



Hinder vid rådgivning av fysisk aktivitet inom primärvården

- En intervjustudie inom Järfälla kommun

Gustaf Gardström & Niclas Ivarsson

GYMNASTIK- OCH IDROTTSHÖGSKOLAN
Examensarbete 03:2009
Hälsopedagogprogrammet: 2006-2009
Handledare: Leif Strand

Sammanfattning

Syfte och frågeställningar

Studien syftar till att ge svar på om de hinder som presenteras i tidigare forskning även är applicerbara i primärvården inom Järfälla kommun.

Frågeställningar i studien är:

- Vilka hinder visar tidigare forskning att läkare har inom primärvården när det gäller att ge råd om fysisk aktivitet till sina patienter?
- Är hinder vid rådgivning av fysisk aktivitet enligt tidigare studier väsentliga i Järfälla kommun?
- Anser läkarna i Järfälla kommun att de har som sin arbetsuppgift att förändra människors levnadsvanor mot ett mer fysiskt aktivt liv?

Metod

En litteratursökning har genomförts med sökningar i PubMed, Chochrane Library samt Google Scholar. Inklusionskriterier för studierna är att de innehåller åsikter och värderingar från läkare inom primärvården om FA och livsstilsrelaterade frågor i preventivt syfte som publicerats senare än 1995. Fyra studier följde inklusionskriterierna. Definierade hinder och möjligheter för rådgivning av FA inom primärvården från litteratursökningen sammanställdes och vägdes mot en intervjustudie på allmänläkare i Järfälla kommun för att undersöka om vidhållna hinder även kunde bekräftas inom den lokala primärvården.

Resultat

”Tidsbrist” och ”bristfällig kunskap om FA och prevention med FA” är de största hindren enligt tidigare forskning. Inget av dessa nämndes i intervjusituationer. De största hindren i intervju var ”bristfällig motivation”, ”misstro på behandlingsform”. De intervjuade läkarna ansåg att det är deras ansvar att förändra människors levnadsvanor mot ett mer fysiskt aktivt liv.

Slutsats

Definierade hinder i forskning är inte relevanta i en intervjustudie med allmänläkare i Järfälla kommun. Tidigare forskning med en sammanvägning av intervjuer tyder på ett komplext problemområde. Hinder är inte generaliserbara på enskilda läkare. Mycket tyder på att en kombination av systematiska problem i primärvården som organisation samt en misstro hos läkare på sin egen förmåga till förändring är det största hindren för att utföra mer rådgivning och ordination av fysisk aktivitet på recept. Framtida forskning bör ta till hänsyn till de *yttre* och *inre* hinder som påverkar läkaren i sin situation med patienten.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	Introduktion.....	1
1.1	Inledning.....	1
1.2	Bakgrund.....	1
1.2.1	Definition fysisk aktivitet.....	1
1.2.2	Fysisk aktivitet på recept (FaR).....	2
1.2.3	Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling.....	2
1.2.4	Fysisk aktivitet och hälsa.....	2
1.2.5	Fysisk aktivitet och livskvalitet.....	3
1.2.6	Fysisk aktivitet och rådgivning inom primärvården.....	3
1.2.7	Uppslutning och vidmakthållande av fysisk aktivitet efter en intervention.....	5
1.2.8	Vem har ansvaret?.....	5
1.2.9	Hinder från svenska studier.....	6
1.3	Syfte och frågeställningar.....	8
2	Metod.....	8
2.1	Genomförande.....	8
2.2	Uppdelning av hinder.....	9
2.3	Urval för litteratursökning.....	9
2.4	Urval för intervju.....	10
2.5	Intervjumetod.....	10
2.6	Bortfall.....	11
3	Resultat.....	11
3.1	Litteratursökning.....	11
3.2	Definierade hinder i litteratursökningen.....	12
3.2.1	Yttre hinder.....	12
3.2.2	Inre hinder.....	13
3.3	Intervju.....	13
3.3.1	Ansvar.....	13
3.3.2	Yttre hinder.....	14
3.3.3	Inre hinder.....	14
3.3.4	Attityder kring fysisk aktivitet.....	15
4	Diskussion.....	16
4.1	Metoddiskussion.....	16
4.2	Resultatdiskussion.....	17
4.3	Slutsats.....	19
	Käll- och litteraturförteckning.....	20

Bilaga 1 Käll- och litteratursökning

Bilaga 2 Följebrev

Bilaga 3 Intervjufrågor

1 Introduktion

1.1 Inledning

Att fysisk aktivitet (FA) är bra för hälsan är vida känt. Hur och även var promotion för ökad FA ska genomföras är däremot en omstridd fråga. Frågan varför FA inte diskuteras och att rådgivning av patienter inte sker i högre utsträckning inom primärvården har försökts besvaras i tidigare enkät- och intervjustudier.¹ Vanligt är att fördefiniera dessa hinder i enkäter och intervjuer utan att undersöka eller reflektera kring läkarens vardag.^{2 3 4 5} Frågan är om dessa hinder verkligen är relevanta i det praktiska arbetet. Denna studie är en sammanställning av tidigare forskning och definierade hinder vid rådgivning av FA. Studien väger sedan dessa hinder mot en intervju där respondenten fritt har fått samtala om FA och hälsa utan få direkta frågor kring hinder om dessa.

1.2 Bakgrund

1.2.1 Definition fysisk aktivitet

FA innefattar alla typer av rörelser som resulterar i att kroppen får en ökad energiomsättning.⁶ Det innebär att utöver träning och motion räknas också vardagliga sysslor t.ex. dammsuga eller att cykla till jobbet.

¹ Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, Rubin HR, *Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement* (JAMA. 1999 Oct 20;282(15) sid. 1458-65), PMID: 10535437.

² Anis NA, Lee RE, Ellerbeck EF, Nazir N, Greiner KA, Ahluwalia JS. *Direct observation of physician counseling on dietary habits and exercise: patient, physician, and office correlates* (Prev Med. 2004 Feb;38(2) sid. 198-202), PMID: 14715212.

³ Glasgow RE, Eakin EG, Fisher EB, Bacak SJ, Brownson RC, *Physician advice and support for physical activity: results from a national survey* (Am J Prev Med. 2001 Oct;21(3) sid. 189-96), PMID: 11567839.

⁴ Walsh JM, Swangard DM, Davis T, McPhee SJ. *Exercise counseling by primary care physicians in the era of managed care* (Am J Prev Med. 1999 May;16(4) sid. 307-13), PMID: 10493287.

⁵ Douglas F, Torrance N, van Teijlingen E, Meloni S, Kerr A, *Primary care staff's views and experiences related to routinely advising patients about physical activity: A questionnaire survey* (BMC Public Health. 2006 May 23;6 sid. 138), PMID 16719900.

⁶ Johan Faskunger, Matti Leijon, Agneta Ståhle, Peter Lamming, *Fysisk aktivitet på recept (FaR®) – En vägledning för implementering* (Edita, Västra Aros, Västerås 2007), sid. 36.

1.2.2 Fysisk aktivitet på recept (FaR)

Fysisk aktivitet på recept (FaR), är ett hjälpmedel för legitimerad vårdpersonal att öka den fysiska aktiviteten med hjälp av förskrivning. Rent praktiskt består FaR av en gul receptlapp som liknar den traditionella receptförskrivningen för medicinska preparat. FaR skrivs ut till patienter i förebyggande syfte, patienter i riskzonen för olika typer av livstilsrelaterade sjukdomar eller till patienter med sjukdomar i rörelseorganen. Patienten ordineras vanligtvis träning på egen hand eller hänvisas till någon form av föreningsverksamhet utanför sjukhusen.⁷

Flera studier tyder på att den fysiska aktiviteten har ökat mer efter en intervention vid förskrivning av FaR än den gjort med endast muntlig rådgivning. FaR är därför ett utmärkt verktyg att använda vid beteendeförändring och som motivation för att öka den fysiska aktiviteten.⁸

1.2.3 Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling

Förskrivningen av FaR har sin grund i FYSS, Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. FYSS är ett samarbetsprojekt mellan Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA) och Statens folkhälsoinstitut, FHI. FYSS är skriven av svenska experter med specialkunskap inom olika ämnesområden och är en litteraturgenomgång av forskningsläget där en positiv effekt på olika sjukdomstillstånd kunnat verifieras med hjälp av FA. Patienter som får en förskrivning av fysisk aktivitet på recept (FaR) har olika sjukdomsbilder.

Vårdpersonal kan med hjälp av FYSS lätt förstå och implementera olika aktiviteter för dessa och ge råd om intensitet, duration eller kvantitet av den fysiska aktiviteten för en specifik sjukdom eller då en förhöjd risk föreligger vid fysisk inaktivitet.⁹

1.2.4 Fysisk aktivitet och hälsa

Att vara fysisk aktiv har ett flertal positiva effekter på hälsan samt minskar risken för vanliga sjukdomar, bland annat hjärt- och kärlsjukdomar och cancer. FA har även en positiv effekt på

⁷ Johan Faskunger et. al. 2007, sid. 12.

⁸ SBU, *Metoder för att främja fysisk aktivitet* (SBU rapport nr 181; 2007).

⁹ Statens folkhälsoinstitut, *FYSS: Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling -Rapport nr 2003:44* (AB Danagårds grafiska, Ödeshög, 2005).

den självuppskattade hälsan samt fungerar förebyggande mot depressioner och oro. En sammanställning av det aktuella forskningsläget kring FA och hälsa gjord 1996 i USA visade att förlängd fysisk inaktivitet hade en negativ effekt på ett flertal kroppsliga funktioner såsom nedsatt kardiovaskulär förmåga, metabola störningar såsom glukosintolerans samt försämrade insulinkänslighet, detta efter bara några dagars sängliggande. Studien visar även på minskad total benmassa, negativ kvävebalans och förlust av muskelprotein vid förlängd inaktivitet.¹⁰

Fysisk inaktivitet är en oberoende riskfaktor för hjärt- och kärlsjukdomar. Riskfaktorer för dessa sjukdomar är dessutom bland annat tobaks- och alkoholkonsumtion, övervikt, högt blodtryck samt höga nivåer av LDL kolesterol. Dessa riskfaktorer är även indikatorer för fysisk inaktivitet. Enligt WHO's Världshälsorapport 2002 så står fysisk inaktivitet för över 1,9 miljoner dödsfall samt 19 miljoner Disability-Adjusted life Years (DALYs) vilket är ett mått på förlust av livsår globalt. Fysisk inaktivitet är den enskilt största riskfaktorn för dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar i västvärden med 8 till 10 % av den totala dödligheten. Globalt uppskattas att 17 % av den vuxna populationen är tillräckligt fysisk aktiv för att uppnå en god hälsa.¹¹

1.2.5 Fysisk aktivitet och livskvalitet

I en sammanställning av 14 studier angående självuppskattad välmående och hälsa samt FA visade cross-sectionella studier en klar signifikans för att ökad FA inverkar positivt på den självuppskattade hälsan. Fysisk inaktivitet är ett symptom för ohälsa. Att öka och främja den fysiska aktiviteten inom primärvården bör därför ses som ett självklart verktyg att främja den allmänna hälsan samt som direkt prevention mot olika sjukdomsbilder.¹²

1.2.6 Fysisk aktivitet och rådgivning inom primärvården

En studie gjord i USA 2004 med direkta observationer av läkarkonsultationer visade att endast 20 % av alla dessa observerade läkarbesök gav upphov till råd eller samtal om

¹⁰ US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, *Physical activity and health: a report of the Surgeon General* (Atlanta (GA); 1996).

¹¹ World Health Organization, *The world health report 2002: Reducing risks, promoting healthy life* (Geneva, World Health Organization).

¹² Bize R, Johnson JA, Plotnikoff RC, *Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: a systematic review* (Centre for Health Promotion Studies, School of Public Health, University of Alberta, Edmonton, Canada), PMID: 17707498.

livstilsrelaterade frågor såsom kost och motion. Med bakgrund av att endast 17 % av den vuxna befolkningen anses vara tillräckligt fysisk aktiva är potentialen att nå ut till mer människor som behöver hjälp mycket högre.¹³

En annan studie gjord 2001 i USA frågades patienterna i en enkätundersökning (n=1818) om de får råd om FA vid besök hos sin läkare. 28 % svarade att de fått råd om FA. Studiens slutsats var att mer utbildning och information krävs för att öka rådgivningen av FA vid läkarbesök samt för att vidare öka FA på populationsnivå och därigenom förbättra hälsan hos befolkningen.¹⁴

I statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) rapport om *Metoder att främja fysisk aktivitet* inkluderades 15 studier i en litteraturundersökning. Ingen av studierna visade på minskad FA vid rådgivning. Ökningen av den fysiska aktiviteten var i spannet 12 % till 50 %. Den fysiska aktiviteten ökade avsevärt mer vid upprepade kontakter och uppföljning. Effekten ökade ytterligare med 15 % till 50 % där det fanns komplement till rådgivningen såsom t ex fysisk aktivitet på recept (FaR).¹⁵

Flera studier hävdar att muntliga råd om FA inom primärvården är en underskattad form för att förbättra den fysiska hälsan för olika riskgrupper. Studier visar att den fysiska aktiviteten ökar även fast muntliga råd vid enskilda läkarbesök är den enda form av intervention som gjorts.

I en enkätundersökning gjord i USA 1999 där 326 enkäter skickades ut till allmänläkare inom primärvården fick de 175 svarande. 43 % av läkarna svarade att de gav råd till mer än hälften av sina patienter om FA men endast 14 % skrev ut recept till över hälften av sina patienter. 78 % av läkarna var inte medvetna om gällande rekommendationerna för FA. Läkare över 35 år var mycket mer benägna att skriva ut recept (30 % mot 8 %), enligt Walsh med flera kan detta tyda på att det saknas underlag i den moderna läkarutbildningen för rådgivning och promotion av FA. Walsh med flera visade tydligt att en stor andel av allmänläkarna inom primärvården i USA inte skriver ut recept eller ger råd om FA.¹⁶

¹³ Anis NA et. al. 2004.

¹⁴ Glasgow RE et. al. 2001.

¹⁵ SBU, *Metoder för att främja fysisk aktivitet* (SBU rapport nr 181; 2007).

¹⁶ Walsh JM et. al. 1999.

Samma slutsats kan man dra av Socialstyrelsens enkätundersökning gjord under hösten 2004 och våren 2005 till 761 vårdcentraler i Sverige. Enligt studien anser flertalet av läkare och vårdpersonal att de borde ge ut råd om livsstil och FA. Trots detta är det fortfarande mindre än hälften av dem som faktiskt gör det i praktiken.¹⁷ Trots detta svarade hela 96 % att vårdcentralen har som rutin att samtala om FA samt 69 % svarade att FA på recept (FaR) ingår i rutinerna.

1.2.7 Uppslutning och vidmakthållande av fysisk aktivitet efter en intervention

Interventioner för FA inom primärvården har studerats i ett flertal studier där resultatet visar på en ökad FA samt förbättrad hälsa för individerna. En sammanställning av 24 studier för att fastsätta vidmakthållande av FA efter en intervention i primärvårdsmiljö visade att promotion i syfte att öka den fysiska aktiviteten hos patienterna även gjorde detta efter genomförd intervention. I 14 av studierna hade patienterna även en ökad FA 12 månader eller mer efter interventionen. Pate med flera visar att ytterligare ökad FA fås med hjälp av uppföljning av den fysiska aktiviteten, ledarledda träningstillfällen samt med hjälp av inriktad livsstils- och beteendeförändring hos patienterna.^{18 19}

1.2.8 Vem har ansvaret?

Under Hälso- och sjukvårdslagen står följande under lagsats 2 c § ”Hälso- och sjukvården skall arbeta för att förebygga ohälsa. Den som vänder sig till hälso- och sjukvården skall när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada. Lag (1998:1660).”²⁰ Ansvarsfrågan tas upp i flera studier^{21 22 23 24} som ensidigt visar att läkaren

¹⁷ Socialstyrelsen, *Hälsofrämjande hälso- och sjukvård? En kartläggning av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser* (2005).

¹⁸ Pate RR, Pratt M, Blair SN, Haskell WL, Macera CA, Bouchard C, Buchner D, Ettinger W, Heath GW, King AC, et al. *Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine* (Department of Exercise Science, University of South Carolina School of Public Health, Columbia 29208), PMID: 7823386.

¹⁹ Simons-Morton DG, Calfas KJ, Oldenburg B, Burton NW. *Effects of interventions in health care settings on physical activity or cardiorespiratory fitness* (Division of Epidemiology and Clinical Applications, National Heart, Lung, and Blood Institute, Rockledge Centre, Bethesda, Maryland 20892-7936, USA), PMID: 9838981.

²⁰ Socialdepartementet, *Hälso- och sjukvårdslag* (1982:763, 2 c §).

²¹ Anis NA et. al. 2004.

²² Glasgow RE et. al. 2001.

²³ Walsh JM et. al. 1999.

²⁴ Douglas F et. al. 2006.

anser att hälsopromotion och beteendeförändring är en del av arbetsuppgiften. Det finns även flera politiska incitament till detta från regeringen. I bilaga 6 till regeringsuppdrag att utveckla ett nationellt uppföljnings- och utvärderingssystem för det samlade folkhälsoarbetet står följande text.

*”Regeringens förslag: Hälsa- och sjukvården har stor betydelse för den långsiktiga hälsoutvecklingen genom sin specifika kompetens, sin auktoritet, breda kunskap och stora kontaktyta gentemot befolkningen. En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård skall därför utgöra ett målområde. Ett mer hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektiv skall genomsyra hela hälso- och sjukvården och vara en självklar del i all vård och behandling. I det hälsofrämjande arbetet har primärvården en viktig roll.”*²⁵

I sekretariatsrapporten till ansvarskommittén²⁶ anser regeringens expertgrupp att förbättringsarbete inom hälso- och sjukvården bör utföras systematiskt för att uppnå bättre resultat och en förbättrad vård. Detta är något som rapporten tydligt visar inte sker idag. *”...mycket arbete sker i projektform och är beroende av enskilda medarbetares initiativ. Detta är inte bara problematiskt ur ett patientperspektiv utan kan också påverka effektivitetsutvecklingen negativt...”*²⁷ Detta visar tydligt på vilken uppgift primärvården har när det gäller hälsoarbete i förebyggande syfte. Enligt rapporten är det svårt att anse att brist på politiska direktiv är grunden till varför det finns hinder att utföra FA inom primärvården. Dessa hinder kan snarare ses som systematiska. Sekretariatsrapporten visar att hindren är en effekt av systematisk tröghet och ineffektiva förändringsprocesser inom sjukvården.

1.2.9 Hinder från svenska studier

FYSS listar hinder under rubriken ”Att ordinera fysisk aktivitet”. De tre problem som anses kunna förhindra utskrivningar är för lite kunskap om FA hos personalen, bristande vilja och engagemang att prata om patientens livsstil och brist i följsamhet i organisationen.²⁸

En enkätstudie från Hallands län undersöker inställningen till fysisk aktivitet på recept (FaR) hos legitimerad vårdpersonal där bland annat läkare deltog. 106 enkäter skickades ut till 7 av

²⁵ Statens folkhälsoinstitut, FHI, *Förslag till mål och indikatorer inom folkhälsoområdet (S2002/5085/FH)*, Bilaga 6.

²⁶ SOU 2007:12.

²⁷ Ibid., sid. 115.

²⁸ Statens folkhälsoinstitut 2003, sid. 36-7.

länets 25 vårdcentraler vilket resulterade i en svarsfrekvens på 66 %. En fjärdedel (26 %) av de 70 svarande uppger tidsbrist som det största hindret vid utförande av FaR. Andra hinder anses vara bristande följsamhet hos patienter vilket resulterar att vårdpersonalen ordinerar färre recept och att tilltron till effektiviteten ifrågasätts. Nya administrativa uppgifter med journalföring i och med FaR uppges vara hinder där utskrivarna anser sig vilja ha mer tid med patienten istället för att bokföra patientjournaler. Problem att hitta aktiviteter under pågående terminer och att handikappade får ett större aktivitetsutbud är andra synpunkter som påpekas i studien. En fortlöpande utbildning om FaR och en kontaktperson på vårdcentralerna är några punkter som vidare framkom som positiva för att öka frekvensen av FaR.²⁹

I en enkätstudie från Stockholms läns vårdcentraler undersöktes inställning och erfarenheter kring arbetet med FYSS och FaR. Bland de ca 30 % som upplever att det finns hinder att arbeta med FA som sjukdomsprevention uppger dessa att "Osäkerhet var patienten skall skickas med sitt recept" är det största hindret. Andra stora hinder är även "otillräcklig kunskap om förskrivning av FA på recept", "tidsbrist" samt "otillräcklig kunskap om rådgivning av FA".³⁰

Läkarförbundet utförde 1994 en undersökning bland sina medlemmar där syftet var att kartlägga läkarnas attityder till och möjligheter att arbeta mer med sjukdomsförebyggande verksamhet. Tidsbrist, kunskapsbrist och misstro till att en patient kan lyckas förändra sin livsstil angavs som de största hindren där 1700 (83 % svarsfrekvens) enkäter besvarades.³¹

²⁹ Marcus Larsson, Peter Linnros, Mats Svensson, *Inställning till fysisk aktivitet på recept hos en grupp legitimerad sjukvårdspersonal* Folkhälsovetenskap C, 20p vid Idrottsvetenskapligt program, IVP 03 (Sektionen för Hälsa och Samhälle, Halmstad 2005), sid. 12.

³⁰ Alexandra Berglund, Hedvig Olin, *Erfarenheter, inställning och önskemål inför arbete med FaR*, Examensarbete 10p vid Hälsovetenskaputbildningen 2002-2005 och Idrottsläroverutbildningen 2001-2006 på Gymnastik och Idrottsvetenskap 2005:88 (Stockholm, GIH, 2005), sid. 33-4.

³¹ Lars Himmelmann, Lars Weinehall, *Preventivt läkararbete viktigt men vanskligt – Brist på tid och kunskap hinder* (Läkartidningen vol. 93 nr. 8 1996), sid. 694-9.

1.3 Syfte och frågeställningar

Syfte och frågeställningar

Studien syftar till att ge svar på om de hinder som presenteras i tidigare forskning även är applicerbara i primärvården inom Järfälla kommun.

Frågeställningar i studien är:

- Vilka hinder visar tidigare forskning att läkare har inom primärvården när det gäller att ge råd om fysisk aktivitet till sina patienter?
- Är hinder vid rådgivning av fysisk aktivitet enligt tidigare studier väsentliga i Järfälla kommun?
- Anser läkarna i Järfälla kommun att de har som sin arbetsuppgift att förändra människors levnadsvanor mot ett mer fysiskt aktivt liv?

2 Metod

2.1 Genomförande

Information om studien har upprättats på informationstavlor vid arbetsplatserna, skickats via email och postats personligen till läkare i kommunen. I ett följebrev har kontaktuppgifter till de ansvariga till studien medföljt och vårdpersonalen kunde visa intresse genom att ringa eller skicka email för en intervju. Det totala antalet vårdcentraler som har kontaktats är 3 och antalet relevanta läkare på samtliga vårdcentraler är 26. Efter en bearbetning av aktuellt forskningsläge och tidigare studier skapades en mall kring vilka frågor till en intervju som ansågs intressanta och hade betydelse för studiens syfte. I följebrevet användes en öppen ton om området, detta för att inget skulle förvrängas eller färgas av vad som egentligen undersöktes. Intervjuer bokades in fortlöpande utefter intervjurespondenternas preferenser och förutsättningar för att ett möte skulle kunna genomföras. Innan intervjun inleddes redogjordes återigen syftet för studien. Vidare informerades om konfidentialitet, sekretess och att inspelningsutrustning med den intervjuade personens godkännande skulle komma att användas under samtalet. Intervjun förväntades ta cirka 20 minuter och som tack för visat intresse fick intervjurespondenten två presentcheckar på biobiljetter. Intervjun innehöll öppna frågor och den intervjuade fick stor yta att svara på de frågor som ställdes. Förutom den intervjuade och frågeställaren medverkade även en observatör (den andra studieförfattaren) som antecknade observationer och reflektioner över samtalet som pågick. Intervjun

transkriberades till en datafil med hjälp av det inspelade materialet tillsammans med observatörens anteckningar från mötet. Svaren från intervjun jämfördes sedan med resultatet från litteratursökningen.

2.2 Uppdelning av hinder

Vidare uppdelades hinder i yttre och inre faktorer för att få ett bredare perspektiv på problematiken vid rådgivningen.

För en läkare i primärvården finns det två perspektiv av hinder för ordination av FA. Stöd inom den miljö som läkaren arbetar i krävs för att förskrivningar samt råd av fysisk aktivitet ska kunna utföras. Rutiner och direktiv från sjukvårdsledning och överläkare behöver vara tydliga och ingå i praxis för att skapa en stadig grund för läkaren att verka från. I det praktiska arbetet ska det inte finnas några hinder att utföra FA till en patient som möter läkaren och behöver detta. Dessa hinder kan ses som *yttre hinder* där läkaren har ingen eller mycket liten chans att påverka sin arbetssituation. Vidare existerar det ett *inre hinder* som innefattar läkarens ställningstagande och motivation till att ordinera FA till patienten. Dessa är av individuell karaktär och är orsaken till att det kan finnas stora skillnader i antalet utskrivna FaR på samma vårdcentral. Det existerar således två dimensioner utav hinder vilket påverkar läkarens benägenhet vid ordination och rådgivning av FA till patienten.

2.3 Urval för litteratursökning

En litteratursökning har genomförts i PubMed, Cochrane Library och Google Scholar för att hitta hinder från tidigare forskning och studier. Varje studie som inkluderas definierar vissa huvudhinder för rådgivning av FA. Sökningar gav 4 studier som följer inklusionskriterierna.

Inklusionskriterier var:

1. Hinder vid rådgivning av FA och/eller åsikter om FA av allmänläkare (general practitioners, GPs) i en primärvårdsmiljö fanns definierade i abstraktet under resultat eller sammanfattning.
2. Studien var publicerad senare än 1995.

3. Studien var publicerad i en medicinsk journal som fanns tillgänglig via NCBI's journalregister.

Söksträngar var:

- 1: *"physical activity AND primary health care AND views AND general practitioners"*
- 2: *"physical activity AND intervention AND primary health care"*

Sökningar för söksträng 2 gav 379 träffar i PubMed varav 3 var relevanta. Google Scholar gav 696 000 träffar varav 4 var relevanta där de studier som flest refererat till kommer främst i sökningen. Cochrane Library gav 7 träffar varav 0 var relevanta.

Utöver en litteratursökningen inkluderades även mindre svenska studier som inte publicerats i medicinska journaler för att kunna föra en djupare diskussion av problematiken kring hinder vid utförande av FA.

2.4 Urval för intervju

Denna studie studerade och intervjuade vårdpersonal i Järfälla kommun som arbetar som husläkare, läkare på vårdcentral/familjeläkarmottagning eller allmänläkare på offentliga vårdcentraler och därigenom har en personlig kontakt med patienter i sitt dagliga arbete. Ett arbete på detta sätt innebär personliga samtal där rådgivning till patienten är ett naturligt inslag. Järfälla kommuns läkare förefaller en intressant målgrupp då de representerar endast 2 % av det totala antalet utskrivna FaR jämfört med övriga yrken som har den arbetsmetoden till förfogande.³²

2.5 Intervjumetod

Intervjun är semistrukturerad med fördefinierade frågor och teman. En semistrukturerad intervju kännetecknas av att frågorna är förutbestämda och att ordningsföljden av dessa är fastställd innan intervjun tar plats. Svarens längd samt innehållet är inte förutbestämt och detta ger ett större djup än en strukturerad intervju. Vissa följdfrågor kan också göras för att nå djupare i diskussionen.³³

³² Samtal med Camilla Gustafson. Personlig Tränare och FaR-ledare, Järfälla kommun 2008.

³³ Asbjørn Johannessen, Per Arne Tufte, *Introduktion till samhällsvetenskaplig metod*, (Liber, 2003).

2.6 Bortfall

Alla vårdcentraler (3) kontaktades via reception och följebrev delades ut till receptionist på varje vårdcentral. Därefter skickades brev ut till alla relevanta läkare (26) i kommunen. Hur många som faktiskt tagit del av följebrevet kan inte fastställas. Utav totalt 26 som kontaktades svarade och intervjuades tre varav en läkare från varje vårdcentral. Ingen efterforskning har skett för att fastslå en förklaring till bortfallet. Interbedömarreliabiliteten ansågs vara hög och bedömdes av en observatör vid intervjun.

3 Resultat

3.1 Litteratursökning

En enkätundersökning (n=757) med en svarsfrekvens på 54 % från allmän- och familjeläkare, sjuksköterskor samt hälsorådgivare i Storbritanniens primärvård visar på en stor entusiasm att använda FA i sjukdomsprevention. Kunskapen om vilka rekommendationer som skulle ges angående till FA var dock låg. Sjuksköterskor och hälsorådgivare rekommenderade en ökad FA i större utsträckning än allmänläkare där tid och resurser rapporterades vara den största orsaken till den låga frekvensen av rådgivning angående FA.³⁴

I en artikel publicerad i *British Journal of Sports Medicine* 2009 behandlas allmänläkares hinder till att ge råd om FA. Enkätstudien visar att otillräcklig utbildning hos läkarna om att samtala om FA, låg motivationsnivå och personalens egna bristfälliga motionsvanor var största hindren. Lobelo F med flera hittade starka bevis för att vårdpersonal som själva utför FA regelbundet även ger råd om detta i högre utsträckning och även motiverar patienter bättre än vårdpersonal som inte utför FA för att öka den fysiska aktiviteten hos patienterna.³⁵

En intervjuundersökning från London med 48 läkare (89 % av de tillfrågade deltog) konstaterade att läkarna var tveksamma till effekten av FA och deras egen förmåga att åstadkomma beständiga förändringar i livsstilen hos sina patienter. Tidsbrist var ett

³⁴ Douglas F et. al. 2006.

³⁵ Lobelo F, Duperly J, Frank E, *Physical activity habits of doctors and medical students influence their counselling practices* (Br J Sports Med. 2009 Feb;43(2) sid. 89-92. Epub 2008 Nov 19), PMID: 19019898.

framträdande hinder samt att hälsoarbete även uppfattades ta resurser från övriga arbetsuppgifter.³⁶

En stor europeisk enkätundersökning med 11 deltagande länder, däribland Sverige, undersökte åsikter och attityder hos allmänläkare. Studien påvisar stora skillnader länderna emellan för hinder av FA i primärvården. I Sverige anses tidsbrist och hög arbetsbelastning vara det största hindret mot större utfärdande av hälsopromotion och hälsoaktiviteter i primärvården. Cirka 90 % anser detta vara ett hinder. Brist på direktiv (25 %) och låg motivationsfaktor (22 %) är inte de främsta hindren. Andra hinder är åtkomst till patienter, bristfällig utbildning på prevention och hälsopromotion, klarhet i vem som har ansvaret och även patienters misstro inom behandlingsmetoden. Dessas anses dock inte vara lika relevanta som hinder av läkare i Sverige.³⁷

3.2 Definierade hinder i litteratursökningen

3.2.1 Yttre hinder

Två av fyra studier visar att det största hindret till förskrivning av FA är ”tidsbrist”.^{38 39} Den tredje studien konstaterar att tidsbrist är ett framträdande problem.⁴⁰ I den fjärde studien, vilket tidsbrist inte resulterade i något hinder, undersöktes sambandet utskrivning av FA mot läkarens egna FA och behandlade inte alla potentiella hinder.⁴¹

Det *yttre hindret* tidsbrist är helt klart det största hindret för rådgivning enligt läkare som arbetar med utskrivning av FA enligt litteratursökningen. Detta bekräftas av tre andra kompletterande studier där tidsbrist är det största eller ett stort hinder.^{42 43 44} En studie visar även skillnader i hinder för utskrivning av FA mellan sjuksköterskor och läkare där tidsbrist

³⁶ Bruce N, Burnett S, *Prevention of lifestyle-related disease: general practitioners' views about their role, effectiveness and resources* (Fam Pract. 1991 Dec;8(4) sid. 373-7), PMID: 1800203.

³⁷ Brotons C, Björkelund C, Bulc M, Ciurana R, Godycki-Cwirko M, Jurgova E, Kloppe P, Lionis C, Mierzecki A, Piñeiro R, Pullerits L, Sammut MR, Sheehan M, Tataradze R, Thireos EA, Vuchak J, *Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe* (Prev Med. 2005 May;40(5), sid 595-601).

³⁸ Douglas F et. al. 2006.

³⁹ Brotons C et .al. 2005.

⁴⁰ Bruce N et. al. 1991.

⁴¹ Lobelo F et. al. 2009.

⁴² Marcus Larsson et. al. 2005.

⁴³ Alexandra Berglund et. al. 2005.

⁴⁴ Lars Himmelmann et. al. 1996.

var ett större problem hos läkare.⁴⁵ Ett annat yttre hinder är ”brist på direktiv”. Det undersöktes i en av studierna. En av fyra läkare i Sverige tyckte att detta var ett problem.⁴⁶

3.2.2 Inre hinder

Det största *inre hindret* hos läkare för att skriva ut FA är ”bristfällig kunskap om FA och prevention med FA”. Alla fyra huvudstudier^{47 48 49 50} hävdar att detta är ett hinder. Samma studier bekräftar också att ”brist på kunskap” om prevention och FA är ett stort hinder.

Inte lika stora *inre hinder* för läkare att ordinera FA i sjukdomsprevention är ”bristfällig motivation”^{51 52}, ”misstro på behandlingsform”⁵³ och ”ingen ersättning”.⁵⁴

3.3 Intervju

3.3.1 Ansvar

På frågan om ansvar anser alla läkare i intervjuer att den faller på primärvården. Detta stöds också i litteraturen.⁵⁵

L1: ”Ja, det tycker jag. För det är vi som är första linjens sjukvård. ”

L2: ”Ja, Absolut”

L3: ”Javisst, klart det är vår uppgift.”

⁴⁵ Douglas F et. al. 2006.

⁴⁶ Brotons C et. al. 2005.

⁴⁷ Douglas F et. al. 2006.

⁴⁸ Brotons C et .al. 2005.

⁴⁹ Bruce N et. al. 1991.

⁵⁰ Lobelo F et. al. 2009.

⁵¹ Ibid.

⁵² Brotons C et. al. 2005.

⁵³ Ibid.

⁵⁴ Ibid.

⁵⁵ Douglas F et. al. 2006.

3.3.2 Yttre hinder

Ingen av läkarna nämner tidsbrist som ett framträdande yttre hinder.

Yttre hinder som nämns är ”brist på direktiv” där två läkare beskriver problematiken kring steget efter rådgivningen av FA.

L1: *”Men på 5 minuter så är allt jättebra när man pratar om det. Men sedan då? De går hem och då händer det inte så mycket mer tyvärr.”*

L2: *”Nej, jag tror inte bara för att jag skriver ut recept... för att sen kvarstår det en bit där vederbörande måste ta för att gå till Järfälla kommunala gym och ta kontakt med en personlig tränare. Det är jättemånga som faller bort mellan där jag ger receptet och det.”*

3.3.3 Inre hinder

Ingen läkare nämner det inre hotet ”bristfällig kunskap om FA och prevention med FA”. I intervjusituationer är det mest framträdande inre hindret vanligen praktiskt patientrelaterade.

L1: *”Jag har ju ganska många diabetiker som jag också har på mitt program och när man pratar med dem det är alltid... de känner sig obekväma, inte hemma i den miljön sen är också det ett hinder till att inte komma dit.”*

L2: *”Nja.. man säger ju det muntligt. Det ger ju auktoritet att läkaren gör det. Men vi skriver inte recept riktigt... för jag tror inte det fungerar sådär jättebra.”*

L3: *”Jag brukar säga till att det är viktigt med motion och sådär. Men jag... jag tror inte riktigt att det är sådär jätteviktigt för om man vill göra det så motionerar man. Inget jag säger kommer förändra det.”*

Dessa kan ses som inre hindren ”bristfällig motivation”, ”misstro på behandlingsform” där läkarna själva beskriver en djup misstro hos patienten för behandlingsmetoden. Detta även i fiktiva sammanhang utan att veta vilken patient man talar om.

En läkare berättar om inre hindret ”ingen ersättning”

L1: *”Men tyvärr... vid införandet att vårdval Stockholm så är det inte lika relevant längre. Varje besök genererar pengar till avdelningen och då prioriteras inte detta lika högt. Det är överlevnad. För vem ska jag göra detta för? Det blir en moralisk fråga tillslut, så är det.”*

3.3.4 Attityder kring fysisk aktivitet

Ingen av läkarna diskuterade FA vid scenariobeskrivningen och ansåg att det var en viktig fråga. Däremot diskuterar L2 vikt och BMI samt en potentiell viktnedgång och dess positiva effekter en annan nämner rökning som en potentiell fråga.

L1: *"När började det, hur kändes det, beskriv yrseln. Har du problem med huvudvärk och kräkningar. Berätta om du har värk och kroppen, skelett och andra ställen på kroppen. Tröttheten är också ett jättestort område. Har hon gått ner i vikt? Det kan vara hormoner, det kan vara sköldkörteln.... ..Det kan vara cancer... röker hon? Ja detta är enormt område."*

L2: *"Jag skulle ta blodprover och sådär för att se om det är någon brist eller sköldkörtelhormonbrist eller något sådant... ..Man borde ta kolesterol också. Om hon är överviktig så borde man mäta ett BMI, längd och vikt borde man också ta. Det är som med rökning, alla som är överviktiga vet att de måste gå ned i vikt. Då om man säger till vederbörande om du lyckas att gå ned i vikt så kommer också ditt blodtryck att förbättras så att det finns en koppling där."*

L3: *"Ojoj, det där kan vara vad som helst, hon var ju 53 år sa du så det kan vara allt från klimakterieproblem till något som bröstcancer. Jag skulle göra en normal undersökning och ställa mer frågor till henne om problemen. Du vet... när känner hon trötthet, sover hon dåligt, har hon det stressigt. Kan det vara psykologiskt? Ja, den där anamnesen kan ju vara lite vad som helst."*

En av läkarna nämner motion vid frågan "Vad anser du behövs hos en människa för att leva ett långt och hälsosamt liv?". Dock anser ingen av läkarna att det är en framträdande fråga.

L1: *"...man ska uppleva positiv stress. Umgås och leva med vänner och familj och de man älskar. Man ska inte leva på byggda minnen utan uppleva nya saker. Man ska utveckla sig och arbeta. Inte sitta still. Sedan är det bra kost och så. Äta rätt, anpassa kosten till sina energiutgifter. Förr i tiden... alltså när vi var grottmänniskor så rörde vi oss mer, vi gick ut och jagade eller skaffade mat och så. Det var ju en typ av motion som vi inte har idag."*

L2: *"Jag tycker att det är en blandning både att att man mår psykiskt och fysiskt bra, det tycker jag. Plus att man har... att det finns kärlek i ens liv om det är motsatt kön eller sådär det spelar ingen roll så länge man älskar och blir älskad tillbaka."*

L3: *"Att man har något meningsfullt i sitt liv och att man har människor som behöver en och ringer en och sådär. Det gäller att ha kärlek i sitt liv... det tycker jag. Det är många äldre som vi läkare träffar som har en massa problem och så som inte längre har någon att prata*

med, de som har det har en helt annan inställning till livet... det här att vilja leva och upptäcka nya saker hela tiden”

På frågan ”Vilken är din syn på att förebygga och behandla sjukdomar med FA?” anser alla läkare att det är en viktig fråga. Läkarna anser att det är något man kommer göra mer av i framtiden.

L1: *”Jättebra, alla tiders. Det tycker jag kommer att vara den viktigaste biten i framtiden, viktigare än att använda mediciner och så.”*

L2: *”Mycket bra. Man kan förebygga hjärt- och kärlsjukdom. Depressioner. Psykiska sjukdomar bland annat. Det kommer bli mindre och mindre mediciner till sådana här sjukdomar och mer sådant här som fysisk aktivitet tror jag.”*

L3: *”Ja, det där är jättebra. Jag tror det kommer bli mer sånt hela tiden faktiskt.”*

4 Diskussion

4.1 Metoddiskussion

Fler intervjuer kan ge ytterligare synpunkter på nya hinder i primärvården hos läkarna för framtida forskning. Att annonsera på anslagstavlor i personalrum, skicka personliga brev och informera att en genomförd intervju ger en belöning i form av två biocheckar gav tre intervjuer av totalt 26 möjliga. I följebrevet specificeras endast att undersökningen undersöker allmän hälsa. Detta för att minska prevalensen att läkarna undviker en intervju eller känner sig anklagade för att de inte använder FA i större utsträckning. Informationen i följebrevet att studien gjordes av studenter på GIH hade möjligtvis en påverkan på vad läkarna trodde att studieledarna har för syn på hälsoarbete och påverkade möjligtvis både resultat samt bortfall.

Att använda öppna frågor i intervjuer anses ha fungerat bra för syftet. Vid en kvantitativ ansats får läkarna färdiga svar att välja mellan. Detta kan påverka läkarna och göra det svårare att belysa de bakomliggande orsaker och hinder som finns vid rådgivning av FA. I intervjun fanns det möjligheter att ställa fler direkta frågor samt följdfrågor om hinder.

4.2 Resultatdiskussion

Behovet av hälsofrämjande insatser i sjukvården är enorm. Fetma och övervikt ökar samt inaktiviteten blir större bland befolkningen.⁵⁶ Med detta som bakgrund bör det ske större utredningar för att förstå problematiken kring aktiv hälsopromotion samt hitta fler verktyg för beteendeförändringsarbete i primärvården. Tydliga rutiner och verktyg behöver implementeras systematiskt för att få önskad effekt på populationen. Detta är något som både studier och intervjuer fastslår.^{57 58}

Vem som har ansvaret att rådge om FA har en tendens att bli en moralfråga. Med införandet av *vårdval Stockholm* genererar fler besök mer pengar till vårdcentralen. Det betyder att tidskrävande åtgärder som samtal om livsstilsförändringar kan nedprioriteras under ett patientbesök. Ansvarsfrågan är dessutom luddig i sin nuvarande form. För att tillgodose att *”hälso- och sjukvården skall genomsyras av det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektivet”*⁵⁹ och räknas som *”en del i behandlingen”*⁶⁰ bör primärvården ta ett större ansvar vid rådgivning av FA.

Brist på tid anses ofta vara en bakomliggande orsak i både forskning och intervjuer till varför det finns hinder för hälsofrämjande arbete. Det skulle dock anses konstigt om en anledning till att människor dör i hjärnhinneinflammation är för att de inte undersöks och ges rätt vård pga brist på tid. När något är en del av arbetsuppgiften och ingår i rutinerna är inte tidsbrist ett legitimt skäl till varför det inte tas vid. Frågan är om detta är något som läkare i enkäter lätt kan fylla i som ett hinder då tidsbrist är något som ligger utanför deras kontroll och därav skjuts ansvarsfrågan till sjukvårdsledningen och politiker. Tidsbrist ansågs inte vara ett stort hinder i intervjuer, problemet är därför inte generaliserbart inom hela primärvården. Detta belyses i en reviewstudie där 76 studier inkluderades om varför läkare inte följer sjukvårdsrutiner.

”Physicians were more likely to describe guidelines as not easy to use or not convenient when asked about guidelines in theory. When physicians were asked about barriers for specific

⁵⁶ World Health Organization. 2002.

⁵⁷ Cabana MD et. al. 1999.

⁵⁸ Statens offentliga utredningar (SOU) Ansvarskommittén SOU 2007:12, Hälso- och sjukvården.

⁵⁹ Statens folkhälsoinstitut.

⁶⁰ Ibid.

guidelines, a significant percentage (more than 10% of respondents) described them as inconvenient or difficult to use in only 6 (38%) of 16 cases. ...By not considering the variety of barriers, interventions to improve adherence are less likely to address these factors and are less likely to be successful.” ⁶¹

Av denna anledning kan inte hinder vid utförande av FA generaliseras till antingen bestå av inre eller yttre hinder. Problemet är komplext och bör därför hanteras i sin helhet. Något som bör tas hänsyn till i framtida studier och enkätundersökningar.

En läkare som inte tror på sin förmåga att skapa förändringar hos patienten kommer att bli mindre benägen att använda dem. De patienter som får råd av sin läkare att genomgå en livsstilsförändring och inte genomgår denna gör att läkaren tappar tilltro till interventionen. Studier visar dock att ett konsekutivt arbete med systematisk rådgivning även till patienter med en låg vilja att förändra sin livsstil kan påverka en population på ett positivt sätt.⁶² Läkaren arbetar med individer och märker troligtvis inte denna förändring som kan utgöra bara några procents skillnad på befolkningen. En liten förbättring i FA på populationsnivå ger oerhörda skillnader i hälsovinster för samhället, därmed är det viktigt att fortsätta det preventiva arbetet trots en eventuell negativ uppfattning om dess utfall från läkare.

I intervjuerna ställdes frågor som: ”Vad anser du behövs för att leva ett långt och hälsosamt liv?” En iakttagelse är att ingen av läkarna nämner FA och dess positiva egenskaper innan frågorna om FA behandlades direkt. Tre av läkarna (L1, L2, L3) besvarade frågan med att det behövs kärlek samt en (L1) ansåg att det behövs en inre ro och stressfri miljö. När frågor om FA direkt diskuterades var alla läkare (L1, L2, L3) positivt inställda till FA och ansåg att det är något som borde användas mer i förebyggande syfte och i sjukdomsprevention. Många tidigare studier visar att läkare och annan sjukvårdspersonal är positivt inställda till FA. Dessa studier har utförts kvantitativt och med förtryckta frågor. Det är möjligt att om läkare inte får rutin på samtalsmetodik samt livsstilsförändring kan detta leda till att endast symptomen på patientens inaktivitet diskuteras vid rådgivningar.

⁶¹ Cabana et. al. 1999.

⁶² Ibid., 1999.

4.3 Slutsats

Definierade hinder i forskning är inte relevanta i en intervjustudie med allmänläkare i Järfälla kommun. Tidigare forskning med en sammanvägning av intervjuer tyder på ett komplext problemområde. Hinder är inte generaliserbara på enskilda läkare. Mycket tyder på att en kombination av systematiska problem i primärvården som organisation samt en misstro hos läkare på sin egen förmåga till förändring är det största hindren för att utföra mer rådgivning och ordination av fysisk aktivitet på recept. Framtida forskning bör ta till hänsyn till de *yttre* och *inre* hinder som påverkar läkaren i sin situation med patienten.

Käll- och litteraturförteckning

Alexandra Berglund, Hedvig Olin, *Erfarenheter, inställning och önskemål inför arbete med FaR*, Examensarbete 10p vid Hälsopedagogutbildningen 2002-2005 och Idrottsläraryrket 2001-2006 på Gymnastik och Idrottshögskolan 2005:88 (Stockholm, GIH, 2005).

Anis NA, Lee RE, Ellerbeck EF, Nazir N, Greiner KA, Ahluwalia JS, *Direct observation of physician counseling on dietary habits and exercise: patient, physician, and office correlates* (Prev Med. 2004 Feb;38(2)), PMID: 14715212.

Asbjørn Johannessen, Per Arne Tufte, *Introduktion till samhällsvetenskaplig metod* (Liber, 2003).

Bize R, Johnson JA, Plotnikoff RC, *Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: a systematic review* (Centre for Health Promotion Studies, School of Public Health, University of Alberta, Edmonton, Canada), PMID: 17707498.

Brotons C, Björkelund C, Bulc M, Ciurana R, Godycki-Cwirko M, Jurgova E, Kloppe P, Lionis C, Mierzecki A, Piñeiro R, Pullerits L, Sammut MR, Sheehan M, Tataradze R, Thireos EA, Vuchak J, *Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe* (Prev Med. 2005 May;40(5)), PMID: 15749144.

Bruce N, Burnett S, *Prevention of lifestyle-related disease: general practitioners' views about their role, effectiveness and resources* (Fam Pract. 1991 Dec;8(4)), PMID: 1800203.

Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, Rubin HR, *Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement* (JAMA. 1999 Oct 20;282(15)), PMID: 10535437.

Douglas F, Torrance N, van Teijlingen E, Meloni S, Kerr A, *Primary care staff's views and experiences related to routinely advising patients about physical activity; A questionnaire survey*, (BMC Public Health. 2006 May 23;6 sid 138), PMID 16719900.

Glasgow RE, Eakin EG, Fisher EB, Bacak SJ, Brownson RC, *Physician advice and support for physical activity: results from a national survey*, (Am J Prev Med. 2001 Oct;21(3)), PMID: 11567839.

Johan Faskunger, Matti Leijon, Agneta Ståhle, Peter Lamming, *Fysisk aktivitet på recept (FaR®) – En vägledning för implementering* (Edita, Västra Aros, Västerås 2007).

Lars Himmelmann, Lars Weinehall, *Preventivt läkararbete viktigt men vanskligt – Brist på tid och kunskap hinder* (Läkartidningen vol. 93 nr. 8 1996).

Lobelo F, Duperly J, Frank E, *Physical activity habits of doctors and medical students influence their counselling practices*, (Br J Sports Med. 2009 Feb;43(2). Epub 2008 Nov 19), PMID: 19019898.

Marcus Larsson, Peter Linnros, Mats Svensson, *Inställning till fysisk aktivitet på recept hos en grupp legitimerad sjukvårdspersonal* Folkälsovetenskap C, 20p vid Idrottsvetenskapligt program, IVP 03 (Sektionen för Hälsa och Samhälle, Halmstad 2005).

Pate RR, Pratt M, Blair SN, Haskell WL, Macera CA, Bouchard C, Buchner D, Ettinger W, Heath GW, King AC, et al. *Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine*. (Department of Exercise Science, University of South Carolina School of Public Health, Columbia 29208), PMID: 7823386.

SBU. *Metoder för att främja fysisk aktivitet*, (SBU rapport nr 181; 2007)

Simons-Morton DG, Calfas KJ, Oldenburg B, Burton NW, *Effects of interventions in health care settings on physical activity or cardiorespiratory fitness*, (Division of Epidemiology and Clinical Applications, National Heart, Lung, and Blood Institute, Rockledge Centre, Bethesda, Maryland 20892-7936, USA), PMID: 9838981.

Socialdepartementet, *Hälso- och sjukvårdslag* (1982:763).

Socialstyrelsen, *Hälsofrämjande hälso- och sjukvård? En kartläggning av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser*, (2005).

Statens folkhälsoinstitut, *FYSS: Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling* Rapport nr 2003:44 (AB Danagårds grafiska, Ödeshög, 2005).

Statens folkhälsoinstitut, FHI, *Förslag till mål och indikatorer inom folkhälsoområdet (S2002/5085/FH)*.

Statens offentliga utredningar (SOU) Ansvarskommittén SOU 2007:12, Hälso- och sjukvården.

US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention *Physical activity and health: a report of the Surgeon General*, (Atlanta (GA); 1996).

Walsh JM, Swangard DM, Davis T, McPhee SJ, *Exercise counseling by primary care physicians in the era of managed care* (Am J Prev Med. 1999 May;16(4)), PMID: 10493287.

World Health Organization. *The world health report 2002: Reducing risks, promoting healthy life* (Geneva, World Health Organization).

Bilaga 1

KÄLL- OCH LITTERATURSÖKNING

Frågeställningar:

- Vilka hinder visar tidigare forskning att läkare har inom primärvården när det gäller att ge råd om fysisk aktivitet till sina patienter?
- Är hinder vid rådgivning av fysisk aktivitet enligt tidigare studier väsentliga i Järfälla kommun?
- Anser läkarna i Järfälla kommun att de har som sin arbetsuppgift att förändra människors levnadsvanor mot ett mer fysiskt aktivt liv?

VAD?

Vilka ämnesord har du sökt på?

Ämnesord	Synonymer
physical activity, primary health care, views, general practitioners, intervention, barriers	General practitioners: GP, physicians

VARFÖR?

Varför har du valt just dessa ämnesord?

För att få en bred forskningsgrund från hela världen inom primärvården när det gäller arbete med fysisk aktivitet.
--

HUR?

Hur har du sökt i de olika databaserna?

Databas	Söksträng	Antal träffar	Antal relevanta träffar
PubMed	<i>physical activity AND intervention AND primary health care</i>	379	3
Google Scholar	<i>physical activity AND primary health care AND views AND general practitioners</i>	696 000	4
Cochrane Library	<i>physical activity AND intervention AND primary health care</i>	7	0

KOMMENTARER:

Pubmed och Google scholar var för vårt ändamål bra databaser. Sökningar med söksträngen i Google scholar gav många träffar men de relevanta som innehåller de flesta av sökorden kommer först.

Bilaga 2

FÖLJEBREV



Hej!

Vi är två studenter från GIH (Gymnastik och Idrottshögskolan) som slutför en kandidatexamen i folkhälsa. I detta ingår ett examensarbete där vi valt att studera inställningar och attityder kring hälsa hos ledande frontfigurer inom primärvården. Vi är intresserade av dig som dagligen träffar patienter med olika typer av besvär och som är **husläkare, läkare på vårdcentral/familjeläkarmottagning** eller **allmänläkare** för en intervju. Denna intervju tar ca 20 minuter och kommer att behandla frågor om allmän hälsa. Som tack för hjälpen **erbjudes 2st biocheckar** för fullföljd intervju. Intervjun kan göras vardagar och helger samt kvällar. Själva intervjun spelas in på band med ditt tillåtande och är sekretessbelagd. Intervjuerna kommer att genomföras under februari och början av mars 2009.

Om du har frågor eller är intresserad av att hjälpa till med en intervju kan ni antingen skicka email eller ringa till:

Niclas Ivarsson, ihs1819@stud.ihs.se, 070-4153149
Gustaf Gardström, ihs1815@stud.ihs.se, 070-4824530

Tack för visat intresse.

Bilaga 3

INTERVJUFRÅGOR

- Hur länge har du arbetat som läkare?
- Var har du läst din utbildning?
- Hur trivs du?
- Hur är din arbetsbelastning?
- Är det något i dina arbetsuppgifter idag som saknar grund eller något som skulle behövt ha högre prioritet i din utbildning?
- Ett scenario: En kvinna 53 år gammal kommer till dig. Hon arbetar på kontor och du kan se att personen är överviktig. Du mäter hennes blodtryck och du ser att det är högt. Hon klagar på trötthet och yrsel. Vilka är dina första tankar, vad blir ditt nästa steg?
- Vad anser du behövs hos en människa för att leva ett långt och hälsosamt liv?
- Vilken är din syn på att förebygga och behandla sjukdomar med FA?
- Anser du att det är primärvårdens uppgift att ge råd och rön kring FA och motionsvanor till en person som har riskfaktorer för ohälsa?
- Vad har din arbetsplats för direktiv och hjälpmedel vad det gäller FA i sjukdomsprevention?