



Med stöd för följsamhet

– En kvalitativ studie med fokus på
uppföljningsarbetet mellan förskrivare och patient
inom FaR® i Sverige

Karin Sundin

GYMNASTIK- OCH IDROTTSHÖGSKOLAN

Examensarbete 2012:9

Hälsopedagogprogrammet 2009-2012

Handledare: Kajsa Jerlinder

Seminariehandledare: Sanna Nordin-Bates

Examinator: Lena Kallings

Sammanfattning

Syfte

Syftet med studien var att analysera och jämföra de åtta system/modeller som finns bland Sveriges landsting, som beskriver arbetet med uppföljningen av FaR® mellan förskrivare och patient. Genom empirin, som grundar sig på ett flertal intervjuer med ansvariga för detta arbete, undersöktes vad som enligt de tillfrågade har lett till framgång respektive motgång i uppföljningsarbetet (mellan förskrivare och patient). Studien syftade även till att undersöka om, och i sådant fall i vilken utsträckning uppföljningsarbetet bygger på de teoribaserade beteendeförändringsmodellerna som FaR® har hämtat inspiration från.

Frågeställningar

- Vilka svårigheter och möjligheter har påträffas med arbetet kring uppföljningen mellan förskrivare och patient?
- Hur är uppföljningsarbetet förankrat i ett teoretiskt perspektiv? (Det vill säga om, och i vilken utsträckning uppföljningsarbetet bygger på beteendeförändringsmodeller?)

Metod

En kvalitativ metod har använts där sju intervjuer med de landsting/regioner som innehar system/modeller över uppföljningsarbetet, ligger till grund för det presenterade resultatet. En innehållsanalys har sedan genomförts med de transkriberade intervjutexterna.

Resultat

Resultatet visade att svårigheter infann sig på både individ - (attityder) och organisationsnivå (journalssystem, dokumentation, statistik etc.). Möjligheterna visade sig vara dokumentationen som exempelvis leder till meningsfullhet i arbete. Möjligheter har också kommit sig av de samarbeten några av landstingen/regionerna använder sig av, som exempelvis god kvalitet och sparande av tid och resurser. Systemen/modellerna var inte i någon högre utsträckning förankrat i de beteendeförändringsmodellerna som FaR® har hämtat inspiration från, eller någon annan teori. Dock var delar inom arbetet såsom motiverande samtal och ”ett patientcentrerat förhållningssätt” hämtat ur exempelvis forskning, eller FaR®-metoden i sig.

Slutsats

Goda förutsättningar finns för att följa patienten och dess recept. Förslaget är dock att finna mer strategier inom organisationsteori och implementering för lyckade system/modeller över uppföljningsarbetet mellan förskrivare och patient.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 Inledning	1
1.2 Bakgrund	2
1.3 Forskningsläge	3
1.3.1 Närliggande forskning	3
1.3.2 Nationella rapporter och utvärderingar	5
1.4 Syfte och frågeställningar	6
1.5 Teoretisk utgångspunkt	7
1.5.1 Social Cognitive Theory (Sociala kognitiva teorin).....	7
1.5.2 Transteoretical Model (transteoretiska modellen).....	8
2 Metod	9
2.1 Datainsamlingsmetod	9
2.2 Urval.....	9
2.3 Tillvägagångssätt och forskningsetiska överväganden	10
2.4 Analys av data	13
2.5 Tillförlitlighet, pålitlighet och upprepbarhet.....	13
3 Resultat.....	15
3.1 Arbetsprocess, FaR®	16
3.2 Svårigheter och motgångar.....	17
3.3 Framgångar och möjligheter	18
3.4 Teoretisk förankring (ramar och riktlinjer)	20
3.5 Utvärdering	22
4 Resultatdiskussion.....	23
4.1 Arbetsprocess, FaR®	23
4.2 Svårigheter och motgångar.....	24
4.3 Framgångar och möjligheter	26
4.4 Teoretisk förankring (ramar och riktlinjer)	27
4.5 Utvärdering	28
4.6 Sammanfattande diskussion och slutsats	29
4.7 Metoddiskussion	31
4.8 Vidare forskning/ Fortsatt arbete	32
Käll- och litteraturlista.....	34

Bilaga 1 Käll- och litteratursökning

Bilaga 2 Informationsmail

Bilaga 3 Intervjuguide

1 Inledning

Människokroppen är uppbyggd på samma vis som våra förfäders. Organen och de fysiologiska funktioner som håller oss vid liv är desamma (Henriksson & Sundberg 2008, s.11). Skillnaden idag är att vi äter mer och rör på oss betydligt mindre än vad vi gjorde då. Som ett exempel på detta ökade den svenska befolkningen sitt genomsnittliga energiintag med 4 procent mellan åren 1980 och 2002 (Axelsen, Danielsson, Norberg & Sjöberg 2009, s. 243). Samhällsstrukturen ser även den annorlunda ut och det förut naturliga sättet att röra på sig försvinner mer och mer (stillasittande arbeten, rulltrappor, pendling med kollektivtrafik och bil etc.) (Ågren 2008, s.5). Idag finns det mängder av gym, träningspass, organisationer, företag och anläggningar som erbjuder olika typer av fysisk aktivitet, men trots detta är långt ifrån alla medborgare fysiskt aktiva. En tredjedel av Sveriges befolkning uppnår exempelvis inte rekommendationerna för fysisk aktivitet (Statens Folkhälsoinstitut 2010, s.14). Detta får konsekvenser som kan leda till ohälsa, ohälsa som kan förebyggas och minskas genom sunda levnadsvanor (Socialstyrelsen 2011, s.7).

Fysisk aktivitet har effekter som både är hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande (Ågren 2008, s.5). Att öka den fysiska aktiviteten hos den svenska befolkningen tillhör de åtgärder som skulle ha den största positiva påföljden för folkhälsan i Sverige (ibid. s.5). FYSS (Fysisk aktivitet i Sjukdomsprevention och Sjukdomsbehandling) är ett verktyg och en antologi med samlad evidens om sambandet mellan fysisk aktivitet och hälsa (Leijon, Kallings, Faskunger, Lærum, Börjesson & Ståhle 2008, s.48-53). FYSS är bland annat tänkt som ett hjälpmedel vid förskrivning av fysisk aktivitet och vänder sig till aktivitetsarrangörer som arbetar med fysisk aktivitet på recept (FaR®). FaR® är en metod där man istället för att ordinera medicin i traditionell mening, skriver ut recept på fysisk aktivitet som behandling (eller som komplement till annan behandling) mot symptom eller sjukdom, i primärt eller sekundärt syfte. Receptet som utseendemässigt liknar ett sedvanligt rekommenderar typ av fysisk aktivitet, frekvens och duration, individuellt anpassat för patienten. (ibid. s.48-53)

FaR® kan vara ett sätt att arbeta mot folksjukdomar och ett medel för att öka den fysiska aktiviteten i samhället. Som blivande hälsopedagog går det att se en oerhörd potential i arbetet kring FYSS och FaR®. Hälsopedagogens yrkesroll är komplex och tillhör den kategorin av yrken som existerar utan specifik arbetsuppgift. Det är allmänt vedertaget att sjukvården idag ofta arbetar under tidsbrist och kanske är det just till en hälsopedagog dessa arbetsuppgifter

ska överlämnas. I nuläget är det legitimerad personal som arbetar inom hälso- och sjukvården som får ordinera FaR® och i vissa fall sker förskrivningen på delegation (legitimerad personal vidarebefordrar uppgiften till annan personal) (Kallings 2011, s. 167). Den som ordinerar FaR® ska bland annat ha kunskaper inom samtalsmetodik, FYSS och FaR®, fysisk aktivitet som prevention och behandling (ibid. s. 167). Bland mycket annat besitter en hälsopedagog just dessa kunskaper.

Stöd för följsamheten av fysisk aktivitet på recept mellan förskrivare och patient är enligt utvärdering idag ett problemområde i arbetet med FaR® (Nilsson 2010, s. 33) och därför intressant att granska. Denna studie hade för avsikt att finna verktyg som kan leda till en nationell standardmodell över uppföljningen av FaR®, vilket är något som saknas i dagsläget (ibid. s. 54). Ska FaR® -metoden fungera fullt ut (från landsting till privatperson) är detta ett område som behöver studeras och utvecklas.

1.2 Bakgrund

Fysisk aktivitet definieras som all kroppsrörelse till följd av skelettmuskulaturens sammandragning och som leder till en ökad energiförbrukning (Shephard & Balady 1999, s.963). På uppdrag av Statens Folkhälsoinstitut (FHI) har Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet (YFA) tagit fram rekommendationer för fysisk aktivitet. Rekommendationen förespråkar att alla individer bör helst varje dag, vara fysisk aktiv i sammanlagt minst 30 minuter, med en intensitet som åtminstone kan beskrivas som måttlig (exempelvis rask promenad). (Jansson & Andersson 2008, s.40) FHI sammanställde 2010 en lägesrapport över levnadsvanorna i Sverige där resultat presenteras från 2010 års nationella folkhälsoenkät. De resultaten visar att den totala andelen personer som tolkas vara fysisk aktiva enligt rekommendationerna är 65 procent och andelen har inte ändrats sedan 2004 (Statens Folkhälsoinstitut 2010, s.14). Bland dem som inte uppnår rekommendationerna vill 84 procent öka sin fysiska aktivitet och 27 procent av dessa behöver stöd för en förändring (ibid. s.17).

Inom hälso- och sjukvården har det förebyggande arbetet ingen självklar ställning, det finns ingen enhetlig praxis kring detta arbete, och det råder stora variationer över hela Sverige (Socialstyrelsen 2011, s.14). Dock finns arbetet med FaR® beskrivet i verksamhetsplanen för primärvården i majoriteten av Sveriges landsting (Nilsson 2010, s.52). FaR® - metoden har ökat och spridit sig, men det är stora skillnader hur väl metoden fungerar och används och än är inte FaR® fullständigt implementerad (Kallings 2011, s.15). Med denna bakgrund väcks ett

intresse att ta reda på hur FaR®-arbetet och uppföljningen av recepten ter sig från styrdokument till praktiskt handling.

Faskunger, Leijon, Ståhle och Lamming förespråkar att i enlighet med 2 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) finns grundläggande bestämmelser om patientsäkerhet och kvalitet av vården (2007, s.20). Uppföljning är en sådan grundläggande bestämmelse. ”*Uppföljning av ordination av fysisk aktivitet skiljer sig inte från uppföljning av annan behandling inom hälso- och sjukvården.*” (ibid. s.20) Även Kallings beskriver detta; ”*Den som förskriver FaR® är ansvarig för att uppföljning sker. Uppföljningen kan organiseras på olika sätt. Det kan vara förskrivaren eller annan vårdpersonal som har förnyad kontakt med patienten.*” (2011, s.182). Självklart är det precis som vid annan behandling viktigt att följa upp effekten med ordinationen, för att se om den behöver justeras på något sätt, men uppföljning av FaR® bör även ske för att stödja patienten i sin beteendeförändring och för att ge status åt behandlingsmetoden (ibid. s.118).

Utifrån behovet att påverka ohälsosamma levnadsvanor (tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet, ohälsosamma matvanor hos vuxna), lanserade socialstyrelsen 2011 nya riktlinjer för sjukdomsförebyggande arbete. Där står att hälso- och sjukvården bör ”*erbjuda rådgivande samtal med tillägg av skriftlig ordination [...] samt särskild uppföljning till personer med otillräcklig fysisk aktivitet.*” (Socialstyrelsen 2011, s.34) Vid otillräcklig fysisk aktivitet ger socialstyrelsen dessa metoder högst prioritering, eftersom åtgärderna har stor effekt (ibid. s.33).

1.3 Forskningsläge

Forskningen som presenteras nedan berör utvärderingar och studier av FaR® i Sverige, samt studier som berör en patients förmåga att följa sitt recept, vilket är betydelsefullt för kommande analys.

1.3.1 Närliggande forskning

Under denna rubrik redogörs några studier som är relevanta för kommande diskussion. Gemensamt är patienters följsamhet till ordination och faktorer som påverkar en patients förmåga att följa sitt recept. Dessa är områden som är närliggande syfte och frågeställningar,

och ligger till grund för det som avses studera inom uppföljningsarbetet mellan förskrivare och patient.

Leijon, Faskunger, Bendtsen, Festin och Nilsen har publicerat självrapporterade anledningar till varför man inte följer sitt recept på fysisk aktivitet (2011, s.234). Data från 1358 patienter som inte följer sitt recept på fysisk aktivitet samlades in från 38 enheter inom primärvården i Sverige, genom telefonintervju, enkät via post och frågeformulär vid rutinmässigt läkarbesök. Bland äldre patienter var ”sjukdom” och ”smärta” de vanligaste orsakerna till låg följsamhet av recepten. De yngsta patienterna angav ”ekonomisk anledning” och ”tidsbrist” oftare som anledning, än patienterna som tillhörde de äldsta bland grupperna. Låg motivation var en mer frekvent orsak bland dem som ordinerats fysisk aktivitet i hemmiljö, jämfört med dem som ordinerats ”anläggningsbaserade aktiviteter”. Denna orsak fann man även bland de patienter som hade fått förskrivet fysisk aktivitet på recept på grund av ett BMI över 25. (ibid. s.234) Vidare beskriver författarna att *motivation* är en viktig prediktor inom de flesta beteendeförändringsmodeller som exempelvis Social Cognitive Theory, The Transtheoretical Model och Theory of Planned Behaviour. Kunskap om faktorer som påverkar motivationen kan vara värdefullt vid arbete för att främja utvecklingen av system kring receptförskrivna fysisk aktivitet. (ibid. s. 238)

Leijon, Bendtsen, Ståhle, Ekberg, Festin och Nilsen redogör för vilka självrapporterade faktorer som påverkar följsamheten till fysisk aktivitet på recept . I artikeln presenteras resultat hämtade från 37 primärvårdscentraler i Östergötlands län, i Sverige under 2004 (2010, s.1-3). 3300 personer deltog i studien och data samlades in med hjälp av telefonintervju, frågeformulär via post, och/eller frågeformulär vid vanligt återbesök. (ibid. s.1-3) Den totala följsamheten till ordinationen var relativt hög, 56 procent efter tre månader och 50 procent efter 12 månader (ibid. s.6). Författarna fann att de patienter som var fysisk inaktiva vid studiens start var associerade med lägre benägenhet att följa sin ordination. Slutsatsen blev att patienternas fysiska aktivitetsnivå vid start (att åtminstone i viss mån vara fysiskt aktiv) och de som ordinerats hembaserade aktiviteter hade högre följsamhet efter både tre- och 12 månaders kontroll. (ibid. s.8) Leijon et al. diskuterar att resultatet tyder på att ett recept kanske inte är en tillräcklig effektiv åtgärd för att initiera ett nytt beteende. Istället föreslås att personlig rådgivning, eller användning av motiverande tekniker, kan behövas för att nå önskad beteendeförändring bland fysiskt inaktiva. De väcker även frågan om hur pass individanpassade recepten var i dessa fall. (ibid. s.7)

I juni 2008 publicerades en studie gjord på 1141 överviktiga och stillasittande vuxna från den Amerikanska landsbygden (Weidinger, Lovegreen, Elliott, Hagood, Haire-Joshu, McGill & Brownson, s. 394). Denna longitudinella studie visar att rådgivning kring motion är mest effektiv när läkaren gör upp en plan eller skriver ett recept och när hon/han följer upp sin patient (ibid. s. 394). Patienternas initiering och underhåll av fysisk aktivitet var signifikant associerade med läkarnas uppföljning av motionsplanen. Resultatet ger exempel på vikten av att ge detaljerad rådgivning jämfört med enkla råd för att öka den fysiska aktiviteten. (ibid. s.398)

1.3.2 Nationella rapporter och utvärderingar

På uppdrag av regeringen har Statens folkhälsoinstitut (FHI) genomfört en nationell utvärdering av receptförskrivna fysisk aktivitet (FaR®). En webbenkät skickades till personer inom primärvården (dvs. hälso- och vårdcentraler) och besvarades av 296 personer. I rapporten beskriver författaren Kent Nilsson att alla Sveriges 21 landsting har FaR®-samordnare eller motsvarande. Vidare skriver Nilsson att 87 procent av vård- och hälsocentralerna i Sverige använder metoden FaR®. (2010, s.5) Under *Förslag till fortsatt arbete* går det att läsa att *”Statens folkhälsoinstitut bör få i uppgift att kartlägga de modeller som i dag används för att följa upp FaR®-patienter. När vi fått bilden för hur det ser ut kan det behövas en nationell standardmetod (evidensbaserad?) för att bedöma och stimulera patienternas följsamhet till recept på fysisk aktivitet.”* (ibid. s. 54) Nilsson redogör i rapporten att 41 procent av de tillfrågade ger i dagsläget en kort rådgivning om fysisk aktivitet till sina patienter och gör även en särskild uppföljning via telefon, brev och/eller ett extra återbesök. Nilsson menar att denna del i FaR®-arbetet är viktig, samt att den behöver utvecklas och spridas så att fler arbetar med uppföljning då det har betydelse för patienternas följsamhet och behandlingens effekt. Åtta av Sveriges 21 landsting har idag system för uppföljningen och följsamheten av recepten och 39 procent av de tillfrågade (296st) vill ha ett enhetligt system för uppföljningen av FaR® (Nilsson 2010, s.52-53).

En annan sammanställning har gjorts där erfarenheter av att arbeta med FaR® presenteras utifrån personer som dagligen använder metoden. 24 respondenter besvarade enkäten, där personerna i fråga i genomsnitt arbetat med metoden i sex år (Kallings 2011, s.343-344). Att uppföljningen var viktig för patientens fortsatta motivation var flera av de tillfrågade överrens om. På frågan om svårigheter med arbetet finner man svar som ”brist på tid”, ”få in

FaR® i journalsystemet”, ”många läkare ser inte motion som ett läkemedel”, ”[...] hinna skriva FaR® om behov finns”, samt att ”uppföljningarna behöver bli bättre”. (ibid. s.343-344)

Genom dessa studier kan det konstateras att faktorer som motivation och kunskaper om vad som påverkar motivation, patienternas fysiska aktivitetsnivå vid start, personlig rådgivning (med motiverande tekniker) och en uppgjord plan med uppföljning, är viktiga för en patients förmåga att följa sitt recept. De sistnämnda svenska utvärderingarna visade att uppföljningsarbetet är en brist och en viktig del inom FaR® som behöver utvecklas. Med denna forskningsbakgrund väcktes intresset att granska de system/modeller som finns över uppföljningen mellan förskrivare och patient. Därför skapades ett syfte som hade för avsikt att granska detta område med en förhoppning om att kunna bidra med kunskaper som kan föra uppföljningsarbetet framåt.

1.4 Syfte och frågeställningar

Syftet med studien var att analysera och jämföra de åtta system/modeller som finns bland Sveriges landsting, som beskriver arbetet med uppföljningen av FaR® mellan förskrivare och patient. Genom empirin, som grundar sig på ett flertal intervjuer med ansvariga för detta arbete, undersöktes vad som enligt de tillfrågade har lett till framgång respektive motgång i uppföljningsarbetet (mellan förskrivare och patient). Studien syftade även till att undersöka om, och i sådant fall i vilken utsträckning uppföljningsarbetet bygger på de teoribaserade beteendeförändringsmodellerna som FaR® har hämtat inspiration från.

- Vilka svårigheter och möjligheter har påträffas med arbetet kring uppföljningen mellan förskrivare och patient?
- Hur är uppföljningsarbetet förankrat i ett teoretiskt perspektiv? (Det vill säga om, och i vilken utsträckning uppföljningsarbetet bygger på beteendeförändringsmodeller?)

1.5 Teoretisk utgångspunkt

Fördelen att bygga interventioner på teoretiska modeller är att det ger möjlighet att urskilja och upptäcka vilka faktorer som leder till, främjar eller hindrar själva beteendeförändringen. Det skapar även struktur, en uppfattning och underlättar ett fortsatt utvecklande arbete (ibid. s.103). Inom forskning om fysisk aktivitet används ett flertal beteendeförändringsmodeller för att belysa detta, modeller som exempelvis *Transtheoretical Model* och *Social Cognitive Theory* (statens beredning för medicinsk utvärdering 2007, s.23). Spencer, Adams, Malone, Roy och Yost (2006, s. 428-443) ser på dessa modeller ur en fysisk aktivitets kontext, vilket även FaR® gör. Vid uppbyggnaden av FaR® hämtades inspiration från dessa två modeller där ”Tilltro till den egna förmågan”, ”individens egen målsättning” och ”återfallsprevention” är viktiga faktorer (Kallings 2011,s.103). Begreppet ”Tilltro till den egna förmågan” diskuteras även av Sherwood och Jeffery där en av slutsatserna är att en individ med hög ”tilltro till den egna förmågan” är mer benägen att följa ett träningsprogram tillräckligt regelbundet för att det ska bli en vana (2000, s.21-37).

För att analysera och granska denna studies insamlade empiri har de teoribaserade beteendeförändringsmodellerna som FaR® har hämtat inspiration från valts som teoretisk utgångspunkt. Då det är kopplingen mellan FaR® och modellerna ur en fysisk aktivitets sammanhang som är intressant, hämtas referens ur *FaR® – individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet* (Kallings 2011, s.103-104) som inte är ursprungsreferensen, men som har det samband mellan FaR® och beteendeförändringsmodellerna som i detta fall är relevant att presentera.

1.5.1 Social Cognitive Theory (Sociala kognitiva teorin)

I denna teori betonas att det finns en ömsesidig påverkan mellan individ, omgivning och beteende. Faktorer som påvisats angelägna vid arbetet med beteendeförändringar till en mer fysiskt aktiv livsstil är:

- *att individen har tilltro till sin egen förmåga (self-efficacy)*
- *att individen har en egen målsättning för att öka sin fysiska aktivitet*
- *att individen registrerar sin fysiska aktivitet och sedan reflekterar över detta.*

För att förklara och förutsäga en individs fysiska aktivitetsnivå har man använt olika psykologiska begrepp, där individens ”själv tillit till att utföra den fysiska aktiviteten” (*exercise self-efficacy*) visat det starkaste korrelationen med framtida fysiska aktivitetsnivå. Våra tankar, vår erfarenhet - och våra föreställningar om fysisk aktivitet påverkar självtilliten.

Självförliten vid en beteendeförändring kring sin fysiska aktivitet är starkt situationsbunden. Vid exempelvis fint väder kan en individ ha en mycket hög självförlit att vara fysisk aktiv, men kan samtidigt i en annan situation, vid sämre väder, ha mycket låg förlit till sin förmåga att vara fysiskt aktiv. Tidigare *erfarenheter* av beteendeförändring kring sin fysiska aktivitet eller annat beteende, är viktiga för att stärka en individs förlit till sin egen förmåga. Det är därför viktigt att sätta realistiska mål och successivt öka dem, så att målen säkert kan uppnås. (ibid. s.103-104)

1.5.2 Transtheoretical Model (transteoretiska modellen)

För att utforma den strategi som bäst kan ge framgång i beteendeförändringen utgår man i denna modell från det förändringsstadium (*Stage of Change*) som en individ befinner sig i. Här ses beteendeförändringen som en serie processer som stegvis utvecklas i olika stadier, där individer är olika förberedda till en förändring. De olika stadierna:

1. *Ej beredd (pre-contemplation)*
2. *Begrundande/osäker (contemplation)*
3. *Förberedelse (preparation)*
4. *Handling (action)*
5. *Vidmakthållande (maintenance)*

I det första stadiet har individen låg beredskap eller ett ointresse för förändring, alltså inga tankar på att ändra sitt beteende. I nästa stadium finns en tanke om en beteendeförändring. Det sker ett begrundande av för- och nackdelar och individen är kluven och osäker. I efterföljande, *förberedelsestadiet*, har individen bestämt sig, men inte påbörjat att förändra sitt beteende. (ibid. s.104) Man kan dock ha tagit några förberedande beslut, eller skapat strategier för etablering av själva genomförandet. Här är också mottagligheten för information stor. (Hultgren 2008, s. 102) I *handlingsstadiet* har konkreta och påtagliga beteendeändringar skett och förändringsarbetet kommit igång (Kallings 2011, s.104). Under det sista stadiet, *vidmakthållande*, kan återfall till gamla vanor inträffa. I denna fas är strategier för återfall, behov av aktiviteter och självförlit betydelsefulla komponenter (Hultgren 2002, s.102). En individ kan återfalla från alla stadier och ofta tar det flera försök innan det nya beteendet bibehålls. För att skapa och individanpassa strategier för en varaktig beteendeförändring måste rådgivaren anpassa sina åtgärder efter i vilket stadium individen befinner sig i för tillfället. (Kallings 2011, s.104) Staffan Hultgren skriver att ”*Interventionsinsatser har en tendens att rikta sig till målgrupper som befinner sig i förberedelse- och aktionsstadiet, vilket kan leda till ett uteslutande av de som befinner sig i processens första faser.*” (2008, s. 103).

2 Metod

I detta kapitel presenteras val av metod, urval, hur författaren gått tillväga, förhållningssätt, samt en beskrivning av analysen av det material som förvärvats.

2.1 *Datainsamlingsmetod*

För att besvara syfte och frågeställningar har en kvalitativ metodteori valts ut. Den kvalitativa metodteorin utgår oftast från det hermeneutiska vetenskapsidealet och syftar att förstå ett samhälle, människors och grupperns uppbyggnad, samt hur människan fungerar, handlar och påverkas av varandra och omgivande faktorer (Hassmén & Hassmén 2008, s.83). Detta var studiens syfte då systemen/modellerna över uppföljningsarbetet mellan förskrivare och patient skulle *analyseras och jämföras*.

Avsikten med studien var att göra en fördjupning av redan tidigare undersökt och utvärderat område, *FaR®*. För att granska området ytterligare, för att ge nytt bidrag och inte få samma resultat som tidigare enkätsvar visat kring uppföljningsarbetet, valdes insamlingsmetoden informant- och respondentintervju. En blandning av dessa begrepp har valts då *informanter* ger information om faktiska förhållanden och *respondenter* ger information om hennes/hans känslor och tankar, vilket både innefattar studiens syfte (ibid. s.108). Precis som Hassmén och Hassmén beskriver fanns ”[...] ett intresse för att finna sammanhang och strukturer, att gå på djupet och få riklig information om (oftast) ett fåtal undersökningsdeltagare.” (ibid. s.105) Detta för en (förhoppningsvis) ny dimension av uppföljningsarbetet mellan förskrivare och patient.

2.2 *Urval*

Utvärderingen ”*Nationell utvärdering av receptförskrivnen fysisk aktivitet (FaR®)*” och frågan ”*Finns utarbetat system för uppföljning av FaR®, dvs. kan följsamheten hos patienterna följas?*” (Nilsson 2011) låg till grund för urvalet. Utifrån denna utvärdering och enkätfråga, har de åtta landsting/regioner valts ut som vid denna tidpunkt hade system/modeller för uppföljningsarbetet mellan förskrivare och patient. Detta för att det redan existerande arbetet kring uppföljning kan bestå av betydande verktyg och faktorer som gemensamt kan bidra till ett enhetligt system/modell. Ett ”*handplockat urval*” har valts då detta urval kan ge den bästa informationen utifrån syfte och frågeställningar (Hassmén & Hassmén 2008, s.110). En

förhoppning fanns om att de som arbetar kring detta, bland annat skulle ha svar på vad som lett till framgång, och på så vis kan komma bli ett föredöme för andra landsting/län/regioner som ej har utarbetat system/modell för uppföljningen. De utvalda är; landstinget i - Jönköping, Värmland och Östergötland, Norrbottens läns landsting, landstinget Västernorrland och Västmanland, samt region Halland. Dock benämns alla endast som landsting eller informant i diskussionsdelen (även en del av resultatdelen), för att underlätta läsning, samt för att säkerställa anonymitet.

2.3 Tillvägagångssätt och forskningsetiska överväganden

I december 2011 kontaktades Statens Folkhälsoinstitut med anledning att försöka få tillgång till de enkätsvar som är underlag för ”*Nationell utvärdering av receptförskriften fysisk aktivitet FaR®*” (Nilsson 2011). Detta för att urskilja *vilka* av Sveriges landsting/regioner som har system/modeller över uppföljningen mellan förskrivare och patient. Enkätsvaren kom författaren tillhanda och kunde således urskilja vilka landsting/regioner som var aktuella att kontakta. Det bör tilläggas att tolkningen av *vilka* som har system/modeller är subjektiv och är tolkat av författaren till utvärderingen (Nilsson 2011). Men i första kontakt med landstingen/regionerna inför denna studie har information om syfte - och anledningen till att just de blivit kontaktade framgått. Detta har möjliggjort att respondenterna/informanterna har kunnat motsäga sig informationen och även om de finner sig relevanta att intervjuas. Ett landsting valde på grund av detta att avstå från att delta. Informanten ansåg sig inte kunna ge svar på studiens frågor. Enkätsvaren gav även en viss betydelsefull information från några av landstingen/regionerna och en inblick i upplägget för uppföljningsarbetet. Detta möjliggjorde också en förberedelse innan intervju.

Då landstingen har en central roll inom FaR®-arbetet, går det att finna länkar till Sveriges alla landsting och regioner på Folkhälsoinstitutets hemsida (<http://www.fhi.se/FaR-/Landsting/>) och i vissa fall, direktlänkar till sidan som beskriver FaR®-arbetet i respektive landsting/region. På detta sätt tillförskaffades kontaktuppgifter till de personer som var relevanta för ändamålet. Ett första informationsmail (bilaga 2) skickades som beskrev ärendet, där en person inom landstinget eftersöktes som kunde delta i en telefonintervju angående FaR® och uppföljningsarbetet med mellan förskrivare och patient. Sju intervjuer bokades in och avsattes tid för.

Intervjufrågor skapades ämnade för att besvara syfte och frågeställningar. De är tio till antalet och av halvstrukturerat anlag med ”Bestämda frågeområden i bestämd följd, både öppna och fasta svarsalternativ. Följdfrågor inom dessa.” (Hassmén & Hassmén 2008, s.254).

Frågornas karaktär har hämtat inspiration av Kvale och Brinkmann 2009, där olika typer av intervjufrågor presenteras av författarna (s. 150-152). För att säkerställa kvalitet och relevans av intervjufrågor formades en intervjuguide där frågorna delades in i områden som exempelvis arbetsprocessen med FaR®, svårigheter och möjligheter, och hur systemen/modellerna är uppbyggda från grunden (bilaga 3). Detta för att se över vilka frågor som kunde tänkas besvara vad och för att skapa ett manus till intervjuaren. Guiden var också en hjälp för att inte ändra fokus eller riskera att missa något centralt för studien och som ett stöd för att hålla sig till den uppgjorda planen (Hassmén & Hassmén 2008, s.255).

På grund av geografiska, ekonomiska, och tidsmässiga skäl har inte möjlighet funnits att göra intervjuerna på plats och i en reell situation, vilket i de flesta fall är mest önskvärt. Dock har avsikten med intervjuerna inte varit av djupare karaktär, med känsliga och privata ämnen, vilket gör det fullt möjligt att utföra dessa via telefon. Kvale och Brinkmann skriver exempelvis att alla former av intervjuer har sina fördelar och lämpar sig för vissa syften, men att man bör ta i beaktning de gånger då den kroppsliga närvaron har en avgörande roll för samtalet (2009, s.166).

Innan intervjuerna genomfördes gjordes en pilottelefonintervju med en person som är insatt i området, men ej yrkesverksam. Detta för att testa både intervjuteknik, intervjuguiden, samt den tekniska utrustningen såsom diktafon och mobiltelefons högtalarsystem. En viss justering av frågornas formulering och ordningsföljd skedde efter denna pilotintervju.

Begreppet ”informerat samtycke” (ibid. s.87) ligger till grund för den information informanten/respondenten erhöll innan intervjun (bilaga 2). Se även *intervjuguide* (bilaga 3) där ytterligare information till informanten/respondenten angavs muntligt innan intervjuns start. Det påpekades bland annat om syftet med undersökningen, frivilligheten i att delta, vem som har tillgång till materialet, möjligheten att när som helst avbryta intervjun, samt att underlaget behandlas konfidentiellt. Exempelvis förklarades det att intervjumaterialet endast kommer att finnas i författarens ägo. Resultatet behandlades även konfidentiellt på så sätt att informanterna/respondenterna vid namn är anonyma, dock har alla informanter/respondenter givit sitt samtycke till att nämna landsting/region vid namn. Detta var ett medvetet val då det

kan finnas en poäng med att dela med sig av respektive arbete med uppföljningen (som den ser ut idag), för att kunna ta del av och eventuellt ta efter varandras framgångar. Samtliga informanter/respondenter gav även sitt samtycke till att medverka och tillät att samtalen spelades in. En av sju informanter/respondenter har godkänt den transkriberade intervjun, resterande valde att avstå från det erbjudandet. I begreppet ”informerat samtycke” ingår också problematiken och den fina balansgången att avgöra *hur mycket* information som ska ges innan intervju. Här valdes att i förväg skicka aktuella intervjufrågor till informanterna/respondenterna dels för att ge dem ett underlag och ett stöd under intervjutillfället, men också för att ge dem en chans till att förbereda sina svar och eventuell framtagning av relevant material. Återigen var det syfte och frågeställningar som avgjort detta val och med den motiveringen att intervjufrågorna inte är av personlig-, känslomässig-, eller djupare karaktär.

Telefonintervjuer genomfördes under en och en halv vecka och tog i genomsnitt 23 minuter per samtal. Tiden var i enlighet vad Hassmén och Hassmén förespråkar angående telefonintervju, där mellan 10 och 20 minuter är ett riktmärke just inom denna typ av intervju (2008, s. 259). Informanterna/respondenterna (FaR®-samordnare, eller på annat sätt ansvarig för arbetet kring FaR®) inom de sju olika landstingen/regionerna har besvarat frågor som bland annat beskriver hur modellen eller systemet över uppföljningen med FaR®-receptet ser ut. Intervjuerna utfördes i hemmamiljö, utan andra personers närvaro, höga ljud eller andra störande faktorer. Samtalen spelades in via mobiltelefonens högtalarsystem och en diktafon. Under intervjuerna har författaren ej ordagrant återgett de svar hon fått efter varje fråga, utan låtit samtalen mer få ett naturligt flyt. Författaren gjorde istället en sammanfattning av informationen och återkoppling vid några få, enstaka tillfällen under samtalens gång. Informanten/respondenten har dock fått förtydliga om något varit oklart, osammanhängande eller rörigt formulerat. Detta för att säkerställa korrekt uppfattad information utan att låta samtalen få en konstlad och obekväm form, vilket kunde ha lett till en stressad situation som kan tänkas kunnat påverka svaren eller den fortsatta intervjun. Trost menar att man inte ska sammanfatta då sammanfattningar lätt kan leda till obehagliga avbrott i intervjun (2010, s.106). Är intervjupersonen osäker på vad informanten menat så är det oftast mycket bättre att fortsätta fråga och inte att sammanfatta (ibid. s.106).

2.4 Analys av data

För att sedan göra de muntliga intervjusamtalen tillgängliga för analys krävdes en omvandling från muntlig data till skriven text i form av utskrifter, så kallad transkribering (Kvale & Brinkmann 2009, s.193). Genom dessa utskrifter struktureras intervjusamtalet i en form där utskriften själv blir inledningen till en analytisk process. I vilken form och hur mycket som ska skrivas ut av samtalen grundar sig exempelvis på faktorer som *syftet med undersökningen*. (ibid. s.196) Upprepningar, stakningar, och ljud som ”hmm” och ”ehh” har valts bort vid transkriberingen i denna studie för att få mer flyt i texten och underlätta läsning, samt tolkning. Dock har meningsbyggnad inte ändrats eller information uteblivit, samtalen har endast koncentrerats till en mer koncist text. Detta gjordes för att underlätta analys av data, men också för att inte ge läsaren en annan bild av samtalet då det muntliga kan få en annan innebörd i text (Malterud 2009, s.79). Författaren har själv transkriberat alla sju samtalen och har således utfört transkriberingen på samma sätt för samtliga intervjuer.

För att bearbeta det insamlade materialet vidare gjordes en innehållsanalys av texterna (Kvale & Brinkmann 2009, s.219). Intervjuerna skrevs ut och författaren kunde leta efter delar i texterna som delades in i kategorier, olika teman. Detta gjorde det möjligt att få en överblick hur ofta specifika teman togs upp, samt även få svar på syfte och frågeställningar utifrån hela intervjun och inte bara vid en specifik fråga. Dessutom kunde närvaron eller frånvaron av ett fenomen enkelt uttryckas med ett ”+” eller ”-” (ibid. s.219). Ansatsen blev både induktiv och deduktiv då textenheter först plockades ut utifrån syfte och frågeställningar för att sedan kategoriseras i undergrupper utifrån funna mönster och gemensamma svar (Trost 2010, s.36-37). Med termen deduktion avser man vanligen att utgå från det generella till det specifika, vilket gjordes i första led och med kategorisering av teman utefter syfte och frågeställning. För att sedan finna övriga svar och andra intressanta aspekter kategoriserades undergrupperna induktivt. (ibid. s.37) Resultat presenteras senare utefter dessa teman och eventuell undergrupp, som har relevans till syfte och frågeställningar. Dock kommer även andra intressanta områden redovisas som är av betydelse för kommande diskussion.

2.5 Tillförlitlighet, pålitlighet och upprepbarhet

Reliabilitetsbegreppet har främst kommit att användas inom kvantitativ metodteori. Det går dock att tala om reliabilitet inom den mer kvalitativt forskningsområdet, men här används kanske istället ord som *tillförlitlighet*, *pålitlighet* och *upprepbarhet*. (Hassmén & Hassmén 2008, s.135) Precis som reliabilitetsbegreppet, diskuteras validiteten inom kvalitativ forskning

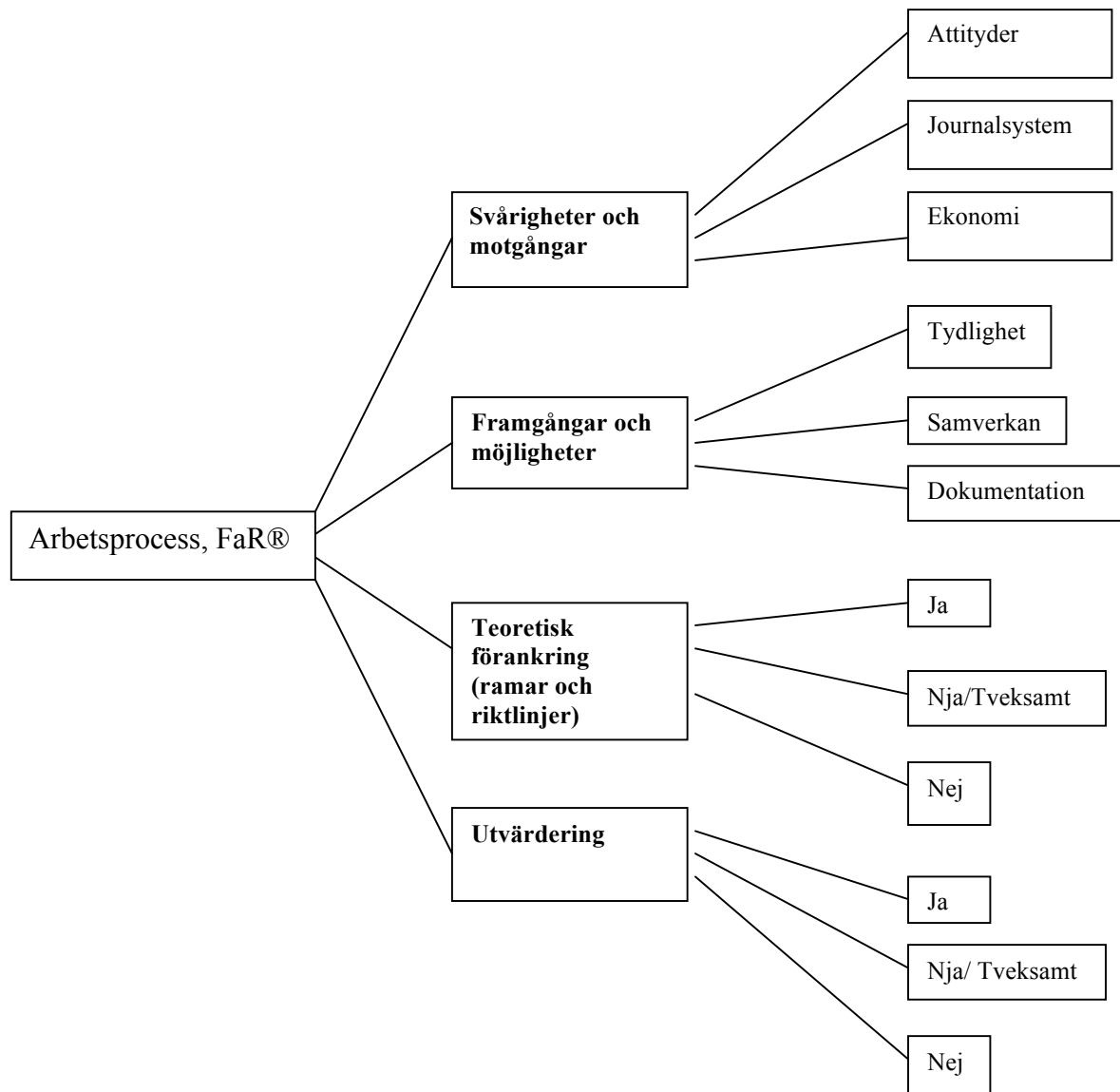
på ett annorlunda sätt jämfört med kvantitativ forskning. Här används bland annat termerna *överförbarhet* och *trovärdighet*. (ibid. s.155) Detta innebär bland annat att svar presenteras som informanterna/respondenterna verkligen gav. Diskussionsavsnittet och resultatet av analys grundar sig på författarens tolkning av intervjuvaren, en tolkning som lätt kan påverkas av egen erfarenhet, fördomar och kunskap. För att öka tillförlitligheten användes en diktafon för att kunna spela in intervjun, men också för att kunna transkribera förloppet så att informanterna/respondenternas svar skulle kunna återges så korrekt som möjligt. Begreppen ställer också kravet att fullständigt redogöra för alla faser i studieprocessen, så upprepbarhet är möjligt, samt att pålitligheten kan granskas. Detta görs genom ett grundläggande metodavsnitt, där alla delar i förloppet presenteras utförligt. En fullständig pålitlighet har inte kunnat uppfyllas inom den tidsram och arbetsprocess som innefattar denna uppsats. För att uppnå en fullständig pålitlighet används exempelvis triangulering (data -, metod -, analystriangulering med mera) i syfte att använda sig av flera utgångspunkter i sökandet efter resultat (ibid. s.156). Det vill säga att man använder sig av flera olika mätmetoder för att komma fram till de rätta svaren på forskningsfrågorna (Trost 2010, s. 34).

Självförståelsevaliditet är en annan del inom pålitligheten och handlar om (i korta drag) att fråga undersökningsdeltagarna själva om den intervjuade håller med om tolkningen som författaren gjort (Hassmén & Hassmén 2008, s.158). Dessa två exempel (triangulering och självförståelsevaliditet) har alltså inte genomförts.

3 Resultat

Baserat på den information som insamlats genom intervjuer från de sju olika landstingen, presenteras här resultatet för detta. Frågor har ställts till informanterna i syfte att besvara frågeställningar, men även för att få en uppfattning om arbetsprocessen med FaR®.

Analysschemat nedan visar de teman som framkommit under innehållsanalysen av de transkriberade intervjutexterna. Dessa teman plockades först ut utifrån syfte och frågeställningar för att sedan kategoriseras i undergrupper utifrån funna mönster och gemensamma svar. De fyra huvudtemana *svårigheter och motgångar*, *framgångar och möjligheter*, *teoretisk förankring (ramar och riktlinjer)* och *utvärdering*, presenteras närmare i kommande avsnitt under respektive rubrik. Undergrupper inom dessa fyra huvudteman i analyschemat ger en övergripande bild och en indikation på kommande innehåll.



Figur 1 – Analysschema

3.1 Arbetsprocess, FaR®

Inom ramen för denna rubrik beskrivs arbetet med uppföljningen av FaR® (mellan förskrivare och patient), för att illustrera de olikheter som framträder bland landstingen i hanteringen med FaR®-receptet. Detta resultat besvarar inte syfte och frågeställningar, men presenteras ändå för att öka förståelsen över hur arbetet med uppföljningen utförs.

Beskrivningarna är sammanfattade i en tabell, i korta drag och beskriver flödesschemat, det vill säga vad som händer efter att ett recept är skrivet. Modellerna/systemen över uppföljningsarbetet skildras som de ser ut i grunden, avvikelser och anpassningar kan förekomma beroende på lokala resurser och förutsättningar. De delar som presenteras i tabellen och i texten nedanför har valts ut med anledning för att underlätta vidare läsning, samt diskussion. Vissa delar har därför valts bort med anledning att de i sammanhanget anses ovidkommande för fortsatt läsning.

Tabell 1 – Modell/system över arbetsprocessen med FaR® inom varje landsting.

Landsting	Registrering, Journalssystem		Förskrivet recept (En del med fler vägar/alternativ utefter patientens behov)				Ansvar- uppföljning		Ekonomiskt incitament
	Ordinarie system.	Extern system för FaR®	Stannar hos Förskrivaren	Remitteras FaR®- samordnare, fördjupad rådgivning på enhet	Skickas via fysisk post till extern aktör.	Remitteras extern aktör	Förskrivare/ FaR®- samordnare/ Annan personal	Extern aktör	
Västernorrland	X		X (med två alt.)				X		X *
Västmanland (OFA- Ordination av fysisk aktivitet)	X		X				X		
Värmland	X		X		X	X (med två alt.)	X	X	
Östergötland	X		X		X	X	X	X	X **
Norrbottn	X	X	X	X			X		X ***
Jönköping	X	X	X	X			X		X ****
(Region)Halland	X		X (med två alt.)		X	X		X	

*19 miljoner kr i en central pott inom landstinget. Per patient och år får enheten för *identifiering* (förfrågan om fysiska aktivitetsvanor) 20kr, för *åtgärd* (motiverande samtal, FaR®, ev.six-minute walk test) 450kr och för *resultat* (uppföljning sex månader efter identifiering) 2500kr.

** 13 miljoner kronor är avsatt för detta arbete tillsammans med arbetsområdet tobak. För varje patient som är följsam till FaR®-ordinationen (det vill säga att patienten följer ordinationen eller är aktiv i annan aktivitet i motsvarande grad) efter tre månader, utgår summan av 2000 kronor till vårdcentralerna.

*** Fr.o.m. årsskiftet 2011-2012, 750 kronor per individ, för ett förskrivet och registrerat FaR® (tanken är att senare även kräva uppföljning för att få ersättning).

**** Levnadsvanor ska dokumenteras hos 30 % av patienterna 18 år och äldre som besökt vårdcentralen. Vårdcentralerna får 5 kronor per invånare och per registrerad/dokumenterad levnadsvana (totalt 4st).

I Tabellen går det exempelvis att se att alla sju landsting registrerar FaR®-ordinationen i ordinarie journalsystem, det vill säga i samma system som traditionell ordination av medicin registreras. Två av landstingen har även ett externt och eget system för registreringen av FaR®. Vidare har landstingen olika vägar i hanteringen av receptet. Tre av landstingen remitterar receptet vidare till externa aktörer, där receptet också skickas till dessa via fysisk post. En extern aktör kan exempelvis vara ett friskvårdscenter, en idrottsförening eller motionsidrottsförbundet Korpen. Övriga fem landsting låter receptet stanna kvar inom vårdenheten men två av dessa fem låter en FaR®-samordnare eller en exempelvis en sjukgymnast ansvara för vidare arbete och uppföljning av ordinationen. Fyra av sju landsting har resurser i form av pengar avsatta för FaR® och använder sig av ett ekonomiskt incitament som ett medel för att öka förskrivningen samt uppföljningsprocessen.

3.2 Svårigheter och motgångar

Attityder och *journalsystem* tycks vara de största och mest framträdande svårigheter och motgångar som påträffats inom uppföljningsarbetet med FaR®. *Ekonomi* är ytterligare en, dock något mindre del, som nämns som en svårighet bland informanterna. Vid förfrågan om vilka svårigheter och motgångar informanterna anses sig ha vid detta arbete mellan förskrivare och patient, nämner fyra stycken att *attityden* till FaR® fortfarande är något av ett problem hos personalen inom landstingen. Det har skett en förbättring och gått framåt, men man ser fortfarande att det finns svårigheter att få vårdpersonal att skriva FaR® överhuvudtaget. Under två av intervjuerna talar man om att synen på fysisk aktivitet är låg och att det fortfarande finns de som har svårt att acceptera metoden. Ett landsting föreslår att läkarna borde gå i bräschen, då det är vanligast att sjukgymnaster och sjuksköterskor förskriver FaR® ”läkarna är ju ändå läkarna och de har ju ändå en viss pondus, många patienter har ju förtroende [...]”

Ett stort problem som sex av sju informanter nämner som både en motgång och en svårighet är *datajournalsystemen* som används i landstingen. Att det inte finns något enhetligt journalsystem, samt att ett större antal landsting har flera olika system, leder till organisatoriska svårigheter som har betydelse för uppföljningsarbetet. En av följderna för de

landsting som arbetar med externa aktörer (friskvårdscenter, idrottsförening, Korpen) är det dubbelarbete som blir av att dessa ej har tillgång till journalsystemen som vårdpersonalen inom hälso- och sjukvården använder sig av. Personalen inom de externa aktörerna skickar ordinationssvar och återkoppling via fysisk post som då vårdpersonalen inom hälso- och sjukvården sedan måste ta emot och lägga in i datasystemen. En informant nämner att det på grund av detta blir ett eftersläp då de försöker samordna så gått det går och skickar flera ordinationssvar åt gången, kanske en gång i veckan. Dock fungerar detta bra enligt samma informant, men det skulle ha varit enklare om hela metoden hade varit en del inom landstinget. En annan följd med olika journalsystem och att verksamheterna registrerar olika, är att få dokumentationen enhetlig, vilket leder till bekymmer med att få ut data och gemensam statistik. Detta leder i sin tur enligt tre informanter, till att det blir svårare att utvärdera arbetet och visa effekter med både förskrivning och uppföljning. Vidare nämner två av informanterna inom landstingen som inte arbetar med ersättning för utskrivna FaR® - recept, den *ekonomiska aspekten* som en del av problematiken kring uppföljningsarbetet. Där angavs svar som att ”det inte finns några pengar att tjäna på systemet”, samt bristerna som blir av att det inte finns några öronmärkta resurser för ändamålet.

3.3 Framgångar och möjligheter

Tre faktorer för framgång var mer framstående än andra; *tydlighet, samverkan* och *dokumentation*. Detta leder också till *möjligheter* enligt informanterna, möjligheter som även de sammanförs nedan.

Ett *tydligt* system gällande både för förskrivaren och patient hur det går till när man ordinerar och förskriver FaR®, förespråkar två av landstingen som deras största framgång. Förskrivaren ska veta vad som finns att erbjuda och patienten bör känna att det finns en viss ”tågordning efter att ordinationen är skriven”, för att veta vart man ska ta vägen med sitt recept och för att eftersträva följsamhet. Tydligheten framkommer även i andra delar under intervjun med en annan informant. Denna talar om betydelsen av att resonera kring systematiken över FaR®-arbetet, att det är viktigt att man ser en tydlig modell som innehåller både motiverande samtal, skriftlig ordination och att det ingår uppföljning i det. Därefter tycker personen också att man bör fråga sig vad man vill ha utav en uppföljningsmodell och ta ställning till det. Att det måste finnas en tydlighet, så att det sen blir väl förankrat ute i verksamheten och på så sätt få alla att förstå varför de ska göra som de gör. En annan informant var inne på samma område; ” [...] det gäller att hitta ett systematiskt arbetssätt så det blir enhetligt, så att alla har något att arbeta

efter, det har ju spretat lite nu på senare år hur det har sett ut.” De många delar som ingår i uppföljningen lyfter en annan informant under sin intervju; ”det handlar ju både om patientperspektivet, det är ju ändå för patientens bästa vi gör det, men det måste ju också fungera för förskrivarna på ett enkelt sätt med.”

Tre av landstingen *samverkar* med externa aktörer utanför hälso- och sjukvårdens regi. En informant bland dessa tre landsting menar att genom att delegera arbetet till andra organisationer låter man vårdpersonal inom landstinget göra det de är bra på och den externa aktören får ta vid och göra det de är bra på. Informanten påpekar att aktören har haft en väldigt bra kompetens och samarbetet har därigenom varit väl fungerande. Samma informant säger även att det på detta vis blir enkelt att främja fysisk aktivitet inom deras organisation, samt att det frigör mycket tid hos vårdgivare inom hälso- sjukvården.

Att *dokumentera* (det vill säga att föra in patienten och ordinationen i någon form av datasystem) nämner majoriteten av informanterna som en viktig del. Det skapar positiv konkurrens mellan vårdcentralerna menar ett landsting (som också har ekonomiskt incitament). Dokumentation leder enligt flera av informanterna till att det arbete som utförs får betydelse, att det ”syns”, att man kan titta på resultat och utdata för utvärdering och uppföljning. Detta resulterar i en meningsfullhet med att förskriva FaR®, att tydligt se framgång (även motgång) och en förståelse varför överhuvudtaget arbeta kring detta. Inte bara för förskrivarna själva utan också för chefer och ledning inom landstinget menar en informant. När FaR® ingår i journalsystemen finns det också där läkarna ”är”, i läkemedelsmodulen, vilket gör det enkelt, menar en annan informant. I övrigt framställer en informant under intervjun, det faktum att de inte gör FaR®-arbetet mer annorlunda än annan ordination och arbete, som en framgång. Personen menar att det handlar om att avdramatisera det hela och inte göra arbetet till någon jättestor sak ”[...] vi använder bästa möjliga kunskap för att behandla och förebygga sjukdom och ibland är det fysisk aktivitet som vi förskriver och ibland medicin.” Detta medan en annan informant är av uppfattningen att man inte får förenkla det här arbetet, enligt denna skulle vi i sådant fall inte ha de problem vi har idag med ohälsan. ”Det krävs mer stöttning och hjälp för att komma igång, för tillit till metoden och den egna förmågan.”

Vidare i en annan intervju beskriver en informant deras breda kompetens inom samordningsgruppen (representerade från olika nivåer), som en framgång. Både läkare,

strategier, kliniker, sjukgymnast och sjuksköterska har funnits med i gruppen. Ytterligare *möjligheter* går att utröna i svaren från två andra informanter. Landstinget i Jönköping är i startgroparna med ett annat sätt att följa patienten med ett förskrivet FaR®. Denna nya metod är ett länsövergripande projekt med E-hälsa, en E-tjänst i ”mina vårdkontakter”. Via sin smartphone eller dator, görs en hälsoplan i samtal med förskrivaren, där man sätter upp mål och registrerar sin aktivitet i en träningsdagbok. Förskrivaren och patienten kan då ha kontakt via dator och mail, eller telefon och sms. Det bygger på samma princip som med facebook och twitter, att man ska kunna ge ”tummen upp”, skicka meddelanden och på så sätt ge feedback till användaren. Norrbotten har en ny dokumentationsmall för levnadsvanor och hoppas med hjälp av den kunna följa patienter och resultat på ett nytt och enklare sätt. Informanten menar att det känns nödvändigt och påtalar att det inte riktigt gått att följa tidigare. Dessa två sistnämnda landsting visar nya vägar och möjligheter för att utöka uppföljningsarbetet med FaR®-receptet.

3.4 Teoretisk förankring (ramar och riktlinjer)

På frågorna ”fanns det några speciella ramar eller riktlinjer att utgå från när modellen/systemet utarbetades?” och ”är modellen/systemet inspirerat från någon form av teori eller annan typ av modell?”, framkom svar som delats in i *ja*, *nja/tveksamt* och *nej*. Två av informanterna nämner någon form av teori eller begrepp inom beteendeförändring och tillhör således gruppen *ja*. En av dem tar upp empowermentbegreppet¹ och båda talar om ”Stage of Change” (Transtheoretical Model). Stage of Change säger sig den ena haft i huvudet med tanke på vikten av långtidsuppföljning. Att det är en process som man tar sig framåt i med bakslag, och det därför är väldigt viktigt med stöd över tid för att det ska bli resultat. ”Om jag har varit inaktiv och jag väger 20 kilo för mycket [...] och har högt blodtryck, att jag kommer igång och träna bara för att någon ger mig ett papper i handen [...], tror inte det funkar för mig, utan jag tror att jag behöver lite mera stöttning och hjälp för att komma igång och för att jag ska tro på det här och verkligen tro att jag ska klara av det och så vidare.” Personen som pratar om empowermentbegreppet talar om det i sammanhanget att FaR® är individuellt baserat, att man utgår från patienten själv och grundat på vad patienten orkar med och har för förmåga.

¹Empowerment, princip som tillämpas i [...] undervisning för att stärka individens möjlighet att bli mer självständig, kunna formulera sina egna mål och ta makt över sitt eget liv.

Bland dem som hamnar mittemellan *ja* och *nej* (*nja/tveksamt*), framkom andra aspekter som informanterna ansåg forma deras arbete och även vad som inspirerat uppbyggnaden av uppföljningsmodellerna/systemen. En informant nämner att de till viss del måste rätta sig efter journalsystemet och en annan de riktlinjer och rutiner inom primärvården som finns för allt folkhälsoarbete (där även FaR® ingår) inom landstinget. Att titta på vad andra gjort, lära utav andras misstag och framgångar, vad som fungerat och inte fungerat och så vidare, nämner tre informanter som grunden till uppbyggnaden av deras system/modeller. Resterande fyra nämner den nationella kampanjen ”Sätt Sverige i rörelse”² som en startpunkt för arbetet. Fler informanter beskriver de pilotprojekt/landsting/län som var med i kampanjen från start som förebilder. Även det nationella nätverket med utbyte av erfarenheter och forskning inom fysisk aktivitet, låg till grund för uppbyggnaden av mångas arbete med FaR®.

På de två intervjufrågorna som presenterades inledningsvis svarade fem av sju informanter ett tydligt *nej*, samt att det inte kunde komma på något konkret eller specifikt. Det uppkom svar som ”just det här med teori saknar vi som jobbar med praktiskt arbete”, ”nej, det fanns ingenting uppifrån sett”, ”vi hade det ganska fritt [...] vi tog våra riktlinjer som vi ville ha”, och ”inga politiska beslut/riktlinjer i landstinget [...] inte nedskrivet på något sätt, på vilket sätt, hur uppföljningen ska gå till”. Två landsting nämner socialstyrelsen och dess riktlinjer, där det ena landstinget nu ska omarbета detta efter de nya nationella riktlinjerna (för sjukdomsförebyggande metoder) som kom hösten 2011. Det andra landstinget ser potentialen att utveckla detta än mer i och med dessa nya riktlinjer.

² Statens Folkhälsoinstitut fick regeringens uppdrag att [...] göra 2001 till ett fysiskt aktivitetsår, ”Sätt Sverige i rörelse”. Aktivitetsåret syftade till att inleda en förändring av individers, grupper, organisationers och hela samhällets inställning till fysisk aktivitet [...] Satsningen engagerade organisationer och myndigheter samt ledare och personal inom många olika samhällssektorer.

3.5 Utvärdering

De svar som angivits på frågan ”sker det någon form av utvärdering av uppföljningsarbetet mellan förskrivare och patient?”, presenteras nedan sammanställda i en tabell. Slutligen redovisas några avslutande tankar om FaR® och uppföljningsarbetet.

Tabell 2 – Förekomsten av utvärdering av uppföljningsarbetet mellan förskrivare och patient.

JA	Nja/tveksamt	NEJ
<p>”[...] dialog med avtalsparten regelbundet”</p> <p>”Det som görs är att vi gör utvärderingar utav vårt samarbete med avtalsparten.”</p> <p>”Vi har olika nätverk som alla FaR®-samordnare eller koordinatörer ingår i [...] och de träffas regelbundet [...] där lyfter man frågor och funderingar kring FaR® [...] de nätverken hålls samman utav processledarna för hälsofrämjande sjukhus [...] så på det sättet blir det någon typ av kontinuerlig utvärdering [...] man stämmer av läget [...]”</p>	<p>”[...] inte gjort någon systematisk utvärdering. Det blir när man pratar, när man åker runt på vårdcentralerna och när man träffar samordnarna.”</p> <p>”Vi har som en kontinuerlig diskussion med samordnarna.”</p>	<p>”Nej, inte idag”</p>
	<p>”Vi följer upp snarare än utvärderar...”</p>	<p>”Inte på vetenskaplig, inte forskningsbaserad [...] har ju inte skett.”</p> <p>”Inte just när det gäller FaR®-uppföljningen har det inte utvärderats vetenskapligt. Nej.”</p>
	<p>”Nej, jag har svårt att svara på den frågan faktiskt. Vet ej, men spontant tror jag inte det.”</p>	

Tabellen visar en cell per landsting (med undantag för en informant som inte svarat på frågan). Det vill säga att ett landsting utvärderar sitt uppföljningsarbete (*ja*), tre andra svarade *nja/tveksamt* men där en av dem ändå har en muntlig kontinuerlig diskussion med samordnarna, resterande svarade *nej*.

Till sist nämner fler informanter att arbetet med FaR® är en pågående process med mycket kvar att göra, även om de också framhäver att de kommit en bit på vägen. ”Jag ser fram emot när vi kan titta på [...] resultat över uppföljningen, det känns som att först då när man kan göra det är man riktigt framme med modellen som helhet. [...]” beskriver en person under samtalet. Vidare framkommer det att arbetet med FaR® innefattar bara en del av informanternas arbetsuppgift, många av dem har även flera andra åtaganden. De samtycker att

arbetet med uppföljningen och ”hur det ska gå till” efter ett förskrivet FaR® är viktigt. En informant sätter sig in i rollen som patient och menar att ”[...] det blir ju mer äkta om man får en uppföljning, precis som vilken annan medicin som helst egentligen, alltså man kollar upp hur det är med vissa biverkningar och hur det har gått och så [...] ja, det känns ändå viktigt att lägga krut på uppföljningen.”

4 Resultatdiskussion

Nedan diskuteras resultaten från denna studie utifrån egen tolkning sammankopplat med och baserat på referenser, forskning och den teoretiska utgångspunkt som beskrivs i bakgrunden.

Syftet med studien var att analysera och jämföra de åtta system/modeller som finns bland Sveriges landsting, som beskriver arbetet med uppföljningen av FaR® mellan förskrivare och patient. Genom empirin, som grundar sig på ett flertal intervjuer med ansvariga för detta arbete, undersöktes vad som enligt de tillfrågade har lett till framgång respektive motgång i uppföljningsarbetet (mellan förskrivare och patient). Studien syftade även till att undersöka om, och i sådant fall i vilken utsträckning uppföljningsarbetet bygger på de teoribaserade beteendeförändringsmodellerna som FaR® har hämtat inspiration från.

- Vilka svårigheter och möjligheter har påträffas med arbetet kring uppföljningen mellan förskrivare och patient?
- Hur är uppföljningsarbetet förankrat i ett teoretiskt perspektiv? (Det vill säga om, och i vilken utsträckning uppföljningsarbetet bygger på beteendeförändringsmodeller?)

4.1 Arbetsprocess, FaR®

Man kan tydligt se att de olika landstingen har skillnader i flödesschemat och hur arbetsprocessen ser ut efter ett förskrivet FaR®-recept. Vad som är ett fungerande system eller inte beror på ur vilket perspektiv man ser det från och med vilka mått mätt. Systemen kan ses ur förskrivarens eller patientens perspektiv och ska vara fungerande på två håll. Ur förskrivarens perspektiv har denna sina skyldigheter och ansvar inom sin yrkesroll där (i detta fall) patienten ska stöttas under sin beteendeförändring. Här ingår även en viss administrativ del som förskrivaren ställs inför. Uppföljningen är på så sätt en arbetsuppgift för förskrivaren som ska genomföras. Att rutiner kring uppföljningen finns nedskrivet och uttalat ökar

möjligheterna till att det faktiskt utförs nämner fler informanter. Dock kvarstår frågan hur många procent bland alla förskrivare som följer dessa system. Det är en sak vad som står i styrdokument och en annan vad som i praktiken görs. Ur patientperspektivet tyder flera forskningsrapporter på att det måste till olika delar såsom nedskrivet recept, en uppgjord plan, rådgivande samtal och uppföljning av det, för att initiera en beteendeförändring och underhåll av den fysiska aktiviteten (Weidinger et.al. 2008, s. 394-398) (Leijon et.al. 2010). De landsting som har ett mer utarbetat system och som har denna uppbyggnad, är också väldigt nöjda med detta och just att det finns en ”tågordning” efter det att man fått sitt FaR®-recept. Ur patientens perspektiv bör det alltså finnas väl uttalade rutiner för vad som händer efter att hon eller han fått receptet i hand och vart man kan vända sig för mer stöttning eller hjälp.

Att rakt av säga att dessa system/modeller över uppföljningen är *bra* eller *bättre* än övriga landstings arbetsrutiner för FaR® är komplext och beror på från vems, eller vilken synvinkel man ser det från. Är det antal återbesök som är *bra*, eller antal patienter som ökat sin fysiska aktivitet? Kanske är det först om tio år vi kan se huruvida dessa system och modeller är fungerande beroende på antalet patienter som ökat och bibehållit en fysiskt aktiv livsstil. Att öka den fysiska aktiviteten som i alla fall var grundtanken med det nationella projektet ”sätt Sverige i rörelse!” år 2001 och där arbetet med FaR® nu har pågått i 11 år. Ett *bra* system borde således leda till ökad aktivitet hos patienten. När vi också når så långt att vissa folksjukdomar eliminerats, kanske det är först då vi kan luta oss tillbaka och låta systemet rulla på. Det krävs provotid samt utvärdering, statistik och bearbetning för att bygga vidare på detta som naturligtvis är en god start. Men att få stöd över tid vid en beteendeförändring, samt att få verktyg och strategier vid exempelvis återfall via rådgivande samtal, det stödjer både den forskning som finns inom ramen för detta arbete samt de beteendeförändringsmodeller som FaR® har hämtat inspiration ifrån (Kallings 2011, s.103-104).

4.2 Svårigheter och motgångar

Det är många aspekter som påverkar *attityden* till fysisk aktivitet på recept bland förskrivarna. Hälften av informanterna beskriver detta som en svårighet och motgång med uppföljningsarbetet. Tror man inte på den fysiska aktivitetens effekter, bryr man sig heller inte så noga om att följa upp hur det går. Aspekterna som påverkar *attityden* går utanför syftet med denna studie men inverkar ändå på uppföljningsarbetet. Några orsaker kan vara utbildning och kunskap, den egna fysiska aktivitetsnivån hos förskrivaren, intresse, ekonomiska incitament, eller ren ovilja. En informant nämner uttrycket ”det är svårt att lära

gamla hundar sitta”, denna menar att den äldre generationen inom vårdpersonalen är mycket mer motsträvig till FaR® än den yngre generationen. En implementering av detta slag tar tid och det måste arbetas från flera håll för att en fullständig förändring ska ske. Får man exempelvis in FaR® och FYSS redan på de olika vårdutbildningarna så finns det med från grunden precis som kunskap om annan medicinering. Vidare är fortsatt forskning av den fysiska aktivitetens effekter av stor vikt, samt utvärdering av dagens FaR®-arbete och just effekten hos patienterna. Det är ändå hos patienten man vill se en förändring och kan man visa och påtala det, kan man motivera fler att använda sig av metoden. Just att arbeta med uppföljning är också ett sätt att höja synen och trovärdigheten på ordinationen både för förskrivare och för patient (Kallings 2011, s.118). För patienten signalerar man att det är viktigt att en förändring sker och uppföljningen i sig får en motiverande effekt (ibid. s.118) och för förskrivaren får arbetet en större mening än att bara skriva ner ”promenad 30min per dag” på ett papper.

Vikten av ett enhetligt system är en återkommande synpunkt. Förskrivarna bör veta vad som gäller och vad som ska göras och detta är något som efterfrågas i Nilssons utvärdering och ges som förslag på vidare arbete för Statens Folkhälsoinstitut (2010, s.54). Det framkommer från några av informanterna vad problemet med att få det enhetligt är då de nämner organisationen i sig (landstingets organisatoriska uppbyggnad, att kunna påverka etc.) som en svårighet, men även andra aspekter som intresse, ekonomiska resurser, arbetskraft och *journalssystemen* nämns som hinder. De rent organisatoriska och tekniska svårigheterna med att få *ett* enhetligt journalssystem är inget som framkommit under dessa intervjuer. Men det är en tydlig problematik och anmärkningsvärt då så många av informanterna ser detta som ett stort problem och är något som ansvariga inom landstinget borde se över. Självklart blir uppföljningsarbetet lidande av detta då det kanske tar extra tid med denna ordination då FaR® inte finns med i ordinarie system, samt att det inte upplevs likartat annan medicinering då det står utanför det fastställda och regelmässigt dagliga arbetet. Som ett förslag till förbättring föreslås här *ett* enhetligt journalssystem både för att underlätta arbetsmomentet för förskrivaren, men också för att likställa FaR®-receptet med andra recept. Som beskrivet i resultatdelen följs detta bekymmer också av svårigheter med att få ut data och statistik, vilket i sig leder till hinder att påvisa effekt som kan motivera de motsträviga och ifrågasättande till FaR®-arbetet. Journalsystemsfrågan är en stor del i det fortsatta utvecklingsarbetet med FaR®. Även problematiken med dubbelarbetet som kommer sig av att det krävs en viss legitimitet för att få tillgång till journalerna och där man istället har externa

journalssystem/blanketter, är också en motgång. Denna problematik kanske skall lösas genom omstrukturering av flödesschemat med FaR®-receptet, snarare än att de externa aktörerna bör få tillgång till journalerna. Exempelvis kunde förskrivaren låta en hälsopedagog ta över arbetet, dock inom samma sjukvårdsenhet. Detta skulle kunna bespara tid och arbetsbelastning hos förskrivaren och momentet med ordinationer som skickas via fysisk post skulle försvinna. FaR® skulle på så sätt kunna förankras mer direkt i verksamheterna om arbetet skulle utföras på plats där förskrivarna också finns att tillgå.

Det *ekonomiska* incitamentet som fler av landstingen har för rådgivning kring hälsa, eller förskrivet FaR® och effekten av detta, är ett intressant område. Detta är något som framkommit som en motgång och efterfrågan hos dem som inte brukar det här systemet, och som ser att detta skulle kunna motivera och öka förskrivandet av FaR® i landstinget. Huruvida det stämmer eller ej är en fråga för fortsatt forskning och inget som genom denna studie kan besvaras. Men att det utan tvivel behövs strategier av olika typer för att öka användandet, det är något som överrensstämmer med flera av informanternas uppfattning. Klart är dock att de landsting som brukar detta system är nöjda och ser stora möjligheter i att kunna erbjuda ”en peng” till verksamheterna. Att det även finns ekonomiska resurser att tillgå för FaR®-arbetets utveckling är en förutsättning för tillväxt och spridning av metoden.

4.3 Framgångar och möjligheter

Framgångar och möjligheter har varit en *tydlighet* med flödesschemat, *dokumentation* för utvärdering och statistik, samt *samverkan* med andra aktörer eller delegation av arbetet. *Tydligheten* är som inom alla yrkesområden av stor vikt då arbetstagaren bör veta vad som förväntas av denna, samt bör hon eller han också veta vilka skyldigheter som ingår i arbetet. Detta är inget unikt för FaR®, utan ingår i implementeringen av nya arbetsmoment inom alla yrken. Det är därför av stor vikt att lägga fokus på just införandet av FaR® som arbetsmoment, där det inte bara ska finnas styrdokument och flödesschema på papper, utan också bör utvärderas hur arbetet utförs i praktiken. Sammanfattningsvis krävs en tydlig struktur hur arbetet med FaR® ska utföras men också en tydlighet med var förskrivare kan vända sig med synpunkter, frågor och funderingar.

Tre av sju landsting *samverkar* med extern aktör utanför sjukvårdens regi och två av sju har möjligheten att slussa patienten vidare inom enheten för ett fördjupat stöd. Dessa informanter är mycket nöjda med denna samverkan då arbetet bland annat får ett mer utvecklat

användningsområde och utförs i större utsträckning. Som nämns i inledningen ligger det redan en stor arbetsbelastning och andra arbetsmoment på dem som förskriver FaR® idag (exempelvis läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster). Kanske är det helt enkelt så att arbetet med FaR® inte ska utföras av dessa, utan överlåtas till en annan yrkesprofession med kunskaper kring exempelvis folksjukdomar, beteendeförändring och fysisk aktivitet. *Dokumentationen* blir som en informant uttryckte sig ”två sidor av samma mynt”. Det som är en svårighet med att *inte* kunna dokumentera blir också en framgång som leder till möjligheter hos dem som *kan* dokumentera användandet av FaR®. Slutligen kan dessa framgångar och resultatet inom detta ses som bidragande verktyg för att finna en nationell standardmetod över uppföljningsarbetet. Framgångarna är goda inspirationskällor med delar inom FaR®-arbetet som är fungerande och möjliggör en vidare utveckling.

4.4 Teoretisk förankring (ramar och riktlinjer)

Tanken med att ställa dessa frågor som berör grunden till uppbyggnaden av systemen/modellerna var för att på ett sätt få reda hur arbetet startade, men också för att se om dessa interventioner har något ramverk att luta sig mot. Här kallas systemen och modellerna för interventioner då de främst bör formas för att hjälpa och stödja en patient till förändring, eftersom det är en stor del av syftet med FaR®. Som tagits upp i bakgrunden finns det belägg för att när man bygger interventioner på teoretiska modeller ges det en möjlighet att urskilja och upptäcka vilka faktorer som leder till, främjar eller hindrar själva beteendeförändringen. Det skapar även struktur, en uppfattning och underlättar ett fortsatt utvecklande arbete. (Kallings 2011, s.103) I detta fall kan man se på systemen som tvådimensionella då de ska byggas för att hjälpa en individ till en förändring, men ska också byggas för att fungera i en praktisk vardag för en förskrivare. Alltså ska systemen fungera både på individ- och organisationsnivå.

Endast två informanter nämner begrepp eller modeller inom beteendeförändring vilket är intresseväckande. Under intervjun ställdes dock ingen direkt fråga huruvida den transteoretiska modellen, eller den sociala kognitiva teorin har använts. Frågor ställdes (som tidigare nämnts) istället om det fanns några teoretiska riktlinjer, ramar, eller inspiration som har påverkat uppbyggnaden av systemen/modellerna. Detta för att säkerställa att intervjuaren inte skulle ställa ledande frågor, eller ”lägga ord i mun” på informanten. Har inte de som varit med och skapat systemen och modellerna (eller de som i all fall på något sätt arbetar kring detta) de beteendeförändringsmodellerna som FaR® hämtat inspiration ifrån i tanken, kan

man fråga sig om systemet är så väl utarbetade som de skulle kunna vara. Målet är att patienten ska genomgå en beteendeförändring, en förändring som ska bibehållas. Leijon et al. stödjer och påvisar just att *kunskap om faktorer som påverkar exempelvis motivationen kan vara värdefulla vid arbete att främja utvecklingen av system kring receptförskriften fysisk aktivitet* (2011, s.238) Faktorer som påverkar en förändringsprocess och förmågan till en ändring är något som finns i den transteoretiska modellen och den sociala kognitiva teorin. Dock kan det vara så att en del av aktörerna, förskrivarna och de som arbetar med FaR® är insatta i dessa modeller ändå, bland annat på grund av de utbildningar och kunskaper de får i exempelvis motiverande samtal. Vidare behöver det inte heller ligga något fel i att bygga upp sin modell genom att titta på andras framgångar och motgångar. Men detta kanske ska vara ett komplement kring sin egen uppbyggnad snarare än stommen? Det leder till frihet och stora möjligheter, men ställer också krav på exempelvis ett brinnande intresse, tid och engagemang. Svårigheterna ligger i, som tidigare nämnts, att just upptäcka hinder, goda framsteg, skapa struktur och ordning för ett fortsatt utvecklande arbete. Detta i enlighet med informanternas åsikter och vilket de påvisat att de saknar. De efterfrågar just ett enhetligt system över arbetet, som går att läsa av och utvärdera och på så sätt ha möjlighet att förbättra. En utvärdering av arbetet med uppföljningssystemen som nästan ingen av informanterna gjort i dagsläget. En del av syftet i denna studie var just att granska om, och i sådant fall i vilken utsträckning uppföljningsarbetet bygger på de teoribaserade beteendeförändringsmodellerna som FaR® har hämtat inspiration från. Med information baserad på de sju intervjuerna kan detta besvaras med att uppföljningsarbetet i ganska låg utsträckning bygger på dessa modeller, det vill säga endast vissa delar. Delar exempelvis som utbildning i motiverande samtal och rådgivning, samt det patientcentrerade förhållningssättet.

Sammanfattningsvis kan man här se ytterligare ett verktyg för en nationell standardmetod över uppföljningsarbetet med FaR®. Förslaget är att väl förankra denna intervention i någon typ av modell eller teori, exempelvis de beteendeförändringsmetoder som FaR® har hämtat inspiration ifrån. Både för att underlätta organisatoriskt då interventionen lättare kan utvärderas och komma vidare, och för att stödja patienten i alla faser och hela processen fram till en varaktig förändring.

4.5 Utvärdering

Landstingen utvärderar inte systemen/modellerna över uppföljningen i någon större utsträckning vilket leder till att de har svårt att utförligt kunna läsa av vad som är fungerande

respektive icke fungerande med dessa. Sker det ingen utvärdering blir det svårt att utveckla systemen/modellerna och till exempel läsa av vilka hinder som försvårar arbetsprocessen. Två av landstingen nämner dock att de regelbundet för en dialog med utövarna och kan på så sätt åtgärda de problem som uppstår relativt omgående. Arbetet med FaR® är som informanter nämner fortfarande i utvecklingsfas där det återstår mycket arbete. Men för att komma vidare bör man arbeta mer med utvärdering för att finna problemområden och för att kunna åtgärda dessa. Men till detta hör också bristande resurser inom landstinget för FaR®-arbetet. Utvärdering och åtgärd kostar både tid och pengar när någon ska utföra sysslorna. Det framkommer under intervjuerna att visst vore en utvärdering önskvärd att utföra, men arbetet med FaR® ingår ofta endast som en liten del bland en mängd andra arbetsuppgifter. Fler informanter framhäver att det är just tid och ekonomiska resurser som saknas för ett fullständigt arbete med metoden som helhet.

4.6 Sammanfattande diskussion och slutsats

Nu har det gått en tid sedan FaR® infördes i och med aktivitetsåret 2001 och kampanjen ”Sätt Sverige i rörelse!”. Nilssons utvärdering 2010 gav en indikation på hur utvecklingen framskridit och även denna studie ger en viss bild av hur det går med delar inom arbetet med FaR®. Genom empirin har den komplexa problematiken kring uppföljningsarbetet vuxit fram. Det är många delar som måste kopplas samman, och många aspekter att ta hänsyn till i arbetet. Det ska fungera på olika nivåer anpassat för olika ändamål; som arbetsform för förskrivare och som behandling för patient. Svårigheter och motgångar har tydligt yttrat sig som både organisatoriska och individuella. Framgångar och möjligheter har varit en tydlighet med flödesschemat, dokumentation för utvärdering och statistik, samt samverkan med andra aktörer eller delegation av arbetet. Dessa framgångar och möjligheter kan användas som goda exempel och en indikation på fungerande system som andra landsting skulle kunna inspireras av i uppbyggnaden av egna system för uppföljningen. Svårigheter och motgångar är något som borde ses över och i någon form åtgärdas. Dessa delar är också de som är av intresse att diskutera vidare.

I bakgrunden går det att läsa att svårigheter med arbetet med FaR® bland annat är brist på tid och att uppföljningsarbetet behöver förbättras (Kallings 2011, s.343-344). Detta är i enlighet med de svar som framkommit från informanterna. Det är resurs- och tidskrävande och flera nämner okunskap kring metoden som anledning till det ibland, motsträviga arbetet med att få FaR® helt implementerat i primärvården. Okunskap som skulle kunna elimineras via tillägg i

vårdutbildningarna, emellertid är de redan långa utbildningarna förmodligen maxade till sin gräns. I inledningen går det också att läsa att hälsopedagogens yrkesroll är komplex och det föreslås av författaren att arbetsuppgifterna kring FaR® ska överlåtas till en hälsopedagog. Dock kvarstår problematiken med förskrivningsrätt och tillgång till journalsystem. Men klart är att arbetet innefattar en färdig hälsopedagogs kunskaper. Det mest överraskande och överhängande eniga resultatet, var de organisatoriska och tekniska svårigheterna. Det handlar inte bara om engagemang och intresse, utan (i stor utsträckning) om problematik och motgångar med moment inom arbetet som innefattar exempelvis datasystem. En problematik som kan tyckas borde gå att hitta en lösning till, vilket kanske också ligger inom en snar framtid, det är i alla fall en förhoppning hos informanterna. Detta för att arbetet ska kunna bli tydligt och enkelt i den meningen att systemet är uppbyggt så det inte krävs några extra, annorlunda åtgärder i jämförelse med att ordinera traditionell medicin. Med det sagt, inte att det är enkelt att ändra på en persons beteende. Men det ska vara enkelt att utföra arbetsmoment i syfte att stötta patienten, då det bör finnas ett ramverk och ett system för förskrivaren att luta sig mot.

Ur en teoretisk synvinkel krävs en lång process med stöd över tid och kunskap om strategier vid återfall, för att ändra en människas beteende. En synvinkel man bör ha i beaktning då ramverk för uppföljningsarbetet ska byggas. Då skulle arbetet med att förskriva FaR® och patienters följsamhet till receptet, få mer mening och förhoppningsvis leda till en ökad hälsa hos fler. Kloka resultat kräver kloka genomtänkta grunder. Med det sagt, inget ont om att följa andras goda fotspår, ta efter framgångar och ”plocka ihop delar”. Men då frambringas också de svårigheter som i detta resultat redan diskuterats. Med beteendeförändringsmodeller i tanken, kan man även se att med arbetet på individnivå följer ett parallellt förändringsarbete, men detta på en organisationsnivå. Man skulle kunna leka med tanken att det även är ett sorts förändringsarbete i ett beteende för läkare och sjuksköterskor. En förändring och implementering av ett nytt arbetsområde (med i jämförelse) nya rön och behandlingsmetoder. En implementering som tar tid och ej fullständigt är i hamn (Kallings 2011, s.15). Så på så sätt, med det teoretiska perspektivet i tanken, kan man förstå att det kräver ett brinnande engagemang, prövotid, utvärderingar och strategier för *återfall* (- äh, orkar inte förskriva FaR®, jag skriver ut tabletter som vanligt). Strategier som ett tydligt flödesschema; ”Tydligheten är viktig. Man ska veta vad man ska göra” som en informant sa.

De som får dessa recept utskrivna är av olika anledningar i behov av hjälp att komma igång med sin fysiska aktivitet. Det finns en, eller flera orsaker till att råd kring hälsa inte räcker till, utan det även måste till en skriven ordination. Saker och ting händer i livet som gör att man kan komma av sig och bli mer fysiskt inaktiv, vissa kan ha försökt med olika metoder hela livet utan att lyckas, och andra kanske inte ens vet nyttan med motion. Alla metoder för att stödja följsamheten är som tidigare nämnt av stor vikt. Landstinget i Jönköping har tagit fasta på det här i och med den nya satsningen med ”E-hälsa”. Detta är *ett* sätt att möta den moderna människan och ta till hjälpmedel som för nästan alla i dagens läge ingår i den vardagliga rutinen. En utvärdering av detta projekt kommer visa resultatet och om satsningen gett några effekter. Men positivt är att projektet är ytterligare ett sätt att arbeta kring uppföljningen med FaR®.

Till sist nämner endast två av informanterna socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder, anmärkningsvärt kan tyckas då dessa riktlinjer är ”ett stöd för styrning och ledning på alla nivåer inom hälso- och sjukvården.” (Socialstyrelsen 2011, s.3). Det här är också ett sätt att påvisa att det sjukdomsförebyggande arbetet inom primärvården måste börja ta fart. Här står tydligt och klart förslag på åtgärder och vad som bör göras, grundat på evidensbaserade metoder. Riktlinjer som kan användas för att motivera användandet och utvecklingen av FaR® då vi måste finna en väg till en hållbar utveckling för den moderna människan. Att lära människor hantera sin hälsa med hjälp av den fysiska aktiviteten är en början, att eliminera inaktivitet är en utmaning som hela samhället står inför. Samhället som idag har problem med folksjukdomar och en ohälsa som kan förebyggas och minskas genom sunda levnadsvanor (Socialstyrelsen 2011, s.7). FaR®-metoden är högst relevant och en bra metod i arbetet mot ett mer aktivt samhälle. Det som krävs är ett fortsatt arbete och utveckling, en utveckling som en blivande hälsopedagog borde vara med och arbeta fram.

4.7 Metoddiskussion

Faktorer som kan ha kommit att påverkat resultatet är de eventuella bakomliggande orsaker som är med och inverkar på det faktum att systemen/modellerna ser ut som de gör. Det vill säga exempelvis landstingens ekonomiska resurser, intresse av FaR® - metoden, sjukvårdens lokala olikheter och struktur och andra förhållanden som eventuellt inverkar på det faktum att en uppföljningsmodell existerar och fungerar. Arbetet har fortfarande varierande prioritet i landstingen och ansvariga för detta arbete har även andra åtaganden inom sina arbetsområden.

Andra delar som kan ha kommit att påverka resultatet är den kunskap och fakta som informanterna besitter inom just de frågor som ställts. Flera aspekter kan påverka denna kunskap, informanten kanske inte varit med från start, eller arbetat med FaR® så länge. Exempelvis hade en informant precis tillkommit efter en längre ledighet och kände sig lite ”ringsrostig”, en annan hade precis börjat arbeta med FaR® och en tredje ligger lågt med arbetsuppgifterna på grund av kommande omorganisation. Att en *fullständig pålitlighet* inte kunnat uppnås kan även det ha påverkat resultatet. Om fler utgångspunkter hade används i sökandet efter svar på frågeställningarna kanske resultaten hade sett annorlunda ut. Även intervjuaren kan ha kommit att påverka resultatet. Den sjunde intervjun är förmodligen bättre än den första i den meningen att en viss vana och trygghet infann sig mot slutet. I de första intervjuerna hörs ganska tydligt en rädsla för tystnaden och här låter intervjuaren inte informanten alla gånger fundera någon längre tid när en fråga ställs. Hade det fått varit tyst hade kanske en del svar utvecklats än mer, vilket blev resultatet under de senare intervjuerna. Kvale menar att när man tillåter det att vara tyst låter man intervjupersonen få rikligt med tid att reflektera, för att sedan själv bryta tystnaden med betydelsefull information (2009, s.151-152). Allt detta bör tas i beaktning vid bedömningen av denna studies trovärdighet. Dock är det de här resultaten som framkommit och vidare är det dessa resultat som kunnat diskuteras.

I och med att *alla* landsting/regioner som har system/modeller över uppföljningsarbetet i Sverige är med i undersökningen, kan detta resultat representera de framgångar, motgångar, svårigheter och möjligheter som finns med systemen/uppföljningsmodellerna inom FaR®-arbetet. Urvalet är dock gjort vid given tidpunkt och mycket kan ha hänt sedan dess. Då detta är en pågående process, kan fler områden i Sverige ha arbetat fram system för uppföljningsarbetet som i dagsläget tagit fart och brukas. Deras åsikter kan således inte presenteras här och därav inte heller representeras.

4.8 Vidare forskning/ Fortsatt arbete

Som förslag på vidare forskning skulle en utvärdering av huruvida systemen/modellerna är fungerande intressant att genomföra. En jämförelse där antal förskrivna recept, följsamheten till recepten, och antal patienter med lyckad beteendeförändring, skulle kunna fullföljas. Denna jämförelse skulle kunna göras landstingen emellan och där dessa aspekter skulle ingå. Även en jämförelse med de landsting som inte arbetar med uppföljningssystem med FaR®, vore av intresse, detta för att se om systemen/modellerna lönar sig. Det är även intressant att

på något vis ta reda på hur många procent bland förskrivarna som följer dessa system. Det är en sak vad som står på pappret och en annan vad som görs i praktiken. Även förskrivarens och kanske patientens synvinkel och åsikter kring systemen vore tänkvärd att utforska. Detta för att få med just det tvådimensionella perspektivet där systemen/modellerna ska fungera på både individ- och organisationsnivå. Syftet var denna gång inte hur ”lyckade” systemen är, men det är ju en fråga man gärna ställer sig, fungerar dessa? Kanske var förhoppningen att finna mer, rent konkreta förslag för en enhetlig uppföljningsmodell. Nu blev inte fallet så, men en bred inblick i arbetet med FaR® och kunskaper vad som fungerar och inte fungerar har införskaffats. En större granskning med bland annat mer fokus på organisationsteori krävs för det slutgiltiga målet att finna en nationell och standardbaserad modell över uppföljningsarbetet för FaR®.

Käll- och litteraturförteckning

Otryckta källor

Informantförteckning

Informant/respondent 1-7: Arbetande inom landsting/region i Sverige. Enskilda intervjuer, 15 februari till och med 22 februari 2012. I författarens ägo.

Tryckta och elektroniska källor

Axelsen, M., Danielsson, M., Norberg, M. & Sjöberg A. (2009). Matvanor och fysisk aktivitet. *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen. s. 243-260

empowerment. <http://www.ne.se/lang/empowerment>, Nationalencyklopedin, [2012-03-08]

Faskunger, J. (red.) (2007). *Fysisk aktivitet på recept (FaR®): en vägledning för implementering*. [Stockholm]: Statens folkhälsoinstitut

Hassmén, N. & Hassmén, P. (2008). *Idrottsvetenskapliga forskningsmetoder*. Stockholm: SISU idrottsböcker

Henriksson, J. & Sundberg, C.J. (2008). Allmänna effekter av fysisk aktivitet. *FYSS 2008: fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. 2. uppl. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut. s. 11-37

Hultgren, S. (2008). *Fysisk aktivitet - folkhälsa - beteendeförändringar: en beteendevetenskaplig betraktelse: hur får man barn och ungdomar intresserade av fysisk aktivitet?* Uppsala: Kunskapsföretaget

Jansson, E. & Andersson, S.A. (2008). Allmänna rekommendationer om fysisk aktivitet. *FYSS 2008: fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. 2. uppl. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut. s. 38-46

Kallings, L. (2011). *FaR®: Individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. 2. uppl. Lund: Studentlitteratur

Leijon, M.E., Bendtsen, P., Ståhle, A., Ekberg, K., Festin, K. & Nilsen, P. (2010). Factors associated with patients self-reported adherence to prescribed physical activity in routine primary health care. *BMC family practice*, vol. 11(38), s. 1-9

Leijon, M.E, Faskunger, J., Bendtsen, P., Festin, K. & Nilsen, P. (2011). Who is not adhering to physical activity referrals, and why? *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, vol. 29, s. 234-240

- Leijon, M., Kallings, L., Faskunger, J., Lærum, G., Börjesson, M. & Ståhle, A. (2008). Främja fysisk aktivitet. *FYSS 2008: fysisk aktivitet i sjukomsprevention och sjukomsbehandling*. 2. uppl. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut. s. 47-63
- Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: en introduktion*. 2. uppl. Lund: Studentlitteratur
- Metoder för att främja fysisk aktivitet: en systematisk litteraturöversikt: mars 2007*. (2007). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)
http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/Fysisk_aktivitet.pdf [2012-03-29]
- Nilsson, K. (2010). *Nationell utvärdering av receptförskriften fysisk aktivitet (FaR®)*.
<http://www.fhi.se/Publikationer/Alla-publikationer/Nationell-utvardering-av-receptforskriften-fysisk-aktivitet-FaR-Slutredovisning-av-regeringsuppdrag/> [2011-11-24]
- Nilsson, K. (2010). Lägesbeskrivning för levnadsvanor som har betydelse för hälsan. *Levnadsvanor: lägesrapport 2010*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut. s. 11-39
- Shephard, R.J. & Balady, G.J. (1999) Exercise as Cardiovascular Therapy. *Circulation*, vol. 99, s.963-972
- Sherwood, N.E. & Jeffery, R.W. (2000). The behavioural determinants of exercise: Implications for Physical Activity Interventions. *Annual Reviews*, vol. 20, s. 21-44
- Socialstyrelsen (2011). *Nationella riktlinjer för sjukomsförebyggande metoder 2011: tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor: stöd för styrning och ledning*.
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18484/2011-11-11.pdf>
 [2011-10-22]
- Spencer, L., Adams, T.B., Malone, S., Roy, L. & Yost, E. (2006) Applying the Transtheoretical Model to Exercise: A Systematic and Comprehensive Review of the Literature. *Health Promotion Practice*, vol. 7(4), s. 428-443
- Statens Folkhälsoinstitut (2012-02-20). *Bakgrund-FHI*. <http://www.fhi.se/FaR-/Om-FYSSFaR/Bakgrund/> [2012-03-08]
- Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. 4., [omarb.] uppl. Lund: Studentlitteratur
- Weidinger, K.A., Lovegreen, S.L., Elliot, M.B., Hagood, L., Haire-Joshu, D., McGill, J.B. & Brownson, R.C. (2008) How to make exercise counseling more effective: Lessons from rural America. *The journal of family practice*, vol. 57(6), s. 394-402
- Ågren, G. (2008). Förord. *FYSS 2008: fysisk aktivitet i sjukomsprevention och sjukomsbehandling*. 2. uppl. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut. s. 5-6

Bilaga 1

KÄLL- OCH LITTERATURSÖKNING

Syfte och frågeställningar:

Syftet med studien var att analysera och jämföra de åtta system/modeller som finns bland Sveriges landsting, som beskriver arbetet med uppföljningen av FaR® mellan förskrivare och patient. Genom empirin, som grundar sig på ett flertal intervjuer med ansvariga för detta arbete, undersöktes vad som enligt de tillfrågade har lett till framgång respektive motgång i uppföljningsarbetet (mellan förskrivare och patient). Studien syftade även till att undersöka om, och i sådant fall i vilken utsträckning uppföljningsarbetet bygger på de teoribaserade beteendeförändringsmodellerna som FaR® har hämtat inspiration från.

- *Vilka svårigheter och möjligheter har påträffas med arbetet kring uppföljningen mellan förskrivare och patient?*
- *Hur är uppföljningsarbetet förankrat i ett teoretiskt perspektiv? (Det vill säga om, och i vilken utsträckning uppföljningsarbetet bygger på beteendeförändringsmodeller?)*

Vilka sökord har du använt?

physical activity referrals, physical activity on prescription, health intervention, prescribe, health treatments, health counseling, monitoring, , adherence, follow-up, patient compliance,

Var har du sökt?

PubMed, Eric, Google Scholar

Sökningar som gav relevant resultat

PubMed: "physical activity referrals" AND follow-up
Eric: Adherence AND "physical activity referrals"
Eric: "health counseling" AND follow-up

Kommentarer

Svårigheter att finna forskning som exakt innefattar denna studies syfte och frågeställning. Studier inom närliggande område har därför eftersökts. Studier är även funna i referenslistor till använd litteratur och använda forskningsartiklar.

Bilaga 2

Infobrev nr.1

Hej!

Mitt namn är Karin Sundin och jag studerar min sista termin på Hälsovetenskapliga programmet, Idrottshögskolan (GIH) i Stockholm. Skriver just nu mitt examensarbete och har valt ämnet FaR. För att kort berätta mitt syfte med uppsatsen kan jag beskriva att jag vill titta på *uppföljningen* mellan förskrivare och patient. Enligt Kent Nilssons Nationella utvärdering av FaR från 2010 (FHI), är erat landsting ett av dem som på något sätt har en modell, eller ett system över uppföljningen av FaR®-receptet (mellan förskrivare och patient).

Nu söker jag en person som arbetat kring detta och har möjlighet att i en kort intervju per telefon (ca 15min) besvara frågor *gällande modell/system för uppföljningen av FaR (mellan förskrivare och patient)*.

Hör gärna av er om något är oklart, eller för mer information!

mvh

Karin Sundin, 070 XXXXXXXX

Infobrev nr.2

Hej!

Vill börja med att tacka för att du ställer upp på en intervju och möjliggör min kommande uppsats! Syftet är, som jag beskrivit lite kort, att titta på system över *uppföljningen* mellan förskrivare och patient.

Intervjufrågor är bifogade i detta mail, är tio till antalet och tar ca 15 min att besvara. Om möjlighet finns, får du jättegärna kika på dem i förväg, i annat fall kan de vara bra att ha till hands under intervjuens gång.

Intervjun är självfallet helt frivillig och kan när som helst avbrytas. Om det är ok kommer intervjun att spelas in, detta för att så rättvist som möjligt kunna redogöra för dina svar. Detta material behandlas konfidentiellt och endast i mina ägor. Uppsatsen publiceras i DIVA (GIH:s/Idrottshögskolans publikationsdatabas) i slutet på mars, och om så önskas kan jag maila över den färdigställda uppsatsen, säg bara till så ordnar jag det!

Vi hörs!

mvh

Karin Sundin

Bilaga 3

Intervjuguide

- + Du fick informationen jag mailade?
- + Info om mig (GIH, examensarbete)
- + Syftet – titta på uppföljningsarbetet (en brist enligt Kent Nilssons utvärdering)
- + Intervjun spelas in, endast i mina ägor, sedan förstöras. Ok?
- + Godkänna min transkriberade text?
- + Informant anonym vid namn, dock anges landsting, ok?

Inledning

1. Ni har alltså en modell eller ett system över uppföljningen mellan förskrivare och patient, Hur länge har modellen/systemet funnits?

Arbetsprocess med FaR®

2. Kan du berätta hur uppföljningsmodellen/systemet ser ut mellan förskrivare och patient?

- Ev. Kan du utveckla lite mer?

Har jag förstått dig rätt med att...

3. Hur väl utarbetad är modellen/systemet?

- Hur långt gången är processen, finns det utvecklingspotential?
- Planer på utveckling?
- Arbetar ni med detta i dagsläget?

4. Kan du ge exempel på vad som händer när en patient väl fått ett FaR-recept? (Utifrån förskrivarens perspektiv) Det vill säga, hur arbetar förskrivaren för att hjälpa patienten att följa sitt recept?

- Vem ansvarar för detta?
- Vad görs?
- Finns det fler exempel?

5. Sker det någon form av utvärdering av uppföljningsarbetet mellan förskrivare och patient?

- Om JA, vem utvärderar? Vad leder utvärdering till? Åtgärder?
- Om NEJ, nästa fråga.

Ok, om jag sammanfattar detta så menar du att...

Frågeställning 1

6. Vilka svårigheter anser du finnas kring uppföljningsmodellen/systemet? Respektive, vilka möjligheter anser du finnas kring uppföljningsmodellen/systemet?

Så svårigheterna är.....möjligheterna är...

Frågeställning 2

7. Fanns det några speciella ramar eller riktlinjer att utgå från när modellen/systemet utarbetades?
- Om JA, vilka?
 - Vart eller från vem kom dessa ramar/riktlinjer?
 - Om NEJ, nästa fråga.
8. Är modellen/systemet inspirerat från någon form av teori eller annan typ av modell?
- Om JA,
 - Vilken?
 - På vilket sätt?
 - Utifrån vilka aspekter?
 - I vilka delar?
 - Om NEJ, nästa fråga.

Om jag sammanfattar kort så menar du att...

Syfte, övrigt

9. Vad skulle du säga är er största framgång kring detta arbete med uppföljningsmodellen/systemet? Respektive, vad skulle du säga är er största motgång kring arbetet med uppföljningsmodellen/systemet?
10. Har du något mer du vill tillägga?

Stort tack för din medverkan!

