister ser du med FaR
- Vilka styrkor ser du med FaR
- Hur skulle FaR kunna förbättras enligt dig
 - utbildning
 - receptet
 - uppföljningar

Lotsning

- Hade du hört talats om lotsning inom FaR innan denna intervju
 - om ja, vilken typ av lotsning
- Tror du att lotsning inom FaR kan bidra till att fler förskrivare väljer att skriva FaR-recept till patienter
 - om ja, på vilket sätt tror du att det bidrar
 - om nej, vilka anledningar har du till att tro det
- Hur ser du på lotsning som en eventuell avlastning för vårdpersonal
- Vad skulle enligt dig krävas av en lots för att funktionen ska fungera på ett hållbart sätt
- Har du några tankar kring hur lotsning inom FaR skulle kunna implementeras

Avslutande frågor

- Har du något du vill tillägga eller har du några ytterligare funderingar

9.2 Bilaga 2

Förfrågan om deltagande

Fysisk aktivitet på recept (FaR) är ett redskap som vården kan använda vid tillfällen då de har patienter som behöver bli mer fysiskt aktiva av olika anledningar. Förskrivning av FaR har sjunkit de senaste åren trots att det oftast är väl mottaget av patienter och leder till en bättre livskvalité. Det finns flera typer av funktioner i samhället som är tänkt att hjälpa patienter med FaR. Några exempel är friskvårdslotsning, FaRledare och FaR-aktivitetsarrangörer. Dessa erbjuder allt från motiverande samtal, uppföljande samtal, olika typer av pass på gym och möjlighet att söka på aktiviteter utifrån FaR-receptet.

Det vi vill undersöka är vilka brister och styrkor som förskrivare på [REDACTED] sjukhus kan se inom FaR. Detta syfte har vi arbetat fram i samarbete med [REDACTED]. Vi kontaktar dig på grund av att du jobbar på [REDACTED] sjukhus och har möjlighet att förskriva FaR till de patienter du träffar. Vi vill därför ställa dig frågan om du vill medverka i en intervju med fokus på din syn på FaR och de funktioner som skapats för att underlätta för patienter som fått FaR?

Att medverka i vår studie är helt frivilligt och om du väljer att delta så bestämmer vi tillsammans tid och plats för intervjun. Intervjun kommer att ta ungefär 30 minuter och vi kommer att göra en ljudinspelning, för att vi senare ska kunna transkribera och analysera dina svar. Resultaten från analysen kommer att anonymiseras så att inga namn kan utläsas från de som deltar i studien. Intervjun och data vi samlar in kommer inte vara tillgänglig för obehöriga samt att inspelningar kommer raderas efter avslutad studie. Studien kommer att publiceras som en C-uppsats i databasen DiVA på Högskolan i Gävle.

Vid funderingar eller frågor kan du kontakta oss på:

Andreas Lindholm
e-post: Ofk16alm@student.hig.se
tel: 0763480682
Handledare, Anna Qvarfordt
e-post: aeo@hig.se
tel: 026-648874

Fredrik Lindén
e-post: Ofk16fle@student.hig.se
tel: 0707413519

Tack på förhand,
Andreas Lindholm och Fredrik Lindén, Idrottsvetenskapliga programmet med en hälsofrämjande inriktning på Högskolan i Gävle.

Jag ger mitt samtycke till att medverka i denna studie, vilket innebär att jag kommer att ställa upp på en intervju som ska användas i ett examensarbete på Högskolan i Gävle.
