



Behovet av en lotsmottagning i en kommun i norra Sverige

-en kvalitativ intervjuundersökning

Maria Bäckström Westling

GYMNASTIK- OCH IDROTTSHÖGSKOLAN

Självständigt arbete grundnivå 21:2019

Utbildningsprogram: 2016-2019

Handledare: Karin Söderlund

Examinator: Maria Ekblom

Sammanfattning

Syfte. Undersökningens syfte var att undersöka behovet av en FaR-lotsmottagning i en kommun i södra Norrland. Syftet följs av flera frågeställningar men den primära frågeställningen är; om det fanns en enhet i kommunen som samlade upp patienter som förskrivits fysisk aktivitet på recept som tillhandahåller motiverande samtal och uppföljning, skulle förskrivarna ordinera fysisk aktivitet på recept mer frekvent?

Metod. Studien genomfördes med en kvalitativ metod, och data samlades in med genom fyra stycken intervjuer med tre fysioterapeuter och en överläkare i kardiologi. Intervjuernas struktur grundar sig på en intervjuguide med totalt tjugotvå frågor. Den insamlade datan analyserades sedan genom tematisk innehållsanalys. Som ett komplement till intervjuerna genomfördes ett möte med två personer som är verksamma inom folkhälsa i Region Uppsala.

Resultat. Av totalt fyra respondenter var tre mycket positiva till både FaR som behandlingsmetod och att det skulle finnas en lotsmottagning i kommunen. Samtliga respondenter uppgav dock att det finns en viss ekonomisk problematik i förskrivningen. Resultatet visar också att utbildningen av FaR, både på arbetsplatserna och i yrkesutbildningarna är bristfällig och behöver utökas.

Slutsats. Sammanfattningsvis har resultatet av undersökningen klarlagt ett behov av en uppsamlingsplats för patienter med FaR, och att förskrivande personal är positivt inställda till det

Nyckelord: fysisk aktivitet, fysisk aktivitet på recept, FaR, lotsmottagning, friskvårdslots.

Innehåll

1. Inledning	4
1.1 Definition av hälsa	6
1.2 Definition av och skillnaderna mellan fysisk aktivitet och träning	6
1.3 Fysisk aktivitet - effekter och rekommendationer	7
1.4 Fysisk aktivitet på recept och FYSS	8
1.5 Lotsmottagning	10
2. Kunskapsöversikt	10
2.1 FaR i Sverige	10
2.1.1. Upplandsmodellen	12
2.2 Internationell forskning	13
3. Syfte	15
3.1 Frågeställningar	15
4. Metod	16
4.1 Urval	16
4.2 Pilotintervju	16
4.3 Tillvägagångssätt	17
4.5 Datainsamling	18
4.6 Validitet och reliabilitet	19
4.7 Etiska övervägandena	19
4.8 Analys	20
5. Resultat	20
5.1 Lotsmottagning	20
5.2 Uppföljningen	21
5.3 Vilken attityd har förskrivande personal i kommunen till FaR?	22
5.4 Hur utbildas förskrivande personal i FaR i kommunen?	23
5.5. Hinder och möjligheter med FaR	24
5.6 Resultat från Uppsalamötet	26
6. Diskussion	27
6.1 Resultatdiskussion	27
6.2 Metodiskussion	31
7. Slutsats	33

Referenslista	34
Bilaga 1	41
Bilaga 2	43
Bilaga 3	44
Bilaga 4	45

1. Inledning

I genom alla tider har människan varit tvungna att jaga, leta, och spara den egna födan för att överleva. Man fick hushålla med det man hade och uttrycket att “spara på krafterna” som vi använder idag, innebar i karga tider att man faktiskt var tvungen att vila för att spara den energi man hade (Åstrand, Ekblom, Ö., & Ekblom, B. 2011, s. 11). I dagens samhälle behöver vi inte gå en meter för att beställa hem snabbmat, snacks och godis, samtidigt som våra hem är överbelamrade med maskiner som automatiserar och underlättar det arbete som förr i tiden aktiverade oss.

De senaste decennierna har utvecklingen gått framåt med stormsteg och ett allt mer moderniserat högteknologiskt samhälle har gjort människan stillasittande och bekväm (Ekblom-Bak & Ekblom 2012, s.1469). Enligt världshälsoorganisationen når 23% av världens alla vuxna och 81% av ungdomar i åldern 11-17 inte upp till de globala rekommendationerna för fysisk aktivitet (WHO 2018), det vill säga 150 minuter i veckan på minst måttlig intensitet, eller 75 min i veckan på högre intensitet. 15% av den svenska befolkningen som är 16-84 anger att de har en stillasittande fritid med främst bio, tv-tittande eller läsning som intresse, vilket är nästan en miljon svenskar (Folkhälsomyndigheten 2017).

Konsekvensen av en stillasittande livsstil är en ny generation av folksjukdomar som kostar samhället omfattande resurser i form av långtidssjukskrivningar, mediciner, och personal- och vårdkostnader m.m. Sjukdomar kopplade till fysisk inaktivitet så som hypertoni och kardiovaskulära sjukdomar kostar det svenska samhället 7 miljarder kronor varje år. Till detta tillkommer kostnader för komplikationer relaterade till övervikt som kostar samhället ytterligare 18 miljarder per år (Statens folkhälsoinstitut 2010).

Förlagan till fysisk aktivitet på recept såg dagens ljus redan 1980 i Sverige, när Värmland och Örebro inrättade så kallade friskvårdscentraler. I Karlskoga bedrevs i slutet av 90-talet “Må bra-projektet”, vilket innebar att patienter i primärvården som bedömdes vara i behov av ökad fysisk aktivitet ordinerades gruppträning (Kallings 2010, s. 14, Nyberg 2007).

2001 startade Folkhälsomyndigheten “Sätt Sverige i rörelse” på uppdrag av regeringen (Kallings 2010, s. 72). Insatsens syfte var att inleda en långsiktig förändring av attityden mot fysisk aktivitet på både individ-, grupp-, och samhällsnivå. Samma år initierades den svenska

FaR-modellen på allvar och har sedan dess används mer eller mindre över hela landet (Ibid, s. 94).

Från och med 2010 gjordes en insats för att stimulera förskrivningen av FaR i den undersökta kommunen. Man betalade ut en målrelaterad ersättning per uppföljning av recept till Primärvården. Ersättningen förutsatte att patienten följdes upp 50-180 dagar efter förskrivningen, och att varje uppföljning åtgärdsregistrerades med en så kallad åtgärdskod, KVÅ (Klassifikation av vårdåtgärder). Ersättningen som uppgick till 500kr per KVÅ, upphörde 2014 vilket medförde att antalet uppföljningar sjönk drastiskt. Från 2014 års totala antal: 4364 uppföljningar med 3803 unika patienter till 2016 års 759 uppföljningar med 658 unika patienter. Dessutom sjönk det totala antalet utskrivna FaR från 5445 år 2014 till 1360 år 2016.¹

För lite mer än ett år sen inrättade man en informationsenhet i entrén på ett av dom större sjukhusen i den undersökta kommunen, som ska arbeta hälsofrämjande (Hagman 2019-01-23). Där kan patienterna få information, råd och tips gällande olika levnadsvanor. I samband med insatsen upprättade man två olika stödgrupper, en för tobaksavvänjning och en för sömnproblematik. Enheten har också temaveckor för olika sjukdomar och informationskampanjer gällande exempelvis vaccination eller motion. Informationsenheten skulle kunna ses som ett förstadium till en lotsmottagning men med fokus på levnadsvanor som helhet, till skillnad från FaR som baseras specifikt på fysisk aktivitet.

Frågan som väcks är följande: skulle siffrorna som ska spegla verkligheten kunna se annorlunda ut om patienterna hade någonstans att vända sig med sitt recept? Skulle det skrivas ut fler FaR om förskrivarna var säkra på att patienterna har ett "skyddsnät" som hjälper dem vidare när receptet är utskrivet?

¹ Muntlig kommunikation med personal ansvarig för folkhälsa i den undersökta kommunen.

1.1 Definition av hälsa

Hälsa kan definieras på många sätt men i denna studie kommer den biomedicinska och den humanistiska definitionen förekomma. Den biomedicinska fokuserar i princip enbart på avsaknad av sjukdom eller störning av det anatomiska och fysiologiska systemet hos människan. Denna definition tar dock inte hänsyn till det faktum att en person kan vara medicinskt frisk men ändå inte må bra. Den andra mer humanistiska definitionen återspeglas av WHO:s definition som lyder följande:

“Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande och inte bara frånvaro av sjukdom eller svaghet.” (WHO 1948). Någonstans i gråzonen där dessa två synsätt möts finner man den definition som kommer att användas i denna uppsats.

1.2 Definition av och skillnaderna mellan fysisk aktivitet och träning.

Begreppen *fysisk aktivitet* och *träning* förväxlas och används felaktigt som varandras synonymer ibland. WHO definierar fysisk aktivitet som kroppsrörelser som genereras av att skelettmuskulaturen kontraheras och leder till en ökad energiutgift. Detta inkluderar vardagsaktiviteter såsom arbete, lek, utförandet av hushållssysslor men också resor och rekreation (WHO 2018-02-23). Caspersen, Powell och Christenson (1985) redogör för en nästan identisk definition av fysisk aktivitet som WHO, men de poängterar också att det trots flera likheter, också finns markanta skillnader mellan fysisk aktivitet och träning. Vidare beskriver de att träning är en subkategori till fysisk aktivitet och definieras som en mera planerad och strukturerad aktivitet med ett tydligt syfte att förbättra eller bibehålla den fysiska formen.

1.3 Fysisk aktivitet - effekter och rekommendationer

Stark evidens finns för att fysisk aktivitet kan förebygga och/eller verka symtomlindrande för flera av det moderna samhällets vanligaste folksjukdomar så som diabetes eller hypertoni. I vissa fall kan fysisk aktivitet till och med vara lika effektivt som medicinering (Börjesson et al 2016, s. 3). Förutom fysiologiska effekter, har fysisk aktivitet också en positiv inverkan på hjärnfunktionen. En studie av Glise et al. visar att hjärnans kognitiva förmåga påverkas positivt, samt att man kan lindra symptom som ångest och självupplevd stress (2011) När blodflödet i hjärnan ökar, stimuleras också hjärnans kapacitet att tänka problemlösningorienterat (Roos Stjernström 2017)

En randomiserad kontrollerad studie visar att fysisk aktivitet på recept höjer hälsorelaterad livskvalitet, så kallad health-related quality of life (HRQoL) (Olsson et al. 2015). I FYSS första kapitel redogörs för de akuta effekterna av fysisk aktivitet, och effekterna av uttalad regelbunden träning. Även de hävdar att det är mer än bara kroppens fysiologiska system som påverkas; faktorer som sinnesstämning och livskvalitet kan också påverkas positivt av fysisk aktivitet (Henriksson & Sundberg 2017, s. 35).

WHO har arbetat fram internationella rekommendationer för fysisk aktivitet. Dessa fungerar som riktlinjer för hur aktiva vi behöver vara och är åldersspecifika och kategoriserade för åldrarna mellan 6-17 år, 18-64 år och 65 år och äldre. Folkhälsomyndighetens rekommendationer av fysisk aktivitet baseras på riktlinjerna från WHO, men riktar sig mot befolkningens vuxna och äldre individer (WHO 2018-02-23, Folkhälsomyndigheten 2013-11-03). Rekommendationerna av fysisk aktivitet för vuxna är 150 minuter i veckan på minst måttlig intensitet, eller 75 min i veckan på högre intensitet. Dessa två kan med fördel kombineras och bör utföras i pass om minst 10 minuter per tillfälle. Fysisk aktivitet och effekten av den har ett så kallat dos-respons samband, vilket innebär att med ökad intensitet eller ökat antal minuter av aktivitet kommer ökade hälsomässiga fördelar.

Rekommendationerna innefattar utförandet av muskelstärkande aktiviteter minst två gånger i veckan. Äldre bör också addera specifik balansträning till sina program. Långvarigt stillasittande medför en ökad risk för bland annat hjärt- och kärlsjukdom och cancer (Åstrand, Ekblom, Ö., & Ekblom, B. 2011, s.13). Därför rekommenderar folkhälsomyndigheten att

man bör undvika stillasittande perioder och att avbryta dessa med regelbundna pauser för att aktivera skelettmuskulaturen på något sätt. Sammanfattningsvis lyfter man fram att vinsterna övervinner de små risker det innebär att vara fysiskt aktiv. (Folkhälsomyndigheten 2013-11-03)

1.4 Fysisk aktivitet på recept och FYSS

FYSS står för *Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling* och är framtagen av Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA) som är en del av Svenska läkaresällskapet. FYSS fungerar som en evidensbaserad kunskapsbank och vänder sig i första hand till hälso- och sjukvårdens personal. Boken består av 53 kapitel som är indelade i två delar, en allmän och en diagnosspecifik. Den allmänna delen behandlar bakgrund och effekterna av fysisk aktivitet medan den diagnosspecifika delen innehåller rekommendationer av fysisk aktivitet vid ett stort antal sjukdomstillstånd. Denna del är en guide för personal i förskrivandet av FaR och används för att hitta en lämplig aktivitetsnivå för patienterna. För varje sjukdom finns också kontraindikationer för fysisk aktivitet vid olika sjukdomstillstånd (YFA.se). Eftersom att forskningen kring fysisk aktivitet ständigt drivs framåt och ny evidens klarläggs och stärks så revideras FYSS när man anser att behov finns. Den tredje och senaste upplagan av FYSS publicerades 2017. 2004 publicerades även en populärvetenskaplig version av FYSS som kallas *FYSS för alla - en bok om att röra på sig för att må bättre*. Innehållet i boken är baserat på informationen från ursprungsversionen men är anpassad för allmänheten (Henriksson 2004).

Fysisk aktivitet på recept (FaR), är en behandlingsmetod som används mer eller mindre över hela landet och även internationellt. Metoden innebär att all legitimerad sjukvårdspersonal kan ordinera fysisk aktivitet som kompletterande behandling, eller som ersättning för läkemedel. Läkare, sjuksköterskor och sjukgymnaster i primärvården är de yrkesgrupper som skriver flest recept på fysisk aktivitet, men förskrivandet inom psykiatri och övriga sjukvårdsavdelningar ökar successivt (Kallings 2010).

Det centrala i den svenska FaR-modellen är att se till den unika individen, och att individanpassa receptet i största möjliga mån. I den fortsatta texten kommer begreppet *fysisk aktivitet på recept* eller förkortningen *FaR* att användas växelvis.

FaR består av fem beståndsdelar:

Patientcentrerat förhållningssätt och individuell anpassning. Stark evidens finns för att rådgivande samtal leder till att patienter ökar sin grad av fysisk aktivitet.

Individanpassad skriftlig ordination: En skriftlig ordination har bättre effekt än att bara få muntliga råd, och innebär dessutom en rad fördelar: Ett fysiskt recept hjälper både patienten och förskrivaren att minnas eventuella överenskommelser och målsättningar. Ett recept ger ett seriöst intryck som känns jämförbart med medicinering.

Uppföljning. Precis som vid all annan behandling inom hälso- och sjukvård ska receptet följas upp. Man kan då kontrollera om ordinationen av fysisk aktivitet var lämplig, och om man behöver förändra doseringen. Vid uppföljningen kan man också identifiera och åtgärda bristande motivation.

FYSS. FYSS är en evidensbaserad kunskapsbank och en guide för FaR-förskrivare att hitta rätt typ av aktivitet för patienten.

Samverkan med föreningar och friskvårdsaktörer. Förutom egna initiativ till fysisk aktivitet behövs samverkansaktörer i form av tex friskvårdsanläggningar, gym, simhallar m.m som patienterna kan vända sig till med sitt recept. Samverkan mellan både statliga och frivilliga aktörer är därför av stor vikt (Statens folkhälsoinstitut 2011, s. 115).

1.5 Lotsmottagning

I flera län i landet har man inrättat så kallade lotsmottagningar eller friskvårdslotsar. Personalen består ofta av utbildade hälsopedagoger som besitter gedigen kunskap och utbildning i livsstilsförändring (Statens folkhälsoinstitut 2011, s. 288). Syftet med lotsen är att fånga upp patienter som har förskrivits FaR och fungera som en länk mellan förskrivarna och patientens väg mot ett friskare liv. Patienterna kontaktas av lotsarna när receptet har kommit in till mottagningen, och man bokar tid för ett första samtal. Det första samtalet sker antingen via telefonkontakt eller ett fysiskt möte, beroende på vilken standardrutin man har upprättat (Ibid, s. 15).

Vid det första samtalet kan man rätta ut eventuella frågetecken kring receptet och ordinationen, identifiera patientens grad av motivation och förändringsbenägenhet. Lotsen kan också, om patienten önskar, ge råd kring hur man kan öka sin vardagsmotion och informera om samverkansaktörerna och deras aktiviteter, avslutningsvis bokas ett uppföljningstillfälle in. Uppföljningen ser lite olika ut regionalt. Region Uppsala tex har uppföljningssamtal 1-4 veckor efter det första mötet med patienten (Lindholm, Berglund, & Feldman 2012, s. 5.)

2. Kunskapsöversikt

I början av 2018 hade EU kommissionens styrgrupp (the Steering Group on Promotion, Disease Prevention and Management of Non-communicable diseases (SGPP)) en workshop vars syfte var att diskutera praxis för främjande och förebyggande åtgärder gällande folkhälsa. Den svenska modellen angavs som förebild i 14 olika europeiska länder, i arbetet för att öka den fysiska aktivitetsnivån, något som avspeglar den goda grund svenska FaR är byggd på (Västra Götalandsregionen 2018-04-18, European Commission 2018).

2.1 FaR i Sverige.

Arbetet med att implementera och förankra FaR i Sverige drivs ständigt framåt med kompetenta forskare och engagerad personal inom området. Bland annat gjordes en gedigen kartläggning av FaR på uppdrag av statens folkhälsoinstitut, med Lena Kallings som

huvudförfattare (2011). Litteraturen fick namnet **FaR®** - *Individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet* och dess syfte är att fungera som en lärobok som ska sprida information om FaR och stödja en fortsatt implementering.

Förutom omfattande information om FaR finns övningsuppgifter, patientfall, och olika professioners uppfattningar och syn på FaR samlade i boken. Statens folkhälsoinstitut har varumärkesskyddat FaR, därav används symbolen ® i anslutning till namnet, för att underlätta för läsaren kommer denna symbol inte användas i uppsatsen.

Innan man skapade ovan nämnd litteratur har flera översikter framarbetats. Bland annat gjordes en systematisk litteraturöversikt av Statens beredning för medicinsk undersökning vars syfte var att synliggöra arbetsmetod och fysisk aktivitet som utfall. En av slutsatserna man kunde dra utifrån resultatet var att rådgivning i klinisk miljö gav en ökad fysisk aktivitet. Man såg också att upprepade kontakt under flera månader och rådgivning kompletterat med till exempel. FaR eller stegräknare ökade aktiviteten ytterligare (SBU 2007).

Nyligen gjorde Onerup och Börjesson en systematisk översikt vid Sahlgrenska sjukhuset för att belysa och stärka evidens för FaR. Man inkluderade sex studier, fem randomiserade och en kohort och dessa studier hade för avsikt att undersöka utfallet av fysisk aktivitet. Översiktens slutsats var en mer klarlagd evidens som sammanfattas enligt följande citat "*det bedöms i analysen som osannolikt att FaR inte har någon effekt, eller skulle ha en ogynnsam effekt.*" (2018-12-07).

Samma år genomfördes en systematisk litteraturöversikt av Onerup et al. där man undersökte effekten av den svenska FaR-modellen (2018). Två forskare sökte aktivt i vetenskapliga databaser och utgick från ett specifikt urval. Slutligen valdes nio studier som var relevanta för översikten, sju randomiserade kontrollerade studier, en kohortstudie samt en fallstudie. Slutsatsen var att patienter som förskrivits FaR jämfört de som inte fick det troligen kunde öka sin fysiska aktivitetsnivå och att FaR bör ingå som ordinarie behandlingsmetod i svensk sjukvård.

Ny forskning på bröstcancerpatienter visar att man kan minska sjukdomssymtomen och effekterna av behandlingen genom högintensiv intervallträning och styrketräning. Kvinnorna som ingick i träningsgruppen förskrevs fysisk aktivitet på recept efter interventionen, och resultatet efter 16 veckor med FaR visade att deltagarna upplevde minskad trötthet och hade ökad muskelstyrka jämfört med kontrollgruppen. Kvinnorna som tränade visade också en bibehållen vikt samt var mindre sjukskrivna. Studiens resultat blottlägger ett användningsområde för fysisk aktivitet på recept och ger behandlingsmetoden ytterligare tyngd (Mijwel 2018).

2.1.1. Upplandsmodellen

Under åren 2005-2008 inrättades en friskvårdslots som ett pilotprojekt i Region Uppsala. Förutom att bedriva det huvudsakliga arbetet med att lotsa patienter gjordes också en satsning för att uppmärksamma Fysisk aktivitet på Recept över hela regionen, både bland allmänheten och på förskrivande enheter. Bland annat hölls utbildningstillfällen för friskvårdsaktörerna där man utbildade i Hjärt-lungräddning, Motiverande samtal och anordnade mässor för att uppmärksamma bland annat FYSS. Lotsarna har också erbjudit ett antal föreläsningar både för sjukvårdspersonal och allmänheten, samt haft informationsträffar för specifika patientgrupper. Slutligen har man besökt vårdenheter i Region Uppsala med syfte att informera om lotsens arbete och roll. (Käll 2008)

Enligt en slutrapport från projektets första period genererade besöken i en markant ökning av utskrivna recept från enheterna som besöktes. Utvärderingen av projektet visade också mycket goda resultat och uppskattning från de deltagande patienterna så man beslöt därför att upprätthålla lotsen och fortsätta med ytterligare en period som sträckte sig över åren 2009-2013. Därefter har verksamheten upphandlats löpande under åren och i skrivande stund har en ny period precis påbörjats. Samtliga upphandlingar har vunnits av och tillfallit Upplands idrottsförbund² (Käll 2008)

² Muntlig kommunikation med Helena Wallin Eriksson, FoU-samordnare och Amanda Holm, hälsoutvecklare, Nära vård och hälsa, Region Uppsala, 2019-01-23

En mottagning likt den i Uppsala öppnades på Gymnastik- och idrottshögskolan i Stockholm 2016, efter ett års pilotprojekt. Även där använder man sig av lotsar i form av utbildade hälsopedagoger och skolans hälsopedagogstudenter (Gymnastik- och idrottshögskolan, 2018-02-09). Skolan erbjuder även något som kallas för "Fri träning" vilket innebär att man kan komma till skolan och träna gruppträning och styrketräning kostnadsfritt med hjälp av lärare och hälsopedagogstudenter. Detta innebär att man kan förlänga "lotskedjan" genom att erbjuda en friskvårdsaktivitet under samma tak som det motiverande samtalet.

2.2 Internationell forskning

2010 började man att lägga grunden till Isländska FaR eller PAP (Physical activity prescription) som det kallas internationellt. 2011 införde man ett två år långt projekt baserat på den svenska FaR-modellen och sedan 2014 finns PAP som en uttalad behandlingsmetod i det Isländska vårdssystemet. Island motiverar sitt val av den svenska modellen med bland annat att man har liknande vårdssystem, liknande nationalitet, och att Sverige har gett tillåtelse att använda material och verktyg som redan är upprättade i Sverige. Det som skiljer det isländska arbetet från svenska FaR är att man alltid screenar patienterna i ett så kallat 6 minute walking test, med blodtrycksmätning och respiratoriska tester innan och efter. På Island tränar man också patienterna i att använda olika teknologier för att öka sin fysiska aktivitetsnivå. Det finns till exempel en databas i vilken patienterna kan logga all sin aktivitet, eller ringa ett speciellt telefonnummer så registreras den utförda aktiviteten automatiskt. Uppföljningen är lika central som i den svenska modellen men är mer automatiserad av den internetbaserade databasen. I den kan förskrivarna följa patientens följsamhet till receptet och kontakta hen för att stimulera motivationen om aktiviteten stannar av, samt förstärka positiva beteenden som att patienten utför mer aktivitet än vad ordinationen säger (Olafsdottir 2018).

2016 tog också Frankrike följe på den svenska FaR-modellen och instiftade en sjukvårdslag för fysisk aktivitet på recept. Förskrivarna i Frankrike kritiserade det nya instrumentet med grund i att de inte hade tillräcklig kunskap om PAP. Det franska institutet för hälsa (the French National Institute for Health) tog därför fram en praktisk guide för förskrivarna, samt

riktlinjer som ska hjälpa förskrivarna att ordinera rätt fysisk aktivitet kopplat till olika sjukdomstillstånd. Riktlinjerna liknar en motsvarighet till svenska FYSS med skillnad att den enbart behandlar sex tillstånd: övervikt hos vuxna, typ 2 diabetes, hypertoni, stabil kranskärslsjukdom kroniskt obstruktiv lungsjukdom och stroke. Uppföljningen sker likt den svenska modellen 1, 3 och 6 månader efter det första mötet med patienten (Poussel 2018).

I Norge har man arbetat fram två modeller som påminner om svenska FaR, Grønn Resept och Frisklivsresept. Det som skiljer de två norska modellerna åt är att den förstnämnda enbart skrivs ut av allmänläkare till patienter med högt blodtryck eller diabetes typ 2. Denna modell togs fram primärt med motivet att bromsa de stadigt stigande kostnaderna kopplade till blodtrycks- och kolesterolsänkande läkemedel. För att stimulera användningen erhåller läkaren eller vårdinrättningen en ersättning om 200 norska kronor per patient. Kraven för att erhålla ersättningen är att läkaren uppfyller sex punkter, varav en är "Har utarbetat en plan för uppföljning av patienten". Den andra modellen, Frisklivsresept skrivs av legitimerad sjukvårdspersonal till alla patienter som bedöms vara i behov av ökad fysisk aktivitetsnivå, antingen i preventivt eller behandlande syfte. Även personal vid arbets- och socialförvaltningen får skriva recept, något som gör Norge unikt, då övriga nordiska länder enbart tillåter legitimerad sjukvårdspersonal att förskriva fysisk aktivitet på recept.

Uppföljningen av recepten sker enligt en uppföljningsmodell och utförs olika beroende på om man har fått Grønn Resept eller Frisklivsresept. Grønn Resept hanteras av allmänläkaren, och kan leda till ett Grønn Resept om man bedöms behöva vidare stöd och uppföljning.

Frisklivsresepten däremot hanteras av en Frisklivssentral, som påminner om de lotsmottagningar som finns i Sverige. Frisklivssentralen kontaktar patienten, genomför hälsosamtal, hjälper patienten att hitta och individanpassa en lämplig aktivitet. Receptet sträcker sig över tre månader och under tiden kan man genomföra ytterligare hälsosamtal om man anser att behovet finns. Dessa tre månader avslutas med ett uppföljningssamtal där man utvärderar perioden, samt upprättar en strategi för framtiden. Ytterligare uppföljningssamtal efter avslutad period kan erbjudas, eller så inleds en ny receptperiod och precis som i den svenska FaR-modellen ska en skriftlig återkoppling ske till ansvarig förskrivare när perioden avslutas (Kallings 2010).

Att följa upp patientens recept är en viktig del av både förskrivarens och friskvårdslotsens arbetsuppgifter. Två internationella studier bekräftar vikten av uppföljningen som är en av

fem beståndsdelar i FaR. I en longitudinell studie har man sett att patienterna som har fått uppföljning av läkare var mera sannolika att initiera och vidmakthålla fysisk aktivitet. I den andra studien kunde man dra slutsatsen att bland annat uppföljning och rådgivning är viktiga komponenter för att öka den fysisk aktivitetsnivån på befolkningsnivå (Weidinger et al. 2008, Glasgow et al. 2001).

Sammanfattningsvis verkar funktionen med lotsmottagningar vara framgångsrikt såväl nationellt som internationellt, även om det måste anpassas efter geografiska och mänskliga faktorer och detta ligger som grund till syftet med denna uppsats.

3. Syfte

Uppsatsens syfte är att undersöka behovet av en FaR-lotsmottagning i en kommun i södra Norrland.

3.1 Frågeställningar.

1. Om det fanns en enhet i kommunen som samlade upp patienter med FaR, som tillhandahåller motiverande samtal och uppföljning, skulle förskrivarna ordinera fysisk aktivitet på recept mer frekvent?
2. Hur hanteras uppföljningen av FaR i kommunen?
3. Vilken attityd har förskrivande personal i kommunen till FaR?
4. Hur utbildas förskrivande personal i FaR i kommunen?
5. Hur ser förskrivande personal på den ekonomiska aspekten av FaR?

Hypotesen är att det finns ett behov av en friskvårdslots eller en lotsmottagning i kommunen.

4. Metod

För att få en så djup förståelse för som möjligt valdes kvalitativa intervjuer som metod för datainsamling. I intervjuer ges utrymme för respondenten att svara utförligt och målande på frågorna, samt att man kan upptäcka betoningar och läsa mellan raderna i de svar som ges.

4.1 Urval

Ett urvalskrav för att delta i undersökningen var att personen i fråga har befogenhet att förskriva FaR, och var verksam inom den valda kommunen. Målet var att intervjua verksam personal vid de vårdenheter som förskriver mest FaR i kommunen för att säkerställa att man får kontakt med informationsrika respondenter. Genom kontakter på avdelningen för Folkhälsa och hållbarhet fick författaren mailadresser till personal på de avdelningar som var aktuella för urval. Då responsen uteblev från flera av de kontaktade, ändrades urvalet till ett bekvämlighetsurval, och ett andra mailutskick gjordes. Denna gång till personer som har god kännedom om fysisk aktivitet och är intresserade i frågan. Slutligen upprättades kontakt med fyra olika respondenter; tre fysioterapeuter varav en verksam inom hjärtspecialistvården och de andra två på hälsocentralmottagningar samt en överläkare på kardiologavdelningen. Samtliga respondenter är själva fysiskt aktiva och tränar regelbundet.

Som ett komplement till intervjuerna stämde möte med Helena Wallin Eriksson, Forsknings och utvecklingssamordnare, Nära vård och hälsa, Region Uppsala och Amanda Holm, hälsoutvecklare, Nära vård och hälsa, Region Uppsala. Helena och Amanda har lång erfarenhet av fysisk aktivitet på recept och friskvårdslötsning och var därför intressanta för min undersökning.

4.2 Pilotintervju

För att säkerställa att frågorna i guiden uppfattas rätt och för att kontrollera tidsåtgången för intervjun genomfördes en pilotintervju. I samband med detta kunde förbättringar av intervjuguiden genomföras innan intervjuerna utfördes. Pilotintervjun resulterade i att en fråga ströks och tre frågor lades till i intervjuguiden och flertalet av de befintliga frågorna formulerades om för att göra dem mer lättförståeliga. En pilotintervju är ett värdefullt tillfälle

att öva på att systematiskt ställa frågorna på samma sätt. Man kan identifiera faktorer som kan påverka stämningen för intervjun tex mimik och ansiktsuttryck, tonfall, eller tilläggsord som “hmm” och “jaha”. Urvalet för en pilotintervju bör vara så likt det ursprungliga urvalet som möjligt, därför valdes en person i min närhet som är verksam inom FaR (Hansagi & Allebeck 1994, s. 69 f., Trost 2010, s. 104)

4.3 Tillvägagångssätt

För att spela in intervjuerna användes applikationen “Inspelare Pro” på en smartphone av modellen Iphone 8, som sedan transkriberades till text. Detta kan vara ett tidskrävande moment som har både för- och nackdelar, men för att kunna ha fullt fokus på respondenten samt lyssna upprepande gånger på tonfall med mera så har denna metod valts (Trost 2010, s. 74 f.). Innan intervjuerna påbörjades informerades respondenterna om att intervjun kommer att spelas in.

Tidsplanen för undersökningen sträckte sig från den 19/12 2018 till 19/1-2019. För att inte störa personalen i deras arbete gavs respondenterna möjlighet att bestämma tid och plats utefter vad som passade dem bäst och intervjun fick inte heller bli en belastning under en arbetsdag, därför valdes 30 minuter ut som maximal tid.

Totalt gjordes fyra intervjuer och vid det första intervjutillfället, den 19/12 var två möten bokade. Det ena på en hälsocentral och det andra på ett sjukhus i norra Sverige, där författaren mötte upp de båda respondenterna. Båda intervjuerna tog cirka 25 minuter.

Den första intervjun hölls på respondentens arbetsrum, där vi kunde prata ostört utan avbrott. Intervjun på sjukhuset däremot hölls i det gemensamma lunchrummet. Tillfället för intervjun var fredagseftermiddag innan jul, och knappt någon personal fanns på plats så rummet var tomt och tyst. Två gånger kom dock kollegor till respondenten in i rummet för att hämta kaffe, men lunchrummet var så pass rymligt så det var inget som störde intervjun.

På grund av praktiska skäl hölls intervju nummer tre och fyra via telefon och spelades in med en applikationen TapeACall Pro, med samma smartphone som tidigare nämnts.

Respondenten i intervju nummer tre svarade väldigt ingående på varje fråga, vilket ledde till att intervjun blev närmare 45 min lång. Intervju nummer fyra blev också något längre än beräknat då samtalet avbröts ett par gånger på grund av dålig täckning i mobilnätet.

Mötet med respondenterna från Region Uppsala hölls vid deras arbetsplats, ett kontorslandskap i centrala Uppsala. Vi satt i ett stängt konferensrum och var helt ostörda under hela tiden. Avsatt tid för mötet var en och en halv timme, denna överskreds med tio minuter.

4.5 Datainsamling

Inför studien utformades en intervjuguide (Bilaga 1). Den innehöll från början nitton halvstrukturerade och två slutna frågor ur en intervjuguide från en tidigare uppsats (Andersson 2012). Den studien undersöker faktorer vid förskrivning av FaR och valdes ut för att majoriteten av frågorna låg helt i linje med denna undersökning. Utöver detta kompletterades intervjuguiden med egna frågor. Områden som behandlas är kategorierna *fysisk aktivitet, förskrivning av FaR, FaR i allmänhet, professionerna, följsamhet* och slutligen *samverkan*.

Inför mötet i Uppsala hade författaren tagit del av utvärderingar och annat informationsmaterial och utifrån detta hade frågor förberetts (Bilaga 3). Dessa berör friskvårdslotsen i allmänt, framtida forskningsområden, samt upplevda hinder och utvecklingsområden.

4.6 Validitet och reliabilitet

Flera av frågorna liknar varandra, vilket har konstruerats så för att öka validiteten. Fråga nummer tjuogoett kan ses som en nyckelfråga då den skulle kunna ge en fingervisning huruvida behovet av en lotsmottagning finns eller inte. Denna placerades näst sist i guiden för att ge utrymme att prata så mycket som möjligt om FaR och faktorerna runt det innan den viktigaste frågan ställs. Den pilotintervju som utfördes styrker intervjuguidens validitet ytterligare. Efter att uppsatsen är publicerad i GIH:s publikationsdatabas DIVA, finns intervjuguiden tillgänglig för allmänheten och detta ökar reproducerbarheten.

Det faktum att intervjuerna är inspelade innebär också en viss grad av reproducerbarhet, då författaren kan gå tillbaka och lyssna på hur frågorna ställts.

4.7 Etiska övervägandena

Samtliga respondenter och respektive enhetschef informerades via ett informationsmail om undersökningens syfte. Vidare informerades respondenterna muntligt att deltagandet var frivilligt och kunde när som helst avbrytas utan negativa konsekvenser. Respondenternas identiteter är avkodade och kan således inte härledas till någon enskild person. Eventuell oro för att personlig information ska kunna utläsas kan på det sättet undvikas (Hansagi & Allebeck 1994, s. 16).

En olägenhet man kan tänka sig uppstå är huruvida det är etiskt rätt att ta upp dyrbar tid av sjukvårdspersonal. Men om man tar i beaktande vad studien kan tillföra anser jag att forskningen kring detta ämne är av större vikt än det eventuella besvär intervjuerna kan orsaka.

I flera länder är det förbjudet att spela in telefonsamtal och tillverkaren av telefonen, Apple, har därför omöjliggjort detta. För att kringgå denna problematik införskaffades applikationen TapeACall Pro, som använder en server för att hantera samtalen. Detta medför en risk att bli avlyssnad, trots att tillverkaren av applikationen intygar på sin hemsida att de ständigt arbetar för att erbjuda högsta möjliga säkerhet för sina användare.

Slutligen bör det tilläggas att enbart författaren av denna uppsats har tillgång till materialet, det vill säga inspelningarna och transkriptionerna från intervjuerna. Materialet har hanterats

med stor försiktighet och är lösenordsskyddat på den apparatur den finns dokumenterad på. Det material som skrevs ut på papper, förstördes direkt efter godkännande av uppsatsen.

4.8 Analys

Analysen av intervjuerna har gjorts i en tematisk innehållsanalys med en deduktiv ansats vilket innebär att texterna har lästs systematiskt och meningsbärande enheter har identifierats genom upprepade inläsningar av det transkriberade materialet. För att underlätta analysen markerades stycken i materialet med märkpenor i olika färger. Enheterna kondenserades och placerades in i kategorier och underkategorier, detta presenteras i resultatdelen.

5. Resultat

I analysen lyssnades det speciellt efter enheter som var av betydelse för att besvara frågeställningarna. Detta resulterade i att fyra olika teman växte fram: *attityden gentemot FaR som arbetsverktyg*, *FaR-utbildning i yrket och i yrkesutbildningen*, *hinder och möjligheter med FaR lotsmottagning*, och slutligen *uppföljningen*. I resultatet används fiktiva namn på respondenterna för att garantera anonymitet: “Lisa” (fysioterapeut vid hjärtspecialistmottagning), “Erik” (fysioterapeut vid hälsocentral), “Jenny” (fysioterapeut vid hälsocentral), och “Jens” (överläkare på kardiologavdelning).

5.1 Lotsmottagning

Svaren på fråga nummer 21 i intervjuguiden kommer att redovisas under detta tema, och kan tolkas som en fingervisning för om hypotesen stämmer. Eftersom att en eventuell lotsmottagning skulle hantera flera moment, kommer svar från flera frågor att vävas in under denna kategori.

På frågan om respondenten skulle tycka att det skulle kännas enklare eller kännas mer motiverat att skriva ut FaR om det fanns en lotsmottagning svarade två av förskrivarna glatt

“Ja det skulle vara jättebra!” respektive *“Ja det skulle det absolut!”*. En tredje respondent svarade *“det skulle nog göra att fler kanske tackar ja till ett recept, för en del tackar ju nej.”* När jag berättar om syftet med min undersökning för en av respondenterna blir svaret *“Oj, vilken bra grej, det låter ju jätteintressant!”* En av respondenterna vittnar också om behovet av en mottagning, och att någonting mer krävs för många av patienterna, än bara ett samtal.

Jag tycker att det är så kul att du är här, för att jag ser ju behovet av något som fångar upp lite mera. Det är ju där det brister ofta. Det räcker inte med att vi ringer dom. Men vi har inga resurser att göra någonting mer i dagsläget.

Tre av respondenterna var alltså positivt inställda till idén med en lotsmottagning, medan den fjärde svarade:

Alltså jag kan ju generellt tycka att det är bra att det finns specifika enheter som samlar upp en typ av insats eller en patientgrupp eller vad den än kan vara, för att man får specialiteter i det man gör där och då, men som FaR är idag så, för mig skulle det inte göra någon större skillnad. Jag ser inte vinningen i FaR just i dagsläget.

5.2 Uppföljningen

På frågan om respondenten har möjlighet att följa upp recepten svarar Jenny (leg. fysioterapeut) så här: *“Jag har alltid möjlighet att följa upp recepten. Vi har uppföljning i max sex månader, sen kan ju inte vi följa upp längre. Och det skulle man behöva; ha en längre uppföljning.”*

Lisa (leg. fysioterapeut) svarade att dom alltid följer upp:

Vi följer alltid upp via telefon, och då får jag avsätta tid för det helt enkelt. Jag vill absolut följa upp. Men jag har aldrig egentligen haft möjlighet att följa upp receptet fysiskt, att dom får komma tillbaka och testa det igen och så. Det hade ju vart jätte-jättebra.

Även den tredje fysioterapeuten Erik vittnar om regelbunden uppföljning. Han berättar att de följer alltid upp både träningsprogrammen och recepten som de skriver ut. Han tillägger också att *“majoriteten av de recept de hanterar är förskrivna från andra, framför allt från slutenvården och dom följer vi ju också upp. Så det tycker jag funkar bra”*.

Rutinerna för uppföljningen verkar alltså variera kraftigt beroende på profession, vilket kan förklaras av just det faktum att respondenterna tillhör olika yrkeskategorier. Överläkaren Jens beskriver praxisen för uppföljning som näst intill obefintlig när frågan ställs om han har möjlighet att följa upp recepten.

Nej det har jag inte, det finns inget system för det faktiskt. Fysioterapeuterna följer ju också ofta upp med telefonsamtal efter en viss tid. Och det vet jag att dom har efter tre eller sex månader. Men det är liksom en allmän uppföljning om hur det går med träningen, och inte direkt kopplat till receptet. Men nej, vi följer inte upp själva receptet.

5.3 Vilken attityd har förskrivande personal i kommunen till FaR?

Överlag verkar det pratas om fysisk aktivitet med patienterna och man informerar dem om vikten av att röra på sig för att må bra. Men under intervjuerna märktes också att attityden gentemot FaR, både allmänt men också som ett arbetsverktyg, varierar kraftigt. Detta genomsyrade intervjuerna och svaren i stort och kom därför att bli det första temat i analysen.

Fysioterapeuten Erik ser ingen större skillnad mellan att skriva ut ett FaR jämfört med att skriva ett vanligt träningsprogram till sina patienter, och anser därför att det är meningslöst att skriva ut FaR.

Jag ska vara ärlig och säga att jag förskriver extremt lite, kanske framför allt på grund av att det i samhället har så liten praktisk betydelse. Patienten ifrågasätter vad skillnaden är på om jag får ett träningsprogram och går hem, kontra att jag får ett träningsprogram och ett fysiskt recept. Och ja, många gånger har jag liksom inget motiverande och svara med där, för principiellt blir det samma sak.

Han säger själv att han inte har något konkret att komma med gällande själva förskrivningen mer än att det *“blir väldigt slentriant eller vad man ska säga och liksom mycket på patienters egna förfrågningar”*.

På frågan om han tycker att man kan nå alla individer med hjälp av FaR lyder svaret enligt följande

Syftet med FaR känns lite tappat eller förlorat. Jag vet egentligen inte... (tvekar). Som jag sa i början: jag kan inte säga varför FaR är bra. Varför skulle jag förskriva FaR till någon, kontra göra någon annan process. Jag har själv inte något bra svar på det. Det blir ju lite platt i det hela.

Övriga respondenter hade en något annorlunda inställning till fysisk aktivitet på recept och svarade att *“Jag tror att det är väldigt bra om patienten får en tydlig skriftlig instruktion på hur dom ska träna, som är individanpassad.” Jens (Överläkare, kardiologavdelningen).*

De andra två respondenterna var även de positivt inställda till FaR och pratade gott om metoden i stort och under tiden det pratades om FaR i allmänt nämndes ämnen som till exempel förskrivning till barn och ungdomar, skolan som arena för FaR och stödjande miljöer för FaR.

5.4 Hur utbildas förskrivande personal i FaR i kommunen?

Av de fyra respondenterna som intervjuades var två av dem relativt nyutexaminerade (inom de senaste 10 åren), medan de andra två har varit verksamma i över 20 år. Respondenterna med den senaste examen, fysioterapeuterna Lisa och Erik, svarade att det fanns ett moment i yrkesutbildningen som innehöll utbildning i FaR men att det var mycket grundligt. De andra två, överläkaren Jens och fysioterapeuten Jenny svarade att yrkesutbildningen är så pass långt tillbaka i tiden att FaR inte existerade då men också att den kunskapen om FaR som de besitter i dagsläget är självlärd. Även Lisa vittnade om att lära sig om FaR på eget initiativ: *“Jag fick nog aldrig någon utbildning på exakt hur jag skriver ett recept [...] Sen*

2013 jobbar jag i öppenvården och då skriver jag mycket recept, så jag har fått lära mig hur man gör helt enkelt”.

Respondenterna tillfrågades också om de hade erbjudits någon utbildning i FaR på arbetsplatsen. Fysioterapeuten Erik svarade kort och gott *“Nej, aldrig.”* Lisa och Jenny (båda leg. fysioterapeut) svarade att kollegor till dem har gått utbildningar eller kurser och erbjudit internutbildningar. Lisa ansåg då att den egna kompetensen var tillräcklig och såg inget behov av utbildning. Jenny däremot har internutbildats både av kollegor inom slutenvården men också av en doktorand som doktorerade inom knäartros. Utbildningen innehöll bakgrundsinformation till FaR, vilken evidens som ligger till grund för FaR, och tillvägagångssätt för fysisk aktivitet på recept i behandlingen av knäartros. Doktorandens närvarande på avdelningen kunde ses som en fortlöpande källa till information om FaR och att det var värdefullt att ha hen på plats. Hon nämner också en temadag där flera professioner möts (dietister bland annat) och pratar om FaR i allmänhet, dosering, olika målgrupper för FaR, olika typer av träning man kan använda m.m.

Jens (överläkare, kardiologavdelningen), svarade att varken han eller sjuksköterskorna på hans avdelning hade erbjudits utbildning, däremot nämnde han att det finns ett antal fysioterapeuter på avdelningen som *“säkert, på något sätt blivit utbildade, men jag vet inte exakt hur, om det är någon typ av internutbildning, eller om dom tar upp det på några temadagar”.*

5.5. Hinder och möjligheter med FaR

I denna rubrik presenteras meningssenheter som signalerar upplevda hinder och möjligheter med FaR. En av respondenterna vittnar om att ett av hindren med FaR som hon upplever är att uppföljningen kan kännas tidskrävande för att den måste administreras. Personalen måste planera in den i sin kalender, och avsätta tid för denna. Hon fortsätter:

Är det en del i en sjukvårdande behandling, då är det ju så. Men är det bara en del i en friskvårdssatsning att: det här behöver du göra för att investera i din kropp, liksom rent allmänt - då kan det ju kännas som att det tar lite tid. Det behöver ju kanske inte alltid följas upp av mig som fysio. Den tidsmässiga faktorn kan ju vara ett hinder för uppföljningen då. Att man förskriver men inte följer upp. Och det är ju uppföljningen som är det viktiga.

Jenny som har varit verksam fysioterapeut sen 1981 ser stora möjligheter i FaR, och verkar

ha en tydlig inblick i hur FaR har utvecklats över åren. Hon tycker att hon redan har sett en förändring när det gäller förskrivandet och att man når ut i större utsträckning än när modellen först kom. Hon tror därför att medvetenheten kring FaR kommer fortsätta att öka.

Jens (överläkare, kardiologavdelning) menar på att det finns geografiska och personliga faktorer som kan sätta käppar i hjulet för personer som får FaR. Han syftar då på att utbudet av aktiviteter inte är lika varierat som på större orter och att träning måste vara lustfyllt för att det ska fungera. Om patienten då måste transportera sig till en annan ort, kan detta leda till att receptet förblir outnyttjat istället. När det gäller personliga faktorer syftar han på att receptet måste individanpassas för att fylla sin funktion. Han nämner också att det är varierande kunskaper hos fysioterapeuterna gällande att träna hjärtsjuka patienter vid hälsocentralerna på dom mindre orterna, och att man därför inte vågar träna hjärtsjuka, och således inte heller då förskriver ett FaR.

Respondenterna är eniga i uppfattningen om att den ekonomiska aspekten av att ordinera fysisk aktivitet kan vara ett hinder. För många patienter verkar kostnaden vara en avgörande faktor för genomförandet av ordinationen. Överläkare Jens berättar:

Det vore bättre om det fanns någon form av subvention så att det inte blir några ekonomiska hinder för patienterna att fortsätta. Om man till exempel trivs väldigt bra med vattengymnastik, då kan det ju bli ganska kostsamt för dom. Sen är det ju en del som passar för aktiviteter som inte kostar någonting stavgång till exempel. Och då är det ju inget problem.

Lisa, leg. Fysioterapeut:

Vi jobbar ju mycket med att går lika bra att träna hemma. Det finns mycket man kan göra hemma. Men en del behöver ta sig iväg, och då tror jag att kostnaden kan vara ett hinder. Men sen måste man väl också se till att; är du frisk måste du ju också betala ditt träningskort så, var går gränsen? Ska det vara så att man helt plötsligt går till hälsocentralen bara för att man vill träna gratis, det går ju inte heller.

Precis som Lisa menar Jenny (leg. fysioterapeut) att de informerar patienten om att träning inte behöver kosta pengar, och att det finns mycket man kan göra hemma. Hon fyller i "Det

behöver ju inte handla om några dyra saker. Man kan ju skriva ett FaR på promenader om det är så. Det behöver inte kosta pengar.”

Den ekonomiska aspekten av FaR verkar ha flera vinklar. För de patienter som har haft FaR tidigare förefaller det vara lockande att be om ett nytt recept för att få tillgång till de subventionerade träningskortet i kommunen. Två av respondenterna nämner att det vid flertalet tillfällen har hänt att patienter som har haft FaR tidigare, ber om det igen vid återbesök, och uppfattningen har varit att det är med anledning av rabatten. Lisa leg. Fysioterapeut berättar:

Vissa tycker ju att det är för dyrt att köpa träningskort och så där, men vill egentligen göra det, och då har ju vi rabatt på vissa ställen. Så det kan ju faktiskt också ibland vara tyvärr den enda anledning till att jag förskriver ett FaR, för att dom ska få rabatten men jag tänker att det är bättre än ingenting.

På frågan om hinder nämner fysioterapeuten Erik återigen att det är svårt att göra skillnad på de träningsprogram han sätter ihop till sina patienter och ett recept. Han upplever detta som ett hinder och avslutar frågan med *“Man behöver ju ändå på något sätt jobba fram en tydlig skillnad mellan FaR och ett vanligt träningsförfarande.”*

Fysioterapeuten Lisa ser möjligheter i att all legitimerad personal kan förskriva FaR och att om det gjordes kunde man nå flera individer. Framförallt i primärvården där inte bara fysioterapeuterna kan förskriva *”all legitimerad personal får ju förskriva så att jag menar att det finns ju säkert jättemycket man kan göra..”*

5.6 Resultat från Uppsalamötet

Mötet i Uppsala gav en intressant inblick i hur verksamheten har startats och utvecklats under årens gång. Innan mötet fick författaren ta del av utvärderingar via mail från pilotprojektet och även från den efterföljande perioden. Amanda och Helena beskriver friskvårdslotsen som en välfungerande länk, och permanent verksamhet som utförs i nära samverkan med förskrivare i hälso- och sjukvården. Utveckling av friskvårdslotsmodellen drivs gemensamt av friskvårdslotsar och ansvariga inom hälso- och sjukvården.

Lotsfunktionen är helt baserad på möten över telefon med patienten. Detta har upplevts som en styrka då patienten kan få ett motiverande samtal i hemmamiljö, och slipper de eventuella besvär det kan innebära att transportera sig någonstans. Man kan också garantera en viss anonymitet, och neutralt utgångsläge för både lots och patient.

När jag ställer frågan om subventionerade priser på friskvård inom regionen är svaret kort men tydligt: lotsen är det som har subventioneras, och finansieras av Region Uppsala. Man har alltså valt att erbjuda patienterna friskvårdslöslösning istället för att ge rabatter på träningskort med mera. Den största anledningen till detta är att man fokuserar på att hitta en långsiktig friskvårdslösning som är anpassad till patientens ekonomi. Vidare ser man en styrka i att lotsarna hinner med flera patienter per arbetsdag när man hanterar kontakten via telefon, och på det sättet effektiviserar tiden. Amanda och Helena upplever att det största hindret har varit att göra förskrivarna införstådda med dimensionen av stödet och att nå ut till vården; de flesta verkar inte veta att mottagningen finns.

De uttrycker också att det finns ett behov av att utveckla ett tolkverktyg för att kunna nå patienter som hindras av språkbarriärer i sin kontakt med friskvårdslotsen. När vi diskuterar framtida forskning på området nämner de att patienter ibland tackar nej till FaR och att det skulle vara intressant att undersöka anledningarna till varför man väljer att göra det.

6. Diskussion

6.1 Resultatdiskussion

Lotsmottagning

Det primära syftet med undersökningen var att undersöka behovet av en lotsmottagning i en kommun i norra Sverige. Utifrån svaren att döma från de fyra respondenterna är tre av dem positiva till en enhet som fångar upp patienter som förskrivits FaR. De nämner också uppföljningen som en tidskrävande process, som inte alltid utförs, eller alltid har en rutin. Detta kan tolkas som att lotsfunktionen troligen har en plats i kommunen. Men att genomföra

en förändring inom vårdsektorn kan vara svårt och tidskrävande (Eriksson 2005) och förändringsarbetet som ligger bakom implementeringen av FaR välkomnas tyvärr inte av alla. SFAM, Svensk förening för allmänmedicin, tog 2013 fram en lista på sju onödiga åtgärder i svensk allmänmedicin, där man hittar bland annat fysisk aktivitet på recept. Enligt SFAM ska listan fungera som ett diskussionsunderlag, och publicerades senare i en artikel i Läkartidningen, en informationskanal som når hela svenska sjukvårdskåren. Om utbildningsorgan som SFAM sänder signaler om att fysisk aktivitet på recept är en “onödig åtgärd”, kommer implementeringen av svenska FaR-modellen hinna spela ut sin roll innan den ens har fått den (Lövtrup 2014-06-26).

Därför skulle man kunna diskutera huruvida man är redo för lotsmottagningar i Sverige, kanske är det för tidigt?

Lotsmottagningar existerar redan som tidigare nämnt i några län, somliga på prov i form av pilotprojekt, andra mer etablerade. Uppsala får statuera som ett praktexempel och faller in under kategorin “etablerade”. Men Region Uppsala har också något som inte finns överallt; eldsjälarna. Under mötet med Amanda Holm och Helena Vallin Eriksson från folkhälsan i Uppsala märker man att de båda brinner för allt som FaR står för: mötet med människan, att stötta, och att bana väg för förändring. Något som också finns i Uppsala är ett ekonomiskt förtroende hos styrande makter, en central framgångsfaktor då pengar är nödvändigt för att upprätthålla en lotsverksamhet. I inledningen nämns att förskrivande vårdcentraler i den undersökta kommunen erhöll ersättning per uppföljd patient för att stimulera förskrivningen av FaR. Så fort ersättningen upphörde, gjorde även antalet förskrivningar det. Det visar att det ändå finns en nyfikenhet rent ekonomiskt i att stimulera FaR, varför en lotsmottagning skulle kunna få ett finansiellt stöd.

Uppföljningen

Respondenterna svarar att uppföljningen är en procedur som är både tidskrävande och praxisen framstår som varierande beroende på vad man har för profession.

Att uppföljningen är en mycket viktig faktor för att öka den fysiska aktivitetsnivån bekräftas i tidigare forskning (Glasgow et al 2001, Weidinger et al 2008), och två av respondenterna

medger att de är väl medvetna om detta. Det är av stor vikt att förskrivande personal har en praxis att luta sig mot, då FaR tappar sin tyngd om ingen från vården kontaktar patienten för att höra hur det går. Detta är inte bara en aspekt av att inge förtroende från vårdens sida. Patienten kan ha missförstått receptet, blivit starkare och behöver progression i sin aktivitet, eller tvärtom kan ha blivit sämre och ny motivation behöver införlivas.

Attityden gentemot FaR

Nästa frågeställning undersöker attityden gentemot Fysisk aktivitet på Recept i kommunen. Det sammantagna resultatet är att tre av fyra är positiva till arbetsmetoden. Två av respondenterna är relativt nyexaminerade från sina yrkesutbildningar, medan de andra två har varit verksamma i över 20 år. Det verkar inte finnas något samband mellan antal yrkesverksamma år och attityd gentemot FaR. Inte heller har något samband mellan respondenternas ålder och attityden mot ovanstående identifierats, vilket är intressant då man kan tolka det som att dessa faktorer inte påverkar inställningen till fysisk aktivitet på recept. Något förvånansvärt är att aspekten av tidsbrist som annars är ett vanligt förekommande ämne inom vården, inte dök upp någon gång under intervjuerna. Detta skulle kunna vara en bidragande faktor till en negativ syn på FaR, då en vanlig anledning vid förskrivning av FaR är just brist på tid och blir en barriär som istället leder till att man gör som man alltid har gjort (Lamarche 2013) Detta är alltså inget som respondenterna uppger, men kan förklaras av att majoriteten av dem är fysioterapeuter och inte lider av samma tidsbrist i yrket som tex. läkare.

SFAM:s diskussionsunderlag är inget som främjar attityden hos förskrivande personal eller vårdpersonal i överhuvudtaget. Om arbetsmetoden framställs som en onödig åtgärd finns risken att man spär på den negativa uppfattning man eventuellt redan har. Än mindre skapar det nyfikenhet hos patienter som erbjuds FaR, även om Läkartidningen når i huvudsak vårdpersonal.

Hur utbildas personal i kommunen?

När ämnet utbildning av FaR diskuteras under intervjuerna blir svaren grumliga och beskrivs som något som har gjorts i periferin, eller inte alls. Detta är en svaghet som bekräftas av en studie som gjorts på området där 50% av de deltagande uppger att FaR ingick i

yrkesutbildningen (Grimstvedt et al. 2012). Inte heller för de nyutexaminerade fysioterapeuterna ingick det någon uttalad utbildning i FaR, vilket verkar alarmerande att så pass moderna utbildningar ligger efter med nya behandlingsmetoder. Ska man utgå från statistik från den undersökta kommunen är det fysioterapeuterna som förskriver flest FaR.

Förhoppningarna var att de nyutbildade fysioterapeuterna skulle ha fått någon form av utbildning i FaR i yrkesutbildningen, dessa besannades alltså inte. Även här dras en parallell till Region Uppsala och deras arbete med att utbilda förskrivande personal med föreläsningar och informationsmöten. Detta förefaller vara en framgångsfaktor då förskrivningen av FaR i regionen har ökat efter varje utbildningstillfälle (Käll 2008).

I den undersökta kommunen sker samverkansträffar två gånger om året och dessa äger rum på plats hos de olika aktörerna och inkluderar förutom samverkansaktörerna även förskrivande personal och personal från folkhälsoposterna i den undersökta kommunen. Även detta framställs tyvärr av respondenterna som ett sporadiskt inslag i folkhälsoarbetet, man vet inte riktigt när den senaste träffen var, eller vilken kollega som deltog. Dessa träffar skulle kunna vara ett värdefullt utbildningstillfälle. För att förskrivande personal ska våga skriva ut mer recept, och förstå möjligheterna med FaR krävs att man är påläst och att man känner sig säker på sin sak. Kommunen bör därför överväga en satsning på utbildning både av personal men också av allmänheten, som ett första steg mot göra FaR till en förankrad behandlingsmetod.

Subventionera eller inte?

Något som respondenterna var slående överens om var den ekonomiska aspekten av att skriva ut FaR. Att investera i ett gymkort eller dylikt verkar vara en utgift som patienterna är kritiska till. De subventionerade priserna förefaller vara lockande med FaR och respondenterna uppger att det händer att patienter själva ber om FaR. Framförallt de patienter som redan har haft recept sen tidigare, vill alltså få ett nytt. Förskrivande personal ställs då inför följande avvägning: Ska jag skriva ut ett nytt FaR på patientens förfrågan, för att få tillgång till rabatten, och vara trygg i att personen fortsätter vara aktiv? Eller riskera att patienten avbryter träningen på grund av uteblivet recept och kommer tillbaka med nya åkommor till följd av inaktivitet? Region Uppsala har valt att inte subventionera priserna hos samverkansaktörerna, utan istället lägger man pengarna på att finansiera friskvårdslotsen.

Man erbjuder således en kostnadsfri tjänst till patienterna istället för rabatterade aktiviteter. På det sättet kan man eliminera den lockelse som rabatten innebär, samt hjälpa patienten att hitta en aktivitet som är anpassad efter individens ekonomi. På så sätt blir livsstilsförändringen hållbar på sikt, även när receptet har gått ut.³

Man bör alltså se över den ekonomiska frågan kopplat till FaR, då den dyker upp frekvent i flera intervjuer, och har flera intressanta infallsvinklar som kan diskuteras ytterligare. Ekonomi och pengar är en känslig fråga och att vara selektiv i sin förskrivning av FaR är att samtidigt göra skillnad på människor. Vilka ska få rätt till FaR och därmed tillgång till hälsa? Att få vara frisk bör ses som en mänsklig rättighet, och bör inte begränsas av ekonomiska faktorer.

6.2 Metodiskussion

Urval

Urvalet kom att ändras under undersökningens genomförande, detta grundas i att responsen från de kontaktade respondenterna uteblev, eller så tackade de nej. Samtliga hälsocentraler som tackade nej hade hög arbetsbelastning som ursäkt. Av de fyra vårdenheter som deltog i intervjuerna tillhörde en av dem ursprungsurvalet. Inget relevant samband har identifieras mellan antalet förskrivna recept vid respondenternas arbetsplatser och informationens djup i intervjuerna. Detta talar för att resultatet inte hade påverkats nämnvärt om respondenterna har valts ut enligt det som var tanken från början. Däremot hade resultatet troligen påverkats om man hade haft en större variation i urvalet gällande professionerna. Resultatet hade möjligtvis blivit mera nyanserat och bredare, då vårdpersonal möter väldigt olika typer av patienter beroende på profession.

Man kan också ställa sig kritisk till det faktum att samtliga respondenter tränar själva och är intresserade av fysisk aktivitet. Detta skulle kunna påverka dem i deras åsikter om fysisk aktivitet på recept, dock ska man ha i åtanke att även den respondent som ställde sig kritisk till FaR också tränar regelbundet.

³ Muntlig kommunikation med Helena Wallin Eriksson, FoU-samordnare och Amanda Holm, hälsoutvecklare, Nära vård och hälsa, Region Uppsala, 2019-01-23

Datainsamling

Även genomförandet av intervjuerna ändrades något under undersökningens gång. Det geografiska avståndet mellan Stockholm och orten för intervjuer samt svårigheten att hitta respondenter begränsade genomförandet. Detta ledde till att två intervjuer gjordes på plats, och två intervjuer via telefon. Detta kan komma att ha påverkat respondenterna i sina svar. Man kan tänka sig att respondenterna som intervjuades på plats underlåter sig att svara uppriktigt på känsliga frågor på grund närvaro. De kan också ha blivit påverkade av mina (författarens) ansiktsuttryck, något som telefonintervjuerna inte kunde bli. Således kan det finnas ett svagt samband mellan intervjuernas längd och genomförandet av intervjun, då telefonintervjuerna blev längre än de som gjordes på plats.

Det faktum att enbart fem intervjuer genomfördes kan man ställa sig kritisk till. Resultatet är svårt att generalisera och för att uppnå större trovärdighet bör uppsatsen kompletteras med ytterligare intervjuer. Som ett försvar får man ta i beaktande att det är ett tidskrävande arbete att göra kvalitativa undersökningar, och arbetets kvalitet kunde riskeras bli påverkat negativt om ytterligare intervjuer hade genomförts. Efter intervju nummer fyra med förskrivande personal upplevdes dock en viss mättnad. Något som signalerar att en intervju inte hade gett några nya upptäckter - eller så kan det härledas till det något likartade urvalet.

Respondenten i intervju nummer tre, som blev den längsta av dem fyra, svarade mycket utförligt och fick ledas tillbaka till frågan flera gånger. Respondenten verkade ha en mycket positiv inställning till FaR, men när intervjun hade överskridit den överenskomna tiden blev svaren märkbart kortare. Detta skapar funderingar kring huruvida längden på intervjuerna och antalet frågor påverkade svaren. Kanske färre frågor hade gett mera målande svar. Skulle fråga nummer 21 ha ställts tidigare? Är det så att vid det laget att fråga 21 ställs, kanske respondenten bara vill bli klar med intervjun?

7. Slutsats

Sammanfattningsvis har resultatet av undersökningen klarlagt ett behov av en uppsamlingsplats för patienter med FaR, och att förskrivande personal är positivt inställda till det. Det faktum att man redan har gjort en ekonomisk insats i form av den tidigare nämnda informationsenheten och att man har försökt stimulera förskrivningen med ersättning, signalerar att det finns en vision om att arbeta hälsopromotivt i kommunen. Man kanske bara inte har hittat det sätt som passar för regionen än.

Vidare forskning

Det förekommer att patienter tackar nej till ett FaR. Detta är ett ytterst intressant fenomen och författaren uppmanar därför till vidare forskning på detta område. Ett avböjande från ett recept innebär att man inte når de patienter som troligen behöver en livsstilsförändring, och att dessa faller mellan stolarna. Vilket leder in på ett annat intressant ämne för fortsatt forskning är att studera hur man kan nå dom individer som inte nås idag. Med den mångfald som råder i vårt samhälle idag finns barriärer i form av språk och kultur, som kan innebära till exempel att lotsen och patienten inte förstår varandra. Detta skapar begränsningar och gör att vissa samhällsgrupper inte nås, varför ämnet är ytterst intressant för vidare forskning.

Avslutningsvis kan man se en utvecklingspotential i FaR då modellen enbart behandlar livsstilsförändringar genom ökad fysisk aktivitetsnivå. En vidareutveckling av den svenska FaR-modellen med inkludering av flera livsstilsfaktorer som t.ex. kost eller stress skulle kunna vara ett framtida pilotprojekt.

Referenslista

Andersson, S (2012) *Vilka faktorer medverkar till att professioner i primärvården förskriver fysisk aktivitet på recept (FaR)?*. Examensarbete 15 hp vid hälsopedagogiska programmet på Högskolan i Gävle, 2012.

Börjesson, M. Onerup, A. Lundqvist, S. & Dahlöf, B (2016) Fysisk aktivitet vid hypertoni. I *FYSS 2017: fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. ([3., rev. uppl.]). Stockholm: Läkartidningen förlag AB. s. 3.

Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public health reports (Washington, D.C. : 1974)*, 100(2), 126-31.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424733/pdf/pubhealthrep00100-0016.pdf>
[2018-12-27]

Ekbom-Bak, E. & Ekblom, B. (2012). Långvarigt stillasittande är en metabol riskfaktor. *Läkartidningen*, 109/2012 (34-35) s. 1469.

Eriksson, N. (2005). *Friska vindar i sjukvården: stöd och hinder vid förändringar i professionella organisationer*. Diss. Göteborg: Göteborgs universitet, 2005. Göteborg.

European Commission - Directorate general for health and food safety (2018). *Meeting to discuss the transfer of best practices selected by the Steering group on promotion and prevention with interested countries*. Luxemburg.

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/major_chronic_diseases/docs/ev_20180208_mi_e_n.pdf [2019-02-05]

Faskunger, J., Leijon, M., Ståhle, A., & Lamming, P. (2007). *Fysisk aktivitet på recept (FaR®) – en vägledning för implementering*. Statens folkhälsoinstitut.

Folkhälsomyndigheten (2013-11-03). *Rekommendationer för vuxna*.

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/fysisk-aktivitet-och-matvanor/fysisk-aktivitet/rekommendationer/> [2018-12-27]

Folkhälsomyndigheten (2017-04-19). *Folkhälsans utveckling – årsrapport 2017*.

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/f/folkhalsans-utveckling-arsrapport-2017/> [2018-12-06]

Glasgow, R.E, Eakin, E.G, Fisher, E.B, Bacak, S.J, Brownson, R.C. Physician advice and support for physical activity: Results from a national survey. *American journal of preventive medicine*. 2001; 21(3):189-96.

Glise K, Andersson Lindegård, A. & Jonsdottir, H. I. (2011) Fysisk aktivitet bra mot stressrelaterad psykisk sjuklighet. *Läkartidningen* 108/2011 (nr 36), s. 1692.

Gymnastik- och idrottshögskolan. (2018-02-09). *GIH lotsar till fysisk aktivitet*.

<https://www.gih.se/SAMVERKAN/Traning-och-halsoprojekt/Friskvardslotsning/Lotsmottagningen> [2018-11-20]

Grimstvedt, M.E., Ananian, C., Keller, C., Woolf, K., Sebren, A. Ainsworth, B (2012). Nurse practitioner and physician assistant physical activity counseling knowledge, confidence and practices. *Preventive Medicine*, 2012. 54(5):306-8.

Hagman, N. (2019-01-23). *Hälsotorg*. <https://www.1177.se/Gavleborg/Regler-och-rattigheter/Halsotorget/> [2019-01-13]

Hansagi, H. & Allebeck, P. (1994). *Enkät och intervju inom hälso- och sjukvård: handbok för forskning och utvecklingsarbete*. Lund: Studentlitteratur.

Henriksson, J. & Sundberg, C.J. (2016) Biologiska effekter av fysisk aktivitet. I *Fyss 2017, Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. [3., rev. uppl.]. Stockholm: Läkartidningen förlag AB.

Henriksson, J. (2004). *FYSS för alla: en bok om att röra på sig för att må bättre samt att förebygga och behandla sjukdomar*. Stockholm: Yrkesföreningar för fysisk aktivitet.

Jendle, J. & Tornberg, Å. (2016). Fysisk aktivitet vid diabetes mellitus– typ 2-diabetes. I *Fyss 2017, Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. [3., rev. uppl.]. Stockholm: Läkartidningen förlag AB.

Kallings, L. (2010) *Fysisk aktivitet på recept i Norden - erfarenheter och rekommendationer*. Göteborg: NHV -Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap. NHV rapport 2010:12 R. 2010.

Käll, A. (2008). *Friskvårdslotsprojektet i Uppsala län, 2005-2008 inom ramen för Fysisk aktivitet på recept, FaR®*. Region Uppsala.

Lamarche, K. & Vallance, J. (2013) Prescription for physical activity a survey of Canadian nurse practitioners. *The Canadian Nurse* 01 Oct 2013, 109(8):22-26 [2019-02-06]

Lindholm, C., Berglund, A., & Feldman, I. (2012). *Sammanställning av statistik som beskriver friskvårdslotsens verksamhet*. Region Uppsala.

Lövtrup, M. (2014). SFAM gör lista över åtgärder som är onödiga. *Läkartidningen*. 2014(06), 27-28.

Mijwel, S. (2018). *High-intensity interval training in combination with aerobic or resistance training for patients with breast cancer: a HIIT to counteract detrimental effects of chemotherapy*. Diss. Stockholm: Karolinska Institutet, 2018. Stockholm.

Nyberg, L. (2007). Må Bra-projekt i Karlskoga. Fysisk aktivitet i primärvården. *Svensk Idrottsmedicin*, 26(2), 14-9.

Olafsdottir, A. (2018). *Physical activity on prescription – PAP in Iceland*.

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/major_chronic_diseases/docs/ev_20180208_co03_en.pdf [2019-02-08]

Olsson, S.J., Börjesson, M., Ekblom-Bak, E., Hemmingsson, E., Hellénus, M. L., & Kallings, L. V. (2015). Effects of the Swedish physical activity on prescription model on health-related quality of life in overweight older adults: a randomised controlled trial. *BMC public health*, 15, 687. doi:10.1186/s12889-015-2036-3

Onerup, A., Arvidsson, D., Blomqvist, Å., Daxberg E.L., Jivegård, L., Jonsdottir, I.H., Lundqvist, S., Mellén, A., Persson, J., Sjögren, P., Svanberg, T. & Borjesson, M. (2018). Physical activity on prescription in accordance with the Swedish model increases physical activity: a systematic review. *British Journal of Sports Medicine*. 2018(0) 1-7. doi:10.1136/bjsports-2018-099598

Onerup, A., & Börjesson, M (2018). Översikt visar på evidens för fysisk aktivitet på recept. *Läkartidningen*. 2018(51-52).

Poussel, M., Hupin, D., Chenuel, B. & Edouard, P. (2018-12-28). Physical Activity Prescription (PAP): The French model. *British journal of sports medicine*. [Blogginlägg]
Hämtad från

https://blogs.bmj.com/bjbm/2018/12/28/physical-activity-prescription-pap-the-french-model/?int_source=trendmd&int_medium=trendmd&int_campaign=trendmd [2019-01-07]

Roos Stjernström, I. (2017-03-21). *Rörelse är livsviktigt*.

<https://www.1177.se/Gavleborg/Tema/Halsa/Fysisk-aktivitet/Rorelse-ar-livsviktigt/>
[2018-12-28]

Sjölin, S. (2018-02-13). *Förskrivning av FaR i Region Gävleborg 2017*. Region Gävleborg.
<http://www.regiongavleborg.se/globalassets/samverkanswebben/halsa-var-d-tandvard/vuxna/halsoframjande/folkhalsoenheten/far/far-i-region-gavleborg.pdf> [2018-11-09]

Statens folkhälsoinstitut. Folkhälsopolitisk rapport 2010. *Framtidens folkhälsa – allas ansvar*.

R 2010:16. Östersund.

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/5d2edf20c6f846cd91a2f7d20361e200/r2010-16-folkhalsopolitisk-rapport-2010.pdf> [2018-12-07]

Statens folkhälsoinstitut (2011) *FaR®: individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Statens beredning för medicinsk utredning (2007). *Metoder för att främja fysisk aktivitet*. s.71.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. 4., [omarb.] uppl. Lund: Studentlitteratur.

Yrkesföreningar för fysisk aktivitet. *FYSS – vägen till bättre folkhälsa*

<http://www.yfa.se/fyss/vad-ar-fyss/> [2019-01-02]

Västra götalandregionen (2018-04-18). *Fysisk aktivitet på recept ger effekt visar rapport från Sahlgrenska Universitetssjukhuset*.

<https://news.cision.com/se/sahlgrenska-universitetssjukhuset/r/fysisk-aktivitet-pa-recept-ger-effekt-visar-rapport-fran-sahlgrenska-universitetssjukhuset,c2498631> [2018-11-22]

Weidinger, K., Lovegreen, S., Elliott, M., Hagood, L., Haire-Joshu, D., McGill, J., et al. (2008) How to make exercise counseling more effective: Lessons from rural America. *The Journal of Family Practice*. 57(6):394-402.

World health organisation. *New physical activity guidance can help reduce risk of breast, colon cancers* (2011-02-04)

https://www.who.int/mediacentre/news/notes/2011/world_cancer_day_20110204/en/

[2018-12-06]

World health organisation. *Physical activity*. (2018-02-23)

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

[2018-12-15]

World health organisation. (1948). *Constitution of WHO: principles.*

<https://www.who.int/about/mission/en/>

[2019-01-30]

Åstrand, P., Ekblom, Ö. & Ekblom, B. (2011). *Född till rörelse: en bok om kondition och hälsa.* (1. uppl.) Stockholm: SISU Idrottsböcker.

Bilaga 1.

Fysisk aktivitet

1. Hur ser du på fysisk aktivitet och vikten av att vara det?
2. Är du själv fysiskt aktiv på något sätt?
3. Har du eller någon på din avdelning fått någon specifik utbildning gällande FaR, eller ingick det i din yrkesutbildning? Har ni blivit erbjudna detta? Vad innehöll utbildningen?
4. FaR-metoden består av fem punkter: dom här - är dom bekanta för dig?

Förskrivning av FaR

5. Berätta hur det går till när du förskriver FaR? Faktorer som bidrar till förskrivning?
6. Kan du beskriva en typisk patient som du förskriver FaR till? Varför just denna patient?
7. Vilka faktorer är direkt avgörande för om du skriver FaR till patienten eller inte?
8. Kan du ge exempel på saker i mötet med patienten som signalerar FaR? Vad tittar du på?
9. Finns det patientgrupper som du inte förskriver FaR till? Vilka i så fall?
10. Finns det grupper i samhället som är svårare att ordinera FaR? Skrivs FaR mer till vissa grupper, vilken är i så fall denna grupp? Nås de individer som behöver nås?

FaR i allmänhet

11. Patienterna måste själva stå för kostnaderna till aktiviteterna, vad anser du om det?
12. Vad tror du om FaR i framtiden om exempelvis 20 år?
13. Hur ser du på möjligheterna med FaR?
14. Finns några eventuella hinder?
15. Hur skulle FaR kunna förbättras?

Professionerna

16. Hur ser samarbetet ut mellan professionerna på din arbetsplats kopplat till FaR?
17. Har ni/du fått uppmaningar från ledningen om att skriva mer FaR? Har du möjlighet att följa upp patienten? Och om inte, gör någon annan det?

Följsamhet

18. Följer patienterna sitt recept? När och hur kontrolleras detta..?
19. Anser du att det skrivs ut tillräckligt med FaR?

20. Vad anser du om skriften FYSS? Använder du den?

Samverkan

21. Om det fanns en separat vårdenhet som hanterade uppföljningen av FaR, motiverande samtal och rådgivning, skulle det då kännas enklare att skriva ut FaR?

22. Kan du berätta om din uppfattning om samverkansaktörerna i Gävle Kommun? Har ni något samarbete och i så fall fungerar det?

Bilaga 2.

Informationsmail.

Hej!

Mitt namn är Maria Bäckström Westling, och jag går sista året på Gymnastik- och idrottshögskolan i Stockholm. Jag har varit i kontakt med Sara Sjölin på enheten för folkhälsa och hållbarhet som i sin tur gav din mail till mig.

Jag skriver min C-uppsats just nu, och syftet undersöker behovet av en mottagning i [REDACTED] kommun som samlar upp patienter som har fått fysisk aktivitet på recept och tillhandahåller uppföljning, motiverande samtal, och rådgivning.

Undersökningen baseras på kvalitativa intervjuer för att samla in data och det är där ni kommer in i bilden. Jag undrar om du skulle vilja ställa upp på en intervju? Urvalskravet är att personen i fråga har befogenhet att skriva ut fysisk aktivitet på recept.

Intervjun hålls på plats i [REDACTED], och kommer ta ungefär 30 minuter.

Tveka inte på att höra av dig om du har några frågor.

Tack på förhand.

Vänliga hälsningar, Maria.

Bilaga 3.

Frågor till respondenter i Region Uppsala.

1. Vart har lotsmottagningen ägt rum? Vilken typ av lokal? Kliniskt, inte klinisk miljö?
2. Har verksamheten hela tiden varit upphandlad?
3. Uppföljningen görs av lots eller förskrivare?
4. Vart är ni idag, berätta om verksamheten. Hur finansieras den?
5. Det stod i den senaste utvärderingen att modellen behöver anpassas efter olika målgrupper. Hur tänker ni kring kulturella hinder och språkbarriärer i framtiden?
6. Har ni intressanta ämnen för en framtida masteruppsats?
7. Tips och råd till en blivande hälsopedagog?
8. Vad har varit den största hindren med mottagningen upplever ni?

Bilaga 4.

Redovisning av litteratursökning.

Syfte och frågeställningar

Uppsatsens syfte är att undersöka behovet av en FaR-lotsmottagning i en kommun i södra Norrland.

1. Om det fanns en enhet i kommunen som samlade upp patienter med FaR, som tillhandahåller motiverande samtal och uppföljning, skulle förskrivarna ordinera fysisk aktivitet på recept mer frekvent?
2. Hur ser förskrivande personal på uppföljningen av FaR i kommunen?
3. Vilken attityd har förskrivande personal i kommunen till FaR?
4. Hur utbildas förskrivande personal i FaR i kommunen?

Vilka sökord har du använt?

Ämnesord och synonymer svenska	Ämnesord och synonymer engelska
FaR, fysisk aktivitet på recept, svenska FaR-modellen	Physical activity, physical activity on prescription, PAP, Swedish PAP-model, follow up

Var och hur har du sökt?

Databaser och andra källor	Sökinformation
Pubmed	Physical activity, physical activity on prescription, PAP, Swedish PAP-model, follow up
Google Scholar	Physical activity, physical activity on prescription, FaR, fysisk aktivitet på recept, svenska FaR-modellen. PAP, Swedish PAP-model.

Socialstyrelsen.se	Fysisk aktivitet på recept, FaR, rekommendationer
WHO.se	Health definition, physical activity, recomendations
Folhälsomyndigheten.se	Fysisk aktivitet på recept, FaR,

Kommentarer

Av de ovan angivna källorna var Google Scholar den som var mest givande. Stora delar av den information jag har använt hade jag kännedom om var den fanns, och behövde således inte söka via databaser. Jag har också använt litteraturlistor från relevant litteratur för att hitta information.