



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för arbets- och folkhälsovetenskap

Vad påverkar förskrivningen av fysisk aktivitet på recept vid ett universitetssjukhus

En tvärsnittstudie

Linnéa Helenius

2015

Examensarbete, Grundnivå (kandidatexamen), 15 hp
Folkhälsovetenskap

Hälsopedagogiska programmet

Folkhälsovetenskap, teori, metod och examensarbete

Handledare: Eugene Lyskov
Examinator: Ola Westin och Ann-Sofie Hiswåls

Abstract

Helénus. L (2015). What affects the prescription of physical activity on prescription. Bachelor thesis in Public Health science. Department of work- and public health science. The academy of health and working life. University of Gävle, Sweden.

Aim: The aim of the study was to investigate attitude and practice to prescribe physical activity accordingly FaR® rules among personal at the specialized department of the University Hospital. **Methods:** A quantitative cross-sectional study was used to answer the purpose. The data were collected using specially designed questionnaire. That contained 11 questions related to interest and complications to use FaR® as a treatment method. A total of 38 individuals participated in the study. The data were analyzed by a descriptive approach through statistical program SPSS. **Results:** Participants (physicians and nurses) showed very positive attitude to promote physical activity among their patients to achieve better treatment results. In general, both physicians and nurses were positive to the FaR®, as a special tool. However, only 30% of the practitioners who participated in this study used FaR® in their daily practice. Not scepticism or lack of time was primarily reasons of so low implementation of FaR®. Lack of knowledge about details of FaR® prescription and clear instructions how to do that were perceived as the main obstacle to the prescription of the FaR®. **Conclusion:** The results showed that there exists clearly positive attitude to use FaR® as an element of treatment of hospitals patients. Obtained results indicate the necessity of better information about the FaR® as a method and more clearly described routine and orders how to implement this method.

Key words: Physical Activity, Physical activity on prescription, Health promotion, implementation.

Sammanfattning

Syfte: Syftet med studien var att undersöka vilka faktorer som påverkar förskrivningen av FaR® utav den legitimerade personalen på en medicinsk thorax division vid ett universitets sjukhus. **Metod:** För att besvara syftet användes en enkät. Totalt 38 personer deltog i studien. De fick besvara ett frågeformulär med 11 frågor om kunskap, utbildning, attityd och praktisk tillämpning av FaR®. **Resultat:** Resultatet visade att alla respondenter hade en mycket god attityd och inställning till användningen av fysisk aktivitet som terapeutiskt instrument och till förskrivning av FaR®. Dock förskrev endast 30 procent av personalen FaR®. Knappt hälften hade fått någon utbildning inom FaR® och kunskapsbrist om förskrivningen av FaR® var det främsta hindret till förskrivningen av FaR®. I kommentarer till frågan om upplevda hinder till förskrivningen av FaR®, noterade många respondenter också brist på rutin, instruktion och detaljerad beskrivning av FaR® i praktiken. **Slutsats:** Enligt denna undersökning finns det en positiv attityd bland sjukhusets personal till användningen av FaR®. Varken underskattning av FaR® eller tidsbrist kunde räknas som aktuella hinder till förskrivningen. Men det som kan anses påverka förskrivningen negativt är att det fanns en stor kunskapsbrist om hur förskrivningen av FaR® går till. Om personalen skulle få utbildning skulle troligtvis förskrivningen öka.

Nyckelord: Fysisk aktivitet, Fysisk aktivitet på recept, livsstilssjukdomar, implementering

Tack till,

Kerstin Larsson som hjälpte mig att kläcka idén om vad som var intressant att studera inom området FaR®.

Eugen Lyskov min handledare som stöttat mig i utvecklandet av uppsatsen.

Robin min sambo som så omsorgsfullt hjälpt mig att reflektera över uppsatsens språkliga uppbyggnad och stöttat mig i skrivandet.

Slutligen ett stort tack till alla respondenter som gjort det möjligt för mig att genomföra denna studie.

Innehåll

1. Inledning	1
2. Bakgrund	1
2.1 Den globala utvecklingen och livsstilsrelaterade sjukdomar	1
2.2 Samhällsutveckling och fysisk aktivitet	1
2.3 Människokroppen är skapad för rörelse	2
2.4 Samhällskostnader av fysisk inaktivitet	2
2.5 Den fysiska aktivitetens läkande effekt	3
2.6 Fysisk aktivitet på recept	3
2.7 Främja fysisk aktivitet inom hälso- och sjukvården	4
2.8 Implementering av FaR	4
2.9 Nationell utvärdering av implementering av FaR®	5
2.10 Utvecklingsbehov problemformulering	6
3. Syfte	6
5. Metod	7
5.1 Design	7
5.2 Urvalsgrupp	7
5.3 Frågeformulär och datainsamling	7
5.4 Dataanalys	8
5.5 Etiska överväganden	8
6 Resultat	9
6.1 Attityd och inställning	9
6.2 Samtal om fysisk aktivitet	9
6.3 Hinder	11
6.4 Utbildning	11
6.5 Förskrivning av FaR®	12
7.0 Diskussion	13
7.1 Resultatdiskussion	13
7.1.1 Främja fysisk aktivitet	13
7.1.2 Attityd och inställning till FaR® som metod	13
7.1.3 Hindrande faktorer	14
7.2 Metoddiskussion	14
8.0 Slutsats	16
Referenser	
Bilagor	

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

/Edward Stanley (1826 – 1893)

1. Inledning

Fysisk inaktivitet är en stor riskfaktor till ohälsa och en mängd olika livsstilsrelaterade sjukdomar (WHO, 2012). Den fysiska inaktiviteten räknas som ett av våra största folkhälsoproblem globalt. Hela 63 procent av alla dödsfall år 2008 orsakades av livsstilsrelaterade sjukdomar. Var femte fall av hjärt-kärlsjukdom, var sjunde fall av typ 2 diabetes, var sjunde fall av tjocktarmscancer och vart tionde fall av bröstcancer orsakas av att människor inte rör på sig tillräckligt. Ingen är immun mot denna våg av sjukdomar men alla dessa sjukdomar går att förebygga med fysisk aktivitet (ibid.). Fysisk aktivitet på recept (FaR®) är en metod för att förebygga och behandla ett 30-tal olika sjukdomar (FYSS, 2008). I vissa fall kan fysisk aktivitet användas som komplement till den farmaceutiska behandlingen och i vissa fall ersätter den helt den farmaceutiska behandlingen. Fysisk aktivitet förebygger och behandlar inte enbart sjukdomen i sig utan påverkar hela kroppen med en rad positiva hälsoeffekter (Ibid.). Trots detta visar en rapport om en nationell utvärdering av FaR® från 2010 att personalen uppgav att arbetet med levnadsvanor hade låg status och därmed upplevdes svårarbetat (Nilsson, 2010). Rapporten visade även att FaR® var en underutnyttjad resurs och att det fanns behov av mer kunskap om implementeringsarbetet med FaR® (Nilsson, 2010). Att arbeta med hälsofrämjande levnadsvanor är betydelsefullt arbete som stärker hälsan på lång sikt (FYSS, 2008). Att öka den fysiska aktiviteten är en viktig och effektiv insats för att öka hälsan hos befolkningen i Sverige (Ibid.)

2. Bakgrund

2.1 Den globala utvecklingen och livsstilsrelaterade sjukdomar

Enligt Världshälsoorganisationens (WHO) globala folkhälsorapport från 2009 är livsstilsrelaterade sjukdomar den globalt största orsaken till förtidig död. Denna smygande framfart av livsstilsrelaterade sjukdomar sträcker sig globalt över världen som ett mörker och drar med sig många liv. WHOs statistik förutsäger att livsstilsrelaterade sjukdomar kommer att ansvara för en ökning av den totala dödsorsaken under de kommande tio åren (WHO, 2011). Livsstilsrelaterade sjukdomar influeras starkt av fyra övergripande riskbeteenden: fysisk inaktivitet, tobaksbruk, hög alkoholkonsumtion och ohälsosamma matvanor. Dessa riskbeteenden kan bland annat leda till förhöjt blodtryck, ökat blodsocker, ökade kolesterolnivåer, och viktuppgång (Ibid).

Utifrån WHOs framtidsprognos angående den ökade utvecklingen av livsstilsrelaterade sjukdomar från år 2009, behöver vården utveckla hållbara metoder för att stärka folkhälsan, både i förebyggande och behandlande syfte (WHO, 2011).

Det hållbaraste och kostnadseffektivaste tillvägagångssättet att bromsa upp denna framfart av livsstilsrelaterade sjukdomar anses vara genom primärpreventiva åtgärder (WHO & FAO, 2003). Detta innebär förebyggande insatser innan uppkomsten av sjukdomssymptom brutit ut (Andersson, 2006).

2.2 Samhällsutveckling och fysisk aktivitet

Vårt samhälle har förändrats utifrån ett historiskt perspektiv (Statens folkhälsoinstitut, 2008) För hundra år sedan användes kroppen i stort sett till allt praktiskt arbete. Samhällsstandarden har förbättrats avsevärt genom industrialismen och globaliseringen som i sin tur bidragit till vår samhällsekonomiska utveckling. Samtidigt som samhällsstandarden har förbättrats genom en enorm tillgänglighet gällande matkonsumtion och samhällstjänster, har denna utveckling även en baksida med en del negativa konsekvenser för folkhälsan. Den ökade tillgängligheten

har delvis bidragit till sämre matvanor, tobaksbruk, alkoholkonsumtion och en fysiskt inaktiv livsstil. (Ibid)

Med denna samhällsutveckling har utrymmet för rörelse minskat drastiskt samtidigt som allt fler har en stillasittande vardag (Statens folkhälsoinstitut, 2008). Idag är stora delar av de praktiska momenten som tidigare utfördes med kroppsarbete ersatta av maskiner och datorer. Orsakerna till den minskade fysiska aktiviteten är många. Delar av orsakerna kan vara att den naturliga rörelsen som promenad eller cykelturen till jobbet i många fall ersatts av transportmedel som buss eller bil. Den spontana rörelsen och leken har hos många barn ersatts eller kompletterats av stillasittande lekar som Tv-spel eller datorspel (Ibid). Nationella undersökningar visar att 80 procent av befolkningen över 30 år är otillräckligt fysiskt aktiva (Kallings, 2009). Detta innebär att de inte uppnår den dagliga rekommendationen för fysisk aktivitet. Rekommendationen av fysisk aktivitet för vuxna är enligt de Nationella riktlinjerna 30 minuter per dag av minst måttlig intensitet (Folkhälsomyndigheten, 2014). Den motsvarande rekommendationen för fysisk aktivitet hos barn och ungdomar är minst 60 minuter av minst måttlig intensitet. Socialstyrelsens folkhälsorapport från år 2009 visar att endast 10-20 procent av alla barn och ungdomar kommer upp i denna rekommendation (Axelsen et al., 2009). Det är en låg procentuell andel jämfört med andra europeiska länder (Ibid). Studier visar att även stillasittandet ökar. (Ekblom-Bak, Ekblom & Hellénus, 2010). Var sjunde vuxen svensk har en stillasittande fritid, vilket betyder att den vardagliga lågintensiva aktiviteten hämmas. Detta medför en muskulär inaktivitet i de stora muskelgrupperna vilket ses som en riskfaktor till ohälsa (Ibid). Enligt Owen et al., (2009) är det ur hälsosynpunkt betydelsefullt att bryta stillasittandet i minst 5 minuter varje timme. Denna paus minskar risken för ohälsa och att drabbas av livsrelaterade sjukdomar (Ibid.).

2.3 Människokroppen är skapad för rörelse

Människokroppen är byggd för att vara fysiskt aktiv och har under tusentals år varit människans viktigaste redskap för överlevnad (Statens folkhälsoinstitut, 2008). Människokroppens vävnader och arvs massa ser i princip ut på samma sätt som den gjorde hos våra förfäder tusentals år tillbaka i tiden. Våra organ och vävnader är uppbyggda och anpassade till fysisk aktivitet. Begreppet fysisk aktivitet innefattar all typ av kropps rörelse som resulterar i att skelettmuskulaturen kontraherar, vilket i sin tur ger en ökad energiförbrukning (Statens folkhälsoinstitut, 2008). Daren et al., (2006) skriver att vid fysisk aktivitet stärks skelettmuskulaturen och vi får en förbättrad rörelseförmåga vilket i sin tur bromsar upp utvecklandet av eventuella funktionsnedsättningar. Att regelbundet utöva fysisk aktivitet gör att kroppen och själen mår bra och det förhindrar förtidig död (Statens folkhälsoinstitut, 2008).

2.4 Samhällskostnader av fysisk inaktivitet

Utvecklingen av den ökade fysiska inaktiviteten kostar samhället ca 6 miljarder kronor varje år i form av sjukskrivningar och sjukvårdskostnader (Statens folkhälsoinstitut, 2008). Ett mått som används globalt för att beskriva antal år med god livskvalité är DALY, som står för disability adjusted life years (WHO, 2011). Måttet DALY kan ses som gapet mellan det nuvarande hälsotillståndet i en befolkningsgrupp och den idealiska hälsosituationen där befolkningen lever till hög ålder, utan sjukdom och funktionsnedsättning. DALY tar hänsyn till funktionsnedsatta levnadsår och förtidig död. Att öka arbetet med att lyfta fram den fysiska aktivitetens betydelse för hälsan inom hälso- och sjukvården uppskattas kunna bidra med 5,3 miljoner DALY inom Europa. Främjandet av en ökad fysiskt aktiv livsstil beräknas årligen kunna förebygga 600 000 förtidiga dödsfall och 5,3 miljoner DALY enbart i Europa (Ibid.).

2.5 Den fysiska aktivitetens läkande effekt

Det finns idag en bred vetenskaplig grund för att fysisk aktivitet kan komplettera läkemedel och ibland ersätta läkemedel helt (Emtner, 2008). År 2013 publicerades en omfattande metaanalys där forskningsfrågan var: Hur är effekterna av fysisk aktivitet jämfört med läkemedel vid sjukdomar som hjärt- kärlsjukdom, stroke och diabetes? (Huseyin & John 2013). Resultatet visade att effekten av motion var i samma nivå som effekten av läkemedel vid behandling vid de studerade sjukdomstillstånden. I vissa fall visade det sig att motion gav bättre effekt än läkemedel, exempelvis vid läkningsprocessen av hjärnan efter en stroke (Ibid).

Det finns en mängd antal sjukdomstillstånd som kan behandlas med FaR® (Östenson, Birkeland & Henriksson, 2008). Tre av de vanligaste sjukdomstillstånden där fysisk aktivitet kan användas som behandlingsmetod är kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), högt blodtryck (hypertoni) och diabetes. En person som har diabetes kan med hjälp av att öka den fysiska aktiviteten sänka dosen av insulin. En person som är drabbad av KOL kan med hjälp av fysisk aktivitet öka syreupptagningsförmågan och uthållighetsförmågan avsevärt (Ibid). Enligt Emtner (2008) bidrar fysisk aktivitet inte enbart till en fysiologisk förbättring, det bidrar även till en förbättring av den psykiska hälsan. När en person blir fysiskt starkare och klarar av fler vardagssituationer själv, ökar det psykiska välbefinnandet och självkänslan, vilket har stor betydelse för det allmänna hälsotillståndet (Ibid). Detta styrker en undersökning utförd av Kallings et al., (2008) där personer fick uppskatta sin livskvalitet före och efter dem fått ett FaR®. Resultatet visade att patienter som fått FaR® skattade både sin fysiska och psykiska hälsa högre efter sex månader av FaR®.

2.6 Fysisk aktivitet på recept

Fysisk aktivitet på recept (FaR®) är en metod som har utarbetats i Sverige sedan år 2000 och används av hälso- och sjukvården i samverkan med andra aktörer för att öka individens aktivitetsnivå (Statens folkhälsoinstitut, 2008). FaR® förskrivs som en medicinsk ordination, då fysisk aktivitet behandlar och förebygger sjukdom. FaR® kan förskrivas av all legitimerad personal förutsatt att förskrivaren har rätt kunskap för att ordinera FaR® på rätt sätt. Ansvar för fördelningen av arbetsuppgifter till hälso- och sjukvårds personal ligger hos verksamhetschefen (Faskunger et al., 2007). Därmed är det verksamhetschefen som bestämmer vem som anses ha rätt kompetens för att skriva FaR® (Ibid). Efter att arbetet har delegerats ut ansvarar den enskilda individen för att utföra uppgiften på ett korrekt sätt i enlighet med 2 kal. 5 § lagen (SFS 1985:562). Som hjälpmedel och stöd till förskrivaren vid förskrivningen av FaR® finns handboken FYSS som står för: Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (Statens folkhälsoinstitut, 2008). Handboken tar upp en rad olika delar som tillhör fysisk aktivitet men framförallt tar handboken upp anpassad fysisk aktivitet i förebyggande och behandlande syfte vid sjukdomsdiagnos av 33st olika sjukdomar (Ibid). Doseringen (intensitet, duration och frekvens) av FaR® ska vara anpassat till patientens hälsotillstånd, diagnos och egna önskemål. Receptet (se bilaga.1) kan innefatta allt från skriftligt råd på vardagsaktivitet till att delta i aktivitetsgrupper eller ett mer stödjande aktivitetsprogram där personen får stöd under längre tid (Ibid.).

Varje patient som får ett FaR® förskrivet ska bli förfrågad om stöd och uppföljning önskas. (Statens folkhälsoinstitut, 2008). Detta stöd bedrivs av ansvarigsjuksköterska eller friskvårdslotsar som arbetar för att stötta patienterna genom att via telefonkontakt ge motiverande samtal som syftar till att öka den inre motivationen för att fullfölja ordinationen samt ge förslag på passande aktiviteter. Patienten blir erbjuden tre samtal under en uppföljningsperiod på 4-8 månader (Ibid.).

2.7 Främja fysisk aktivitet inom hälso- och sjukvården

Sveriges övergripande mål för folkhälsan är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen (Ågren, 2003). Utifrån detta mål finns 11 delområden som arbetar för att uppfylla det övergripande målet. Hälsofrämjande hälso- och sjukvård är ett av dessa delmål och har en betydande roll inom det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet (Winroth & Rydqvist, 2008). Det preventiva arbetet med att förebygga sjukdom och ohälsa i befolkningen förtydligas i hälso- och sjukvårdslagen (SFS nr 1982:763).

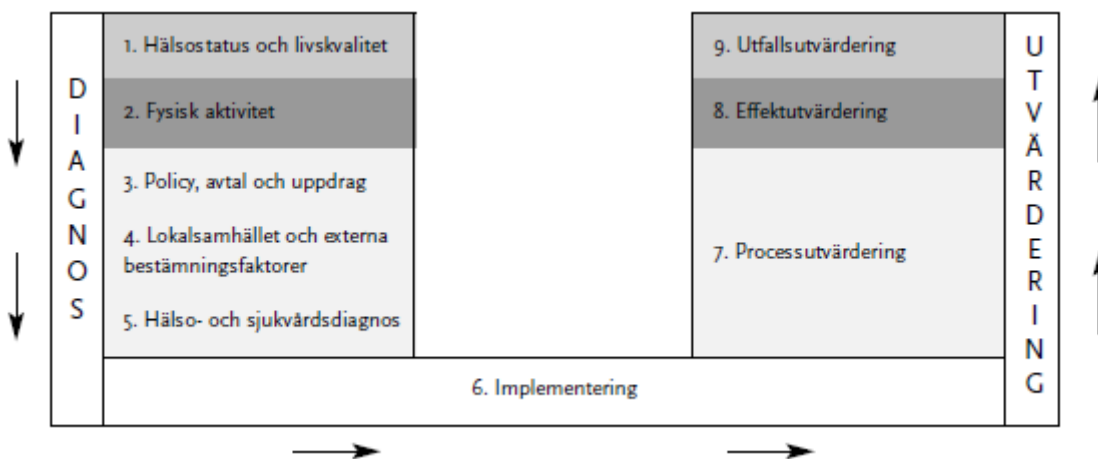
Den medicinska expertisen arbetar och verkar inom våra sjukhus och vårdcentraler och det är dit individen går för att söka hjälp vid ohälsa (Winroth & Rydqvist, 2008). Studier visar att 70 procent av befolkningen söker sig till sjukvården via läkarbesök en eller fler gånger per år (Statens folkhälsoinstitut, 2007). Detta visar att Hälso- och sjukvården är en arena där det finns goda möjligheter att nå ut till de samhällsgrupper som tenderar att vara mest stillasittande. Grupper med låg socioekonomisk status, äldre och personer med sjukskrivning är exempel på grupper som anses vara mest inaktiva och har därför ökad risk för ohälsa (Statens folkhälsoinstitut, 2007). Legitimerad sjukhuspersonal upplevs ofta som tillförlitlig informationskälla gällande hälsofrågor. Med detta som grund är hälso- och sjukvården en utmärkt arena för att främja den fysiska aktiviteten hos svaga grupper i samhället. Med FaR® som arbetsmetod inom hälso- och sjukvården utges ett gripbart verktyg som stöd i hälsoarbetet (Ibid.). Socialtjänstens kartläggning av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser inom hälso- och sjukvården från år 2012 visade att 50 procent av Sveriges vårdcentraler har rutiner för att arbeta med att främja fysisk aktivitet hos patienterna. För att öka patientens följsamhet vid förskrivningen av FaR® är det många aspekter som spelar in (SBU, 2007). Hjälpmedel som visat sig ge god effekt på patientens följsamhet är hälsovägledning för att öka patientens motivation, sätta upp mål, stärka självförtroendet och att uppmuntra till förändring. Dessa medel stöttar patienten till att fullfölja ordinationen och få en bättre hälsa på lång sikt. Det tre mest frekventa arbetssätten att arbeta med detta var genom rådgivande samtal (96 procent), FaR® (69 procent) och remiss (50 procent). Vid två tredjedelar av vårdcentralerna fanns det personal som specifikt ansvarade för att se till att rutiner följs och att FaR® utvärderas och analyseras. Arbetet med att föra in FaR® som arbetsmetod inom hälso- och sjukvård utgör exempel på ett nytänkande gällande primärpreventiva åtgärder där personal och organisation inför förebyggande åtgärder inom verksamhetens dagliga rutiner (Ibid.)

2.8 Implementering av FaR

Begreppet implementering definieras av Fixen et al., (2005) som: ”- en sammansättning specifika aktiviteter som har till syfte att få en ny metod eller ett nytt program med kända aspekter att bedrivas i ordinarie verksamhet.” (Ibid). Socialstyrelsens rapport ”Om implementering” från 2012 visade att det är av stor vikt att ha goda kunskaper om planering för ett lyckat genomförande vid implementering av ny metod. Inom hälso- och sjukvården är rutinerna ofta pressade vilket gör att det krävs tydlig planering och struktur i arbetet (Guldbrandsson, 2007). Vid införandet av en ny metod kommer de vardagliga rutinerna sannolikt att påverkas (Socialstyrelsen, 2012). Vid en förändringsprocess finns tre viktiga hörnstenar för framgång, kompetens hos personalen, stöd från organisationen och ett produktivt ledarskap. När personalen har förståelse, kunskap och begriper behovet av den nya metoden är chansen större att en positiv attityd och inställning till förändringsprocessen sker och att missförstånd reduceras (Ibid.). Individens attityd och inställning till ett förändringsarbete har betydelse för ett framgångsrikt resultat (Guldbrandsson, 2007). Begreppet Attityd definieras av individens medvetna/omedvetna mentala, emotionella

kognitiva inställning till exempelvis en förändringsprocess. Attityder formas av erfarenheter och den sociala omgivningen. När vi tar till oss ny kunskap är det vår attityd och inställning till den nya kunskapen som sedan avgör hur individen tar till sig och lagrar kunskapen. Vid en negativ attityd finns det risk att individen inte är öppen för att ta till sig kunskapen. En negativ attityd till en process ses som ett hinder i förändringsarbetet. Det är därmed av stor vikt att personalen förstår hur en ny metod kommer att påverka de vardagliga rutinerna, så att arbetet flyter på och inte hindras (Ibid.). Enligt Carlford (2010) är det vid implementeringen av en ny arbetsmetod bra att använda evidensbaserade teoretiska modeller som utgångspunkt. Detta för att underlätta utvärderingen av positiva och negativa effekter av processen, samt för att lättare nå ett framgångsrikt resultat (Ibid.).

Enligt Faskunger är implementeringsmodellen PRECEDE- PROCEED, som är utvecklad av Green och Kreuter, användbar vid implementering av hälsofrämjande metoder inom hälso- och sjukvården. Denna modell gavs ut av Folkhälsoinstitutet år 2007 som en vägledning och stöd till personer som arbetade med implementeringen av FaR®. Inom PRECEDE-PROCEED modellen ingår nio steg som visar hur arbetet med att främja fysisk aktivitet kan struktureras inom hälso- och sjukvården (Ibid.).



Figur 1 Källa: Statens folkhälsoinstitut, 2007. En vägledning för implementering. sid.25

Fas nummer sex understryker betydelsen av att arbeta konsekvent med implementeringsfasen som anses vara en fas som kräver mycket tid och kan ses som svårarbetad. Utifrån rapporten av en nationell pilotstudie där nationella och internationella erfarenheter om FaR® sammanställdes framkom en rad olika faktorer för framgång (Kallings et al., 2003). Några av dessa faktorer var kunskapsutbildning i syfte att höja kunskapen om fysisk aktivitet hos personalen som en grund innan arbetet startar upp och att inspirera till användandet av handboken FYSS vid arbetet med FaR® och att skapa rutiner för hur arbetet skall gå till innan arbetet startar upp. Att hela vårdkedjans personal har kunskap om FaR® sågs som en grundläggande faktor för framgång. Samt att ledningen är konkret med vilka ur personalen som bedöms ha rätt kompetens att arbeta med FaR® samt att ny personal får möjlighet till den utbildning som behövs för att arbeta med FaR® (Ibid.).

2.9 Nationell utvärdering av implementering av FaR®

Nilsson utförde år 2010 på uppdrag av regeringen en nationell utvärdering av delmoment i arbetet med FaR®. Utvärderingen omfattade utbudet av aktiviteter, tillämpning, följsamhet, ansvarsfördelning och rutiner. Respondenterna i studien innefattade de personer som ingår i arbetet med FaR®, från personalen som förskriver FaR® inom Sveriges landsting till

aktivitetsaktörer och patienter. Resultatet av studien visade att det fanns behov av stöd för ytterligare insatser inom arbetet med FaR®. Områden som ansågs vara i behov av utveckling var utbildning av den legitimerade personalen samt att simulera uppföljningen av patienternas följsamhet med exempelvis ekonomiska hjälpmedel. Alla FaR®- samordnare i studien fick besvara frågan: Vilka framgångsfaktorer och hinder anser du att det finns vid implementeringen av fysisk aktivitet på recept? Svaren gällande framgångsfaktorer visade på ett gott samarbete mellan landstingets folkhälsoenhet och primärvården samt ett gott samarbete mellan aktörer ute i lokalsamhället så som idrottsförbund och andra föreningsverksamheter. Vid svaren gällande hinder i arbetet med FaR® visade det sig att arbetet med att främja levnadsvanor ansågs ha låg status, där av upplevdes det svårarbetat och gick långsamt fram. Det upplevdes även att det fanns svårigheter att motivera personal att förskriva FaR®, främst läkare. För att utveckla arbetet ansågs utbildning av sjukvårdspersonal vara i behov, både inom FaR® och motiverande samtal (Ibid.).

2.10 Utvecklingsbehov problemformulering

Arbetet med FaR® startade år 2000 och ses idag som en utarbetad metod inom hälso- och sjukvården, en betydelsefull arena för att arbeta för primärpreventiva metoder som FaR® (FYSS, 2008). Vid implementeringen av en ny arbetsmetod som FaR® inom hälso- och sjukvården har faktorer som attityd, utbildning, produktivt ledarskap och struktur genom tydliga rutiner identifierats som viktiga faktorer för ett lyckat resultat (Fixen, 2010).

En nationell utvärdering av FaR® från år 2010 identifierade utbildning av sjukvårdspersonal som viktigt för att utveckla metoden, särskilt inom förskrivning av FaR® men även inom motiverande samtal. Arbetet med levnadsvanor ansågs även ha låg status vilket gjorde att arbetet upplevdes trög arbetat (Nilsson, 2010).

Utifrån den bilden är det intressant att ta reda på hur det ser ut vid ett stort universitetssjukhus inom Sverige idag. Har personalen fått utbildning om FaR®? Upplever personalen att det finns några hindrande faktorer och hur ställer de sig till användandet av FaR® som metod?

Det finns ett behov av att identifiera vilka hinder och framgångsfaktorer som finns för att utvecklingen av metoden ska gå framåt (Nilsson, 2010) och vilka faktorer som påverkar förskrivningen idag som underlag till fortsatt forskning i utvecklingen av FaR® inom olika organisationer.

3. Syfte

Syftet är att se vilka faktorer som påverkar förskrivningen av FaR® av den legitimerade personalen på en medicinsk thorax division vid ett universitetssjukhus.

4. Frågeställningar

I vilken utsträckning förskriver personalen FaR®?

Vilken kunskap har personalen om FaR®?

Vilka attityder har personalen till FaR®?

Vilka hindrande faktorer upplever personalen att det finns för förskrivning av FaR®?

5. Metod

5.1 Design

För att besvara syfte och frågeställningar i studien har en kvantitativ metod valts. Enligt Denscombe (2000) passar en studie med en stor urvals grupp bra till en enkätundersökning där det finns möjlighet att samla in en stor mängd data på relativt kort tid. I denna studie fanns inget intresse av att se vad den enskilda individen upplevde, det intressanta var att se helheten i en grupp. Därför valdes en kvantitativ studie där resultatet går att generalisera. Studien är utförd genom en så kallad tvärsnittsstudie, som ger en överblick av hur det ser ut just nu (Ejlertsson, 2003).

5.2 Urvalsgrupp

Den medicinska thorax divisionen valdes med förkunskapen om att många av de sjukdomar som kan förebyggas och behandlas med fysisk aktivitet, är sjukdomar som behandlas på just denna division. Hjärtsjukdomar, reumatiska sjukdomar och övervikt är exempel på sjukdomsområden som behandlas inom de utvalda mottagningarna och avdelningarna på den medicinska thorax divisionen.

Urvalsgruppen för studien var legitimerad personal som arbetade på de utvalda mottagningarna/avdelningarna vid universitetssjukhusets medicinska thorax division. Vilket innefattar sjuksköterskor, läkare, sjukgymnast och psykolog. I urvalsgruppen ingick även undersköterskor. Den breda urvalsgruppen valdes av anledningen att det inte fanns intresse av att studera en specifik yrkesgrupp utan att se hela arbetsgruppen. Författaren upplevde även att det kunde vara intressant att studera spridningen av kunskap, attityder och upplevda hinder inom de olika arbetskategorierna.

Enkäten gick ut till den planerade urvalsgruppen all legitimerad personal och undersköterskor. Enkäten besvarades av totalt 41 respondenter. De yrkesgrupper som besvarade enkäten var sjuksköterskor (33 stycken), läkare (5 stycken) och undersköterskor (3 stycken). Eftersom undersköterskor inte tillhör legitimerad vårdpersonal ansågs det inte längre relevant att undersköterskor skulle ingå i urvalsgruppen och har därför uteslutits från resultatet. Det slutliga urvalet för studien var 38 deltagare fördelat på yrkesgrupperna sjuksköterskor (33 stycken) och läkare (5 stycken).

5.3 Frågeformulär och datainsamling

Studiens data samlades in via en enkät med 11 frågor (Bilaga.2). Enkät med tillhörande missivbrev utformades av författaren och för detta användes Ejlertssons (2005) handbok om utformning av enkäter och Brymans (2011) bok om samhällsvetenskapliga metoder som stöd. Enkäten delades upp i fyra delar som innefattade i vilken form som personalen samtalande om fysisk aktivitet vid patientsamtal, upplevda hinder till arbetet med FaR®, attityd och inställning till FaR® som metod och utbildning inom FaR®. Enkäten innefattade även demografiska frågor gällande kön, titel och ålder. Enligt Bryman (2011) bör enkäten inte vara utformad med för många öppna frågor och frågornas innehåll bör vara relevanta och intressanta för studien. Irrelevanta frågor kan bidra till bortfall då respondenten kan sakna meningsfullhet i frågan (Ibid.). Frågorna var utformade med kryss svar, förutom en fråga angående upplevda hinder där det utöver fasta svar fanns möjlighet för respondenten att komma med egna förslag på upplevda hinder. Till varje enkät bifogades ett missivbrev innehållande studiens syfte, samt information om hur analysen av enkäterna skulle gå till, att deltagandet var frivilligt och anonymt.

För att kontrollera att frågorna i en enkät inte misstolkas av respondenten menar Ejlertsson(2005) att det är bra att utföra en pilotstudie, vilket genomfördes innan enkäten gick ut till urvalsgruppen. Tre studenter som studerar medicin ställde upp som testpersoner i en pilotstudie och kom sedan med feedback angående enkätfrågorna och utformningen. Pilotstudien ledde till några få små justeringar. Det är enligt Bryman (2010) betydelsefullt att hela proceduren med att fylla i enkäten genomförs på en kort tid för att öka svarsfrekvensen och den tid som testpersonerna avsatte för att besvara enkäten beräknades till ca 5 minuter.

För att nå ut med enkäten till urvalsgruppen kontaktades först varje utvald mottagnings- och avdelnings-chef via telefon så att författaren skulle få ett godkännande att det var okej att utföra studien. Under telefonsamtalen med respektive chef avtalades datum och tid för att dela ut enkäterna. Enkäten delades ut i tre omgångar på tre olika mottagningar och avdelningar. Vid två tillfällen presenterade författaren sig själv och studiens syfte innan ett personalmöte och delade sedan ut enkäter till personalen som deltog i mötet. Resterande enkäter lämnades till avdelningschefen som sedan slumpmässigt delade ut resterande enkäter till personalen som inte deltog i mötet. Denna process gick inte att genomföra på den tredje mottagningen då det inte var planerat något personalmöte vid tiden för studiens genomförande. Författaren och avdelningschefen träffades under ett kort möte där författaren fick möjlighet att presentera sig själv och studiens syfte och sedan lämna över enkäterna till mottagningschefen som i sin tur slumpmässigt delade ut enkäterna till personalen. 50 stycken enkäter delades ut totalt och fördelades jämt på de tre utvalda mottagningarna och avdelningarna.

5.4 Dataanalys

För att analysera materialet fördes enkätsvaren in i statistik programmet *statistic packages for social sciences (SPSS)*, där variablerna och variabelvärdena kodades. Varje enkätfråga betraktas som en variabel och varje svarsalternativ betraktas som ett variabelvärde (Bryman, 2011). För att få en överblick av resultatet utfördes en frekvenstabell. En frekvenstabell visar antalet och procentuella skillnader mellan respondenternas svar (Bryman, 2011). För att studera två variabler samtidigt utfördes korstabeller. Korstabeller är lämpligt då man vill se exempelvis om det finns någon skillnad mellan svaren av läkare och sjuksköterskor (Bryman, 2011). För att studera om det fanns någon korrelation mellan de ordinala variablerna, utfördes Pearsons correlation coefficients test.

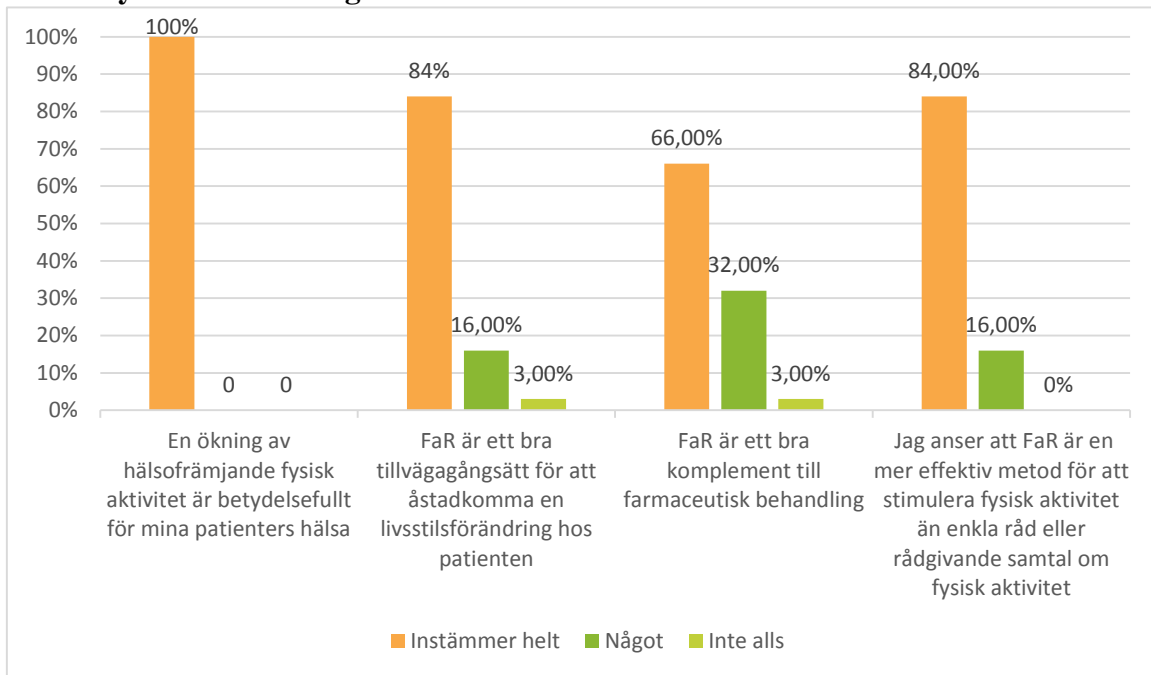
5.5 Etiska överväganden

Vetenskapsrådets forskningsetiska principer för samhällsvetenskaplig forskning har beaktats, där *Informationskravet* och *samtyckeskravet* har iakttagits genom att informera alla deltagare via ett informativt missivbrev där studiens syfte presenterades samt att deltagandet var helt frivilligt (Vetenskapsrådet, 2002). I missivbrevet fanns även information om att deltagarnas personliga uppgifter skulle behandlas med bästa möjliga konfidentialitet och att materialet förvarades i säkerhet så att endast forskare och examinator hade tillgång. Informationen om identitetssäkring behandlade (*Konfidentialitetskravet*). I slutet av missivbrevet fanns information som behandlade *nyttjandekravet* där deltagarna försäkrades om att den information som deltagarna gav ut endast skulle komma att användas i studiens syfte och inte andra ändamål (Ibid.).

6 Resultat

Studiens resultat presenteras nedanför avrundat till närmaste heltal. 38 personer deltog i studien 28 kvinnor och 10 män, medelåldern var 43år +/- 11. Fördelningen mellan yrkesgrupperna var 5 stycken läkare och 33 stycken sjuksköterskor. Även om det inte var huvudsyfte, var det intressant att jämföra attityd och praxis bland läkare och sjuksköterskor.

6.1 Attityd och inställning



Figur 2. Attityd och inställning till användandet av FaR® som metod. n=38.

Figur.2 visar att majoriteten av respondenter har en positiv inställning till användningen av FaR®. Alla respondenter ansåg att fysisk aktivitet på recept var betydelsefullt för deras patienters hälsa. 84 procent ansåg att FaR® var ett bra tillvägagångsätt till att åstadkomma en livsstilsförändring hos patienten. 66 procent ansåg att FaR® var ett bra komplement till farmaceutisk behandling och 84 procent ansåg att FaR® var en mer effektiv metod för att främja fysisk aktivitet än enkla råd eller rådgivande samtal om fysisk aktivitet.

6.2 Samtal om fysisk aktivitet

Tabell nr.1 visar hur ofta respondenterna samtalar om fysisk aktivitet med sina patienter. Resultatet visade att alla respondenter samtalande om fysisk aktivitet med sina patienter. Totalt samtalande 26 procent regelbundet om fysisk aktivitet med sina patienter och fördelningen mellan yrkesgrupperna var 28 procent av sjuksköterskorna och 20 procent av läkarna. Oftast markerade respondenterna att de samtalande ofta om fysisk aktivitet, men bara vid vissa diagnoser. Fördelningen mellan yrkesgrupperna var 41 procent av sjuksköterskorna och 80 procent av läkarna. 29 procent uppgav att de sällan samtalande om fysisk aktivitet, fördelningen mellan titlarna var 34 procent av sjuksköterskorna och 0 procent läkare.

Tabell nr 1. Hur ofta respondenterna samtalar om fysisk aktivitet med sina patienter fördelat efter yrke. n=38.

Titel	Sjuksköterska n=33	Läkare n=5	Total N=38
Så gott som alltid	9 28%	1 20%	10 26%
Ofta, men bara vid vissa diagnoser, t.ex. övervikt, diabetes och högt blodtryck	13 41%	4 80 %	17 45%
Sällan	11 34%	0 0%	11 29%
Aldrig	0	0	0
Total	32 100%	5 100%	38 100%

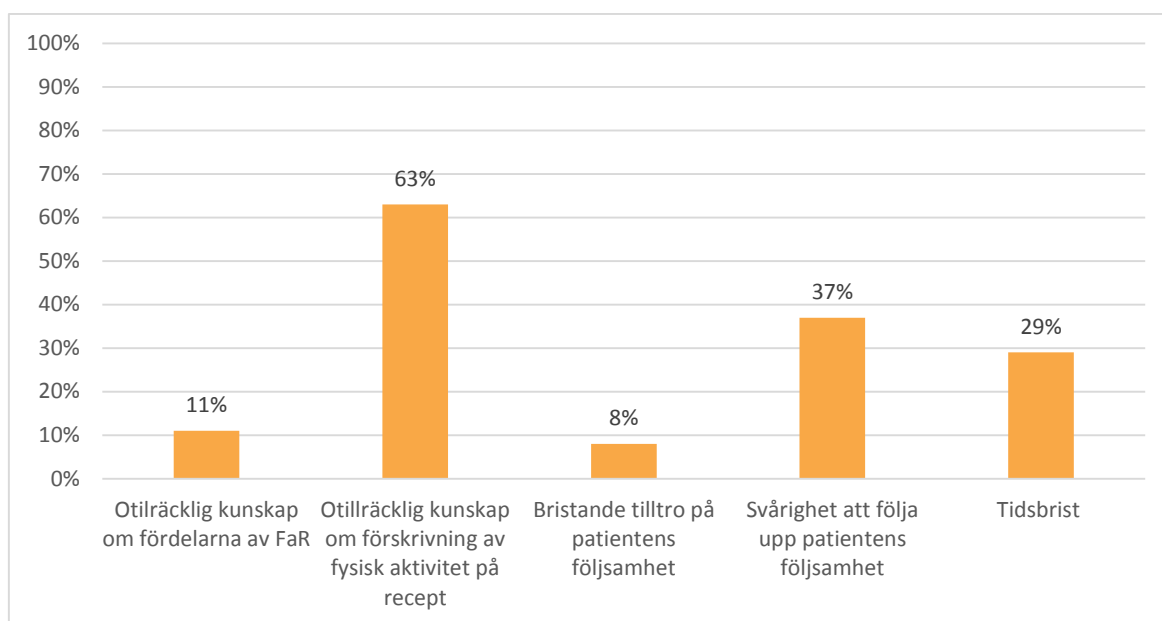
Tabellen.2 visar utifrån en korstabell i vilken form respondenterna samtalar om fysisk aktivitet med sina patienter fördelat mellan yrkesgrupperna. Vid denna fråga hade respondenten möjlighet att kryssa i fler än ett svarsalternativ, där av går procenten inte jämnt ut. 95 procent svarade rådgivande samtal. Fördelningen av titlar var 100 procent av läkarna och 96 procent av sjuksköterskorna. 16 procent svarade remiss till sjukgymnast och fördelningen av titlar var 12 procent av sjuksköterskorna och 40 procent av läkarna. 18 procent svarade FaR® och där var fördelningen 18 procent sjuksköterskor och 0 procent läkare.

Tabell 2. Hur respondenterna samtalar om fysisk aktivitet fördelar efter yrke. n=38.

Titel	Sjuksköterska n=33	Läkare n=5	Total N=38
Rådgivande samtal	31 96%	5 100%	36 95%
Remiss till sjukgymnast	4 12%	2 40%	6 16%
FaR®	6 18%	0 0%	6 18%
Jag samtalar inte om fysisk aktivitet med mina patienter	0 0%	0 0%	0 0%

6.3 Hinder

Vid frågan: Anser du att det för dig finns några hinder till att förskriva fysisk aktivitet på recept? Visade resultatet att 16 procent upplevde att det för dom fanns hinder till förskrivningen av FaR®. 53 procent upplevde inte att det för dom fanns hinder till att förskriva FaR® och 32 procent svarade att FaR® inte ingick i deras arbetsuppgifter.



Figur 3. Upplevda hinder till förskrivningen av FaR. n=38.

Figur.3 visar vilka hinder som personalen upplevde till förskrivningen av FaR®. Vid denna fråga kunde respondenterna kryssa i fler svarsalternativ eftersom en person kan uppleva fler än ett hinder till förskrivningen av FaR®. Resultatet visade att 63 procent uppgav otillräcklig kunskap om förskrivningen av FaR®. 37 procent uppgav svårighet att följa upp patientens följsamhet, 29 procent uppgav tidsbrist, 11 procent uppgav otillräcklig kunskap om fördelar av FaR® och 8 procent uppgav bristande tilltro på patientens följsamhet. I frågan om hinder fanns det även möjlighet för respondenten att själv skriva ner upplevda hinder som inte fanns med som svarsalternativ. Vid detta svarsfält framkom det att rutiner inom arbetet med FaR® var något som saknades.

6.4 Utbildning

Tabellen visar hur många som fått någon form av utbildning inom FaR®, genom exempelvis föreläsning eller intern webb utbildning. Resultatet visade att totalt 45 procent hade fått någon form av utbildning inom FaR®. Av sjuksköterskorna hade 46 procent fått utbildning och av läkarna 40 procent.

Tabell nr.3 Utbildning av FaR® fördelat efter yrke. n=38.

			Utbildning FaR®		Total
			Ja	Nej	
Titel	Sjuksköterska	Antal	15	18	33
	n=33	% inom titel	46%	55%	100%
	Läkare	Antal	2	3	5
	n=5	% inom titel	40,0%	60,0%	100,0%
Total N=38		Antal	17	21	38
		% inom titel	45%	55%	100,0%

Vid frågan: Har du använt dig av handboken fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (FYSS) för att ge patienter råd om fysisk aktivitet? Visade resultatet att 34 procent hade använt handboken FYSS för att ge råd till patienter om fysisk aktivitet och 76 procent hade inte använt handboken.

6.5 Förskrivning av FaR®

Tabellen visar i vilken utsträckning som personalen förskrev FaR®. Resultatet visade att 3 procent förskrev FaR® regelbundet, fördelningen mellan titlar var 3 procent av sjuksköterskorna och 0 procent av läkarna. Totalt förskrev 24 procent FaR® ibland och fördelningen av titlar var 21 procent av sjuksköterskorna och 40 procent av läkarna. Totalt hade alltså 26 procent någon gång förskrivit FaR®.

Tabell.4 Korstabell, Förskrivning av FaR®*Titel. n=38.

			Titel		Total N=38
			Sjuksköterska n=33	Läkare n=5	
Har du förskrivit FaR?	Ja, regelbundet	Antal	1	0	1
		% Inom titel	3 %	0 %	3 %
	Ibland	Antal	7	2	9
		% Inom titel	21 %	40 %	24 %
	Nej	Antal	25	3	28
		% Inom titel	76 %	60 %	74 %
Total		Antal	33	5	38
		% Inom titel	100 %	100 %	100 %

7.0 Diskussion

Studiens syfte var att se vilka faktorer som påverkade förskrivningen av FaR®. Forskningsfrågorna behandlade vilken attityd, kunskap och vilka hinder som personalen upplevde till förskrivningen av FaR®. Samt i vilken utsträckning personalen förskriver FaR®. Gällande attityd och inställning till användandet av FaR® som metod, uppgavs en mycket positiv bild. Alla samtalande om fysisk aktivitet mer eller mindre med sina patienter. Dock var det endast 30 procent som förskrivit FaR®. Knappt hälften hade gått någon form av utbildning inom FaR® och vid upplevda hinder dominerade hindret kunskapsbrist om förskrivningen av FaR®.

7.1 Resultatdiskussion

Alla variabler analyserades för normalitet av spridning genom Chi-Square och Binominal test. Det visade sig vara en ojämn spridning inom vissa variabler. Normal spridning visade sig i frågorna, ålder och hur ofta samtalar du om fysisk aktivitet med dina patienter. Alla resterande frågor besvarades med ojämn spridning.

7.1.1 Främja fysisk aktivitet

Resultatet visar att alla respondenter samtalar om fysisk aktivitet med sina patienter mer eller mindre vilket understryker att främjandet av fysisk aktivitet är en del av hälso-och sjukvårdens arbete. Det visar även att personalen sannolikt förstår betydelsen av hälsofrämjande fysisk aktivitet vid patientens sjukdomstillstånd. Den vanligaste samtalsformen om fysisk aktivitet är via rådgivande samtal (95 procent) följt av samtal om FaR® (18 procent) och Remiss till sjukgymnast (18 procent) Detta resultat går att jämföra med socialstyrelsens kartläggning från år 2011 där det går att se samma mönster gällande samtalsformen av de som samtalande om fysisk aktivitet med sina patienter där just enkla råd stod för den vanligaste samtalsformen(69 procent) följt av samtal om FaR® (69 procent) och Remiss(50 procent) (SBU, 2007). Även om socialstyrelsens kartläggning visade att endast hälften av respondenterna samtalande om fysisk aktivitet visar de samma ordningsföljd gällande samtalsformen (Ibid.).

7.1.2 Attityd och inställning till FaR® som metod

Gällande attityd och inställning till användandet av fysisk aktivitet som metod framkom en mycket positiv inställning. Alla respondenter instämde helt i att en ökning av hälsofrämjande fysisk aktivitet var betydelsefullt för deras patienters hälsa. Trots att 84 procent av respondenterna instämde helt i att FaR® var en mer effektiv metod för att stimulera fysisk aktivitet än enkla råd eller rådgivande samtal så var rådgivande samtal var den övervägande vanligaste (96procent) metoden att samtala om fysisk aktivitet med patienterna. Studien visar att det finns en god attityd och inställning till användandet vilket är en god grund för att arbeta in en metod då en god attityd stärker förmågan att ta till sig kunskap (Guldbrandsson). Enligt Swinburn et al., (1998) är FaR® en effektivare metod för att öka den fysiska aktiviteten hos en patient än vid rådgivande samtal. Även fast majoriteten av respondenter uppgav att de ansåg att FaR® var en mer effektiv metod för att stimulera fysisk aktivitet hos patienten än vid rådgivande samtal, används inte FaR® mer i praktiken. Detta kan bero på flera saker, exempelvis de hindrande faktorer som uppgavs påverka arbetet med FaR®.

7.1.3 Hindrande faktorer

Denna låga förskrivning av FaR® kan delvis ha påverkats av att 31 procent uppgav att förskrivning av FaR® inte ingick i deras arbetsuppgifter. De kan även bero på de hindrande faktorerna som framkom till förskrivningen av FaR®. Resultatet visade att den övervägande hindrande faktorn till arbetet med FaR® var kunskapsbrist om förskrivningen av FaR®, med 63 procent. Nilsson (2010) menar att just kunskapsbrist hos personalen är en grundläggande framgångsfaktor i arbetet med FaR®. Att majoriteten av respondenterna inte har kunskap medför en stor lucka i arbetet och gör det svårarbetat, då kunskap är en förutsättning för att överhuvudtaget kunna arbeta med metoden (Nilsson, 2010). Nilsson (2010) nämner även att goda rutiner är betydelsefullt att implementera innan arbetet startar upp. I resultatet framkom att rutiner i arbetet med FaR® var något som saknades trots att implementeringsarbetet med FaR® pågått i åtta år på universitetssjukhuset. Från rapporten av utvärderingen av FaR® från 2010 uppgavs just utbildning av den legitimerade personalen som ett område som var i behov av utveckling (Nilsson, 2010). Vilket även resultatet i denna studie styrker.

Den teoretiska modellen PRECEDE-PROCEDE understryker också betydelsen av just utbildning av den legitimerade personalen och att skapa rutiner för arbetet, vid implementeringsfasen av en ny metod som FaR® (Statens folkhälsoinstitut (2007).

Vid frågan: Har du använt dig av boken fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (FYSS) för att ge patienter råd om fysisk aktivitet? Svarade en fjärdedel ja. FYSS är framtaget som hjälpmedel till personer som arbetar med FaR® (FYSS, 2008). Att fler inte använde sig av handboken kan bero på att det endast var en fjärdedel av respondenterna som någon gång förskrivit FaR®.

7.2 Metoddiskussion

För att besvara studiens syfte användes en kvantitativ metod med en tvärsnittsstudie. Genom att välja tvärsnittsstudie går det att se association mellan olika variabler men det går inte att se samband (Bryman, 2011). Vid en tvärsnittsstudie visas en överblick på hur det ser ut just idag och utefter det generaliseras resultatet (Ibid.). Denna typ av studiedesign ansågs passande då författaren önskade att få en översiktbild av vad som påverkade förskrivningen av FaR® utifrån det arbetet som skedde i den specifika verksamheten just då. En kvantitativ tvärsnittsstudie är även tid- och kostnads effektiv. Det skulle även gå att genomföra en kvalitativ intervjustudie utifrån studiens syfte. Vid en kvalitativ intervju studie får författaren en djupare förståelse för individens upplevelser och känslor (Bryman, 2011). Det kan anses intressant att gå djupare i frågan om vad som påverkar förskrivningen och få mer information om personalens erfarenheter och upplevelser. I denna typ av studie fanns inget intresse för att gå djupare i frågan om vad personalen upplevde och hade för erfarenheter. Det är ett intressant område men för denna studie ansåg författaren att en kvantitativ studie lämpades bäst för att besvara syftet. Det skulle kunna vara ett förslag till vidare studier att utföra en kvalitativ studie utifrån det resultat som denna studie kom fram till och gå djupare och låta personalen uttrycka sig friare och mer utvecklande om upplevelser och tankar om metoden. En kvalitativ studie skulle ta längre tid att utföra och resultatet skulle inte kunna generaliseras. Författaren upplevde även att en kvantitativ studie passade bra till sjukvårdspersonalen då de ofta arbetar i skift och kan ha svårt att avsätta tid för intervjuer. Vid en enkätundersökning kommer fler personer till tals och en större mängd data samlas in under kort tid och det går att se associationer utifrån översikt bilden.

Urvalsgruppen för studien var legitimerad sjukvårdspersonal, med vetskapen om att all legitimerad sjukvårdspersonal har möjligheten att förskriva FaR® (Statens folkhälsoinstitut,

2008). De yrkesgrupper som ansågs vara lämpliga för studiens syfte var sjuksköterskor, läkare, fysioterapeut, psykolog och gruppen ”annat”. I gruppen annat kunde de som ansågs lämpliga för studiens syfte men inte fanns med i de nämnda yrkesgrupperna ingå. I enkäten ingick även undersköterskor som urvalskategori. Undersköterskor tillhör inte arbetsgruppen legitimerad personal och har därför exkluderats från resultatet.

Utav de 63 procent som svarade på enkäten var 33 stycken sjuksköterskor och 5 stycken läkare. Författaren hade tycket att det var intressant om enkäten besvarades av fler tilar exempelvis fysioterapeuter, då författaren hade vetskap om att just fysioterapeuter arbetade med FaR® på de utvalda mottagningarna/avdelningarna. Att enkäten besvarades av endast sjuksköterskor och läkare ses dock inte som något problem då det är just dom två grupperna som främst arbetar med FaR® (Nilsson, 2010). Av respondenterna stod kvinnorna för 74 procent och männen för 26 procent. Att männen endast utgjorde en fjärdedel av respondenterna ses inte som något som påverkar trovärdigheten för studiens resultat. Författaren upplever att kvinnorna står för majoriteten av sjukhuspersonal, därmed visar resultatet endast en sann bild av hur det ser ut.

Vid utformning av en enkät var det angeläget att frågorna var relevanta utifrån studiens syfte så att enkäten upplevdes trovärdig att studera det faktiska syftet och inget annat (Bryman, 2011). Det fanns inga validerade frågeformulär angående praktik av FaR® som ansågs kunna svara direkt mot studiens syfte. Därför utformade författaren ett frågeformulär av egen design som ansågs svara exakt till studiens syfte och frågeställningar. Frågorna behandlade attityder, inställning och hinder till att använda FaR® som metod, förskrivningens utsträckning samt vilken kunskap som fanns hos personalen. Dessa frågor valdes utifrån vetenskapen om att just dessa faktorer påverkar arbetet med FaR® (Kallings et al., 2003).

Majoriteten av frågor var utformade med kryss svar för att gör det så enkelt för respondenten som möjligt att besvara enkäten. Vid fråga nummer fem angående samtals form om fysisk aktivitet och tio angående upplevda hinder till FaR® kunde respondenten kryssa i fler svarsalternativ. Vid fråga nummer tio fanns det även möjlighet för respondenten att själv texta ner ett svar angående upplevda hinder. Detta för att få så tydlig information som möjligt om vilka hinder som fanns till arbetet med FaR®. Enligt Ejlertsson (2014) är det betydelsefullt att forskaren lägger ner energi på att försöka öka svarsfrekvensen. Antalet personer som besvarade enkäten var 38 personer, vilket är en relativt låg svarsfrekvens. Hade fler personer besvarat enkäten hade tillförlitligheten ökat och urvalsfel minskat (Bryman, 2011). Vid ett lågt antal respondenter är det svårare att generalisera resultatet (Ibid.). Bortfallet av respondenter stod för 37 procent. En anledning till bortfallet kan vara att författaren själv inte hade möjlighet att dela ut enkäten till alla respondenter. Sjukhuspersonalen arbetar ofta i skift och det fanns endast möjlighet att dela ut enkäten till den personal som deltog i mötet där respondenten presenterade sig själv och studien och sedan personligen delade ut enkäterna. De som deltog i dessa två möten var endast ett fåtal. Resterande enkäter delades ut av verksamhetscheferna. Författaren uppfattade det som att verksamhetscheferna hade mycket att göra och möjligtvis inte såg uppgiften att dela ut enkäterna som så väsentlig utifrån deras ordinära arbetsuppgifter, även om de verkade intresserade av studien. Detta kan ha bidragit till bortfallet.

Utifrån vad resultatet visade i denna studie skulle det vara intressant att se hur ledningen inom ett stor universitetssjukhus ser på förskrivningen av FaR®. Personalen hade en mycket god inställning till FaR® som metod men många upplevde en kunskapsbrist. Att utbilda personalen skulle sannolikt påverka förskrivningen positivt. Att ta beslut angående hur arbetet

med FaR® vidareutvecklas i benämning av utbildningsinsatser ligger delvis hos ledningen. Från den bilden skulle det vara intressant att se hur ledningen ser på möjligheten till utbildningsinsatser och hur ledningen ställer sig till användandet av FaR® som metod.

Forskningsfråga: Hur ställer sig sjukhusledningen till utbildningsinsatser inom arbetet med FaR® inom ett universitetssjukhus?

8.0 Slutsats

Alla respondenter samtalade om fysisk aktivitet i någon form med sina patienter, vilket visar att de sannolikt förstår vikten av den fysiska aktivitetens hälsofrämjande effekt vid patientens tillstånd. Respondenterna uppgav en mycket god inställning och attityd till användandet av fysisk aktivitet som terapeutiskt instrument och till förskrivningen av FaR®. Det var dock endast 30 procent som förskrev FaR®. Knappt hälften hade fått någon form av utbildning inom FaR® vilket speglade sig i upplevda hinder till FaR® då kunskapsbrist vid förskrivningen av FaR® upplevdes som det dominerande hindret till förskrivning. Kunskap och kompetens är en grundläggande framgångsfaktor vid arbetet med FaR®. Med tanke på att personalen hade en så god inställning och attityd till att arbeta med FaR® som metod skulle troligtvis förskrivningen påverkas positivt om personalen fick utbildning om FaR®. God attityd och rätt kompetens är två viktiga faktorer för ett lyckat resultat och kommer sannolikt påverka förskrivningen av FaR®.

Referenslista

Andersson, I. (2006). *Epidemiologi för hälsovetenskaper*. Lund: Studentlitteratur.

Apoteket Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (2009). *Ordination motion: vägen till bättre hälsa: FYSS - fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. Stockholm: Bromberg.

Axelsen, M., Danielsson, M., Norberg, M & Sjöberg, A. (2009). Matvanor och fysisk aktivitet. I: Folkhälsorapport 2009.

Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber.

Carlfjord, S. (2010). Teorianvändning vid forskning som rör implementering inom hälso- och sjukvården. Implementering. Teori och tillämpning inom hälso- och sjukvård. Lund: Studentlitteratur.

Darren, Warburton. Crystal, Nicol & Shannon, Bredin. (2006) Health benefits of physical activity: the evidence. *Canadian Medical Association Journal*, 174(6): 801–809.

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

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

Ekblom-Bak, E & Ekblom, B & Hellénus, M. (2010). Minskat stillasittande lika viktigt som ökad fysisk aktivitet. *Klinik och vetenskap*, 107(9): 587-588.

Tillgänglig:<http://www.vgregion.se/upload/Fysisk%20aktivitet%20p%c3%a5%20recept/Stillasittande%20tid.pdf> (2015-03-15).

Emtner, M. (2008). Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL). I: Ståhle, A. (red) *FYSS 2008: fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, 2 uppl.* Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Fixsen DL, Naom SF, Blase KA, Friedman RM, Wallace F. (2005) *Implementation reserach: A synthesis of the literature*. Tampa, Florida: University of South Florida, Louise de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network; 2005.

Kallings, Lena V. & Leijon, Matti (2003). *Erfarenheter av Fysisk aktivitet på recept - FaR*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut
Tillgänglig: <http://www.fhi.se/PageFiles/3140/far0312.pdf> (2015-03-19).

Folkhälsomyndigheten (2014). *Hälsofrämjande hälso- och sjukvård*: Folkhälsopolitikens övergripande mål är att skapa samhällseliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Hämtad 02 01, 2015, från Folkhälsomyndigheten.

Tillgänglig:<http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/folkhalsans-utveckling-malomraden/halsoframjande-halso-och-sjukvard/>.(2015-03-20).

Owen N, Bauman A, Brown W., (2009) *Too much sitting*: a novel and important predictor of chronic disease risk. Br J Sports Med, 43(2): 81-83

Statens folkhälsoinstitut Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (2008). *FYSS 2008: fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Guldbrandsson, K. (2007). *Från nyhet till vardagsnytta*: om implementeringens mödosamma konst: en forskningssammanställning. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Huseyin, N & John, I. (2013). *Comparative effectiveness of exercise and drug interventions on mortality outcomes*: metaepidemiological study. BMJ 2013;347: f5577

Hälso- och sjukvårdslag (SFS 1982:763). Stockholm: Socialdepartementet.

Kallings, L. (2009) Fysisk aktivitet på recept (FaR)en fungerande metod! Svensk idrottsforskning, 18: 42-45

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

Kallings LV, Leijon M, Hellenius ML, Ståhle A. (2008). *Physical activity on prescription in primary health care*: a follow-up of physical activity level and quality of life. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 18(2): 154-161.

Socialstyrelsen (2012). *Om implementering*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2011). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011: tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor: stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (2007). *Metoder för att främja fysisk aktivitet: en systematisk litteraturöversikt: mars 2007*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).

Statens folkhälsoinstitut Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (2008). *FYSS 2008: fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Statens folkhälsoinstitut (2007). *Fysisk aktivitet på recept (FaR®): en vägledning för implementering*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Swinburn, B A., Walter, L G., Arroll, B., Tilyard, M W. & Russell, D G. (1998). The green prescription study – A randomized controlled trial of written exercise advice provided by general practitioners. *American Journal of Public Health* 88(2): 288-291.

Nilsson, M. & Lorenzon, M. (2008). Kan fysisk aktivitet förhindra benskörhet och frakturer? *Svensk idrottsforskning*. 17 (3): 30-33.

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

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

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

World Health Organization (2011). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva: World Health Organization.

Ågren, G. (2003). *Den nya folkhälsopolitiken: nationella mål för folkhälsan*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Österson, C-G., Birkeland, K., & Henriksson, J. (2008). Diabetes mellitus – typ 2-diabetes. Folkhälsoinstitutet. *FYSS 2008 Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*.

Ståhle, A. (red) *FYSS 2008: fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, 2 uppl.* Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

World Health Organization (2012) *Health topics. Physical activity*.
Tillgänglig:http://.who.int/topics/physical_activity/en. (2015-04-03).



Vad påverkar förskrivningen av fysisk aktivitet på recept

- En enkätstudie

Sedan 2001 förskrivs det Fysisk aktivitet på recept (FaR®). FaR® är en utvecklad metod för att förebygga och behandla en mängd olika sjukdomar genom att tillämpa fysisk aktivitet i behandlande syfte.

Jag heter Linnéa Helenius och studerar vid Högskolan i Gävle och läser min sista termin på hälsopedagogiska programmet. Jag skriver nu min C-uppsats och är intresserad av att undersöka vilken kunskap personalen upplever att de har angående FaR®, hur många som förskriver FaR®, samt vilka faktorer som påverkar förskrivningen av FaR®.

Syftet är att se vilka faktorer som påverkar förskrivningen av FaR® av den legitimerade personalen på MTH divisionens mottagningar på Akademiska sjukhuset i Uppsala.

Syftet kommer att besvaras genom en kvantitativ enkätundersökning. Enkäten kommer att innehålla ca 7 frågor. Det beräknas ta ca 5 minuter att besvara enkäten.

Svaren kommer att databehandlas utan identitetsuppgifter och kommer alltså inte kunna kopplas till personen som svarat.

Deltagandet är givetvis frivilligt, men det är i högsta grad betydelsefullt att hela enkäten besvaras för studiens genomförande.

Jag önskar att få komma till Er mottagning och dela ut enkäten den 30/3.

Tack på förhand!

Gävle, Mars 2015

Linnéa Helénus, Student

Tel: 0730695936

Mail: Linnea.helenius@gmail.com

Eugene Lyskov, Handledare

Mail: Eugene.lyskov@hig

Bilaga 3. Frågeformulär

En enkät om vilka faktorer som påverkar förskrivningen av fysisk aktivitet på recept

1. Ange ditt kön Kvinna Man
2. Ange din titel USK SSK Fysioterapeut Läkare Psykolog Annat
3. Ange din ålderÅr
4. Hur ofta samtalar du om hälsofrämjande fysisk aktivitet med dina patienter?
- Så gott som alltid med mina patienter
- Ofta, men bara vid vissa diagnoser, t ex övervikt, diabetes och hypertoni
- Sällan
- Aldrig
5. I vilken form samtalar du om fysisk aktivitet med dina patienter
(*Flera alternativ kan väljas*)
- Rådgivande samtal Fysisk aktivitet på recept
- Remiss till sjukgymnast Jag samtalar inte om fysisk aktivitet med mina patienter
6. Har du använt dig av boken fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (FYSS) för att ge patienter råd om fysisk aktivitet?
- Ja
- Nej
7. Har du fått någon form av utbildning i Fysisk aktivitet på recept via exempel pingpong eller via föreläsning?
- Ja
- Nej
8. Har du förskrivit fysisk aktivitet på recept?
- Ja, regelbundet
- Ibland

Nej

9. Anser du att det för dig finns hinder att skriva ut fysisk aktivitet på recept?

- Ja Att förskriva fysisk aktivitet på recept ingår inte i mina arbetsuppgifter.
 Nej

10. Upplever du att det finns hinder till förskrivning av fysisk aktivitet på recept?

(Flera alternativ kan väljas)

- Otillräcklig kunskap om fördelar av fysisk aktivitet på recept
 Otillräcklig kunskap om förskrivning av fysisk aktivitet på recept
 Bristande tilltro på patientens följsamhet
 Svårighet att följa upp patienternas följsamhet
 Tidsbrist

Annat, ange vad: _____

11. Jag anser att:

- | | Instämmer helt | något | inte alls |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. En ökning av hälsofrämjande fysisk aktivitet är betydelsefullt för mina patienter hälsa. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Instämmer helt | något | inte alls |
| b. Fysisk aktivitet på recept är ett bra komplement till farmaceutisk behandling | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Instämmer helt | något | inte alls |
| c. Förskrivning av Fysisk aktivitet på recept är ett bra tillvägagångsätt för att åstadkomma en livsstilsförändring hos patienten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Instämmer helt | något | inte alls |
| d. Jag anser att fysisk aktivitet på recept är en mer effektiv metod för att stimulera fysisk aktivitet än enkla råd eller rådgivande samtal om fysisk aktivitet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Tack för att du tagit dig tid att besvara enkäten