



MALMÖ HÖGSKOLA
Hälsa och samhälle

PATIENTERS UPPLEVELSER AV FYSISK AKTIVITET PÅ RECEPT

- EN KVALITATIV INTERVJUSTUDIE

Olov Bengtsson
Eric Gonzalez

PATIENTERS UPPLEVELSER AV FYSISK AKTIVITET PÅ RECEPT

- EN KVALITATIV INTERVJUSTUDIE

OLOV BENGTSSON
ERIC GONZALEZ

Bengtsson, O & Gonzalez, E. Patienters upplevelser av fysisk aktivitet på recept – En kvalitativ intervjustudie. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö högskola: Hälsa och samhälle, Utbildningsområde omvårdnad, 2012.

Bakgrund: Regeringens 11 huvudmål från 2001 för att förbättra folkhälsan innefattar fysisk aktivitet genom att förutsättningarna för en ökad fysisk aktivitet hos befolkningen möjliggörs. Därav är det hälso- och sjukvårdens ansvar att främja fysisk aktivitet. En metod som idag används i Sverige är Fysisk aktivitet på recept (FaR). FaR bryter skadligt stillasittande och är bevisat en effektiv behandlingsform mot en rad. Det som är av intresse för förskrivaren är hur vårdtagaren ser på behandlingsmodellen och hur vårdtagaren upplever de olika aspekterna i behandlingen. **Syftet** med denna studie var att undersöka patienters upplevelser av fysisk aktivitet på recept samt deras upplevelser av stöd och uppföljning. **Metoden** som användes hade en kvalitativ ansats och intervjuer genomfördes som datainsamlingsmetod med hjälp av en semistrukturerad intervjuguide. Data analyserades med en kvalitativ innehållsanalys varvid tre kategorier och tio subkategorier identifierades. **Resultatet** visade att det var många faktorer som påverkade för en lyckad behandling. Informanterna upplevde att få fysisk aktivitet på recept som en sporre och en hjälp att komma igång med någonting de ville. Informanterna tyckte också att de fick en individanpassad vård där deras behov och önskemål togs tillvara. Det uttrycktes även att informanterna hade en allt växande ansvarskänsla för sin egen hälsa och fysisk aktivitet. Stödet de fick genom samtal gjorde att de kunde öppna sig och kände att någon annan brydde sig om deras hälsa. Att följas upp och att få rådgivning sågs av informanterna som outhärligt för behandlingen. **Slutsats:** Kategorierna som utgjorde studiens resultat mynnade alla ut i en påverkan på informanternas motivation och detta identifierades följaktligen som temat för studien. För en lyckad FaR-behandling bör sjuksköterskan vid förskrivning och pågående behandling beakta en rad faktorer som identifierats utifrån informanternas utsagor.

Nyckelord: Fysisk aktivitet på recept, intervju, omvårdnad, patienter, sjuksköterska, upplevelser.

PATIENTS EXPERIENCES OF PHYSICAL ACTIVITY ON PRESCRIPTION - A QUALITATIVE INTERVIEW STUDY

OLOV BENGTTSSON
ERIC GONZALEZ

Bengtsson, O & Gonzalez, E. Patients experiences of physical activity on prescription – A qualitative interview study. *Degree Project, 15 Credit Points*. Nursing Programme, Malmö University: Health and Society, Department of Nursing, 2012.

Background: The governments 11 goals from 2001 to improve general health includes physical activity in the sense that the prospects of higher physical activity among the population is made possible. Therefore it is the responsibility of the health care to promote physical activity. A method that is used in Sweden today is Physical activity on prescription (PaP). PaP breaks harmful sedentary lifestyle and is proven to be an effective treatment against many endemic diseases. What is of interest to the prescriber is how the patient perceives the treatment model and how the patient experiences the different aspects of the treatment. The **aim** this study was to examine the patient's experiences of Physical activity on prescription as well as their experiences of support and follow-up. The **method** that was used had a qualitative approach and interviews were conducted as data collection method using a semi-structured interview guide. Data was analyzed using a qualitative content analysis. Three main categories and six subcategories were identified. The **results** showed that there were many factors that had an influence on a successful treatment. The informants experienced that getting physical activity on prescription was a spur and helped them get started with something they wanted to do. The informants felt that they received an individualized care where their needs were given consideration. The informants also expressed that they had a growing sense of responsibility for their own health. The support they received through discussions allowed them to open up and feel that someone else cared about their health. To be followed-up and to receive advice was seen by informants as crucial to the treatment. The **conclusion** was that the categories that formed this study resulted in an impact on the informants' motivation and thus was identified as the theme for the study. For a successful treatment, the nurse should to consider a number of factors identified by the informants' statements when prescribing and during ongoing treatment.

Keywords: Experiences, interview, nurse, nursing, patients, physical activity on prescription.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	5
Definitioner	6
Allmänna effekter av fysisk aktivitet	6
Sjukdomar och fysisk aktivitet	6
Allmänna rekommendationer om fysisk aktivitet	7
Om FaR	7
Modell 1	7
Motiverande samtal	8
Sjuksköterskans roll	9
Sammanfattning	9
SYFTE	9
METOD	9
Urval	9
Informanter	10
Bortfall	10
Datainsamling	10
Dataanalys	10
Tabell 1	11
ETISKA ÖVERVÄGANDEN	12
RESULTAT	12
Tabell 2	12
Upplevelser av och åsikter om fysisk aktivitet	12
Att erfara förbättringar	12
Att komma igång	13
Upplevda faktorer som gynnar eller missgynnar fysisk aktivitet	14
Inställning till fysisk aktivitet	15
Förutsättningar för ett gott samspel mellan vårdtagare och vårdgivare	16
Att få en individanpassad vård	16
Att känna ansvar	16
Att få vård i en tillåtande miljö	17
Upplevelser av stöd, råd och uppföljning	17
Stöd genom samtal	17
Att få rådgivning	18
Att utvecklas och följas upp	18
DISKUSSION	19
Metoddiskussion	19
Trovärdighet	19
Tillförlitlighet	19
Överförbarhet	19
Intervjuguide	20
Urval	20
Resultatdiskussion	20
Upplevelser av och åsikter om fysisk aktivitet	21
Förutsättningar för ett gott samspel mellan vårdtagare och vårdgivare	21

Upplevelser av stöd, råd och uppföljning	22
SLUTSATS	23
REFERENSER	25
BILAGOR	27
Bilaga 1	28
Bilaga 2	29
Bilaga 3	30

BAKGRUND

Det finns i dagens Sverige ett stort behov av att sprida kunskap om och tillämpning av fysisk aktivitet. Den modell som för närvarande används inom hälso- och sjukvård är Fysisk aktivitet på recept som med hjälp av motiverande samtal, hjälp med att komma igång och noggrann uppföljning bryter skadlig inaktivitet samt motverkar de flesta folkhälsosjukdomar enligt Statens Folkhälsoinstitut (FHI, 2008b).

Stillasittande är en av de tio ledande orsakerna till förtida död enligt en uppskattning från World Health Organization, WHO (2002). I västvärlden beräknas stillasittandet leda till nästan 2 miljoner dödsfall globalt årligen. Människokroppen är beroende av rörelse och det är en grundförutsättning för hälsa och välbefinnande. Tidigare i historien har fysisk aktivitet varit ett krav för överlevnad vid anskaffandet av mat med mera. Dagens samhälle ser annorlunda ut, bland annat produceras livsmedel på ett annat sätt där socker- och fettrika födor konsumeras i allt större utsträckning (a a). Statens folkhälsoinstitut, FHI (2006), menar att i kombination med fysisk inaktivitet bidrar detta till en ”kronisk energiobalans” som innebär ett högt intag och en låg förbränning av kalorier. Samhällsutvecklingen har även resulterat i att den fysiska aktiviteten minskat avsevärt. Det finns inga naturliga krav på fysisk aktivitet för överlevnad i det moderna samhället.

Fysisk inaktivitet är en betydande faktor för incidensen av hjärtinfarkt, hjärninfarkt, vissa cancerformer och diabetes mellitus. Likaså leder fysisk inaktivitet till att kapaciteten i muskler, leder och skelett försämras. Risken för ett stort antal sjukdomar såsom högt blodtryck, höga blodfetter, hjärt- kärlsjukdom och benskörhet stiger också dramatiskt. Dessa negativa effekter medför dels stora kostnader för samhället och dels en sämre livskvalité för dess invånare (FHI, 2008b).

För att komma till rätta med ovanstående behöver kunskapen om livsmedel öka samt en medveten ökning av den fysiska aktiviteten (a a). I Sverige finns i dag en önskan om ökad fysisk aktivitet och den livsstilsförändring som detta innebär, enligt en studie från 2010 (Leijon m fl). Studien mätte alla deltagarnas aktivitetsnivå och kom fram till att 11 % av studiepopulationen klassificerades som lågaktiva. Bland den lågaktiva patientgruppen självskattade ca en tredjedel sin hälsa som dålig och tre fjärdedelar av samma patientgrupp ville öka sin aktivitetsnivå. En tredjedel av de lågaktiva ansåg att det viktigaste att förändra var den fysiska aktiviteten och drygt en femtedel uttryckte att de önskade stöd för att uppnå en ökad aktivitetsnivå. Samtidigt som nästan alla (97 %) av den totala studiepopulationen ansåg att det är individens ansvar att tillgodose tillräcklig fysisk aktivitet, ansåg hälften att primärvården hade ett stort ansvar för att främja fysisk aktivitet i samhället (a a).

År 2001 utfördes den första pilotstudien som hade till syfte att beskriva och utveckla arbetsmetoder vid förskrivningen av fysisk aktivitet på recept i förebyggande och behandlande syfte (Kallings, 2010). Initiativet togs på regeringens uppdrag genom ett stort samarbete med andra myndigheter och organisationer under det projekt som kallades för ”sätt Sverige i rörelse 2001” (a a).

Fysisk aktivitet är ett av regeringens elva målområden för att förbättra folkhälsan, enligt regeringens proposition (2002/3:35) som godkändes 2003. Det samlade målet för insatserna var att samhällets utformning ska utformas så att förutsättningarna för en ökad fysisk aktivitet hos befolkningen möjliggörs. Ett av delmålen är att öka den fysiska aktiviteten under fritiden samt att äldre, långtidssjukskrivna och funktionshindrade aktivt erbjuds möjligheter till motion eller träning (a a).

Definitioner

Fysisk aktivitet är enligt definition alla former av rörelse som ökar energiförbrukning. Det behöver inte nödvändigtvis vara i form av motion eller idrottsutövning utan kan också vara fysisk aktivitet i vardagen såsom att gå eller bära såväl som att promenera eller cykla (FHI, 2006).

Hälsofrämjade fysisk aktivitet är fysisk aktivitet som förbättrar hälsa och fysisk kapacitet utan att riskera skador. *Motion* är däremot en planerad fysisk aktivitet som utförs med syfte till att förbättra eller underhålla den fysiska konditionen. Oftast innebär aktiviteter som räknas som motion ett ombyte till träningskläder. När man talar om begreppet *träning* syftar man till en målsättning att öka prestationsförmågan inom idrott. Träningen utförs för att öka kondition och/eller muskelstyrka, främst i tävlingssyfte (a a).

Allmänna effekter av fysisk aktivitet

Under skelettmuskulaturens arbete ökar behovet av syre och näring samt behovet av ökad borttransport av koldioxid och andra slaggprodukter. Hjärtat ökar kontraktionskraft såväl som frekvens för att tillfredsställa det ökade behovet (FHI, 2008b). Efter ett par månaders tillräckligt intensiv träning har hjärtats muskelmassa ökat vilket bidrar till en ökad minutvolym och bildning av fler mitokondrier och kapillärer. Muskelarbete kräver mycket energi som framförallt produceras av kolhydrater och fettsyror. I samband med träningspass ökas direkt glykostransportörer i skelettmuskelcellens membran. Den ökade förekomsten medför att känslighet för insulin ökar. Träning med hjälp av skelettmuskulaturen medför också att mängden fettsyrenedbrytande enzymer ökar vilket medför att fett och förmågan att bränna kolhydrater ökar redan efter 1 månad (a a). Vid regelbunden träning ökar likaså produktionen av röda blodkroppar såväl som blodplasman. Fysisk aktivitet har effekt på blodfetternas sammansättning vilket leder till en minskad nivå av skadligt lågdensitetslipider och högre halter högdensitetslipider. Träning med hög intensitet och/eller momentan belastning ökar effektivt bentätheten vilket motverkar osteoporos. Fysisk aktivitet förbättrar andningsmuskulaturens uthållighet och lungans gasdiffusion förbättras vilket leder till ett bättre utbyte och därmed bättre syresättning av blodet. Nervsystemet påverkas också positivt på så sätt att den kognitiva förmågan blir bättre, koordination och balans blir bättre samt depressionssymptom minskar (a a).

Sjukdomar och fysisk aktivitet

Folkhälsoinstitutet beskriver i FYSS (FHI, 2008b) hur fysisk aktivitet på recept har en inverkan på många av våra folksjukdomar. En kort redogörelse om de, till denna studie, mest relevanta folksjukdomar följer nedan.

Hypertoni. Vid hjärt- och kärlsjukdom är högt blodtryck den viktigaste riskfaktorn som går att förändra. Enstaka tillfällen av fysisk aktivitet sänker blodtrycket tillfälligt men upprepade tillfällen bidrar till en bestående sänkning i blodtrycket.

Kranskärllsjukdom. Fysisk inaktivitet i samband med andra riskfaktorer såsom rökning och högt blodtryck är betydande för hjärtinfarkt. Aktivitet såsom

konditionsträning och muskulär motståndsträning är vid en redan etablerad kranskärslsjukdom en mycket effektiv behandlingsform.

Obesitas. Övervikt ökar dramatiskt i alla delar av världen och med det följer en rad andra sjukdomar. Sverige har haft en ökad prevalens med 50 % de senaste 25 åren. Övervikt är beroende av en rubbning i energibalansen där intaget är större än förbrukningen. Det är därför av vikt att energiförbrukningen ökar och att det sker långsiktigt.

Diabetes Mellitus. Regelbunden fysisk aktivitet ökar insulinkänsligheten, eftersom diabetes är starkt relaterat till en rad följsjukdomar är denna typ av patient viktig att få i rörelse. Studier antyder att risken för hypoglykemi är minskad hos fysiskt vältränade individer med typ 1-diabetes. Vad gäller typ 2-diabetes är kost och motion det centrala i behandlingen men det har också påvisats att utvecklingen av typ 2-diabetes kan förhindras med fysisk aktivitet.

Hjärtsvikt. Syreupptagningsförmågan förbättras som ett resultat av förbättrad hjärtmuskelfunktion och minskad vasokonstriktion i arteriolerna i den aktiva skelettmuskulaturen såväl som slagvolymen förbättras. Det finns inga risker med att ha hjärtsvikt och att motionera. Inga allvarliga incidenter har inträffats under eller direkt efter träning bland hjärtsviktspatienter (a a).

Alla ovan nämnda sjukdomar går att på ett eller annat sätt förebygga eller lindra med hjälp av adekvat fysisk aktivitet.

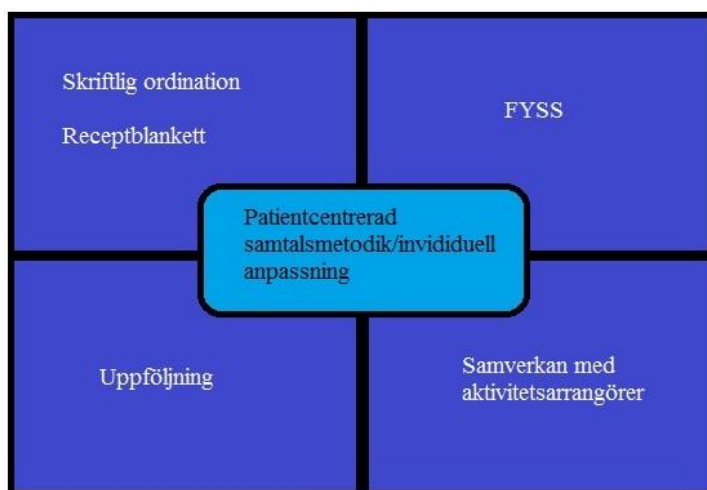
Allmänna rekommendationer om fysisk aktivitet

”Alla individer bör, helst varje dag, vara fysiskt aktiva i sammanlagt minst 30 minuter. Intensiteten bör vara åtminstone måttlig, till exempel rask promenad. Ytterligare hälsoeffekt kan erhållas om man utöver detta ökar den dagliga mängden eller intensiteten” (FHI, 2008b, s 40).

FaR-modellen

Samhället, och i synnerhet hälso- och sjukvården, har som uppgift att främja fysisk aktivitet (FHI, 2008b). För att kunna främja fysisk aktivitet ska man vara medveten om att den största delen av energiförbrukningen sker i vardagen och är inte kopplad till specifik motion eller idrott utan sker i vår dagliga miljö exempelvis i arbetet, vid utförandet av vardagssysslor och aktiv transport. Det är baserat på dessa uppgifter samt patientens hinder, mål och kapacitet som aktivitetsrekommendation anpassas (a a). Det är stor variation på patienter som förskrivs FaR, både vad gäller ålder, könsfördelning och anledning till receptförskrivning (Leijon m fl, 2008). En svensk studie baserad i Östergötland visade på en ungefärlig medelålder på 54 år, kvinnor var överrepresenterade och de huvudsakliga orsakerna till förskrivning var belastningsskador, övervikt, diabetes och högt blodtryck. I samma undersökning förskrevs över 50 % av dessa patienter aktiviteter baserade i eller kring hemmet, såsom promenader som var den mest förekommande aktivitetsformen(a a).

Den svenska modellen för FaR kretsar enligt Kallings (2010) kring en patientcentrerad samtalsmetodik och/eller individuell anpassning. Detta påvisas i en modell som är uppbyggd av fyra hörnstenar (se figur 1).



Figur 1. ”De viktigaste komponenterna i den svenska modellen FaR”. Modell efter Kallings (2010) s 28.

Fysisk aktivitet på recept (FaR) är idag ett etablerat begrepp och en av hörnstenarna är enligt Kallings modell (figur 1) en individanpassad ordination för fysiska aktiviteter. En sådan ordination kan antingen vara så enkel som ett skriftligt råd eller ha en mer holistisk lösning där en större stödjande struktur upprättas kring patienten. Därigenom kan förskrivaren ordinera fysisk aktivitet till såväl riskpatienter som patienter med en redan utbredd sjukdom (Kallings, 2010). Vad recepten bör innehålla enligt FHI (2008b) är att råden är tydliga och specifika om vilken typ av aktivitet som är lämplig i de enskilda fallen, vilken intensitet, duration och frekvens som den fysiska aktiviteten ska ha. Den andra hörnstenen är FYSS, som står för ”Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling” är en informationskälla som är framtagen av Yrkesföreningar för fysisk aktivitet för Statens Folkhälsoinstitut och är speciellt anpassad för förskrivning av fysisk aktivitet från hälso- och sjukvården. Enligt FHI (a a) konstrueras en patientanamnes som bland annat används till att bedöma lämplig aktivitetsnivå baserat på vilken typ av träning som är passande samt hur aktiviteten individanpassas och motiverar patienten.

Vid sidan av receptet är det viktigt att uppmuntran ges, att patienten är överens med förskrivaren om hur det hela ska genomföras och när uppföljning ska ske (a a). För att kunna följa och stödja patienterna i deras förändringsarbete krävs kontinuerlig uppföljning. Enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU (2007), kan detta ske på olika sätt exempelvis genom loggböcker, stegräknare eller i vissa fall hjärtfrekvensmätare. Uppföljningen har flera syften, dels att påvisa för patienten vikten av ordinationen och dels att alla behandlingar och doseringar måste följas upp. Utöver detta kan ordinationen behöva förändras eller modifieras allteftersom behandlingen fortskrider (Kallings, 2010). Ett recept leder inte per automatik till en lyckad intervention utan behandlingen är mångfacetterad. FYSS (FHI, 2008b) skriver att en rad olika framgångsfaktorer till lyckade interventioner är identifierade. Exempel på detta är mätning av patientens aktivitetsnivå, fokus på förändring av en livsstil i taget, engagera ett team som samarbetar för att representera de olika kompetenser som krävs för en lyckad intervention, följa upp patienter och användning av beteendeförändringsmodeller (a a). Om patienten så önskar är en organiserad verksamhet ett potentiellt värdefullt tillägg till behandlingen och för att öka den totala aktivitetsnivån och därmed öka behandlingseffekten.

Flertalet aktivitetsarrangörer har tillsammans med i stort sett alla landsting sammanställt aktivitetslistor med godkända FaR-aktiviteter. Genom att ha FaR-utbildade ledare bland aktivitetsarrangörerna och nationella riktlinjer underlättas den legitimerade personalens FaR-arbete (Kallings, 2010). I en randomiserad undersökning utförd av Elley m fl (2003) undersöktes långtidseffektiviteten av att ge patienter "green prescription" (som är en variant av den svenska FaR-behandlingen) istället för den reguljära behandlingen. Interventionen som gavs i undersökningen involverade motiverande samtal, telefonkontakt för uppmuntran samt stöttning, reklam och även tidningar om aktivitetsinitiativ skickades ut. Resultatet visade bland annat att interventionsgruppen hade ökat sin aktivitetsnivå med i genomsnitt 68 minuter i veckan respektive 20 minuter i veckan i kontrollgruppen. Undersökningen visade även att motiverande samtal tillsammans med ett kontinuerligt stöd och en stöttande, uppmuntrande feedback har förmågan att förändra människors beteende avseende fysisk inaktivitet (Elley m fl, 2003).

Motiverande samtal

Fysisk aktivitet på recept är ingen medicin utan är snarare en behandlingsform som ställer krav på patienten. Denna måste gå igenom en individuell livsstilsförändring för att uppnå behandlingsresultat (FHI, 2008a). Stundtals kan beslutsamheten vara stark och likaså kan den stundtals vara svag. Genom motiverande samtal (Motivational Interviewing, MI) som samtalsmetod ges patienten utrymme att se över sina egna värderingar och därigenom underlätta för honom/henne att komma med egna lösningar. Det läggs stor vikt på att förstärka patientens självtillit till förändring. Statens folkhälsoinstitut (a a) har tagit fram en manual för att genom motiverande samtal uppmuntra till fysisk aktivitet. MI är användbart när stimulering av en beteendeförändring utan att väcka det naturliga motståndet är önskvärt. MI använder sig av olika strategier som är anpassade efter patientens individuella motivationsstatus för att stärka och mobilisera de befintliga resurserna (a a).

I en svensk studie från 2011 (Sjöling m fl) var målet att undersöka om kombinationen motiverande samtal och fysisk aktivitet på recept ökar den fysiska aktiviteten på fritiden bland patienter med hypertoni. Resultatet visade att den fysiska aktiviteten ökade signifikant från mindre än 60 minuter per vecka till en medelaktivitetsnivå på 300 minuter per vecka efter 15 månader. Vidare visade resultaten att både det systoliska och diastoliska trycket hade minskat tillsammans med midjemått och vikt i medelvärde (a a).

Sjuksköterskans roll

All legitimerad personal med tillräcklig kunskap om patientens hälsostatus och hälsofrämjande fysisk aktivitet får förskriva FaR och bör då utgå från den modell (figur 1) som Kallings (2010) presenterar. Enligt sjuksköterskans kompetensbeskrivning (Socialstyrelsen, 2005) faller detta inom sjuksköterskans arbetsområde genom att sjuksköterskan har till uppgift att identifiera och aktivt förebygga hälsorisker och vid behov motivera till förändrade livsstilsfaktorer. En av hörnstenarna som ingår i FaR-modellen (figur 1) är uppföljningen, även detta sammanfaller med sjuksköterskans kompetensbeskrivning där det står skrivet att sjuksköterskan ska ha förmåga att följa upp patienters tillstånd efter undersökningen och behandlingar (Socialstyrelsen, 2005).

I ICN:s (International Council of Nurses) etiska kod för sjuksköterskor står det att sjuksköterskan delar ansvar med samhället för att initiera och stödja åtgärder som

tillgodoser, i synnerhet svaga befolkningsgruppers hälsa och sociala behov (Svensk sjuksköterskeförening, 2007).

Sammanfattning

Fysisk aktivitet är sedan tidigare identifierat som ett effektivt sätt att reducera riskfaktorer för flertalet folksjukdomar. Några av de hörnstenar som grundar FaR har i nämnda studier visat en signifikans vad gäller förbättringen av hälsan. De som gynnas mest är stillasittande personer över 65 år. MI är en metod som är lämplig i sammanhangen eftersom livsstilsförändringen är en process som kräver individualisering och medbestämmande av vårdtagaren. Vad som saknas i efterforskat underlag är ett vårdtagarperspektiv av FaR. Detta perspektiv kan vara till hjälp för att identifiera framgångsfaktorer och för att vidare utveckla behandlingsmodellen.

SYFTE

Denna studies syfte var att undersöka patienters upplevelser av fysisk aktivitet på recept samt deras upplevelser av stöd och uppföljning.

Studien utgår ifrån dessa frågeställningar:

- Hur ser informanterna på fysisk aktivitet?
- Hur ser informanterna på fysisk aktivitet på recept som behandlingsform?
- På vilket sätt känner informanterna att FaR påverkar livssituationen?
- Hur är upplevelsen av stöd och uppföljning?
- Vilka faktorer inverkar för informanternas fysiska aktivitetsnivå?

METOD

Metoden valdes med hänsyn till syfte. För att kunna betrakta människors upplevelser är den kvalitativa ansatsen lämplig. Vald insamlingsmetod utfördes med hjälp av intervjuer, dataanalysmetoden som valdes var kvalitativ innehållsanalys som utfördes enligt Burnards (1991) 14 steg. Nedan följer en ingående beskrivning av metoden.

Urval

Studien är utförd inom en region i södra Sverige. Samtliga deltagare i studien var under datainsamlingen vårdtagare inom regionen. Informanterna skulle vara minst 18 år och ha haft fysisk aktivitet på recept i minst en månad. Fler än dessa inkluderingskrav på studiegruppen önskades inte eftersom ett brett spektrum på studiegruppen önskades för att inkludera så många typer av upplevelser som möjligt. Författarparet kontaktade och stämde träff på en avdelning (avdelning 1) där blivande gatekeeper informerades om studien, dess syfte och planerat tillvägagångssätt. Gatekeepern på avdelning 1 tog kontakt med en annan avdelning (avdelning 2) i en närliggande stad vars verksamhet låg inom samma enhet. Således etablerades en andra kontakt med tillhörande gatekeeper och ytterligare ett patientnät. Gatekeepers på de två avdelningarna där studien utfördes ringde upp potentiellt lämpliga deltagare med hänsyn till inkluderingskrav och önskan om stor variation på studiedeltagare. Detta kan beskrivas som ett bekvämlighetsurval (Trost, 2007). Skriftlig information skickades efter preliminärt godkännande ut till utvalda deltagare. Kuverten innehöll information om studien och patienternas medverkan, såväl som information om att patienterna

fick avgöra själva om de ville delta i studien eller ej. I kuverten bifogades även en samtyckesblankett (bilaga 2). Alla patienter som fick ett kuvert hemskickat blev kontaktade av författarna inom ett par dagar angående om de ville involvera sig i studien eller ej. Gatekeepers rapporterade de bekräftade informanternas födelseår, kön och tid inom verksamheten. Tidsbestämning gjordes för intervju på en tidpunkt som passade patienten. Totalt antal informanter i studien var 7, varav 3 tillhörde avdelning 1 och 4 avdelning 2.

Informanter

Av de 7 deltagarna i studien var 4 män och 3 kvinnor, 1 man och 2 kvinnor som tillhörde avdelning 1, respektive 1 kvinna och 3 män som tillhörde avdelning 2. Medelåldern för informanterna var på avdelning 1 53,3 år och åldersspridning låg mellan 35 och 71 år. Medelåldern låg på 59,7 år på avdelning 2 och spridningen på ålder låg mellan 50 och 68 år. Patienterna från avdelning 1 hade haft FaR i 6, 20 och 21 månader där patienten med 20 månader behandlats i intervaller. Patienterna från avdelning 2 hade haft FaR på enheten 3, 4, 6 och 7 månader.

Bortfall

Studien har inte haft något bortfall från någon av de 2 avdelningarna den berör. 7 patienter tillfrågades och 7 patienter tackade ja.

Datainsamling

Datainsamling skedde med intervjuer som spelades in. En semistrukturerad intervjuguide togs fram och användes som stöd. Innan intervjutillfället gjordes en genomgång av informationen som var beskriven i "Informationsbrev" (bilaga 1) för att garantera att informanter tagit del av studiens syfte, studiens utförande och informationshantering. Således kunde informanterna ge ett informerat samtycke när de bads skriva under "Samtycke" (bilaga 2). Studiens författare har alternat att leda samtliga intervjuer och vidare har samma person som haft telefonkontakt med informanten hållit intervjun för att säkra kontinuitet i kontakten. En pilotintervju utfördes för att mäta intervjuguidens relevans vilken bedömdes som god och beslut togs att inga ändringar skulle utföras. Studiens intervjuguide utgick ifrån frågeställningarna.

Dataanalys

Intervjuerna transkriberades till skriftliga data och tolkades med kvalitativ innehållsanalys som verktyg. Metoden kvalitativ innehållsanalys används enligt Lundman & Graneheim (2010) för att identifiera variationer, skillnader och likheter i en text. Inom den kvalitativa traditionen strävar forskaren efter att tolka analysmaterial i sitt sammanhang, detta för att "sanningen" finns i betraktarens ögon och för att informationen är kontextbunden. Det är därför viktigt i en kvalitativ studie att intervjupersonernas berättelse tolkas i förhållande till personlig historia, livsvillkor osv. Fokus vid kvalitativ innehållsanalys erhålls genom att identifiera likheter och skillnader i textinnehållet och därmed beskriva variationer och mönster (a a). Kvalitativ metod och den stora mängd insamlad data som denna medför, gör att innehållsanalys lämpar sig eftersom innehållsanalysen är ett redskap som kan hantera stora volymer data (a a).

När kvalitativ innehållsanalys skulle tillämpas på studiens dataanalys gjordes en egen anpassad tillämpning av Burnards (1991) 14 steg. Med dessa steg som utgångspunkt skrev författarna, efter varje utförd intervju, ner punkter om de ämnen som berördes vid intervjun. Transkriberad data lästes igenom enskilt upprepade gånger för att bekanta sig med materialet och skapa sig en överskådlig

blick. Författarna läste igenom materialet så många gånger det krävdes för att kunna utesluta data som stämmer överens med det Burnard (a a) klassificerar som ”dross”, alltså slagg, som inte bär mening i sammanhanget och således gjordes en kondensering av materialet. Därefter delades materialet individuellt in i preliminära huvudrubriker och den öppna kodningen påbörjades. Likartade koder grupperades till större grupper som efterhand bildade tidiga subkategorier. Nästa steg var att reducera kategorierna genom att gruppera även subkategorier som då skapade överordnade kategorier. Likartade subkategorier slogs ihop och skapade bredare kategorier. Nästa steg som beskrevs i Burnards (a a) metod gick ut på att arbeta igenom kategorier och subkategorier för att på så sätt ytterligare utesluta liknande och tydligare avgränsa kategorier. Därefter granskades alla transkriberingar mot kategorier och subkategorier. Nya dokument skapades som sammanställde kodat material tillsammans med respektive kontext från transkriberingar. Som sista steg innan resultatskrivning påbörjades kombinerades respektive kontext med lämplig kategori och subkategori. Ett tema för studieresultaten togs avslutningsvis fram baserat på vad som genomsyrade samtliga intervjuer.

Tabell 1. ”Analysprocessen”

Meningsbärande enheter	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori
Det har verkligen gjort en jättestor förändring för mig, det är ungefär som att vara två olika människor. En människa för ett år sedan som inte hade självförtroende, nu är det 110 %, ibland 120! (Informant 6)	Träningen och vad den har inneburit har gett ökat självförtroende.	Ökat självförtroende	Att erfaras förbättringar	Upplevelser av och åsikter om fysisk aktivitet
Och visst, jag kan komma hit och inte göra ett skit och sitta och ljuga men vem skulle tjäna på det? Ingen. – (Informant 7)	Kan strunta i att träna och ljuga men ingen tjänar på det eftersom det är för patientens skull.	Eget ansvar	Att känna ansvar	Förutsättningar för ett gott samspel
Jag är ganska stark, jag kan gå emot strömmen men det känns lite lättare om det är någon som klappar en på axeln litegrann, ”ja, det är snyggt jobbat, jag tror du är på rätt spår”, det underlättar och då har vi det här med motiveringen att kunna ge sig iväg och känna att detta är relevant, det är inte något jag inbillar mig. – (Informant 5)	Trots inre styrka och god vilja underlättar det om patienten har någon som klappar på axeln.	Stöd i förändring	Stöd och samtal	Stöd, råd och uppföljning

ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Tillstånd för att genomföra studien har följt rekommendationerna om etikprövning vid Malmö Högskola, fakulteten för hälsa och samhälle såväl som från

verksamhetschefen för hälsoenheten där de berörda avdelningarna ingår. En Gatekeeper på de berörda avdelningarna skickade ut eller gav ut brev som innehöll information om studien (bilaga 1 och 2) till de inkluderbara patienterna. Studien följde Polit och Becks (2006) rekommendation om att ge informanterna "full disclosure" som bl a innebär full insyn i studien, dess syfte och hur all data behandlas. Detta genom informationen som gavs i kuvertet och att patienterna gavs möjlighet att i förväg meddela om de ej ville delta i studien. I kuvertet fanns även information om bl a deltagarnas rätt att avbryta när som helst utan anledning samt att varken ett eventuellt avhopp eller något som berättades i intervjuerna skulle påverka deras kontakt med vården. Alla patienter tillfrågades innan tidsbokning om de hade tagit del av informationen som skickats ut. Vid intervjutillfället upprepades viktig information om studien och informanternas medverkan i denna. Alla data avidentifieras, inget deltagarna säger skulle gå att koppla till dem som personer. Studiens författare har inte heller tagit del av några journaler eller receptförskrivningar. All data behandlades enbart av studiens författare.

RESULTAT

Tre kategorier identifierades över studiens resultat. De tre kategorierna var "upplevelser av fysisk aktivitet", "Förutsättningar för ett gott samspel" och "Upplevelser av Stöd, råd och uppföljning". En översikt av tema, kategorier och subkategorier redovisas i tabell 2.

Tabell 2. Kategorier och tema.

Tema:	Kategorier:	Subkategorier:
Motivation som ett verktyg för att öka hälsa och välbefinnande	Upplevelser av och åsikter om fysisk aktivitet	Att erfaara förbättringar
		Att komma igång
		Upplevda faktorer som gynnar eller missgynnar fysisk aktivitet
		Inställning till fysisk aktivitet
	Förutsättningar för ett gott samspel mellan vårdtagare och vårdgivare	Att få en individanpassad vård
		Att känna ansvar
		Att få vård i en tillåtande miljö
	Upplevelser av stöd, råd och uppföljning	Stöd genom samtal
		Att få rådgivning
Att utvecklas och följas upp		

Upplevelser av och åsikter om fysisk aktivitet

Denna kategori beskriver och sammanfattar de områden som går under den fysiska aktiviteten. Kategorin innefattar informanternas känslor och upplevelser men även inställningar till och om fysisk aktivitet.

Att erfaara förbättringar

Alla informanter upplevde förbättringar till följd av den fysiska aktiviteten vilket yttrade sig på olika sätt. Flera uttryckte att de hade lättare att röra på sig bl. a. på grund av vikt nedgång, minskad stelhet, ökad motorik och balans såväl som ökad kondition och styrka. Detta ansåg informanterna vara till mest nytta i vardagen eftersom att hushållssysslor och fysisk aktivitet i vardagen såsom aktiv transport underlättades. Likaså upplevdes en ökad möjlighet till deltagande i sociala sammanhang. Ett par av informanterna upplevde även att de börjat åta sig sysslor som de tidigare annars inte hade gjort. Det uppgavs också i flera av intervjuerna

att en förbättring även hade skett medicinskt med exempel som att blodtryck och glukosvärden sjunkit.

”Alltså jag... idag var det lite svårt att gå upp för trapporna men normalt går det rätt så bra, förut kunde jag inte gå i trappan då, innan [sjukdomen] klarade jag inte av... jag bor på fjärde våningen, jag klarade inte att gå upp för trapporna utan jag fick ta hissen. Men man känner nu att man klarar av att gå tillräckligt, man klarar alltså att göra saker och ting lite mer än vad man gjorde”. – Informant 2

Informanterna beskrev även hur energin ökade generellt i samband med regelbunden fysisk aktivitet. Vissa informanter uttryckte att kontinuiteten i träningen gjorde dem piggare medan andra menade på att gå upp tidigt och utföra fysisk aktivitet gav möjlighet att utnyttja dagen på ett annat sätt.

”... jag mår ju bättre, jag känner ju själv att jag orkar mer och jag är piggare fastän jag går upp tidigare och gör den här motionen känner jag att jag är piggare i längden, kanske inte just den morgonen men om jag har en kontinuitet i det så känner jag att jag mår bättre.” – Informant 4.

Några av informanterna lyfte upp den psykiska aspekten och hur den påverkats av fysisk aktivitet. Dessa aspekter inkluderar hur självförtroendet ökat såväl som att symptomen av psykisk ohälsa lindrats. Psykiskt välmående i sin tur påverkade aktivitetsnivån vilket orsakade en uppåtgående spiral av ökad aktivitet. Flera av informanterna hade med tillräcklig och regelbunden fysisk aktivitet kunnat bli av med sjukdomssymptom eller medicinering mot densamma. Andra informanter kommer möjligen aldrig att bli av med sina symptom från sjukdomen men uttryckte samtidigt att det är mycket annat som har lyst upp i tillvaron på den ökade fysiska aktiviteten och vad det medför.

”Det har verkligen gjort en jättestor förändring för mig, det är ungefär som att vara två olika människor. En människa för ett år sedan som inte hade självförtroende, nu är 110 %, ibland 120! [skrattar] nej, det är jättebra. Och det hade jag inte haft innan.” – Informant 6.

”... när man blir så psykiskt drabbad också av det här så, alltså, det försvinner ju när man aktiverat sig så att det... Det är jättebra, både kropp och själ mår bra”. – Informant 3

Att komma igång

En vanlig beskrivning av hur det gick till när patienterna för första gången började använda FaR var att de inte hade några speciella förväntningar men att de, från att vara stillasittande eller passiva en längre tid, ganska snart kom igång med den fysiska aktiviteten. En beskrev sina känslor om att komma igång med den fysiska aktiviteten som att komma över en bergstopp, en tuff förstatid men som blev lättare. Ett mer vanligt uttryck för att beskriva den första tiden inom FaR var ”att få en kick” och att komma igång snabbt. Det som beskrevs som viktigt för att underlätta den ovan nämnda igångsättningen var dels att vald aktivitet skulle vara rolig men även att den skulle gå att variera. Även att ha en alternativ motionsform utöver den primära beskrevs som underlättande för att skapa en regelbundenhet eftersom det uttrycktes att ursäkter alltid går att hitta på om man inte vill träna.

”Så att där svängde det lite grann från just den här nedåtgående spiralen, börja röra mig mindre och gå upp i vikt, så nu har jag börjat snurra mig tillbaka igen. Det kändes som att det var där själva grundkicken...” -

Informant 7

Upplevda faktorer som gynnar eller missgynnar fysisk aktivitet

Majoriteten av informanterna hade valt att träna i grupp eller på annat sätt nära andra människor vilket oundvikligt leder till ett socialt samspel mellan deltagarna i grupperna eller de som tränar runt informanterna. Informanterna uttryckte detta samspel som något värdefullt, och en uttryckte att det kunde vara viktigare än aktiviteten själv. Det medförde även att man hade möjlighet att utbyta råd och åsikter med varandra. En av informanterna förklarade den sociala delen genom att motionärerna på just den friskvårdsaktören strävade efter ett och samma gemensamma mål vilket inspirerade för fortsatt och lyckad fysisk aktivitet. Det uttrycktes av flera informanter att medmotionärerna helst skulle ligga på ungefär samma aktivitetsnivå för att känna sig trygg och inte uttittad på något sätt och att det blir lättare att kommunicera om träning och annat då.

”Bland annat för jag har blivit socialt... lite som jag sade innan, träffar andra människor och man kan ge varandra tips och råd och.. bara det inte handlar om sjukdomar för det finns vissa människor som har en jävla förmåga att bara prata om det. Utan där kan alltså, som nu kvinnor pratar om laga mat och virkning och stickning och vi killar kan ju snacka om bilar och... ja, lite annorlunda grejer. Det blir så när man sitter inne två människor och bara nöter på varandra.” – Informant 1

”... jag tror det kan hjälpa många människor som inte kan ta det sista steget och komma iväg på någonting utan här blir man rekommenderad ett ställe som, där det inte går bodybuildarna så att säga utan vanligt folk som har fått en stroke, eller en propp eller är halt eller ja, vad det nu är. Och man känner sig inte utsatt eller utmärkt när man kommer dit utan alla går dit för sin hälsas skull och för att må bättre så att jag tycker att det är kanonbra.”

– Informant 6

Ytterligare en faktor som uttrycktes var att en målsättning var en bidragande faktor till fortsatt fysisk aktivitet. Målsättningarna varierade dels till nivåer och dels till vad de avsågs för. Som exempel på målsättningar kan nämnas dels konkreta målsättningar som att börja jobba igen, komma tillbaka till en tidigare aktivitet som de trivts med tidigare i livet eller att delta i en tävling hos friskvårdsaktören. Andra hade som målsättning att hålla den fysiska aktiviteten på nuvarande nivå eller strävade efter att träna fler dagar i veckan.

”Jag vill ju så fort som möjlig komma tillbaka till 100 % arbetstid. Och det ser jag inte som några problem eftersom det känns bättre och bättre för varje vecka liksom så, så att det är det största målet jag har haft. Sen är det målet att gå ner i vikt givetvis och fortsätta. Som sagt har jag varit lite pendlare alltid med vikten. Jag försöker att hålla det bättre och undvika framtida problem.” – Informant 7

En av informanterna menade att han inte hade behovet av att ha en tydlig målsättning för att det gick bra ändå och att det blev bättre för var dag träningen

utfördes. Däremot påpekade en annan att det var nödvändigt att ha som ambition att konstant slå egna rekord för att motivationen skulle gå att hålla på lagom nivå.

”... tränar man ska man ha ett visst mål va och göra, man ska försöka slå det här rekordet. Man jagar ju rekord hela tiden, det kvittar vad det är, så jagar man någonting ju, högre upp som man kan komma.” – Informant 2

Tillgängligheten hade en viss betydelse för många av informanterna. En menade att tillgängligheten måste ligga inom rimligt avstånd så att transporten inte tar för mycket av tiden som är tillägnad den fysiska aktiviteten. Vidare menade några att avståndet kunde vara ett problem då de hade hittat en friskvårdsaktör som fungerade väl men inte låg i närheten av bostaden. En önskade att enheten breddade sitt samarbete med fler friskvårdsaktörer så att utbudet ökade och då kunde rekommendera aktörer närmare bostaden. En av informanterna hade inte tillgång till en önskad aktivitet på grund av fulltecknat program vilket då minskade den totala aktiviteten för den patienten.

”... problemet är att jag bor på helt andra sidan staden men å andra sidan får man se. När man kommit igång själv så kan man ju köra lite på något annat gym som ligger lite närmare men jag tror att framöver så kommer det nog att kännas som en belastning att jag har valt ett gym som ligger så pass långt hemifrån men jag valde det tillsammans med dessa här för att de har vattengympa och det har jag gjort en gång i tiden, provat, och det är rätt bra.” – Informant 7

Många av deltagarna nämner aktivitetskostnaderna som ett potentiellt hinder för aktivitetsnivån. En viss subventionering har tacksamt tagits emot men samtidigt menar många att kostnaderna fortfarande är för höga. Om subventioneringen är för liten eller kostnaden hos friskvårdsaktörerna är för höga råder delad mening om bland studiegruppen.

”... Och är det då så att man är sjukskriven i dålig form och behöver röra sig som typ undertecknad, ligger man i samma kaliber, det är inte den stora ekonomin som ligger i börsen och där är ett litet hinder där, dvs utvecklingen av fysisk aktivitet på recept skulle kunna innebära samma prissättning som för pensionärer och studenter på flera anläggningar. Det tror jag hade gynnat väldigt mycket.” – Informant 5

När det kom till påverkbara faktorer så uttryckte samtliga deltagare i studien att den fysiska aktiviteten var prioriterad i mångt och mycket och de hinder som uppstod var exempelvis träningsvärk eller förkylning. Aspekten att inte ha tid med fysisk aktivitet förkastades uttryckligen av en informant som menade att det alltid finns tid för fysisk aktivitet. En annan informant menade att studier och familj självklart måste gå före träningen.

”Nej alltså det är mest plagget jag tycker är, alltså... antingen så tentapluggar man eller så ställer man sig på den 99-minuters och då blir det tentan. Jag måste ju klara mina tentor, så är det ju och det går ju inte att ändra på...” – Informant 4

Inställning till fysisk aktivitet

Informanterna såg på fysisk aktivitet som någonting utöver de vardagliga

rörelserna med rörelsen i fokus och gärna med en viss regelbundenhet. En unison medvetenhet som uttrycktes i studiegruppen var insikten om behovet av fysisk aktivitet. En uttryckte det som en nödvändighet även om man ibland tvingas prioritera annat, en annan menade att den fysiska aktiviteten var det enda sättet att få tillbaka hälsan.

”Jag är så illa därän så hade jag inte kommit igång och röra på mig så vete gudarna var jag hade varit och det har jag ju varit medveten om länge, det är ju det enda sättet att kurera sig på. Det är ju att försöka hålla igång på ett eller annat vis ju. Och den insikten ska man tusan ha innan man kommer i kontakt men sjukgymnaster och friskvård på recept. Du ska redan innan vara medveten om att här måste ske en förändring, jag måste komma igång.” – Informant 5

Ytterligare ett tema som återkom var regelbundenheten som ansågs vara betydande för att utvinna så mycket som möjligt utav den fysiska aktiviteten. Det vanligaste bland informanterna var att tillägna ca 3 tillfällen i veckan till fysisk aktivitet. Det ansågs också av flera att regelbundenheten var nyckeln till att göra framsteg och även för att inte tappa farten. Det förklarades även att tankar och inställningar till fysisk aktivitet förändrats sedan starten med fysisk aktivitet på recept. Bland de patienter med hög regelbundenhet uttrycktes en stark vilja och lust att träna som inte fanns där förr.

”Ah, nu ser jag det som en del av livet. Innan var det en del av helvetet ungefär. Jag har aldrig varit på ett gym i hela mitt liv, skulle aldrig tänka mig för ett år sedan att gå dit överhuvudtaget.” – Informant 6

Förutsättningar för ett gott samspel mellan vårdtagare och vårdgivare

Informanterna uttryckte på många sätt vad de kände var förutsättningar för att behandlingen skulle fungera. De kände att de behandlades individuellt och gavs utrymme i en tillåtande miljö. Informanterna uttryckte även en tydlig ansvarskänsla i vårdrelationen. Detta har identifierats och kategoriserats som rubriken lyder.

Att få en individanpassad vård

Flertalet informanter kände att en stor och viktig del av behandlingen var att de kände sig sedda som individer och fick en individuellt anpassad vård som utgick ifrån deras specifika behov och preferenser. Informanterna kände att vårdpersonalen anpassade sig och att de hade getts utrymme att uttrycka sin önskan och genom det tillsammans arbeta fram en lämplig metod för att tillämpa FaR-behandlingen. Några kände att de uppmuntrades till att utforska och prova på nya aktiviteter medan andra valde att återgå till aktiviteter och arrangörer de kände till väl.

”Det var en beskrivning av mig själv då och sade jag vad jag ville ha ut av det. Då greppade hon tag i det direkt och jag hittade gym till slut och hon lade upp ett lämpligt schema som var anpassat efter mina behov just då i alla fall. Det var inget måste eller så utan bara tankegångar som jag sedan arbetat efter och modifierat /.../ det har varit ett samspel kan man säga, det har inte varit några fasta linjer över hur det ska vara utan det har varit ett

ömsesidigt tänkande och träningen går framåt så det har fungerat jättebra för vår del skull ska jag säga.” – Informant 5

Däremot uttryckte inte alla patienter samma behov av att prova och söka aktiviteter utan menade att det hade gynnat dem mer att få klara direktiv om vilken aktivitet som var bra för dem.

”Men alltså kanske när jag började så hade det kanske varit bättre om de sagt, nu går du dit och gör så. Si eller så. Det hade kanske i mitt fall hade det fått igång mig snabbare, kan jag tänka mig.” – Informant 3

Att känna ansvar

Att känna ansvar var ett omtalat ämne i intervjuerna. Detta område kan delas upp i två grupper; att känna eget ansvar samt att känna ansvar inför annan. Vissa av informanterna uttryckte ansvaret inför annan som att det blev en annan press när man i regelbundna möten fick berätta hur det har gått med den fysiska aktiviteten. Detta kan uttryckas som att informanterna inte ville bryta det som avtalats mellan vårdtagare och vårdgivare. Ovanstående stärkte informanternas känsla av eget ansvar.

”Du har ju henne framför dig att... hon har lite koll på dig, annars kanske man hade vart ”äh, nu gitter jag inte träna” så skiter jag i det och då blir det kanske blir det en gång i veckan något sådant där sedan kanske det blir två och ett tu tre så tränar man inte alls. Eller har man då någonting när man ska träffas en längre tid, längre fram, det räcker kanske att man ska träffas två gånger om året, finns den där ändå. Att man känner att det är någon som bryr sig, det är ju det, där är någon som bryr sig. Och det är mycket det, precis det där, där är någon annan som tänker på ens välgångar och hälsa och allt sådant.”

– Informant 2

Det som innefattades inom eget ansvar var bl a att ta sig tid till fysisk aktivitet utan ursäkter, att ha en självinsikt och inser att man behöver öka sin fysiska aktivitet och att man måste ta det på allvar för att det inte ska rinna ut i sanden. Ansvaret inför annan saknar betydelse om det egna ansvaret brister.

”Ja det är ju genom att vi träffas här med jämna mellanrum och man får snacka av sig lite... om hur det går. Och visst, jag kan komma hit och inte göra ett skit och sitta och ljuga men vem skulle tjäna på det. Ingen. Det är för min egen skull ju och dessutom är det roligt att berätta om vilka framsteg man gör.” – Informant 7

Att få vård i en tillåtande miljö

En subkategori som identifierades var upplevelsen av att få vård i en tillåtande miljö, d v s att informanterna beskrev att vårdgivaren hade en öppen inställning där bristande följsamhet möts med förståelse och fokus lades på bearbetning och lösning. Den öppna miljön medförde att patienterna kände att de kunde ha en öppen och ärlig dialog med vårdgivaren.

”... man får höra vad man gjort för rätt eller fel och bara att det är okej att man inte håller detta jättestrikt jämnt utan att det kan hända vem som helst.

Och så upp på det igen liksom, så det tycket jag hon... att det har varit bra, motiverande.” – Informant 4

Upplevelser av stöd, råd och uppföljning

I förändringsprocessen och för att upprätthålla önskad aktivitetsnivå upplevde informanterna att stödet var till stor hjälp. Samtidigt uttryckte några en kunskaps hunger och viljan att på bästa sätt förstå kroppen. Uppföljningen beskrevs som en viktig komponent för att göra framsteg och för att bli uppmärksamma eventuella stagnationer i den fysiska aktiviteten.

Stöd genom samtal

Det var en gemensam åsikt bland samtliga informanter att stöd och samtal var en vital hjälp för att lyckas så bra som möjligt med behandlingen och följsamheten till den fysiska aktiviteten. Många beskrev de positiva känslorna de upplevde i samband med samtalen. Dessa känslor tog sig uttryck dels genom att det var skönt att prata med någon som var insatt i behandlingsformen FaR och som kunde ge återkoppling och stöd men även genom att ha möjligheten att kunna prata om psykiskt tyngande ämnen. Frekvensen av dessa samtal hade ingen avgörande betydelse utan det som var av vikt, enligt informanterna, var känslan av att samtala med någon som brydde sig. En informant berättade om hur rädslan vid insjuknande vändes till positivt tänkande på grund av stödet. En annan informant uttryckte sina känslor om stödet genom att även om man känner sig stark så underlättar det om någon klappar en på axeln.

”Hon... vad ska man säga hon hjälper oss att öppna oss när vi snackar och man känner inte att du är hos en person som har något... hur ska man förklara.. ja men t ex som om du kommer till en doktor för första gången, då är du väldigt rädd för att öppna dig, va. Men med [vårdgivaren], de här gångerna vi snackat med henne, så känner jag att vi kan öppna oss mer och mer för hon stöttar oss mer och mer och det tycker jag är positivt att de möter på det sättet, va.” – Informant 1

Att få rådgivning

Förutom stöden i samtalen upplevde informanterna att de kunde få hjälp genom praktiska råd från sina vårdgivare. Patienterna ansåg att det fanns mycket information att ta till sig och många frågor som efter hand framträder när kunskapen inte är så omfattande om kost och motion, detta speciellt i början av behandlingen. En patient liknade detta med att ha ett bollplank att bolla idéer och frågor emot. Rådgivningen som avses i denna subkategori kunde innefatta råd om kosthållning, hur kroppen fungerar, tips om olika verksamheter och träningsråd i flera avseenden. En informant menade att han kunde fråga vårdgivaren vad som helst då denne hade stora kunskapsresurser och en god förmåga att ta reda på svaren.

”...det var ju klockrent att jag hamnade upp här och fick kontakt med sjukgymnast som gav råd om, det ska du inte göra, gör det och där, man kan få ett bollplank som säger vad som kan vara lämpligt att göra och inte. Så nä, hela hanteringen för mig har varit klockren, den har varit helt rätt” – Informant 5

Att utvecklas och följas upp

Att patienterna utvecklats sedan start med FaR-behandling var en punkt som berördes av samtliga informanter som även uttryckte ett behov av att följas upp av sin vårdkontakt.

Informanterna uttryckte att deras behov från vården förändrades i takt med deras utveckling. Den konstanta utvecklingen upplevdes medföra ett förändrat behov av uppföljning, som kunde yttra sig på flera sätt. Bland annat uttryckte en patient att efter ett tag då utvecklingen stagnerat uppstod ett behov av att följas upp och göra en ändring av upplägget. För övrigt upplevde informanterna att den positiva utvecklingen bidrog till en högre grad av autonomi. Informanterna uttryckte i samband med uppföljning att de alltid kände sig välkomna till att kontakta avdelningen om behov av detta skulle uppstå.

”Det känns rätt bra, jag var här förra veckan senast då. Så man ser om man kan utvecklas lite till och så där, det kändes som att man går rätt mycket i fas med hur vi planerade första gången. Det har lite med uppföljning, att det går som beräknat att man kan pusha lite till...” – Informant 7

Patienterna hade ett behov av uppföljning parallellt med de framsteg de gjorde och i vissa fall önskades uppföljning utöver vad som hade erbjudits. Någon informant önskade mer fokus från avdelningens sida gällande bakomliggande sjukdom och hur sjukdomen påverkats av behandlingen. En annan informant önskade fler fysiska uppföljningar med kontroller och tester. En tredje ansåg att uppföljningen begränsade sig till den tidiga fasen av behandlingen, vilket upplevdes som otillräckligt.

”Kanske typ då kolla blodtrycket för det har jag inte fått gjort här, från och med det att man har varit långt ner och man ska sätta igång, hur... ja, vad klarar min kropp av, i vilken takt ska jag ta det? Lite mer tester och, ja. Och kolla då, det finns ju cykling och så där man kollar...” – Informant 3

”Det har kanske inte med den fysiska aktiviteten att göra men som jag känner att det skulle vara en annan typ av uppföljning det har de nog sett men det har att göra med sjukdomen som man har, så att säga, den... där är ingen uppföljning överhuvudtaget. Man blev utsparkad från sjukhuset och sedan var man för sig själv igen, det fanns ingen koll, t ex hur mår du efter ett år? Det är någonting man saknar så.” – Informant 2

DISKUSSION

Nedan följer en diskussion över studien och dess beståndsdelar som huvudsakligen är uppdelad i metoddiskussion respektive resultatdiskussion.

Metoddiskussion

Metoddiskussionen består av en genomgång om studiens trovärdighet, tillförlitlighet och överförbarhet. Metoddiskussionen innefattar även en förklaring av studiens urvalsförfarande och utformning av intervjuguiden.

Trovärdighet

Studiens fokus: Studiens fokus överensstämmer med kontexten genom att avdelningarna som studerades hade hög relevans för studerat område. De båda avdelningarna var verksamma under samma enhet och har specialinriktat sig på att arbeta med FaR vilket ökar troligheten till att patienten på korrekt sätt har fått ta del av alla hörnstenar i sin FaR-behandling. Därigenom ökade också

sannolikheten att informanternas redogörelser skulle behandla större delar av FaR-behandlingen än om patienterna hade fått behandlingen på en avdelning som inte ägnade sig primärt åt FaR.

Polit & Beck (2006) skriver att trovärdigheten i studien påverkas av forskarna, deras erfarenheter och kvalifikationer eftersom forskarna inom den kvalitativa disciplinen är en del av instrumentet och skapare av analysprocessen. Ingen av de båda författarna har erfarenhet av att bedriva intervjuer och således kan detta ha påverkat datainsamlingen. Det stod klart att efter samtliga intervjuer slutförts att förmågan att föra intervjuer förbättrats efterhand som erfarenhet skapades. Den första intervjun upplevdes i efterhand sakna viss kvalitet som de senare intervjuerna hade.

För att öka kategoriseringens validitet och vidare skydda mot förförståelsens påverkan, bör två kollegor bjudas in för att individuellt generera egna kategorisystem och sedan kontrollera dessa mot författarpårets (Burnard 1991). Detta steg utfördes inte med anledning av att kollegorna, p g a konfidentialiteten, inte hade tillgång till det transkriberade materialet.

Tillförlitlighet

Alla steg i studien har genomförts av två personer kontinuerligt. Ingen intervju utfördes av ensam författare och alla individuella tolkningar av kategorier och koder i analysen har diskuterats gemensamt i efterhand. Alla intervjuer transkriberades i nära anslutning till deras utförande för att få ett så säkert datamaterial som möjligt. Vid kondensering var det stora delar som inte berörde syfte eller några frågeställningar och därför försvann mellan de meningsbärande enheterna. Detta svinn benämns av Burnard (1991) som ”dross” (slagg). En anledning till att intervjuerna hade stora mängder slagg kan ha varit författarnas ovana som intervjuare. Detta märks inte minst vid jämförelse av tidigt inhämtat datamaterial och data som inhämtades från de senare utförda intervjuerna. Med ökad praktisk kunskap i intervjuföring minskades slagget och samtalen låg närmare syftet.

Överförbarhet

Som tidigare nämnt är studien utförd på två avdelningar som ägnar sig primärt åt behandlingsformen FaR. Om studien istället utförs på en avdelning som förvisso förskriver FaR, men som inte har den som primär arbetsform, innebär detta att både studiegrupp och data troligen kommer att differentiera från denna studie. Analysen utgick till största del från Burnards (1991) metod som består av 14 steg och kan därför anses som överförbar till liknande studier. Även om en viss modifiering skedde, är analysprocessen noga förklarad i metoden.

Förförståelse inom ämnet var oundvikligt för författarpåret som kommit i kontakt med flertalet av de komponenter som utgör en FaR-behandling, både inom den teoretiska utbildningen men även genom praktisk erfarenhet, även den inom utbildningen. Författarpåret har varit medvetna om sin förförståelse i ämnet och försökte minimera sin påverkan på svaren. DePoy & Gitlin (1999) menar att det i ett samtal är oundvikligt att inte påverka informanten men däremot ska det inte ses som en begränsning eller något författare bör sträva efter att undvika. I strävan efter att ytterligare minimera risk för förförståelsens påverkan på studien, hade författarpåret diskuterat igenom och reflekterat över respektive förförståelse, vilket enligt Kvale (1997) görs för att minimera påverkan på resultatet.

Intervjuguide

Intervjuguide utformades med hänsyn till den identifierade förförståelsen och för att undvika att förförståelsen påverkade datainsamlingen, utgick den endast från studiesyftet. Vidare behandlades intervjuguiden som ett stöd i samtalet och strukturen modifierades efter samtalens fortgång. Kvale (1997) menar att ju mer spontan en intervju görs, desto större blir sannolikheten för att svaren blir spontana och livliga, vilket för denna studies syfte var gynnsamt. Intervjuguiden utformades i enlighet med vad Trost (2007) skriver om att den första frågan med fördel formuleras för att förbereda informanten inför intervjun liksom att helt enkelt inspirera informanten till att fritt berätta något om intervjurens ämnesområde. Vidare menar Trost (a a) att det är av intresse av att veta hur informanten uppfattar begrepp som används i intervjun. Exempel på detta är frågan om fysisk aktivitet som inledde studiens intervjuguide (bilaga 4). Frågan svarar alltså inte direkt mot studiens syfte men kan ses som en inspirerande öppningsfråga.

Urval

Enligt Leijon m fl (2008) är det stor variation på patienter som förskrivs FaR vad gäller ålder, kön och anledning till förskrivning. Denna studies population motsvarade detta även om könsfördelningen inte var korrekt representerad. Åldersfördelningen i den här studien var varierande men majoriteten av informanterna var över 50 år, vilket representerar den största gruppen FaR-förskrivna patienter. Vid studiens start önskades 8-10 deltagare men under studiens gång omvärderades behovet av informanter till 7.

Då studiens urval skett genom så kallat bekvämlighetsurval (Trost, 2007) på de båda studerade avdelningarna, kan detta ha påverkat resultatet. Informanter som tillfrågades att delta i studien valdes ut därför att det var troligt att de skulle vilja dela i studien. Detta kan ha påverkat på så sätt att studiegruppen var generellt positivt inställda till behandlingen. En styrka i studien hade varit att även inkludera patienter som har avslutat sin behandling, för att öka bredden av åsikter inom FaR. Trost (2007) menar att vid bekvämlighetsurval är inte studiepopulationen representativ och det saknas belägg för att redovisa mönster eller variationer i form av statistiska resultat. Däremot är det av intresse att redovisa de kvalitativa mönster och variationer som träder fram då det relevanta är att dessa identifieras (a a). Vidare kan det ses som ytterligare begränsning att studie är utförd inom samma enhet, även om den är gjord på två avdelningar i olika städer.

Resultatdiskussion

Resultatdiskussionen är uppdelad i studiens 3 kategorier och involverar även studiens tema som lyder ”motivation som ett verktyg för att öka hälsa och välbefinnande”. Samtliga kategorier präglades av temat på så sätt att de alla på ett eller annat sätt kunde härledas till motivation eller motiverande faktorer. Motivationen som beskrevs i de olika kategorierna kunde tydligt urskiljas då informanternas strävan var att uppnå bättre hälsa och därtill välbefinnande. Nedan följer en diskussion över studiens kategorier och huvudsakliga fynd.

Upplevelser av och åsikter om fysisk aktivitet

Under denna kategori har de ämnesområden som specifikt omfattar den fysiska aktiviteten sammanställts. När informanterna talade om deras upplevelser och åsikter av sin fysiska aktivitet uppvisades ett brett spektrum av faktorer som på ett

eller annat sätt hade en inverkan på motivationen och därigenom informanternas aktivitetsnivå och målsättning. De huvudsakliga fynden var att det vardagliga livet underlättades och deltagandet i sociala sammanhang ökade. De fysiska förbättringarna som informanterna erfor som underlättade vardagen var ett förväntat resultat och är en tidigare väldokumenterad effekt bl a beskriven i styrdokumentet FYSS (FHI, 2008b). Författarna ser förbättringarna som den fysiska aktiviteten innebar som en mycket betydande motivationsfaktor för fortsatt fysisk aktivitet. Ur materialet framgick det att när de fysiska förbättringarna stagnerade, avstannade likaså motivationen. Detta ger ett behov av yttre motiverande faktorer såsom omplanering, stöd och förnyelse av receptet. Utöver de förväntade fysiska förbättringarna visade sig den sociala aspekten vara betydande för många av informanterna som deltog i gruppträningar eller träningsformer där de kom i kontakt med utomstående och där kände en samhörighet med dem de tränade med. Denna sociala aspekt kan för en FaR-förskrivare vara beaktningsvärd och kan användas för att etablera regelbundenhet och vällust i den fysiska aktiviteten. Vidare ser författarparet den sociala aspekten som positiv för den patientgrupp som informanterna i stort representerade, en grupp som huvudsakligen (med visst undantag) inte är yrkesverksam och därför också har generellt mindre social kontakt i vardagen. Informanterna upplevde att komma igång kunde vara både tufft men också som att få en ”kick”. Vad som underlättade för detta var att aktiviteten var rolig och varierande. Som forskrivare av FaR är det därför högst relevant att identifiera individens behov av en trivsam träningsform som underlättar förändringsarbetet.

Ett övergripande fynd var att alla informanter på sitt eget vis hade en målsättning med sin träning. När vissa hade målsättningen att bli bättre på det man tränade, hade andra målsättningen att återuppta en tidigare aktivitet. En av informanterna motsatte sig däremot betydelsen av att ha en målsättning. Detta är en av punkterna i studien som visar på skiljaktiga åsikter mellan informanterna, något som till synes tyder på en svaghet i studiens resultat eftersom det inte är enhetligt. Kvale (1997) menar däremot på att det finns en styrka i den kvalitativa metodens subjektiva åsikter som visar på en mångsidig och kontroversiell värld där det till synes är motsägelsefullt. Meningsskiljaktigheten representerar enligt Kvale (a) människans olikheter.

Förutsättningar för ett gott samspel mellan vårdtagare och vårdgivare

Resultatet visade att samspelet är beroende av den individuella anpassningen och en tillåtande miljö för att fungera optimalt. Enligt Gustavsson & Willman (1999) betraktas människan som en fri individ inom omvårdnadsvetenskapen. En individ som har förmåga att göra val och ta ansvar. Eftersom människan ses som en generell och unik varelse ska hon bemötas individuellt. Denna teori stärktes av informanterna som framhävde individualiseringen inom vården som en huvudsaklig faktor till framgång. Vad som också uppmärksammades relaterat till Gustavsson & Willmans (1999) teori var det ansvarssamspelet som beskrevs av informanterna. Studien visade att ansvaret kunde delas upp inom kategorin, på ena sidan fanns det egna ansvaret och på det annan fanns ansvaret informanterna kände inför vårdgivaren. Genom att det skapas ett ansvar gentemot vårdgivaren ökade det egna ansvaret vilket kan tolkas som en plikt känsla. Denna plikt känsla stärkte motivationen hos informanterna till att bibehålla följsamhet till behandlingen. Att vårdtagare känner ansvar för sin egen hälsa påvisades även i Leijons m fl studie (2010) där nästan alla (97 %) ansåg att individen hade ansvar att tillgodose tillräcklig fysisk aktivitet.

Informanternas inställning till enheten som studerades uppfattades av författarparet som en hjälp att komma ut till friskvårdsarrangörerna, likaså uppfattades receptet i sig som själva nyckeln för att komma ut till friskvårdsarrangörer. Många av informanterna uttryckte att receptet i sig inte hade någon relevans för aktiviteten, utan receptet beskrevs istället som en riktlinje och en nyckel till arrangörer. För de andra informanterna innebar receptet ett stort allvar och följdes i största mån enligt ordinationen. Att informanterna har så skilda åsikter om receptet är till synes en brist i receptet som tyder på inkonsekvens i utformandet. Det framgår däremot enligt informanternas beskrivningar att receptet ändå uppfyllt det ändamål det var avsett för, nämligen att främja fysisk aktivitet.

Arbets sättet FaR riktar sig till all legitimerad personal och omfattar därför mer än ämnet omvårdnad vilket betyder att i en intervju kommer vi inte enbart att få ut omvårdnadsknutna fynd. Allt är inte primärt omvårdnad men å andra sidan är, enligt Socialstyrelsen (2005), det aktiva förebyggandet av ohälsa och främjandet av hälsa en del av omvårdnaden. Genom förespråkande av fysisk aktivitet samt det motiverande arbetet i FaR finns därmed en tydlig omvårdnadsroll för sjuksköterskan. Allmänsjuksköterskan kan därför dra nytta av de identifierade påverkande faktorerna för själva den fysiska aktiviteten i omvårdnadsarbetet genom att vara medveten om hur dessa påverkar följsamheten i behandlingen såväl som patientens välmående. Sjuksköterskans kompetensbeskrivning säger att sjuksköterskan ska ha förmåga att planera, konsultera, informera och samverka med andra aktörer i vårdkedjan. I samband med FaR är friskvårdsarrangörer en förlängning av vården och därmed en del i vårdkedjan (Kallings, 2003). Har sjuksköterskan denna syn kan man räkna friskvårdsarrangörer som en del i vårdkedjan som sjuksköterskan måste samverka med.

Resultaten visade även att många av informanterna ansåg att avståndet mellan och tiden man lägger på att ta sig till aktiviteten, kan vara en inverkan för aktivitetsnivån. Det förekom även att informanterna önskade en annan friskvårdsaktör än sin befintliga men hindrades av platsbrist. Även den ekonomiska faktorn togs upp i intervjuerna som ett potentiellt hinder för aktivitetsnivån. Dessa faktorer kan eventuellt ha en inverkan på trivsamtalen i den träning informanterna har tillgång till. Att nöja sig med en annan träningsform än den önskvärda kan leda till en mindre lustfylld fysisk aktivitet och därmed bristande följsamhet i aktiviteten.

Upplevelser av stöd, råd och uppföljning

Stödet upplevde informanterna dels genom känslan av att någon annan brydde sig om deras hälsa och alltid fanns till hands när motgångar uppstod, och dels genom samtalet där informanterna kände att de kunde öppna sig och bearbeta eventuella motgångar i behandlingen. Den samtalsmetoden som är rekommenderad i FaR-sammanhang är MI där strategierna anpassas efter patientens individuella motivationsstatus (FHI, 2008a). Detta är samstämmigt med den individuella anpassningen i samtalet som är en grundläggande förutsättning för samtalet och kärnan i behandlingsmodellen FaR (figur 1). Vidare visade resultatet att den informationskälla som informanterna hade tillgång till var värdefull för behandlingen. Detta kan visa på att en generell brist på kunskap inom ämnet före behandlingens början. Anledningarna till kunskapsbrist kan ligga på individnivå på så sätt att de som får FaR har en kunskapsbrist vad gäller fysisk aktivitet och av

den anledningen i högre grad drabbas av tillstånd som kräver behandling. Detta återspeglade majoriteten av informanterna men är inte överförbart på alla i patientgruppen. Med detta som grund kan det diskuteras huruvida en generell kunskapsökning gällande fysisk aktivitet och hälsofaktorer i populationen kunde minska antalet individer med låg aktivitet.

Allmänsjuksköterskan arbetar inte med FaR från en hälsoenhet som den som är studerad i detta arbete. Av allmänsjuksköterskan krävs det däremot en förmåga att identifiera och aktivt förebygga eventuella hälsorisker och motivera till förändrade livsstilsfaktorer i sitt vardagliga arbete (SOSFS, 2005). Detta betyder att resultatet i denna studie är relevant för att kunna motivera riskpatienter till förändrade livsstilsfaktorer. Det är likaså centralt för sjuksköterskan att sätta sig in i hur patienterna upplever en behandlingsform som FaR, en lämplig behandlingsform som allmänsjuksköterskan kan förskriva för att förebygga de flesta folksjukdomarna (FHI, 2008b).

Resultatet visar att utveckling och framgång måste följas upp om behandlingen ska finna nya vägar och nå nya nivåer. Informanternas åsikter om detta stämmer överens med FaR-modellen (figur 1) som menar att uppföljningen är minst lika viktig som själva aktiviteten. Författarnas reflektion kring detta är att denna del är vital för FaR-behandlingens funktion och bör således beaktas noga vid förskrivning och vidare behandling. Med detta menas att även om FaR får förskrivas av all legitimerad personal med tillräcklig kunskap om patientens hälsostatus och hälsofrämjande fysisk aktivitet, så bör det inte utfärdas om uppföljning inte kan ske i tillräcklig grad.

I resultatet framkom det att informanterna önskade ytterligare kontroller såsom konditions- och blodtrycksmätning. Författarparet tolkar detta önskemål som att informanterna hade ett behov av att få konkreta värden på framsteg som gjorts och hur behandlingen har verkat fysiologiskt. Vidare kan detta även tyda på att informanterna svarade väl på ansvaret de tilldelats i behandlingen och således önskade mer. Ansvaret tillsammans med framstegen hade på så sätt en motiverande effekt.

SLUTSATS

Resultatet mynnade ut i det gemensamma temat ”motivation som ett verktyg för att öka hälsa och välbefinnande”. Studiens kategorier har alla på olika sätt en direkt inverkan på informanternas motivation till att hålla sig till FaR-behandlingen. Åsikterna om receptets funktion var väldigt åtskilda. Medan somliga ansåg att receptet var något att ta på yttersta allvar och följa till punkt och pricka, såg andra receptet som en utgångspunkt för träningen som gick att modifiera efterhand. Åsikterna var tydliga och samstämmiga om att en individanpassad vård hade en nyckelfunktion vad gäller hur receptet på träning utformas men även hur patienterna bemöts av vårdpersonal. En beskrivning av FaR var att behandlingen gav en ”kick” i början. Att komma igång med träningen beskrevs även som att komma över en bergstopp, som efterhand blev lättare. De fysiska förbättringarna var en betydande motivationsfaktor för fortsatt träning, likaså var den sociala aspekten och samhörigheten i samband med träning en starkt motiverande beståndsdel. Informanterna uttryckte en hög ansvarskänsla med en ansvarsdiffusion mellan vårdtagare och vårdgivare beskrevs. Ansvaret kunde då beskrivas som en plikt-känsla som stärktes där ansvaret inför vårdgivaren

stärkte det egna ansvaret och därtill uppstod en motivationsökning. Informanterna uttryckte även att tillgängligheten kunde ha en inverkan på motivationen att träna när önskad träning inte var tillgänglig (p g a avstånd eller platsbrist) eller priserna för dyra. I samtalen upplevde informanterna att de blev sedda och att de kunde öppna sig inför sin vårdgivare i en tillåtande miljö. Vårdgivaren fungerade även som en informationskälla och hade genom denna roll liksom de stödjande samtalen betydelse för informanternas fortsatta fysiska aktivitet och stärkte deras motivation. Vidare visade studiens resultat att uppföljningen är essentiell för att den fysiska aktivitetsnivån inte ska avstanna utan bibehållas. Det är författarnas slutsats att behandling med FaR når bäst resultat då ovanstående faktorer som studien har identifierat beaktas och inkluderas. Detta är samstämmigt med Kallings (2010) modell (figur 1) för den svenska FaR-behandlingen. Enligt modellen vilar den patientcentrerade samtalsmetodiken på de fyra hörnstenarna; FYSS, uppföljning, samverkan med aktivitetsarrangörer samt skriftlig ordination och receptblankett. Modellen genomsyras av individuell anpassning såväl som patientcentrerad samtalsmetodik vilket faller inom sjuksköterskans kompetensområde (Svensk sjuksköterskeförening, 2007).

REFERENSER

- Burnard, P (1991) A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, 11, 461-466.
- DePoy, E & Gitlin, LN (1999) *Forskning - en introduktion*. Lund: Studentlitteratur
- Elley, CR m fl (2003) Effectiveness of counseling patients on physical activity in general practice: cluster randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 326, 1-6.
- Gustavsson, B & Willman, A (1999) Allmän och specifik omvårdnad behöver klargöras. *Theoria*, 8, 2-7.
- Kallings, LV (2010) Fysisk aktivitet på recept i Norden. – Erfarenheter och rekommendationer. Nordisk nettverk for fysisk aktivitet, mat og sunnhet. *NVH-rapport 2010:12*.
- Kallings, LV & Lejon, E (2003) Erfarenheter av Fysisk aktivitet på recept – FaR. *Statens folkhälsoinstitut 2003:53*
- Kvale, S (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lundman, B & Graneheim, U (2010) Kvalitativ innehållsanalys. I: Granskär, M & Höglund-Nielsen, B (red) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur AB, s 159-172.
- Leijon, M m fl (2008), Physical activity referrals in Swedish primary health care: Prescriber and patient characteristics, reasons for prescriptions, and prescribed activities. *BMC Health Services Research*, 201, 1-9.
- Leijon M m fl (2010), Is there a demand for physical activity interventions provided by the health care sector? Finding from a population survey, *BMC public health*, 34, 1-8.
- Polit, D & Beck, C (2006) *Essentials of nursing research. Methods, appraisal, and utilization* (6th edition), Philadelphia: Lippincott.
- Regeringens proposition 2002/03:35. Mål för folkhälsan. Stockholm: Socialdepartementet.
- Sjöling, M m fl (2011) Effectiveness of motivational interviewing and physical activity on prescription on leisure exercise time in subjects suffering from mild to moderate hypertension. *BioMed Central Research Notes*, 352, 1-7.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (2007) Metoder för att främja fysisk aktivitet - en systematisk litteraturöversikt. SBU-rapport nr 181.
- Socialstyrelsen (2005) Sjuksköterskans kompetensbeskrivning. Artikelnr 2005-105-1.

Statens Folkhälsoinstitut (2006) Fysisk aktivitet och folkhälsa. *Statens folkhälsoinstitut 2006:13*.

Statens Folkhälsoinstitut (2008a) *Motiverande samtal för att uppmuntra fysisk aktivitet*, Stockholm: Strömberg.

Svensk Sjuksköterskeförening (2007) ICN:s etiska kod för sjuksköterskor.

Trost, J (2007) *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur

World Health Organization (2002) Reducing risks, promoting healthy life. *The World Health Report 2002*, Genève.

Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (2008b) FYSS- fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. *Statens folkhälsoinstitut: 2003:44*.

BILAGOR

Bilaga 1: Informationsbrev

Bilaga 2: Samtycke

Bilaga 3: Intervjuguide

Bilaga 1

Informationsbrev

Projektets titel: <i>Fysisk Aktivitet på Recept – Upplevelser av stöd och uppföljning</i>	Datum: 2011-11-08
Studieansvariga: Eric Gonzalez E-post: Telefon: Olov Bengtsson E-post: Telefon:	Studenter vid Malmö högskola, Hälsa och samhälle, 206 05 Malmö, Tfn 040- 6657000 Utbildning: Sjuksköterskeprogrammet Nivå: Kandidat

Vi är två studenter som läser sjuksköterskeutbildningen, termin 5, vid Malmö högskola. Under hösten genomför vi en studie som utgör vårt examensarbete. Med anledning av detta skriver vi till dig eftersom du är patient på avdelning X, som använder sig av modellen Fysisk aktivitet på recept (FaR).

Studien syftar till att undersöka patienters upplevelser av fysisk aktivitet på recept samt upplevelser av stöd och uppföljning.

Modellen för fysisk aktivitet på recept använder sig av motiverande samtal, hjälp med att komma igång och noggrann uppföljning. Det är angeläget att patienters synpunkter och upplevelser av en etablerad behandlingsform, såsom Fysisk aktivitet på recept, uppdagas och tas till vara på, inte minst då det centrala i FaR är att utgå ifrån ett individanpassat perspektiv.

Mellan 8 och 10 individuella intervjuer kommer att genomföras vecka 46-48 utföras genom att vi ställer öppna frågor och deltagarna berättar om sina upplevelser. Dessa intervjuer spelas in och kommer att ligga till grund för hela studiens resultat. Vi vill göra det så enkelt och ta så lite tid som möjligt från studiens deltagare. Av denna anledning sker intervjuerna på plats och bokas in före, eller efter en befintligt bokad tid på verksamheten. Intervjuerna planeras vara mellan 20-40 minuter men kan på deltagarnas önskan avslutas när som helst, eller vara längre om sådant behov uppstår.

Största möjliga konfidentialitet eftersträvas i undersökningen genom att ingen obehörig får ta del av materialet. Materialet förvaras så att det bara är åtkomligt för författarparet som är undersökningsledare. I rapporteringen av resultatet i form av en examensuppsats på Malmö högskola kommer informanterna att avidentifieras så att det inte går att koppla resultatet till enskilda individer.

Ditt deltagande är självfallet helt frivilligt och du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan närmare motivering.

Ytterligare upplysningar om studien kan lämnas av oss som genomför studien och vi kan nås på:

Eric Gonzalez
E-post:
Telefon:

Olov Bengtsson
E-post:
Telefon:

Du tillfrågas härmed om deltagande i denna undersökning. Vi kommer, inom några dagar, ringa upp Dig som mottagit detta brev för att få ditt svar om deltagande.

Med Vänlig Hälsning

Eric Gonzalez och Olov Bengtsson

Bilaga 2

Samtycke

Projektets titel: <i>Fysisk Aktivitet på Recept – Upplevelser av stöd och uppföljning</i>	Datum: 2011-11-08
Studieansvariga: Eric Gonzalez E-post: Telefon: Olov Bengtsson E-post: Telefon:	Studerar vid Malmö högskola, Hälsa och samhälle, 206 05 Malmö, Tfn 040-6657000 Utbildning: Sjuksköterskeprogrammet Nivå: Kandidat
<p>Jag har muntligen informerats om studien och tagit del av bifogad skriftlig information. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande.</p>	
<p>Jag lämnar härmed mitt samtycke till att delta i ovanstående undersökning:</p> <p>Datum:</p> <p>Deltagarens underskrift:</p>	

Bilaga 3

Intervjuguide

- **Vad är fysisk aktivitet för dig?**
- **Vi kan börja med att prata om varför du har fått recept på fysisk aktivitet.**
- **Hur ser informanterna på fysisk aktivitet?**
 - Vad det har för inverkan på hälsan?
 - Erfarenheter relaterade till fysisk aktivitet?
- **Hur ser informanterna på fysisk aktivitet på recept som behandlingsform?**
 - Hur fungerar denna typ av behandling för dig?
 - Vilken typ av förväntningar har patienten på behandlingen?
- **Hur är upplevelsen av stöd och uppföljning?**
 - På vilket sätt känner du att du får stöd?
 - Hur känner du att uppföljningen fungerar?
 - Hade du velat ändra på någonting med personalens stöd och uppföljning?
- **På vilket sätt känner informanterna att FaR påverkar livssituationen?**
 - Har du upplevt några förändringar sedan du börjar med FaR-behandlingen?
 - Några specifika fysiska förändringar?
 - Några specifika psykiska förändringar?
 - Har de symptomen som FAR-behandlad för förändrats? På vilket sätt?
 - Har du några personliga mål med FaR som du kan berätta om?
- **Vilka faktorer inverkar för informanternas fysiska aktivitetsnivå?**
 - Vad hade du själv kunnat ändra på för att förbättra alternativt behålla din nuvarande aktivitetsnivå?
 - Vad hade hälsoenheten kunnat göra för att hjälpa dig att förbättra eller behålla din nuvarande aktivitetsnivå?
 - Finns det något hinder som inte går att ändra på?