



Ojämlig Fysisk Aktivitet på Recept

- En kvalitativ intervjustudie om kopplingen
mellan Socioekonomisk status och FaR

Josefin Klöfvermark

GYMNASTIK- OCH IDROTTSHÖGSKOLAN

Examensarbete:2012:10

Hälsopedagogprogrammet 2009-2012

Handledare: Kajsa Jerlinder

Seminarieledare: Rolf Carlson

Examinator: Lena Kallings

Sammanfattning

Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie var att genom intervjuer *kartlägga samordnarnas arbete för fysisk aktivitet på recept (FaR®)* i sex landsting. Tre av de landsting vars invånare i genomsnitt har bland den lägsta respektive högsta *socioekonomiska statusen* i Sverige. Statusen är baserad på disponibel inkomst, nivå av utbildning, antal mottagare av ekonomiskt bistånd och introduktionsersättning till flyktingar, arbetslöshet samt arbetslösa i arbetsåtgärder. Intervjuerna genomfördes för att undersöka om, och i så fall i vilken utsträckning, den socioekonomiska statusen hos invånarna har en koppling till FaR-samordningen och mängden förskrivna FaR i landstinget. Med detta var tanken att se om något tyder på att invånarna i de landsting vars invånare har lägre socioekonomisk status missgynnas.

- Vilka *hinder* respektive *förutsättningar* för FaR-samordningen finns i de sex landsting som ingår i studien?
- Finns det tecken på *koppling* till den *socioekonomiska statusen* hos invånarna och *FaR-samordning* enligt samordnarna?
- Hur ser *omfattningen* gällande antalet *förskrivna FaR* ut i respektive landsting?

Metod

Som metod i studien användes kvalitativ ansats med halvstrukturerade intervjuer där sex informanter med rollen att samordna FaR i landstingen intervjuades.

Resultat

Generellt har ökning av intresse för förskrivning och FaR skett. För de med sämre socioekonomisk status finns hinder med FaR som är lättare att åtgärda jämfört med de andras. De med bättre status visar överlag ett bredare intresse samt insikt i problematik medan intresset att öka förskrivning lyfts mer hos landstingen med sämre status. De med bättre status har inte FaR-samordning med viktiga nätverk så som de andra landstingen.

Slutsats

Det finns för och nackdelar kopplat både till lägre, högre och oberoende av socioekonomisk status i studien. Samordning är en nyckelfunktion som framförallt finns i de landsting som har lägre socioekonomisk status och insikt gällande socioekonomisk status är mer omfattande för landstingen med bättre socioekonomisk status.

Nyckelord: FaR, fysisk aktivitet på recept, samordning, social rättvisa, jämlikhet, ojämlikhet, socioekonomisk status, hälsa.

Förord

Jag vill tacka alla informanter för den ovärderliga informationen angående deras arbete med FaR®. Utan dem hade inte studien gått att genomföra. Deras visade intresse för resultatet har bidragit till motivation och inspiration för mig i arbetet med uppsatsen. Mitt hopp är att denna uppsats bl.a. kan bidra i deras fortlöpande arbete med samordning och FaR. Jag vill även tacka min handledare Kajsa som bidragit till en bredare bild av den kvalitativa forskningen och funnits som kritisk granskare och stöd i den omfattande samt mycket intressanta studien.

Uppsatsförfattare:

Josefin Klöfvermark

Innehållsförteckning

1 Inledning	1
1.2 Bakgrund	2
1.2.1 Betydelsen av fysisk aktivitet.....	2
1.2.2. Utvalda sjukdomstillstånd där fysisk aktivitet hjälper	2
1.2.3. Fysisk aktivitet på recept och FaR-samordning	3
1.2.4 Ojämlig hälsa.	4
1.3 Operationalisering och definition av begrepp	5
1.4 Teoretisk utgångspunkt.	6
1.5 Forskningsområde	8
1.5.1 Tillgång till vård utifrån socioekonomisk status	8
1.5.2 Samband mellan socioekonomisk status och tillstånd av sjukdom.....	9
1.5.3 Ojämlighet i självskattad hälsa kopplat till socioekonomisk status.	9
1.5.4. Sammanfattning av bakgrund och forskningsläget	10
1.6 Syfte och frågeställningar	11
2 Metod	11
2.1 Datainsamlingsmetod	11
2.1.1 Urval.....	12
2.1.2 Genomförande.....	13
2.1.3 Forskningsetiska överväganden	14
2.2 Analys	14
2.3 Pålitlighet, trovärdighet, överförbarhet & konfirmering.....	15
3. Resultat	17
4. Resultatdiskussion	27
5. Sammanfattande diskussion	35
6. Vidare forskning	36
Käll- och litteraturförteckning	37

Bilaga 1. Käll- och litteratursökning

Bilaga 2. Mail som skickades för att få kontakt med informanter/samordnare till studien

Bilaga 3. Intervjuguide

Tabellförteckning

Tabell 1	16
Tabell 2	17
Tabell 3	17

1 Inledning

I FN:s deklaration om mänskliga rättigheter förklaras att alla har rätt till bästa tänkbara hälsa; *”var och en har rätt till en levnadsstandard tillräcklig för den egna och familjens hälsa och välbefinnande, inklusive mat, kläder, bostad, hälsovård och nödvändiga sociala tjänster”*(Svenska FN-förbundet, 2008, s.8). Det har visat sig att dessa rättigheter fördelas ojämnt. Med utgångspunkt i forskning som säger att hälsan är ojämlig ville författaren kartlägga samordningen för fysisk aktivitet på recept i sex av Sveriges landsting. Detta för att nå kunskap i om även möjligheten att nå hälsa via Fysisk aktivitet på recept (FaR®) är ojämlig. FaR® är en metod vilken gett goda resultat för hälsan och som används i alla Sveriges landsting. I arbetet mot en bättre folkhälsa har samordnarna och samordningen en central roll (Nilsson 2010, s.14).

Målet var att undersöka en eventuell koppling mellan invånarnas socioekonomiska status och deras möjlighet gällande tillgången av- och till en likvärdig behandling. Det har höjts röster från Världshälsoorganisationen (WHO) att klyftor i hälsan kopplat till socioekonomisk status ska bli mindre (World Health Organization, 2004, s.1 ff.). *”Empiriskt sett har sambandet mellan absolut inkomstnivå och hälsa observerats i en mängd olika sammanhang. Rika människor i genomsnitt är mindre sjuka än fattigare.”* (Nilsson & Waldenström 2011, s.6). Det finns en geografisk stor skillnad för hälsan i Sverige där det rimliga antagandet är att ekonomin är av stor betydelse (Ågren 2003, s.8). Fysisk aktivitet på recept är en relativt ny metod i förebyggande, samt behandling, av sjukdom. I övrigt är Hälso- och sjukvård ofta ojämlig i relation till socioekonomisk status.

Önskan var att undersöka och förstå eventuella skillnader relaterade till socioekonomisk status, generellt gällande grupp som individ. Tanken var att med kunskap kopplat till jämlikhet undersöka om alla får möjligheten att uppnå eller behålla en bra hälsa med eller genom samordning av FaR®. Om de med sämre status verkligen har samma tillgång och möjlighet till förebyggande eller behandlande vård. Finns samma förutsättningar, i detta fall till FaR®? Intresset för studien och dessa frågor grundar sig i författarens utbildning till hälsopedagog. Inom hälsopedagogiken läggs stor vikt på studier kring hälsofrämjande, förebyggande och behandlande arbete. Ytterligare tyngd gavs undersökningen av en nationell utvärdering av FaR; *”Statens folkhälsoinstitut bör kartlägga hur jämlik metoden FaR® är. Det är viktigt att veta om vissa socioekonomiska grupper missgynnas.”* (Nilsson 2010, s.54).

Detta visade belägg på att intresset och behovet fanns för en studie inom området. Via denna uppsats utökades insynen i FaR® samt gavs en större insikt gällande förutsättningarna, att få eller använda FaR.

1.2 Bakgrund

I denna del beskrivs betydelsen av fysisk aktivitet, FaR och FaR-samordning. En närmare redogörelse för vissa sjukdomar kopplat till fysisk aktivitet förklaras under rubriken forskningsområde. Vidare skildras olika nivåer av ojämlikhet och orättvisa, kopplade till hälsa och samhällsklass. I första stycket skrivs FaR ihop med symbolen för varumärkesskydd, i resterande studie kommer inte symbolen användas ihop med metoden, detta för att göra texten mer läsvänlig.

1.2.1 Betydelsen av Fysisk Aktivitet

Fysisk aktivitet är viktig för att minska antalet insjuknade och bidra till en positiv riktning för samhällets hälsa och ekonomi. Brist på fysisk aktivitet är en stor bidragande faktor till ökad sjuklighet och mortalitet (Fyss 2008, s. 47). Detta är något som kostar samhället stora summor varje år. Preventivt och behandlande kan fysisk aktivitet gynna hälsan både fysiskt och psykiskt, samt minska dödligheten. Exempel på tillstånd där fysisk aktivitet och träning fyller en betydande funktion är depression, diabetes, metabola syndromet, hjärt- och kärl sjukdomar samt bröstcancer. (Kallings 2011, s. 10-38) Sammanfattande är fysisk aktivering bidragande till ökat välbefinnande och livskvalité (Fyss 2008, s. 47).

1.2.2 Utvalda Sjukdomstillstånd där Fysisk Aktivitet hjälper

I detta stycke förklaras sjukdomstillstånd där sämre socioekonomisk status innebär större risk för insjuknande eller sämre tillgång till hälso- och sjukvård. Tillstånd där fysisk aktivitet och träning kan användas behandlande och förebyggande. Denna koppling till socioekonomi finns att läsa under rubriken, forskningsområde.

Ett av tillstånden där Fysisk aktivitet rekommenderas är Diabetes, vars problematik gällande insulinkänslighet är kopplat till hjärt- och kärlsjukdom. En av fördelarna med fysisk aktivitet och träning vid diabetes typ 1 är det minskade behovet av insulin. För de med diabetes typ 2 är en av de positiva reaktionerna en ökning av vävnadernas känslighet för insulin. (Fyss 2008, s.294-304) Ateroskleros, åderförfattning, är en kranskärlsjukdom och den vanligaste orsaken till akut hjärtinfarkt. Några av fördelarna med fysisk aktivitet kopplat till detta

sjukdomstillstånd är bidraget till ökad aktivitet för hjärta och blodkärl samt sänkt blodtryck och ökad slagvolym. Detta ger en belastning av den centrala cirkulationen vars mål är att leda till bättre kondition. (Fyss 2008 s.359 ff.) Vidare är träning och fysisk aktivitet bra vid många olika hjärtsjukdomar, en av dem är hjärtsvikt, där nedsatt prestationsförmåga är vanligt. (ibid. 2008, s.312-326)

1.2.3 Fysisk aktivitet på recept och FaR-samordning

FaR startade 2001 av Statens Folkhälsoinstitut till följd av regeringens uppdrag att göra året till ett *"fysiskt aktivitetsår"*. (Kallings 2011, s.71) Metoden FaR används istället för, eller tillsammans med, receptbelagd medicin för att behandla sjukdom genom att öka befolkningens fysiska aktivitet. Både gruppaktivitet och individuella aktiviteter skrivs ut. Den används inom hälso- och sjukvården och år 2008 brukades metoden i alla landsting. (Ågren 2008, s. 5). Nästan alla landsting har en plan för hur metoden bör utvecklas, runt 66 % har dock inte budgeterat för FaR även om det ofta är inbegripet i verksamheten. Nödvändigheten att olika parter lyckas med samverkan för att FaR ska kunna befästas och utvecklas på bästa sätt, tas upp i en nationell utvärdering av FaR (Nilsson 2010, s.14-20). *"Det är viktigt att ha i åtanke att FaR är ett erbjudande, ett förslag som får effekt först då det förankrats i dialog med patienten"* (Kallings 2011, s.154). FaR-samordnare anställs av landstingen för att få helhetssyn över fysisk aktivitet på recept och därmed kunna effektivisera metoden. De arbetar på olika nivåer i Sverige: landsting, kommun, inom primärvården och på sjukhus. (Nilsson 2010, s.14) På landstinget finns de bl.a. för implementering av FaR, som stöd, informatörer och för att kommunicera kunskap om fysisk aktivitet till vårdenheter och andra förskrivare av FaR (ibid, s.23). Samordnare på landsting samarbetar med andra FaR-samordnare för att utveckla arbetet med FaR. Dessa FaR-samordnare sammanställer aktivitetslistor, har ansvar för ledarutbildning och står vanligtvis för koordinering av FaR-arbetet för aktivitetsarrangörerna. (Kallings 2011, s. 117) Samarbete med arrangörer av aktiviteter är en betydelsefull aspekt för patienten. De verkar som ett stöd för att bli fysiskt aktivare (ibid. s.15). Individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet är viktigt i arbetet med att förankra FaR på både landstings, vårdenhets och politisk nivå. I boken FaR® - Individanpassad skriftlig ordination av aktivitet, lyfts att det bör finnas samordnare på regional nivå, FaR-samordnare närmare patienterna samt ett mer förankrat arbete med FaR, än som ett temporärt projekt. (Kallings 2011, s.15) Folkhälsoinstitutet betonar i sin utvärdering att samordnarna i landstinget har en betydelsefull roll inom FaR för samarbetet mellan aktörer (Nilsson 2010, s.14). *"För att arbetet med att påverka och förebygga ohälsosamma*

levnadsvanor ska vara framgångsrikt krävs åtgärder på alla nivåer i samhället och en aktiv samverkan mellan de olika aktörerna” (Socialstyrelsen 2011, s.14). Samordningen sker dock inte alltid av FaR-samordnare och dess uppgifter varierar över landet. Av Sveriges 21 landsting har 3 av dessa heltidsanställda samordnare vars tjänster finansieras på olika sätt, ex. via landstinget, primärvårdens budget, folkhälsomedel eller via projekt (Nilsson 2010, s.14).

1.2.4 Ojämlig hälsa

Arbetet med människors hälsotillstånd är komplext, *”på makronivå har många forskare visat på ett samband mellan hälsa och människors socioekonomiska status, etnicitet och kön*”. Det finns ojämlikhet kopplat till samhällsklass, den socioekonomiska statusen, i och med det är hälsan inte jämlik. (Campbell, Wood & Kelly se Eriksson 2003, s.10)

Förklaringarna till uppkomsten av ojämlik hälsa är många, i en undersökning om ojämlikhetens inverkan på hälsa, identifieras och diskuteras olika effekter, ojämlikhetseffekten, jämförelseffekten samt nivåeffekten. Ojämlikhetseffekten, med koppling till folkhälsa, visar att ökade inkomstklyftor i samhället kan leda till att vi mår kollektivt sämre. (Putnam 2000, Coleman 1990 et al, se Nilsson & Waldenström 2011, s.7 ff.) De med mer makt bestämmer över sådant som skattesänkningar, vilket kan leda till folkhälsans försämring och därmed påverka de fattigas möjlighet till bra vård, eftersom det politiska inflytandet kan öka i takt med inkomsten. (Krugman 1996) Det finns samband mellan mer makt, större tillgångar och bättre hälsa. (Campbell, Wood & Kelly 1999, s.153-157) Jämförelseffekten visar att stora olikheter kan leda till fysisk ohälsa via stress (Marmot et al. 1991). Nivåeffekten i sin tur visar hur folkhälsan blir ojämlik i samband med människors disponibla inkomst. De med mindre inkomst har till exempel inte samma förmåga att betala för det som är knutet till hälsa. Människor med lägre inkomst tenderar också att i större utsträckning ägna sig åt mindre hälsosamma vanor. (ibid. s.9) Sociala skillnader och den klass man räknas till i samhället inverkar på val och möjligheter. Att bättre ekonomisk situation förbättrar fysisk och psykisk hälsa visar både svensk och internationell forskning (Hogstedt, Backhans, Bremberg, Lundgren, Törnell & Wamala 2003, s.165). Geografisk och social ojämlikhet påverkar tillhörigheten och särskiljer grupper från varandra (Loury 1998, s.134-136). Den geografiska skillnaden att bo i stad eller på landet, påverkar också möjligheterna (Campbell, Wood & Kelly 1999, s.153-157). Gunnar Dahlgren talar om att möjligheten till vård i det svenska samhället inte är rättvis, något han menar blivit tydligare sen reformer som antogs av regeringen 2006. Förändringarna kan leda till att resursfördelningen i vården blir

alltmer snedfördelad. (Dahlgren 2008, s. 697-715) Klyftorna har ökat i Sverige, andelen med lägre disponibel inkomst och sämre standard är större än tidigare (SCB 2012). Fler människor vill ändra sitt beteende och bli mer aktiva, men det finns en efterfrågan av stöd. Denna önskan är vanligare i utsatta grupper och mest vanligt bland kvinnor. (Kallings 2011, s. 58-59) I utvärdering av FaR spekuleras i möjligheten att fysisk aktivitet på recept skulle öka inom diskriminerade grupper om FaR ingick i högkostnadsskyddet. (Nilsson 2010, s.54)

1.3 Operationalisering och definition av begrepp

I undersökningen studeras en eventuell koppling mellan *socioekonomisk status* och samordning av FaR med målet att bedöma huruvida *samordningen* är *ojämlig* och om invånarna vars landsting har lägre socioekonomisk status *missgynnas*. För att tydliggöra undersökningen kommer detta avsnitt förtydliga vissa, enligt författaren mer svårtolkade centrala begrepp samt operationalisera och förklara hur mätning av kopplingen sker.

I efterforskningen jämförs invånare i landsting *med bättre socioekonomisk status* mot de med *sämre socioekonomisk status*. Den *socioekonomiska statusen* är baserad på disponibel inkomst, nivå av utbildning, antal mottagare av ekonomiskt bistånd och introduktionsersättning till flyktingar, arbetslöshet samt arbetslösa i arbetsåtgärder.

I resultatet kommer benämning *FaR-samordnare* och *samordning* användas som begrepp för alla landsting. Detta för att göra resultatet enklare att förstå även om landsting 1 och 2 poängterar att de inte riktigt är FaR-samordnare eller arbetar med FaR-samordning.

Begreppet *missgynna*, ges i denna studie betydelsen, att inte få ta del av eller ha samma förutsättning till samma standard av FaR-samordning, som de med högre socioekonomisk status.

Intentionen var att undersöka om *FaR-samordningen* är *ojämlig*. Analysen i uppsatsen är kopplad till ojämlikhet och gjordes utifrån sex intervjuer vars innehåll jämfördes med varandra. Bedömning gjordes i hur pass utvecklad samordningen är och arbetsuppgifterna som ingår i yrkesrollen togs under beaktan. Förändringar som pågår eller är på gång i landstingen visar var FaR-samordningen och FaR är på väg i utvecklingen. Samordnarnas tankar om vad som bör förändras visar på engagemang och intresse, vilket går att koppla till *jämlig* förutsättning till FaR. Roller, arbetsuppgifter, utveckling, hur långt FaR-samordningen kommit samt arbetet med FaR är inräknat. Antal invånare, jämfört med omfattning av tjänst

för samordningen, visar hur pass prioriterat FaR är i förhållande både till samordningen och hur många som bor i landstinget. Jämförelser och skillnader har studerats i landstingen samt om det gick att se ett mönster i förhållande till socioekonomisk status. Granskning angående koppling till *ojämlikhet* inom fysisk aktivitet på recept gjordes även i relation till hur många FaR som förskrivs i landstingen i relation till antal invånare. Förskrivna FaR användes som ett mått för hur pass metoden nått ut, om det finns en jämn fördelning av resurser och samma möjlighet för tillgång av FaR oberoende på status för landsting.

För att undersöka *hinder* och *förutsättningar* sammanställdes informanternas syn på samordningen. Gällande förutsättningar och motsättningar med samordningen gjordes mätning utifrån vad de själva ansåg och om de planerade några eventuella förändringar inom FaR-samordningen. Betydelsen av deras yrkesroll och arbetsuppgifter enligt dem, mäter grad av engagemang samt hur viktigt de anser att FaR är. Värderingen utgår ifrån att invånarnas inställning kan spela en roll och att uppfattningen hos invånarna eventuellt kan bero på den socioekonomiska statusen. Ytterligare analyserades hur fungerande FaR-samordningen var i de berörda landstingen. Detta tolkades delvis efter samordnarnas egna tankar av vad som fungerar och inte. Vad de anser bör förändras och vad som eventuellt är under förändring gällande FaR-samordningen. Författaren såg även på vilken form samordningen hade, om den bedrevs som projektform eller var inskriven i organisation och därmed en självklar del av landstingens verksamhet. Vid projektform kan t.ex. osäkerheten över fortsatt verksamhet påverka arbetet. Tid behöver dessutom läggas på att övertyga om metodens betydelse, detta i sig kan vara ett hinder för utvecklingen av FaR.

1.4 Teoretisk utgångspunkt

Som teoretisk utgångspunkt för tolkning av resultatet, används *social ojämlikhet* och *social orättvisa*. Detta för att få en djupare förståelse i analysen samt en möjlighet att uppfylla syftet i flera dimensioner. Innebörden av social jämlikhet är att alla människor inom ett område är lika värda samt att de alla har samma rättigheter. Det innebär att fördelning av varor, däribland hälsovård, är jämlik och att när något positivt som tillgång till bättre hälsa eller inkomst uppnås, delas det lika. En social och ekonomisk jämlikhet skapar en social tillit, att lita på varandra skapar en känsla av tillhörighet, något som leder till väl fungerande organ i samhället. (Uslaner & Rothsteins 2005, s.41-72) Enligt den strukturella egenskapen *social ojämlikhet*, är fördelningen av tillgångar och möjligheter inom en gemenskap, land eller ort

ojämlikt. Innebörden av det strukturella perspektivet är sättet att se på olika tillstånd både mellan sociala grupper eller mellan människor, att kunna se bortom individen för att se ett större sammanhang.

Hur resurser fördelas kopplas till *orättvisa* och *ojämlikhet* men det faktum att vi gör olika val diskuteras utifrån om vi är *ojämlika* på grund av våra val eller om vår standard i livet leder till de val vi gör (Goldberg 2000) Från första början fanns en avsikt med social rättvisa, att lindra ärvda, rangordnade, särskilda oförrätter i en grupp. En inriktning mer på omfördelning av resurser bland människor för delat välbefinnande. Innebörden för *social rättvisa* är tankesättet huruvida samhället övergår till att vara rättvist från tillståndet den *sociala orättvisan*. (Beauchamp 1976, s.101-109)

Åstadkommandet av slutet på *social orättvisa* kan uppnås på två sätt. En idé baserad på att samhällets förmåner som täcker sociala behov, hälso- och sjukvård bör finnas för alla, grupper som individer, oberoende av inkomst. (ibid, s.101-109) En del av problematiken med detta tillvägagångssätt är konsekvensen av missgynnade grupper i samhället, det kan uppkomma snedfördelningar (Hogstedt et al, s. 34 ff.). Om man i eliminerandet av hälsoskillnader tänker att vissa hälsotillstånd faktiskt är självförvållade uppstår problematik. Det är svårt att mäta behov av hälsovård som inte är självförvållat samtidigt som forskning visar att sociala förhållanden leder till sämre hälsa. Även människors privata egendom kan komma i konflikt med nämnda åtgärder. (ibid. 35 ff.) En annan idé, huruvida *social orättvisa* stoppas och *social rättvisa* uppnås, behandlas i tankegångarna om att ändra till en rättvis fördelning av varor, resurser och status (Fraser & Honneth, 2003, s. 7 ff.). *Social rättvisa* i praktiken stöter på problem, en svårighet är huru behov av resurser uppskattas. Ett försök att uppnå rättvis fördelning för en grupp kan medverka till att vissa i gruppen blir tilldelade en förmån de inte är i behov av, kvotering till grupper kan gynna icke behövande. (Beauchamp 1976 s.101-109) ”Det är möjligt att en stor del av alla hälsoskillnader skulle kunna undanröjas om alla människor fick tillgång till samma ekonomiska resurser. Detta skulle kräva överföring av resurser från människor med stora tillgångar till dem som har små. En sådan åtgärd leder uppenbart till konflikter med en annan allmänt erkänd rättighet, den enskildes rätt till all sin egendom.” (Hogstedt 2003, s.35)

Föreliggande undersökningar berör skillnader i socioekonomisk status, utifrån frågeställningen, om de med lägre social ställning missgynnas. Kopplingen gjordes utifrån

social ojämlikhet och social orättvisa, erkännande av invånarnas rättigheter och omfördelning av resurser. Resultatet kan analyseras med denna teoretiska utgångspunkt, detta för att undersöka vad som är ojämlikt inom samordning och förskrivning av FaR.

1.5 Forskningsområde

I detta avsnitt presenteras forskning inom området socioekonomisk status i förhållande till sjukdomar och möjlighet till hälso- och sjukvård. Avsnittet ger en bild av i vilken grad socioekonomisk status kan påverka tillgång av hälso- och sjukvård och innebära gällande risk att insjukna. Det visar på en sämre hälsa och en större risk att bli sjuk vid lägre socioekonomisk status samt att förutsättningen att få vård inte är densamma trots ett större behov. Den socioekonomiska statusen i sig är kopplat till ojämlikhet eftersom de med bättre status har en bättre förutsättning att hålla sig friska samt att få vård när de blir sjuka.

1.5.1 Tillgång till vård utifrån socioekonomisk status

Samband mellan socioekonomisk status och tillgång till hälso- och sjukvård

I en studie publicerad i USA undersöktes ett samband mellan lägre socioekonomisk status och tillgång till hälso- och sjukvård. Ett fynd var att en lägre socioekonomisk status gör det mindre troligt att få den preventiva vård som är rekommenderad. Denna nackdel uppmättes vid ett flertal möjligheter för tillgång till vård. De framhäver att en del av de skillnaderna i tillgång till sjukvård förklaras av områdets socioekonomiska nackdel. En begränsning med studien, vilket påpekas, är att de inte kunnat testa vilka mekanismer, i vilken del av den lägre socioekonomiska statusen, som är relaterad till tillgången av hälsovård. (Kirby & Kaneda 2005, s.15-31)

Samband mellan socioekonomisk status och tillgång till hjärtvård.

Med bakgrund av Kanadas strävan i hälso- och sjukvårdssystemet, att inkomsten inte ska påverka tillgång till vård och målet att en förbättrad hälsa ska gälla alla, gjordes en populationsbaserad kohortstudie i Ontario. I denna studie undersöktes hur regionens inkomster påverkar tillgång till hjärtvård och mortalitet ett år efter akut hjärtinfarkt. Undersökningen omfattade 51 591 patienter från hjärtinfarktdatabasen i Ontario. De fann att den socioekonomiska statusen visade tydliga effekter på dödlighet kopplat till hjärtinfarkt samt tillgång till hjärtoperationer. Det var en signifikant skillnad i överlevnad kopplat till intäkter. De förtydligar dock att undersökningen inte rör mindre allvarliga sjukdomar kopplat

till socioekonomisk status utan hjärtinfarkt och att det är möjligt att de med lägre socioekonomisk status kan få allvarigare och återkommande kranskärlsjukdom. (Alter, Naylor, Austin & Tu 1999, s. 1359-1367)

1.5.2 Samband mellan socioekonomisk status och tillstånd av sjukdom

Samband mellan riskfaktor socioekonomisk status och kardiovaskulära sjukdomar.

Sambandet undersöktes för kardiovaskulära riskfaktorer mellan socioekonomisk status, mortalitet, kardiovaskulär mortalitet och akut hjärtinfarkt, i en populationsbaserad undersökning med ett urval på 2272 finska män. Medicinska, biologiska, psykologiskt beteendemässiga och sociala riskfaktorer togs i beaktning. Ett syfte med studien var att undersöka oetablerade riskfaktorer för ischemisk hjärtsjukdom och ateroskleros i halspulsådern. Undersökningen visar upprepande samband mellan socioekonomisk status, sjukdom och dödlighet. Resultatet kopplar de flesta samband till socioekonomi, mortalitet och kardiovaskulära resultat när alla kända riskfaktorer tas i beaktning. (Lynch, Kaplan, Cohen, Tuomilehto & Salonen 1996, s. 934-942)

Samband mellan socioekonomisk status och typ 1 & 2 diabetes mellitus.

I denna populationsbaserade studie var syftet att undersöka ett samband mellan socioekonomisk status, ålder, kön och förekomsten av typ 1 och 2 diabetes mellitus.

I missgynnade områden är förekomsten av diabetes högre enligt studien, något de menar kan bero på flera faktorer, exempelvis fysisk inaktivitet och fetma. En slutsats av studien beskriver dock sambandet mellan förekomsten av typ 2-diabetes och socioekonomisk status, tydligast i åldrarna 40-69 år. I vidare diskussion, utan evidens, ser de möjligheten att effekten av tidigare livsstil och miljö kopplat till socioekonomisk status kan ligga bakom sambandet. (Conolly, Unwin, Sherrif, Bilous & Kelly 2000, s.173-177)

1.5.3 Ojämlighet i självskattad hälsa kopplat till socioekonomisk status

Samband mellan socioekonomiska förhållanden, självskattad hälsa och livsstilsfaktorer.

I en svensk undersökning baserad på tvärsnittsdata från 58 kommuner undersöktes, med en svarsfrekvens på 65 %, sambandet mellan socioekonomisk status, självskattat hälsotillstånd och livsstilsfaktorer. Dålig självskattad hälsa, samt känslan av att vara nedvärderade, visade sig vara vanligare bland dem utan socialt stöd och med sämre ekonomi. Fynden i undersökningen stöder uppfattningen att en självskattad dålig hälsa är relaterat till

traditionella sämre socioekonomiska förhållanden som utbildning och arbete, även psykosociala, faktorer kopplat till livsstilen och material.

(Molarius, Berglund, Eriksson, Lambe, Nordström, G. Eriksson & Feldman 2006, s. 125-133)

1.5.4 Sammanfattning av Bakgrund och Forskningsområde

I bakgrunden lyfts FaR, FaR-samordning och fysisk aktivitet för att ge en inblick av relevansen för metoden och arbetet runt den. Det redogörs för hur olika nivåer av jämlikhet existerar i samhället och hur individer beroende på deras situation kan påverkas av detta. Detta är relevant i jämförelse med olika nivåer av socioekonomisk status och förutsättningar i livet. Med forskningen vill författaren lyfta vad sämre socioekonomisk status kan innebära, i allt från sjukdomstillstånd till sämre tillgång av vård. FaR är en typ av vård och kan därför kopplas till sammanhang där hälso- och sjukvård ingår. I bakgrunden förklaras hur olika sjukdomstillstånd, så som diabetes typ 1 och 2, ateroskleros samt hjärtsjukdomar, kan förebyggas och behandlas med fysisk aktivitet. Till dessa sjukdomar finns även en koppling i forskningsavsnittet ovan. Presentationen gjordes för att påvisa relationen mellan sjukdomar och sämre socioekonomisk status samt den fysiska aktivitetens positiva inverkan på nämnda sjukdomstillstånd. Syftet i uppsatsen lyfter jämlikhet, socioekonomisk status och FaR. Denna bakgrund och forskningsinnehåll ger möjlighet att få en insikt i situationer samt svårigheter för att förstå resultat och diskussion i studien. I dagens samhälle ökar klyftorna och övervikt blir allt mer vanligt, samtidigt blir forskningen som visar på relevansen av fysisk aktivitet allt vanligare. Detta pekar på att en studie inom detta område är av betydelse.

1.6 Syfte och Frågeställningar

Syftet med denna studie är att genom intervjuer kartlägga FaR-samordnarnas arbete i sex landsting. Tre av de landsting vars invånare i genomsnitt har bland den lägsta respektive högsta *socioekonomiska statusen* i Sverige. Statusen är baserad på disponibel inkomst, nivå av utbildning, antal mottagare av ekonomiskt bistånd och introduktionsersättning till flyktingar, arbetslöshet samt arbetslösa i arbetsåtgärder. Intervjuerna genomfördes för att undersöka om, och i så fall i vilken utsträckning, den socioekonomiska statusen hos invånarna har en koppling till FaR-samordningen och mängden förskrivna FaR i landstinget. Med detta var tanken att se om något tyder på att invånarna i de landsting vars invånare har lägre socioekonomisk status missgynnas.

- Vilka *hinder* respektive *förutsättningar* för FaR-samordningen finns i de sex landsting som ingår i studien?
- Finns det tecken på *koppling* till den *socioekonomiska statusen* hos invånarna och *FaR-samordning* enligt samordnarna?
- Hur ser *omfattningen* gällande antalet *förskrivna FaR* ut i respektive landsting?

2 Metod

I avsnitt nedan redovisas valet av kvalitativ datainsamlingsmetod för det empiriska forskningsmaterialet till studien. Vidare klarläggs processen kring intervjuerna, urval av informanter, genomförandet och behandlingen av materialet. Därefter belyses etiska överväganden, analysprocess av resultat samt pålitlighet, trovärdighet, överförbarhet och konfirmering, bl.a. för att påvisa pålitligheten med studien.

2.1 Datainsamlingsmetod

För att undersöka syftet och besvara frågeställningar gjordes valet att utgå ifrån en kvalitativ ansats. Valet av intervjustudie, halvstrukturerad intervju, en varken helt öppen eller stängd intervju där intervjuguiden fokuserar på ämnen, baserades på behovet av en djupare förståelse av FaR-samordningen (Hassmén & Hassmén 2008, s.133.) De intervjuade benämns som samordnare eller informanter, eftersom de till stor del talade om konstaterade förhållanden även om deras egna uppfattningar och funderingar vävdes in under intervjun. För att inte komma ifrån intentionen med intervjun under samtalsgången användes en intervjuguide. Den användes även som struktur för frågornas följd, eventuella följdfrågor samt utförligare

förklaringar av frågornas innebörd. Mallen inleddes med förkortat syfte och frågeställningar som en överblick för författaren under intervjun och vid eventuella frågor från informanten. Vidare placerades allmänna bakgrundsfrågor som namnet för att skapa tillit i inledning av intervjun (Hassmén & Hassmén 2008, s.256). Sedan placerades huvudfrågorna, vars svar besvarar frågeställningarna samt syftet.

Samordningen innebär överlag utvecklingsarbetet av FaR, att sköta kontakter, samarbete, uppföljning och stöd (Kallings 2011, s.124 f.). FaR-samordnare kontaktades och via mejl förklarades syftet med undersökningen och önskan framfördes att få boka in intervjuer via telefon. Genom att syftet med studien förklarades för informanterna ökade kvalitén på intervjuerna (Hassmén & Hassmén 2008, s.256). För att följa en konsekvent linje skedde alla intervjuer med samordnare via högtalartelefon, spelades in med diktafon och utgick från en intervjuguide. En av informanterna fick tillgång till intervjumallen innan intervjun genomfördes då denne under perioden var under tidsbrist och ville vara förberedd för att kunna svara snabbare. Faktum övervägdes att plocka bort detta landsting från undersökningen men slutsatsen blev att antal landsting i undersökningen var viktigare än det faktum att en intervju inte hade exakt samma utgångspunkt som de andra. Denna intervju pågick lika länge som de andra, svaren och frågorna upplevdes liknande de andra och känslan av insikt i intervjumallen eller inövade svar uppkom inte. Detta kan dock inte garanteras och tas under beaktning i analys av material. Frågorna skickades inte till samordnarna i övrigt från början då känslan infann sig att frågorna då kunde framkalla socialt önskvärda svar, vid mer eftertanke hos dem skulle svaren kunna förändras, inte de som kräver teoretisk kunskap utan mer där informantens tankar och viljor står i fokus.

Tillsammans tog intervjuerna dryga 3 timmar att genomföra och transkriberingen av det insamlade materialet dryga 20 timmar. Inför intervjuerna genomfördes en pilotintervju med en person som var insatt i ämnet fysisk aktivitet på recept och syftet med uppsatsen. Pilotintervjun gav insikt i vilka frågor som kunde användas, borde förändras eller läggas till. Intervjufrågorna berör samordningen, den socioekonomiska statusen i landstinget, ojämlik hälsa, antal FaR som skrivs ut och landstingets satsning på FaR.

2.1.1 Urval

Urvalet av informanter är baserat på en befintlig samordning av FaR samt socioekonomisk status. Tanken var att intervjua samordnarna i de tre landsting vars invånare hade lägst

respektive högst genomsnittlig socioekonomisk status. De sex landsting som är med i undersökningen ingår bland de landsting i Sverige vars status är bäst respektive sämst enligt studiens modell. Statusen är baserad på uppgifter om disponibel inkomst, nivå av utbildning, antal mottagare av ekonomiskt bistånd och introduktionsersättning till flyktingar, arbetslöshet samt arbetslösa i arbetsåtgärder som inhämtas från Statistiska Centralbyråns officiella statistik (2012-02-01). I resultat och diskussion benämns landstingen och dess samordnare med *bättre socioekonomisk status* som landsting 1-3 och landstingen med *sämre socioekonomisk status* som landsting 4-6.

2.1.2 Genomförande

De genomförda intervjuerna i studien gav information och insikt om FaR-samordning i sex olika landsting. De behövdes för att bedöma eventuell koppling mellan förskrivning av FaR samt prioritering av FaR-samordning och den socioekonomiska statusen. Vid samtliga genomförda intervjuer användes högtalartelefon kombinerat med digital diktafon. De fullföljdes med tanke på att hålla sig till intervjuguide men samtidigt vara öppen för eventuella nya användbara infallsvinklar eller ämnen i studien. Formulering av intervjuguiden gjordes så att intervjuaren snabbt kunde omformulera och utöka frågan om informanten önskade en mer utförlig förklaring, detta för att få större förståelse för den ställda frågan. Inledningen av samtalen innehöll allmänna frågor om namn, studier och ålder för att sedan övergå till mer ingående frågor om landstingen, FaR och socioekonomi. Intervjuerna följde mallen i stort. Vid tillfälle när FaR-samordnaren lyfte frågor och redogjorde för information som egentligen skulle efterfrågas senare i intervjun fick de tala till punkt. Informanterna var sen tidigare informerade om uppsatsens syfte samt fick i början av intervjuerna möjlighet att ställa frågor för att öka förståelsen och lyfta eventuella frågetecken. Tillfälle gavs även att ställa frågor och diskutera i slutet av intervjun samt möjlighet till vidare kontakt för att ge eller få mer information om så önskades.

Transkriberingen gjordes noggrant och i nära anslutning till intervjuerna med programmet express scribe transcription. Vid transkriberingen spelades intervjuerna upp i olika hastigheter av slowmotion varvat med originaltempo för att säkerställa korrekt uppfattning av det inspelade materialet. Beslutet togs av författaren att skriva ner alla ord och ljud från informanten på grund av eventuella behov att tolka intervjuerna mer ingående. Genom intervjuerna, den existerande forskningen angående ojämlik hälsa och socioekonomi var syftet att få en förståelse av hur arbetet med FaR-samordningen fungerade. Via samtalen

utökades möjlighet att få insikt i deras upplevelse av rollen som FaR-samordnare samt landstinget och deras egna förhållningssätt till samordningen.

2.1.3 Forskningsetiska överväganden

Materialet transkriberades och de enligt författaren relevanta och användbara delarna användes till resultatet, utifrån teoretisk ram och frågeställningar. FaR-samordnarna informerades om inspelning av intervjun samt valmöjligheten att själva avsluta samtalet eller avböja från frågor som eventuellt kunde kännas svåra eller olustiga. Möjligheten att garantera anonymitet fanns inte eftersom deras yrkesroller nämns och inte är vanliga, däremot är varken namn på landsting eller FaR-samordnare tryckta i uppsatsen. Landstingen fick siffror och benämns med siffra 1-3 för de med bättre socioekonomisk status och siffra 4-6 för de med sämre socioekonomisk status. I och med detta blir FaR-samordnarna mer anonyma och fokus tas bort från geografisk jämförelse. Det transkriberade materialet skickades inte till informanterna, däremot erbjöds möjligheten att efter avslutad intervju kontakta författaren vid eventuella frågor eller vid vilja att fylla i eventuella luckor som uppkommit.

2.2 Analys

För att genomföra undersökningen användes en kvalitativ metod och för insamling av resultat genomfördes intervjuer. I arbetet att analysera resultat och besvara frågeställningar samt syfte användes en induktiv och deduktiv kombination med inspiration av den hierarkiska modellen, med struktur för att skapa syfte. Det har funnits bestämda kategorier, ämnen och frågor (deduktiv analys), att utgå ifrån i början av undersökningen, men även getts utrymme för informanten, genom empirin, att ge upphov till nya tankar och teman hos författaren för att sedan kunna tolka materialet (induktiv analys) (Kvale 1997, s. 182 ff.) Inför analys av resultat gjordes en genomgång av det transkriberade materialet upprepade gånger. Material som besvarats placerades vid frågor där de tillhörde enligt operationalisering, vilket inte nödvändigtvis var där den specifika frågan ställdes. Efter detta valdes vilka svar som besvarade vilka frågeställningar och därmed syftet. (Hassmén & Hassmén 2008, s.110 ff.) Utefter operationaliseringen har begrepp definierats och tanke lagts på vad som bör placeras var med vägledning av vad som förklaras som koppling. Vidare sammanhang skapades utefter den teoretiska utgångspunkten social ojämlikhet och social orättvisa, där den deduktiva metoden bidrog till att analys inte endast följer intervjuguide och frågeställningar, utan nya indelningar i resultatet skapades. Med bakgrund av operationalisering, teori, bakgrund,

forskning, syfte och frågeställningar, plockades teman ut till studien. Ett sökande efter mönster och samband i dessa resultat har gjorts, delvis för att se om något upprepar sig i olikheter eller likheter mellan landsting med sämre respektive bättre socioekonomisk status. Relaterade egenskaper kan uppkomma i upprepade kategorier. En stor del av resultatet har plockats bort för att göra undersökningen mer övergripande samt för att fokusera på de delar som kan jämföras mellan landstingen samt kopplas till teoretisk utgångspunkt och operationalisering. I denna analys har mönster och koppling till socioekonomisk status och FaR kunnat göras i och med att det empiriska forskningsmaterialet blivit mer konkret. (Nordin-Bates, s. 20 ff.)

2.3 Pålitlighet, trovärdighet, överförbarhet och konfirmering

Inom kvalitativ analys passar sig inte begreppen och tillvägagångssätten reliabilitet och validitet lika bra som när det gäller kvantitativ analys (Nordin-Bates, s. 21 ff.). I föreliggande studie används begreppet pålitlighet som i sin tur innehåller begreppen trovärdighet, överförbarhet och konfirmering. Utifrån syftet i studien skapades en intervjuguide vars frågor kunde besvara uppsatsens frågeställningar och syfte. Denna guide följdes sedan under intervjuer som vidare transkriberades med stor noggrannhet, exakt det som sades skrevs ned, inkluderat ljud som hummanden. Det har lagts stort värde i att inte göra personliga tolkningar utan svaren presenteras i det sammanhang som de redogjordes. Under intervjuerna lades vikt vid att förklara frågorna så att informanten förstod innebörden. Upprepningar och sammanfattningar av svaren gjordes för att bekräfta att tolkning var korrekt. Med detta ökar trovärdigheten och pålitligheten. Trovärdigheten i uppsatsen skulle kunna ifrågasättas då en av intervjuerna inte genomfördes utifrån samma premisser som de övriga. Informanten fick tillgång till intervjumallen innan intervjun då den efterfrågades på grund av tidsbrist. Efter övervägande och analysering av den genomförda intervjun ansåg författaren att samordnarens annorlunda utgångspunkt för intervjun jämfört med de andra inte påverkade resultatet för studien. Urvalet är baserat på exakta och förutbestämda grunder vilket leder till en konfirmering då resultat och slutsats baseras på befintlig data. Faktorer som okomplicerad tillgång till bra material om landsting eller FaR-samordning har inte tillåtits att inverka på urvalet. Pålitligheten ökar av att författaren själv gjorde alla intervjuer. Det lades stort värde vid att verkligen lyssna, att inte avbryta eller ta ordet för snabbt vid tystnad hos informanten eftersom eventuell utveckling av ämnet kan ske vid eftertanke. (ibid s. 21 ff.) Tack vare den kvalitativa metoden kunde, medan intervjun pågick, svar upprepas för att se om uppfattning

av vad informanten ville säga var korrekt. Den intervjuade kunde i sin tur kontrollera om den förstått frågan eller be om utveckling av eventuell fråga. Därmed ökade kvalitén samt pålitligheten med analysen. Möjligheten var större till bra tolkning av material eftersom intervjun och transkriberingen gjordes av samma person. (Hassmén & Hassmén 2008, s.111 ff.) Under intervjun gjorde guiden förståelsen av frågornas innebörd tydligare och upprepbarheten av samma studie möjlig att genomföra. Vidare ökade överförbarheten med intervjuguiden som användes eftersom där står frågor samt följdfrågor och utveckling av frågor. Urvalet går att upprepa, dock med insikt att det sker utifrån denna studies tillvägagångssätt att bestämma socioekonomisk status. Ett nytt urval av landsting måste göras eftersom den socioekonomiska statusen kan förändras i Sveriges landsting. (Nordin-Bates s, s. 21 ff.)

3. Resultat

I detta avsnitt redovisas analysen, bestående av FaR-samordnarnas fakta och syn på FaR-samordning och FaR samt fakta om landstingen från statistiska centralbyrån. Delar av materialet är placerat i tabeller för att göra olikheter och likheter mer begripligt samt enklare att överskåda. Det utskrivna resultatet är uppdelat utefter frågeställningar, teman, landsting och socioekonomisk status. Med begreppet ohälsodagar som används i tabell 1 menas ett mått på utbetalda dagar med sjukpenning.

I tabell 1 presenteras landstingen ihop med deras yta i km², folkmängd, invånare per km², ohälsodagar och antal förskrivna recept. Detta ger bland annat möjlighet att se hur invånarna mår samt hur många recept som förskrivs i förhållande till antal invånare. Invånare per km² ger en bild av eventuell glesbygd och förståelse för situationen om det möjligt kan försvåra arbetet med FaR-samordning. Jämförelser kan även göras med information i tabell 2, då antal invånare kan ställas mot storlek på FaR-samordnarens tjänst.

Tabell 1 Landstingens yta, folkmängd, invånare per km² samt invånarnas hälsa presenterat i ohälsodagar och antal förskrivna FaR per landsting.

Landsting	Yta km ²	Folkmängd	Inv. km ²	Ohälsodagar	Antal Förskrivna FaR
1	23 942	1 589 016	66,4	22,8	18 000 (2011)
2	6 490	2 084 526	321,2	22,8	7021 (2010)
3	8 458	184 426	21,8	26,5	1759 (2011)
4	18 191	276 263	15,2	13,6	4000 (2011)
5	55 432	259 572	4,7	31,8	2500 (2011)
6	49 443	126 330	2,6	33,0	1305 (2011)

Alla kolumner i denna tabell förutom antal FaR innehåller information från SCB.

I tabell 2 presenteras informanternas utbildning, storlek av tjänst samt finansiering av samordnare och samordning. En överblick över hur pass utbildad samordnarna är, storlek av tjänsten och finansiering visar exempelvis hur pass prioriterad FaR-samordnaren och FaR-samordningen är.

Tabell 2 Samordnarnas utbildning, storlek av tjänst inom FaR och landstingens finansiering av samordning.

Landsting	Samordnarens Utbildning	Storlek på tjänst för samordning	Finansiering av Samordning & Samordnare
1	Sjukgymnast. (även utbildad på GIH)	50 % (Ingen riktig Samordning)	Samordnare finansieras av läkemedelskommittén. Samordningen finansieras lokalt, de bestämmer lokal budget. Finns pengar kopplat till FaR i primärvården. Ingen övrig finansiering av FaR.
2	Psykiatriker	Ca 1,75 % tjänst på 2 pers. som har uppdrag vid sidan om, tjänst uppfylls inte. (Ingen riktig samordning).	Samordnarna och samordningen finansieras av hälso-& sjukvårdsförvaltningen Ingen övrig finansiering av FaR.
3	Distriktssköterska (samt 7,5 HP FA).	Heltidstjänst för Fysss & FaR, tar även emot patienter.	Samordnaren och Samordningen finansieras av Folkhälsoenheten. Ingen övrig finansiering av FaR.
4	Fil.mag. Folkhälsovetenskap.	50 %	Samordnaren och Samordningen finansieras av primärvården. På hälsocentralen får de 500:- per uppföljd FaR. Ingen övrig finansiering av FaR.
5	Sjukgymnast	75 %	Finansiering av samordnare sker via landstingets projektpengar. Samordning finansieras av egen central eller klinik. Ingen övrig finansiering av FaR.
6	Sjukgymnast	Heltid	Samordnare och samordning finansieras sannolikt av landstingets direktör. Ingen övrig finansiering av FaR

I tabell 3 presenteras FaR-samordnarnas yrkestitlar, deras syn på betydelse av FaR-samordning samt deras egen medvetenhet om den socioekonomiska statusen i landstinget. Det tydliggör bilden av deras roll inom FaR samt hur medvetna de enligt dem själva är om landstingets situation och hur viktig de anser samordningen vara.

Tabell 3 Samordnarnas yrkesroll/titel inom arbetet med FaR samt syn på betydelsen av FaR-samordning och medvetenhet om socioekonomisk status i respektive landsting.

Landsting	Yrkesroll/titel inom FaR	Betydelse av FaR-Samordning enligt "samordnare"	FaR-samordnarnas medvetenhet om Socioekonomisk status i landsting
1	FaR-koordinator	Anser arbetet vara mycket viktigt.	Medveten om status och svårigheterna runt det.
2	Projektledare (Överläkare)	Mycket viktigt och ovärderligt på många sätt. Att de är som en katalysator som hela tiden jobbar för verksamhetens överlevnad, som eldsjälar.	Medveten om status och införstådd i faktorer som det påverkar.
3	FaR-samordnare	Samordning är viktigt och en sammanhållande länk. Det gör det bl.a. lätt att veta kontaktpersoner inåt och för de i verksamhet att veta vem de ska vända sig till.	Medvetenhet om status och att den skiftar stort.
4	FaR-samordnare	Det behövs, de tar kontakt, pushar på, nätverkar och inspirerar. Samverkansträffar är ett uppskattat inslag.	Något medveten om invånarnas status. De ligger inte bra till, har Sveriges lägsta utbildningsnivå osv.
5	Hälsoutvecklare.	Det är bra med position högt upp, landsting. Det ger bra förståelse för verksamhet som bedrivs och hur svårigheter uppkommer. Ser samordnaren som en ovärderlig behövlig kontakt, nätverken är viktig.	Någorlunda bra koll på invånarnas status. Ser skillnader stad till glesbygd. Medvetenhet om problem och att de har mycket att göra för att hitta lokala lösningar.
6	FaR-samordnare	Samordningen har stor betydelse enligt samordnaren. Menar att FaR inte skulle fungera utan samordning på den nivån. Tar tid att implementera och är en relativt ny metod.	Medveten om status. Stad mot glesbygd, ohälsotal, sjukskrivning, arbetslöshet och var de är fetare.

3.1 Vilka hinder respektive förutsättningar för FaR-samordningen finns i de sex landsting som ingår i studien?

Invånare och förskrivares inställning till FaR

De tre landsting med bättre status känner inte till invånarnas inställning till FaR och av dem förklarar landsting 2 och 3 att de endast träffar de som redan är intresserade. När det gäller förskrivarnas intresse för FaR, talar 1 om att intresset har gått i vågor men att acceptansen nu har ökat. Från att kämpa i motvind och få utskrivna FaR, förskriver nu fler inom vården FaR och verksamheten runt fysisk aktivitet på recept är mer etablerat i landstinget. Samordnaren tror dock att det fortfarande finns många förskrivare som inte är övertygade om metoden, även om det är färre än innan. Samordnare i landsting 2 menar att metoden är krånglig och att det uppstår svårigheter när förskrivarna inte har någon att lämna över patienten till. Finns däremot stöd och hjälp i arbetet med FaR följer en positiv inställning från förskrivarna. Landsting 3 anser att förskrivarnas intresse i landstinget är stort nu och menar att det blir fler och fler förskrivare som visar engagemang för metoden. Samordnaren tror på kontakten vars möjlighet till uppföljning och utbildning, som bidragande till större intresse. Den antar att receptförskrivare tidigare har velat men inte vetat hur det ska gå tillväga. Det faktum att de har gjort det lättare i landstinget att använda FaR har varit gynnande menar samordnaren.

Bland de tre landsting med sämre status förstår landsting 4 genom information från förskrivarna av FaR att patienterna blir positiva till att någon bryr sig om dem. Landsting 5 har insett via enkätsvar att det är övervägande positivt gensvar och att många tycker det är häftigt att få fysisk aktivitet i den formen. Samordnaren i landsting 6 ser en positiv inställning till FaR hos invånarna och antyder att det främst är förskrivarna som kan påverka den inställningen. Vidare har samordnare 4 fått intrycket att förskrivarnas intresse är positivt, att fler personalkategorier skriver ut nu än för några år sedan, men anser samtidigt att fler skulle kunna förskriva. De arbetar för att vidga intresset i landstinget och det har skett en ökning av förskrivning i relation till den ersättning som satts in kopplat till förskrivning (se tabell 2). Informanten menar emellertid att ökningen hade börjat redan innan. Samordnare 5 ser ett generellt positivt intresse bland förskrivarna och förklarar att det inte finns något ifrågasättande angående FaR eller fysisk aktivitet. Däremot uttrycker primärvården tvivel om vad de ska prioritera bort, de är stressade och vill se snabba resultat. Förut var motståndet till metoden större men respekten har nu ökat. De har jobbat lite med förändring av intresse samt med samarbete mellan hälsocentraler och föreningar inom samordningen. Informanten tycker

dock att det är få förskrivna FaR på antal invånare (se tabell 1). Samordnare 6 anser att intresset bland förskrivare i landstinget är någorlunda högt och menar att ökningen av förskrivning har varit stor. För de som förskriver inom primärvården finns en ekonomisk vinning men informanten ser dock att intresset sträcker sig utanför det. Det finns däremot mycket motstånd angående tidsåtgången att använda FaR samt svårigheter med dokumentation av metoden. De största motstånden enligt samordnaren är tidsbrist samt förskrivares syn på FaR som en krånglig metod, detta försöker informanten och andra inom arbetet med FaR att ändra genom motivation.

Vad som fungerar och inte fungerar enligt samordnarna

Bland landstingen med bättre status tycker landsting 1 att det fungerar kvalitativt bra i de nämnder som har avsatt pengar. Läke-medelskommittén finansierar FaR och har skrivit medicinska riktlinjer som finns att följa för de som arbetar med FaR (se tabell 2). De nämnder som fungerar bra har till exempel FaR-stödande verksamhet för patienterna. Däremot är arbetet ytligare och fungerar inte alls där det inte avsatts pengar, medel eller kraft. I landsting 2 fungerar arbetet med FaR där det finns insikt om helheten, struktur, metod, och dess värde. Samordnaren har en känsla av att allt fler förstår betydelsen av att jobba med fysisk aktivitet, att attityden har förändrats positivt. Vad som inte fungerar enligt informanten, är det faktum att de inte har samordning med nätverk eller möjlighet att mäta framgång, därför har de inte riktigt koll på vad människor eller patienter gör. Verksamheten är inte permanent och de söker för nytt projekt med FaR varje år, något samordnaren ser som icke fungerande i längden. En ytterligare svårighet är journalsystemet och det stora landstinget, som gör att det inte finns något enkelt sätt att mäta FaR. De hinner inte heller vara lokala på grund av politiska beslut som exempelvis prismässiga hinder. I landsting 3 fungerar den lokala förankringen av FaR bra enligt samordnaren. De jobbar bra och utspritt i det glest befolkade länet. Det finns en fungerande implementeringsorganisation med fyra anställda på 180 000 invånare, något informanten ser som en möjlighet till stor skillnad. Samordnaren ser inget motstånd men tycker däremot att psykiatrin kunde vara mer utvecklad, samt samarbetet mellan vårdcentraler och föreningar. Informanten lyfter även att det borde finnas fler FaR-ledare och ett nätverk för de som jobbar med FaR.

Bland de samordnare i landsting som har sämre socioekonomisk status nämns kommunikation, kontaktnät och kontaktpersoner som viktiga förutsättningar för att arbetet med samordning av FaR ska fungera. Mindre fungerande för landsting 4 är saknaden av något

mer lokalt förankrat. Avsaknaden av någon med större ansvar på hälsocentraler lyfts också som problematiskt. Informanten anser att det borde finnas någon FaR-ansvarig, som läkare och andra förskrivare kan remittera patienter till. Samordnaren i landsting 5 lyfter att tidsbristen spelar en stor roll gällande det som inte är lika fungerande; ”att lägga ner lite mer tid på patientsamtalet och kanske skriva ut ett FaR, att det är ett i längden mer tidsbesparande än att bara skriva ut mediciner den attityden också, vi måste jobba på mer med”. I landsting 6 nämns svårigheter med att skapa gemensam dokumentation och förändra attityder till metoden, något som samordnaren menar inte fungerat så bra nu. Informanten önskar att fler förskrivare ska se mer långsiktigt och lägga ner mer tid på metoden FaR.

Sammanfattad jämförelse mellan landsting med bättre och sämre socioekonomisk status:
Landstingen med bättre status känner inte till invånarnas inställning till FaR, något samordnarna i *landstingen med sämre status* däremot gör. Det har märkts av en ökning av intresse och förskrivna FaR överlag hos alla landstingen. Skillnaden är att de landstingen *med bättre status* tydligare lyfter vad som gör förskrivarna mer intresserade av metoden, samt visar en större insikt i förutsättning och problematik. Däremot talar de *med sämre status* mer om att vilja förändra och öka förskrivningen samt att för få FaR skrivs ut. I de landsting med bättre status lyfts pengar, makt, status, svårigheter att mäta och icke tillräckliga nätverk, den inte existerande FaR-samordningen samt icke permanent organisation som hinder. För landstingen med sämre status nämns hinder som svårigheter med den lokala förankringen, kommunikation, tidsbrist, attityder samt att metoden anses vara krånglig.

3.2 Ojämlig FaR

Samordnarnas arbetsuppgifter, riktlinjer och förändringar för samordning

Bland landstingen med bättre socioekonomisk status arbetar samordnaren i landsting 1 som FaR-koordinator för fysisk aktivitet på recept för hela regionen, samt sitter i läkemedelskommittén för FaR. Förändringar som omnämns inom samordningen är att bygga fysiotek i alla kommuner. Landstinget ser till specialområden, exempelvis de socioekonomiskt svaga invånarna samt arbetar med förändring; ”*Det är vardagsaktiviteten vi måste bygga in i strukturerna o tidigt vänja in barnen vid att röra sig*”. Samordnaren arbetar efter landstingets terapigrupps egna mallar och ramar, samt existerande forskning inom området. I landsting 2 är arbetsuppgifterna som samordnare att implementera FaR i landstinget. De har inte möjlighet, enligt informanten, att jobba geografiskt eller bilda nätverk

eftersom de är två om arbetet i ett stort landsting. De tar fram information, kunskap och material, sedan överlåter de två samordnarna det övriga arbetet till kollegor inom FaR; *”Det är en viktig fråga o behöver inte slarvas bort fler år nu tycker vi utan man bör permanenta det så att man kan planera lite bättre”*. Landsting 2 har inte fått möjligheten att planera förändringar utan fortsätter med samma arbetsuppgifter, med samma budget, för sjätte året i rad. De förändringar som pågår i deras arbete är att de två personer på tjänsten framöver kommer ha mer engagemang vid sidan om. När de planerar för verksamheten utgår de inte från något specifikt. De använder dock mycket stages and changes, vilket innebär att de arbetar med personer som anses vara redo för förändring; *”Vi kommer inte kunna ha sjukvård där vi bara plockar upp de som har ramlat i vattnet och håller på och drunknar och det är ju det vi gör när vi behandlar alla, vi måste göra något, vi måste lära dem att simma och det greppar fler”*. För landsting 3 är arbetsuppgifterna att strategiskt berätta om fysisk aktivitet och driva utbildningar inom Fyss (fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling) och FaR. De har en speciell organisation enligt samordnaren, en övergripande enhet för FaR, som informanten arbetar med. I arbetsuppgiften för samordnaren ska det egentligen inte ingå arbete med patienter. Det är dock något som fasas ut nu. Det är en styrd verksamhet och informanten menar att som distriktssköterska går det inte att säga till doktorer vad de ska göra; *”Vi har ett mål att det ska successivt öka enligt vårdvalet men sen har vi ju ett mål över hela landstinget att alla ska jobba med det, enligt vårdvalet”*. Organisationen permanentades 2011 som en central enhet som servar hela landstinget. Angående förändring inom fysisk aktivitet på recept har det precis satsats på och finansierats nya tjänster som tar hand om FaR. I arbetet med implementering följer informanten linjer och rekommendationer. Det finns inga specifika riktlinjer. Samordnaren skapar riktlinjer tillsammans med sin chef, därefter bestämmer informanten själv hur arbetet med FaR fortlöper. *”Ja det är inskrivet i vår budget och i vårt långsiktiga mål att vi ska jobba med FaR i landstinget och då har vi som mål att vi ska öka vårdvalet, antalet recept, det är målet vi har satt upp”*.

Bland de landsting som har sämre status har samordnaren i landsting 4 som arbetsuppgift att följa upp primärvårdens antal FaR och primärvårdens uppföljning. Samordnaren jobbar med att stötta hälsocentraler, som i sin tur är stöd för patienterna de möter. Samordning av FaR-blad, kontakt med arrangörer och andra representanter från hälso- och sjukvård, samt bilda nätverk, är sådant som ingår i tjänsten. Det är ingen pågående förändring inom FaR utan arbetet rullar på. Informanten tycker att förändring ligger hos hälsocentralen, att de måste

uppmärksamma fysisk aktivitet bättre. Samordnaren poängterar att FaR-samordning behövs men att det inte går att styra över andra, utan att arbetet innebär att visa hur FaR kan användas i större utsträckning; *”Det behövs någon som sitter och jobbar aktivt med de här FaR-bladen liksom, aktivitetslistorna, den hjälpen måste de ha ute på hälsocentralerna för det fixar inte de själva, ta kontakt och skapa nätverk, pusha på och inspirera, det behöver de för de har inte den tiden liksom att tänka.”* Informanten har en egen verksamhetsplan på folkhälsoenheten vilket omfattar ett arbete med de nationella riktlinjerna och det som Kallings och Leijon skriver relaterat till FaR (Fyss 2008 & Kallings 2011). För landsting 5 är arbetsuppgifterna att implementera FaR i landstinget, bland annat genom att utbilda och informera. Att finnas till hands som kontaktperson och som rådgivare för utveckling av personalen på hälsocentralerna. När det gäller förändringar inom FaR, så har de precis infört ett nytt system för registrering av levnadsvanor, med fokus på att följa upp recept och inte antal förskrivna, för att nå resultat. I arbetet med FaR utgår de ifrån egna riktlinjer, som de skapat utifrån en försöksstudie från 2005, då de införde FaR i landstinget. Informanten uttrycker att den kanske borde revideras nu. I landsting 6 arbetar de efter visionen *”världens bästa hälsa 2020”*. Arbetsuppgifterna för samordnaren är strategiska hälsofrågor inom landsting, för befolkningen. Informanten har en projektanställning med inriktning på FaR och fysisk aktivitet, med uppgift att utveckla en modell i landstinget och driva FaR lokalt på hälsocentralerna. Det har funnits svårigheter med dokumentation men de är på väg mot en lösning, en förändring är exempelvis att använda samma sökord i hela landstinget. I arbetet utgår samordnaren från Nationella Riktlinjer. Det finns en manual för förskrivarna att följa och utöver detta finns en uppmärksamhet för nya studier och utveckling; *”Men sen är det ju inte alltid att man i verksamheten har tid till och lägga så mycket som chef just på FaR-biten utan det känns ju mer som mitt uppdrag men jag har deras godkännande å göra det”*.

Sammanfattad jämförelse mellan landsting med bättre och sämre socioekonomisk status

Sammanfattande är det mest utmärkande, att landsting 2 och 4, ett landsting med bättre och ett landsting med sämre status, inte redovisar någon förändring. I landsting 1 och 3 är stora förändringar på gång eller har genomförts. Förändringar är på gång i landsting 5 och 6 men inte i lika stor utsträckning som de två med *bättre socioekonomisk status* (landsting 1 & 3). Ojämlighet kan här kopplas till att benägenheten till stora förändringar inte är lika omfattande för landstingen med *sämre socioekonomisk status*. Sammanfattande syns inga tecken på ojämlikhet gällande ramar för FaR. Angående arbetsuppgifterna arbetar samordnarna i

landstingen med sämre socioekonomisk status mer nätverkande och samordnande än de andra informanterna.

3.3 Finns det tecken på koppling till den socioekonomiska statusen hos invånarna och FaR-samordning enligt samordnarna?

När det gäller den socioekonomiska statusen för landsting med bättre status, talar landsting 1 om behovet av mer forskning samt att strukturer måste ändras, delvis för möjlighet till vardagsaktiviteter för alla, oberoende av status. Samordnaren menar att det behövs förändring på flera nivåer, det handlar inte bara om vilja för människor att bli aktiva. Det finns problematik gällande arbetslöshet och sjukdomar som kan försvåra aktivering. I de fallen kan prioritet av den egna hälsan vara avlägset. Informanten ser polariseringen i hälso- och levnadsvanor som väldigt stark och menar att det är en av utmaningarna att bemästra. Det finns dock många svårigheter med att förändra beteenden och levnadsvanor på individnivå, förklarar samordnaren. Planeringen av samordningen med tanke på den socioekonomiska statusen ligger högst upp på agendan och informanten anser att det måste byggas strukturer för att ta emot större del av befolkningen. Samordnaren ser inte att arbetsgivaren i primärvården tänker på socioekonomisk status i planeringen av FaR, men däremot politikerna.

Samordnaren för landsting 2 förstår att hälsan är ojämlik gällande många olika aspekter, däribland socioekonomisk status. Informanten talar vidare om att de med sämre status har ett högre berg att bestiga. Det finns dock ingen möjlighet för dem att nischa in sig på det området. Planering efter status är inte något som ingår i uppdraget, arbetsgivaren har inte gett möjlighet att arbeta utifrån det perspektivet. Samordnaren tycker själv att det är intressant men just nu ett för tungt lass och hänvisar det till beställarnivå, hos politikerna; *”Vi vet att det existerar men det ligger inte inom ramen för vårt uppdrag att liksom axla det ansvaret om du förstår. Vi kan reflektera o bolla tillbaks till beställare o så där men mer än så mäktar inte vi med”*.

Informanten i landsting 3 har tankar på socioekonomisk status i planering för FaR men inte som något grundläggande. Förståelsen finns för att de med sämre socioekonomisk status har mest att vinna på fysisk aktivitet och förändring av levnadsvanor. Samtidigt är det en svår grupp att motivera, delvis beroende på deras sämre ekonomi; *”Ibland måste vi säga att just nu*

är inte det viktigaste att vara fysiskt aktiv för det finns så mycket annat i deras liv så det får inte bli en börda till". De komplicerade levnadssituationerna gör att de måste vara försiktiga i sina tillvägagångssätt med FaR. Personal utbildar sig därför i olika samtalsmetoder, exempelvis ACT, en KBT-variant som är till för att motivera svårare grupper, exempelvis de med lägre socioekonomisk status. Samordnaren tycker sig se en ökning av FaR i den gruppen; "Det lilla man kan åstadkomma för de utsatta är det man har att vinna, och vi känner att receptmottagarna är viktiga och vi har också sagt till vårdcentralerna att ta de som är lätta att påverka och hjälpa och de som är svårare att få igång som behöver bli mer motiverade de behöver mer stöd... Jag tänker att de som vill förändra kan ha mycket i bagaget som gör att det är svårt att förändra sina vanor".

För landstingen med sämre status ser samordnare 4 att invånare med sämre socioekonomisk status behöver mer motivationsarbete, som till exempel motiverande samtal. Utsikten att få FaR för denna grupp är inte lika stor menar informanten, det är svårt delvis på grund av ekonomi. I sin planering menar samordnaren att det är viktigt med insatser på individnivå, som att stötta val i levnadsvanor; "Jag vet inte om de gör så mycket åt det om man säger... hälsocentralerna får ju betalt utifrån socioekonomi, mer utsatta områden får ju mer utsatta patienter". Den intervjuade samordnaren förklarar att arbetsgivaren inte verkar tänka på socioekonomisk status i sin planering.

I landsting 5 planeras det inte efter socioekonomisk status. Informanten ser inte ens hur det skulle gå att få fram siffror för det. De tänker däremot på att aktiviteterna inte får vara för dyra och menar att det inte ska vara ekonomi som avgör om man är aktiv. Samordnaren tror att de som behöver FaR mest, är de som är minst motiverade, att de inte söker sig till vård och därför inte får samma hjälp. I landstinget har de inriktat sig på att jobba mot grupper där ohälsan är större, som för låginkomsttagare och lågutbildade.

Landsting 6 förklarar att det finns tanke på socioekonomisk status för olika regioner eller utsatta grupper i planering av FaR. Nästa steg är att inrikta sig på grupper som depression, bipolär sjukdom eller handikapp med flera. Meningen är att alla i stort sett ska ha samma förutsättningar till FaR. Det skrivs mycket färre FaR på landsbygden förklarar informanten, så ska det inte vara menar den vidare. I planering kopplat till socioekonomisk status för FaR, säger ledningen tydligt att de ska tänka på hela landstinget. Samordnaren personligen tycker inte att det borde göra så stor skillnad med socioekonomisk status gällande tillgång till

metoden, i och med att FaR grundas på egen aktivitet, men ser ändå att gruppaktivitet kan bidra med motivation på annat sätt.

Sammanfattning av koppling till status och ojämlik FaR-samordning:

Gemensamt bland samordnarna i landstingen som har bättre socioekonomisk status är deras stora insikt i svårigheter runt socioekonomisk status, samt vad som bör göras för att förbättra situationen. För landsting 1 finns en prioritering gällande arbetet med socioekonomisk status kopplat till fysisk aktivitet på recept och för 2 finns insikten om nödvändigheten med åtgärder, men ingen möjlighet. Samordnaren i landsting 3 planerar inte utefter statusen men det finns med i tankebanorna. Gemensamt bland samordnarna i landstingen som har sämre socioekonomisk status är att det finns kännedom om innebörd av socioekonomisk status, för landsting 4 och 6 finns tankar om gruppverksamheter för utstötta och samordning på individnivå, men inte direkt kopplat till den socioekonomiska statusen. Informanten i landsting 5 däremot arbetar inte med tanke på den socioekonomiska statusen och inser inte ens hur det skulle vara möjligt.

4. Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att genom intervjuer kartlägga FaR-samordnarnas arbete i sex landsting. Tre av landstingen vars invånare i genomsnitt har bland den lägsta respektive högsta socioekonomiska statusen i Sverige. Dessa intervjuer genomfördes för att undersöka om, och i så fall i vilken utsträckning, den socioekonomiska statusen hos invånarna har en koppling till FaR-samordningen och mängden förskrivna FaR i landstinget. Med detta var tanken att se om något tyder på att invånarna i de landsting vars invånare har lägre socioekonomisk status missgynnas. I följande diskussion kommer frågor att ställas i relation till empirin, dessa frågor kommer att baseras på den teoretiska utgångspunkten och varvas med återkoppling till operationalisering, inledning, bakgrund och forskning.

4.1 Koppling mellan socioekonomisk status, sjukdomar och fysisk aktivitet

I landstingen med *sämre socioekonomisk status* har majoriteten fler ohälsodagar (se tabell 1). Det är även vanligt att människor med *sämre hälsa* har *sämre ekonomi* (Putnam 2000, Coleman 1990 et al. se Nilsson & Waldenström 2011, s.7 ff.). Att denna tillgång till hälso-

och sjukvård försämras kan leda till en ond spiral (Kirby & Kaneda 2005, s.15-31). De sjukdomstillstånd som tagits upp under avsnittet forskningsområde, däribland tillstånd kopplat till hjärtat som finns redovisade i bakgrunden, kan behandlas och i vissa fall även förebyggas av fysisk aktivitet. Det visar på hur viktigt FaR är och vad FaR-samordnare kan bidra med för att bryta den onda cirkeln relaterad till *sämre socioekonomisk status*, men även för människor överlag. Forskning visar att möjligheten till vård är mindre sannolik när den socioekonomiska statusen är sämre (Kirby & Kaneda 2005, s.15-31). Detta visar sig även i annan forskning, specifikt i den för hjärtvård (Alter, Naylor, Austin, V 1999, s. 1359-1367). I studiens forskningsavsnitt redogörs även signifikant skillnad i chans för överlevnad kopplat till *sämre socioekonomisk status*. Gällande samband med kardiovaskulära tillstånd så visas upprepat mönster för sjukdomar och dödlighet kopplat till sämre status. Vidare visar *sämre socioekonomisk status* sig ha samband med större benägenhet att få eller utveckla diabetes. Författarens resultat i denna studie lyfter även det faktum att sambandet möjligt kan kopplas till tidigare livsstil, i sin tur kopplad till socioekonomisk status (Hogstedt et al. s.165). Enligt forskning är det påtagligt att fördelning av hälsovård inte är jämlik och möjligheten till samma tillgång av vård verkar inte finnas. I bakgrund och inledning i denna studie står att läsa om hälsans koppling till inkomst. Studiens resultat visar emellertid antydning till annan trend angående FaR gällande invånarna i landstingen med sämre status. Enligt tidigare forskning har de inte samma förutsättning till hälso- och sjukvård, samt står inför en större risk att insjukna i olika sjukdomar. Enligt denna studies resultat finns insikten om det socioekonomiska tillståndet i alla sex landsting och viljan samt planer på förändring går inte att koppla direkt till socioekonomisk status i landstingen. Däremot kan medborgarna i landstingen med sämre status ha annorlunda förutsättningar till kvalitet på FaR, samt bemötande som patient. Deras möjlighet att ta till sig metoden samt deras ekonomiska villkor, kan påverka förmågan att utföra olika fysiska aktiviteter.

4.2 Vilka hinder respektive förutsättningar för FaR-samordningen finns i de sex landsting som ingår i studien?

Intresse från invånare och förskrivare

Invånarens inställning till FaR kan vara både ett hinder och en förutsättning, beträffande vilka möjligheter det finns att aktivera invånarna. Landsting med *bättre socioekonomisk status* känner inte till invånarnas inställning, landsting 1 och 2, de två större landstingen i empirin träffar endast de redan intresserade. Det visar att de inte har kontakt på annan nivå av

samordning än kommun och primärvård, något som uppvisar tecken på att det inte är någon ”riktig” samordning. Detta poängterar dessa landsting även själva, att de inte har. För landstingen med *sämre socioekonomisk status* finns enligt FaR-samordnarna ett bra gensvar och en positiv syn på metoden från invånarna. I detta fall går inte invånarnas intresse att jämföra med varandra eftersom vetskapen om intresset inte finns hos alla samordnare. Däremot går det att se att de större landstingen *med bättre status* inte har förutsättning att utveckla metoden utifrån kunskap om invånarnas syn på FaR. Här anser författaren att frågan får en ny dimension och visar att de inte har möjlighet att känna till något som kan vara betydelsefullt, eller rent av en förutsättning, för bästa utveckling av verksamheten. Det är möjligt att det ger invånarna i landstingen med bättre status minskad utsikt för tillgång av en bra utvecklad metod. Så i fråga om tillgång till FaR-samordning är ojämlikheten i detta fall riktad mer mot de med *bättre socioekonomisk status*. FaR-samordnarna för landstingen med *sämre socioekonomisk status* visar däremot en insikt om invånarnas positiva inställning. Det i sig är en förutsättning för att implementera och arbeta med FaR på bästa sätt, menar författaren. Samordnarnas kunskap visar på förståelse och kan ge invånarna med *sämre status* en större möjlighet till jämlik FaR. De med *sämre status* har dock ofta sämre tillgång till vård och behandling, delvis beroende på ekonomi (Kirby & Kaneda 2005, s.15-31). Genom FaR-samordnarnas överblick på flera plan inom fysisk aktivitet på recept finns bättre förutsättning för invånarna i landstingen med *sämre status* för tillgång till jämn fördelning av FaR. Det är ett tecken på att ett steg närmare social rättvisa är möjligt (Uslaner & Rothsteins 2005, s.41-72). I detta fall visar samordnarna för landstingen med *sämre socioekonomisk status* på en insikt i problematiken och en önskan till förändring. Människor vars socioekonomiska status är sämre, både på individnivå eller landsting kan dock ha en betungande förutsättning och bakgrund som gör möjligheten till jämlik FaR svår, trots samordnarnas hårda arbete (Hogstedt et al. s.165).

Bland landstingen med bättre socioekonomisk status finns känslan av ett ökat intresse bland förskrivarna och enligt informanterna, en förståelse för hur de ska nå dessa. Landsting 3 ser att förskrivarnas möjlighet till uppföljning och utbildning inom FaR varit ett positivt inslag för utvecklingen. Hos *landstingen med sämre status* är intresset bland förskrivare generellt positivt förklarar samordnarna men det lyfts exempelvis tankar om att fler borde förskriva. De menar även att kritik riktats mot att arbetet med FaR är tidskrävande. Enligt empirin uttrycks det mer och tydligare i resultatet hos landstingen *med sämre status* angående problem med att öka förskrivning samt att få metoden prioriterad. Förskrivarnas intresse att skriva ut är

bärande för en fungerande verksamhet. Skriver de inte ut FaR så finns det inget att arbeta med menar författaren. Tror de inte på metoden de förmedlar, kan det vara svårt att få patienten att tro på dess verkan och betydelse. Förskrivna FaR, intresse och utveckling är bärande som förutsättning för metoden. Tankar om allas möjlighet av tillgång till vård går att diskutera i detta eftersom ett bristande intresse för FaR kan leda till sämre förutsättning för patienter att få tillgång till eller bli introducerade till metoden. Om möjligheten till fungerande FaR för landstingen med *sämre socioekonomisk status* blir mindre ökar klyftan mellan de sämre och bättre landstingen och den sociala orättvisan blir större (Uslaner & Rothsteins 2005, s.41-72). Detta resonemang utgår ifrån de redan existerande bättre förutsättningarna för landstingen med bättre status.

Vad som fungerar och inte fungerar

De två större landstingen med *bättre status* ser likvida medel som avgörande för metodens förutsättning, samt förståelse för värde av metod och struktur som något bärande. Landsting 2 ser direkt koppling till att de inte har riktig samordning som ett hinder i arbetet. Vidare uppfattar samordnare i landsting 3 implementeringsorganisationen som något väl fungerande och kan inte se något icke fungerande. Bland landstingen med *lägre socioekonomisk status* lyfts samverkan, kontakt och samarbete som bra gällande FaR-samordningen, i alla tre landsting. Attityd och tidstillgång ses däremot som inte fungerande. För landstingen *med lägre status* finns flertal tankar kring förbättring av den rådande situationen, vilket tyder på insikt och engagemang. De ser behov samt inser att förändring bör ske. Resultatet visar enligt författaren skillnad i möjlighet eller tankar om förändring. Samordnarna i alla landsting ser samordningen på landstingsnivå som något mycket viktigt. De upplever det som en viktig länk och att metoden inte skulle fungera utan samordningen (se tabell 3). Detta är en förutsättning för en fungerande FaR-verksamhet. Utifrån studiens resultat, att samordnarna ser metoden som viktig och sin roll som mycket betydelsefull tycks det inte finnas någon nämnvärd ojämlikhet mellan landstingen.

Författaren ser det faktum att alla ser sin uppgift vara en väldigt viktig del av fysisk aktivitet på recept, som en förutsättning till en mer jämlik tillgång till metoden FaR. Alla FaR-samordnare i denna studie arbetar i grund och botten för att FaR ska finnas tillgängligt för alla och en insikt i arbetets tyngd gör att de arbetar för patienternas möjlighet att ta del av FaR. Inom denna fråga är det relativt jämlikt i studien, en nackdel är dock att resurser inte är jämnt fördelade för invånarna och därför har inte alla ekonomi och möjlighet att välja fysisk

aktivitet efter önskemål. Enligt den sociala rättvisans tankegång om hur den sociala orättvisan står i vägen för jämlikhet har inte alla möjlig tillgång till samma hjälpmedel. (Beauchamp 1976, s.101-109) Landstingen med *bättre socioekonomisk status* ser överlag pengar som något viktigt för att verksamheten ska fungera, de menar att det fungerar när det finns pengar och att metoden inte fungerar lika bra vid brist på likvida medel. Landsting 2 lyfter även att de inte har samordning, som ett problem, medan landsting 3 inte ser något icke fungerande inom FaR-samordningen i landstinget. För landstingen med *sämre socioekonomisk status* lyfts attityder och tidsbrist som svårigheter. De ser samverkan och kontakt som något av det mest fungerande inom FaR-samordningen, de ser även en hel del som bör eller kan förbättras inom FaR samtidigt som. Författaren ser här en tydlig skillnad. De med *sämre status* ser och vill förändra, de vurmar för sitt nätverkande, kontakt och samarbeten. De kämpar med tid och attityder. Detta är mindre omfattande hinder än de som omnämns i de andra landstingen. Tillsammans visar detta på flera förutsättningar för möjlig jämlik FaR. Det finns även tankar om nödvändiga förändringar samt bra kommunikation inom FaR- samordningen. Som det tidigare nämnts i diskussionen finns inte lika tillgång till samma resurser men det visar dock på en tillgång till vård via metoden FaR. För landstingen med *bättre status* anses pengar eller samverkan vara det som är bärande eller bristande i samordningen. Patienter i de landstingen med bättre status har generellt en bättre möjlighet till fysisk aktivitet utifrån disponibel inkomst, de har resurserna men frågan är om de har tillgång till lika utvecklad FaR-samverkan. Samordning på alla nivåer är mycket viktig för att FaR ska fungera på bästa sätt (Socialstyrelsen 2011, s.14).

Under löpande diskussion blir det tydligare att landstingen *med bättre status* har bättre ekonomiska förutsättningar för FaR-samordning. Resultatet visar dock att FaR-samordning överlag finns med i alla led, i större utsträckning, i de landstingen *med sämre status*. Prioriteringarna i landstingen är olika och det är inte något samordnarna kan styra över själva eftersom de inte råder över exempelvis finansieringen eller storlek av- och antal tjänster (se tabell 2). Social rättvisa kan uppnås på två sätt, genom fördelning av resurser eller samma tillgång av vård, i studiens fall FaR (Beauchamp 1976, s.101-109). Här går det att applicera teorin gällande fördelning, på både landstingen med sämre och bättre status. Resurserna är större hos landstingen med *bättre status*, vilket innebär social orättvisa gentemot landstingen med *sämre status*. Däremot är FaR-samordningen, tillgång till vård, bättre för landstingen med *sämre socioekonomisk status*. I detta fall riktas den sociala orättvisan mot landstingen med *bättre status*.

4.3 Ojämlig FaR

Gällande arbetsuppgifter för de *tre landsting med bättre status* går det att se en likhet för 1 och 2, de större landstingen. De har arbetsuppgifter på bred och hög nivå och inte samverkan i större utsträckning med de andra i leden inom FaR, något som är mest utmärkande för landsting 2. Gemensamt för dem är även att det är två landsting utan egentlig samordning (se tabell 3). För landsting 3 är uppgifterna inom FaR strategiska och mer samordnande, det sker positiva förändringar och det satsas på FaR. I landsting 1 sker en utveckling i positiv riktning, däremot i landsting 2 finns inget utrymme, ett landsting i projektform där finansiering och omfattning av tjänster inte räcker till. Inget av alla sex landsting följer någon specifik teori eller mall i arbetet, utan de utgår från forskning, riktlinjer och olika metodinslag. De skapar i stort sina egna mallar att följa. Gemensamt för de tre landstingen *med sämre socioekonomisk status* är samordning där fokus, stöd, nätverkande och kontakt mellan olika led ingår. I de landstingen är det inte så många förändringar på gång, åtminstone inte som lyfts i intervjuerna. För landsting 3 finns det en heltidstjänst på 185 000 invånare, en bra förutsättning till framgång med FaR-samordning och FaR. Ställs de landsting *med bättre socioekonomisk status mot de med sämre*, så är det tydligt att storlek på tjänst i förhållande till antal invånare är betydligt mer omfattande för landstingen med sämre status (se tabell 1 och 2). Befolkningen i landstingen *med bättre status* har färre ohälsodagar per år än landstingen *med sämre status*. Förutom landsting 4, ett landsting *med sämre status* som har lägst antal registrerade ohälsodagar av alla sex landsting (se tabell 1). Enligt författaren är det sannolikt att många sjuka inte är inräknade i siffrorna för antal ohälsodagar. Det kan exempelvis kopplas till glesbygd, där det kan vara längre att ta sig till hälso- och sjukvård samt till lägre disponibel inkomst, vissa sjukskriver sig inte eftersom de inte har råd (Loury 1998, s. 139-141 & Marmot et al. 1991). Gällande förändringar inom metoden tycks benägenhet och kunskap till större förändringar vara mindre inom landstingen *med sämre socioekonomisk status*, det nämns att arbetet rullar och fler ohälsodagar förekommer i större utsträckning. Landstingen *med bättre socioekonomisk status* har inte FaR-samordning i samma utsträckning som de *med sämre status* och de har inte heller lika stor fördelning av tjänst för FaR-samordning på antal invånare. Författaren ser svårigheter i att bedöma ojämlikhet och social orättvisa i detta fall, eftersom de ovan nämnda olikheterna alla har stor betydelse för jämlikhet inom FaR.

4.4 Finns det tecken på koppling till den socioekonomiska statusen hos invånarna och FaR-samordning enligt samordnarna?

Beträffande medvetenhet om socioekonomisk status har landstingen med *bättre status* generellt en uppfattning om rådande status i landstingen som god, i större utsträckning än samordnarna i de andra landstingen i studien. Vidare är insikten om den socioekonomiska statusen mer omfattande hos de *med bättre status*, dock är beskrivningarna av landstingens situation mer utvecklade för de med *sämre status*. Förståelsen av svårigheter gällande socioekonomisk status är stor hos landsting 1. Det är prioriterat hos landstinget och planering samt förändringar för att förbättra utefter invånarnas socioekonomiska status förekommer. Landsting 2 har stor insikt om svårigheterna men däremot inte möjlighet och utrymme till förändring inom organisationen. Hos landsting 3 finns insikt om svårigheter, de använder sig av samtalsmetoder och det föreligger tankar på status när planeringen sker, men det planeras inte efter den socioekonomiska statusen i landstinget.

Landsting 4 har inblick i svårigheterna kring den socioekonomiska statusen men planering för FaR äger inte rum med hänsyn till det, däremot med tanke på individnivå. Landsting 5 har ingen direkt planläggning efter socioekonomisk status och informanten poängterar att den inte har kunskapen att för att arbeta med FaR utifrån socioekonomisk status. Det finns dock en förståelse för olika situationer och de inriktar sig på grupper som ofta är kopplade till låg socioekonomisk status. Landsting 6 förklarar att det finns tankar på den socioekonomiska statusen i planering samt att det finns ytterligare planer på förändring gällande status.

Social ojämlikhet, som teori, talar om olika förutsättningar i livet och hur detta kan påverka våra villkor (Goldberg 2000). Även om intentionen och tanken runt den socioekonomiska statusen finns och är god, kan det vara mycket svårt att nå problemet när förutsättningen är sämre redan från början (Hogstedt et al, s. 34 ff.). Ojämlig folkhälsa har en koppling till disponibel inkomst och faktum är att socialt svagare grupper i samhället tenderar att inte ha samma möjlighet till samma tillgångar, val, arbetsmarknad samt hälso- och sjukvård, som socialt starkare grupper. (Krugman 1996 & Marmot et al. 1991) De landsting som *har sämre status* är medvetna om det egna landstingets sämre status men hos alla samordnare finns även en medvetenhet på individnivå. Samverkan är grundläggande för att metoden verkligen ska fungera, det är även viktigt att FaR-samordnaren förankrar FaR i dialog med patienten (Socialstyrelsen 2011, s.14). Det är många bitar som ska falla på plats, inte bara samordnarnas insikt och ihärdighet. Enligt jämförelseffekten har människor en tendens att jämföra sin

situation med andras, dessa observerade olikheter kan i sig leda till stress och ohälsa (Marmot et al. 1991). Människor med tillgångar och makt har generellt bättre hälsa (Campbell, Wood & Kelly 1999, s. 153-157) Dessutom kan ett politiskt inflytande för de med bättre status ge dem makt att bestämma över skattepengar och tillgång till vård. Denna ojämlikhet kan få dem i sämre situation att känna maktlöshet och oförmåga att behärska sin situation. Möjlighet till vård är inte rättvis, klass påverkar val och potential och de sociala skillnaderna kan leda till utanförskap eller känslan av det. (Krugman 1996)

4.5 Hur ser omfattningen gällande antalet förskrivna FaR ut i respektive landsting?

Det finns ingen tydlig skillnad mellan *bättre* och *sämre socioekonomisk status* gällande förskrivna FaR, däremot har samtliga landsting märkt av en ökning. Detta visar att den *bättre socioekonomiska* statusen inte innebär en större förskrivning av FaR. Om detta beror på bristande samordning eller friskare befolkning går att diskutera. Sammanfattat är antal ohälsodagar fler i landstingen med *sämre status* (se tabell 1), något som kan vara bidragande till ett större antal förskrivna FaR i förhållande till antal invånare. Vid ett större antal sjuka har fler möjlig tillgång till metoden och det kan medverka till att skillnaden av förskrivna FaR mellan landstingen inte går att koppla direkt till status. Det faktum att landstingen med *sämre status* har FaR-samordning i större utsträckning, kan även det vara en orsak till att de inte ligger efter gällande förskrivning, trots *sämre status* och invånarnas lägre disponibla inkomst (Marmot et al. 1991). Något som sticker ut i studien är landstings 2 mycket låga siffra utskrivna FaR på det stora antalet invånare. Landsting 1 och 2 är stora landsting utan riktig FaR-samordning med samma antal ohälsodagar, dock har landsting 2 en mycket låg siffra förskrivna FaR jämfört med antal invånare, i förhållande till de andra landstingen. Landsting 1 har en hög siffra förskrivna FaR, vad som bidrar till den skillnaden är svårt att förklara, dock kan det faktum att landstingen skiljer sig i förskrivningen trots de andra likheterna, tyda på olikheter i arbetet med FaR i övrigt. En annan möjlig orsak är att FaR är under projektform i landsting 2. Forskningen i denna studie har inte visat några tecken på omfördelning av resurser eller någon specifik satsning på de med *sämre socioekonomisk status* i någon större utsträckning. Däremot visar det möjligtvis ett erkännande av medborgarnas rättigheter i mån av förståelse och vilja att förändra till en mer rättvis förutsättning utifrån FaR-samordnarnas vilja (Beauchamp 1976, s.101-109). Två av landstingen med *bättre socioekonomisk status* arbetar inte med samordning med kontakt mellan leden och samverkan i den nivå som FaR-samordning ska handla om. Där kan det diskuteras angående en ojämn fördelning för flertalet

av landstingen med *bättre socioekonomisk status*, dock har landsting 1 en mycket hög siffra av förskrivna FaR trots bristen på samordning (se tabell 1). Metoden fysisk aktivitet på recept har nått ut enligt antal förskrivna FaR, utsträckningen går emellertid enligt författaren inte att se i direkt samband med status i landsting. Förskrivning och FaR-samordningen är olika utbredda men gemensamt är att det finns utrymme till utveckling och utökning i alla berörda landsting, författarens åsikt överensstämmer där med FaR-samordnarna. Sammanfattat går det inte att se så stora skillnader gällande förskrivning av FaR så att det kan kopplas till social orättvisa. (Beauchamp 1976, s.101-109) Dock är de ekonomiska resurserna för individerna överlag olika i landstingen vilket i sin tur kan bidra till svårigheter att ha råd och möjlighet att utföra vissa aktiviteter. Förutsättningarna för människor med sämre socioekonomisk status leder oftare till ohälsosamma vanor och möjligheten till upprätthållande av bra hälsa blir sämre. (Hogstedt 2003, s.35 ff. & Marmot et al. 1991)

5. Sammanfattande Diskussion

Resultatet i studien visar en generell ökning av förskrivna FaR samt ett ökat intresse både hos förskrivare och patienter i landstingen överlag. Däremot är insikt runt den socioekonomiska statusen mer omfattande för landstingen *med bättre socioekonomisk status*. De informanterna redogör för ett överlag större intresse samt insikt i problematik runt metoden medan viljan att öka förskrivning lyfts mer hos de andra landstingen. Landsting 1, 2 och 3 har inte FaR-samordning med nätverk, kontakt och samarbete som landstingen med sämre socioekonomisk status, något som nämns i bakgrunden som bärande för en bra fungerande metod. För landstingen med *sämre socioekonomisk status*, är de hinder som lyfts i studien angående FaR, lättare att åtgärda jämfört med de hinder som lyfts hos landstingen med bättre status. Det finns, som studien visar, för och nackdelar kopplat både till landsting bättre och sämre socioekonomisk status, för individ och landsting. Däremot är betydande missgynnande hinder, gällande FaR, mer kopplat till landstingen med sämre status, som sämre ekonomi, vilket försvårar möjlighet till träning. Allt är inte ett eget val, det kan vara färgat av villkor som rått en längre tid. Utifrån resultatet tycks det som att förutsättningarna dock är relativt lika gällande tillgång till FaR. Kunskapen och förståelsen gällande socioekonomisk status tycks emellertid vara något bredare hos samordnarna för landstingen med bättre status. Sammanfattat tolkar författaren resultatet som att den *sämre socioekonomiska statusen* kan göra situationen något mer missgynnande för invånarna i de landstingen. Det är dock ingen

betydande skillnad som syns i denna studie, utan det baseras dels på de förutsättningar som finns för människor beroende på deras bakgrund.

Gemensamt för alla landsting var bland annat medvetenhet om landstingets socioekonomiska status samt att de utgick från egna riktlinjer med inspiration av studier i arbetet med FaR. Författaren ser att samarbete mellan landstingen skulle kunna gynna alla, att dela med sig av kunskap om vad som fungerar, att dela ”resurser” för att alla ska nå en riktigt bra fungerande metod. Verktyg för fysisk aktivitet på recept skulle då kunna nå och hjälpa fler, något som i längden skulle kunna leda till en mer jämlik metod.

6. Vidare Forskning

Som framtida forskning ser författaren ett behov av mer djupgående forskning som undersöker hur FaR ska kunna nå alla individer. Exempelvis genom att undersöka vilken vinst FaR kan vara för samhället och individuellt för de med sämre förutsättningar genom att låta FaR ingå i högkostnadskortet. Klyftor ökar, vi blir fetare och sjukare, FaR är en metod som skulle kunna behandla detta, ifall den blir starkt implementerad i samhället. Hur vi får människor att ta hand om sig själva genom fysisk aktivitet och träning i förebyggande syfte är ett vedertaget samhällsproblem och enligt författaren är det intressant och viktigt att forska vidare om. Författaren finner det även intressant att göra en studie i enskilt landsting för att jämföra kommuner samt städer mot landsbygd för att undersöka den socioekonomiska statusen mer på individnivå.

Käll- och litteraturförteckning

Tryckta och Elektroniska källor

Alter, A., Naylor, D., Austin, P & Tu, J V. (1999). Effect of socioeconomic status on access to invasive cardiac procedures and on mortality after acute myocardial infarction. *The New England Journal of Medicine*, vol. 341 (18)

Backhans, Mona & Hogstedt, Christer (2003). *Välfärd, jämlikhet och folkhälsa: vetenskapligt underlag för begrepp, mått och indikatorer*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Beauchamp, D. (1976). Public Health As Social Justice. *Inquiry*, vol. 13(1) S.3-14.

Bergfeldt, L., Englund, A., Gjesdal, K., & Ståhle, A. (2008). Hjärtrytmrubbningar. I *FYSS 2008: fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. 2. Uppl. Stockholms folkhälsoinstitut. S.312-324.

Birkeland, K., Henriksson, J. & Östenson, C-G.(2008). Diabetes mellitus – typ 1-diabetes, Diabetes mellitus – typ 2-diabetes. I *Fyss 2008: fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. 2. Uppl. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut. 292-299.

Birkeland, K., Henriksson, J. & Östenson, C-G.(2008). Diabetes mellitus – typ 2-diabetes. I *Fyss 2008: fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. 2. Uppl. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut. 301-311.

Campbell, C., Kelly, M.& Wood, R.(1999). Social Capital and Health. *Health Education Authority*: London. S. 10-157.

Cider, Å. & Ståhle, A. (2008). Kranskärlsjukdom. I *FYSS 2008: fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. 2 uppl. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut. S.359-375.

Conolly, V., Unwin, N., Sherri, V., Bilous, R & Kelly W. (2000) Diabetes prevalence and socioeconomic status: a population based study showing increased prevalence of type 2 diabetes mellitus in deprived areas. *Journal of Epidemiol Community Health*, vol. 54. S. 173–177.

Dahlgren, G. (2008). Neoliberal reforms in Swedish primary health care: for whom and for what purpose? *International Journal of Health Services*, vol. 38 (4). S.697-715.

Eriksson, M. (2003). Socialt kapital: teori, begrepp och mätning - en kunskapsöversikt med fokus på folkhälsa. Diss. Umeå universitet. Umeå: Univ.

Fraser, N., & Honneth, A. (2003). *Redistribution or recognition? A political-philosophical exchange*. London: Verso. S. 7-30.

FYSS 2008: fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. 2. Uppl. (2008). Stockholm: Statens folkhälsoinstitut

Goldberg, Ted (red.) (2000). Samhällsproblem. 5, [rev.] uppl. *Lund: Studentlitteratur*.

Hassmén, Nathalie & Hassmén, Peter (2008). *Idrottsvetenskapliga forskningsmetoder*. Stockholm: SISU idrottsböcker.

Kallings LV, editor. FaR® -Individanpassad skriftlig ordination av aktivitet. R 2011:30. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2011. S.1-40.

Kirby, J & Kaneda, T. (2005). Neighborhood Socioeconomic Disadvantage and Access to Health Care. *Journal of Health and Social Behaviour*, vol, 46 (1). S.15-29.

Krugman, P (1996). The spiral of inequality. *Mother Jones*. vol. 21 (6). S. 44-49.

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur

Leijon, M., Kallings, L., Faskunger, J., Lærum, G., Börjesson, M. & Ståhle, A. (2008). Främja fysisk aktivitet. I *FYSS 2008: fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och*

sjukdomsbehandling. 2. uppl. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut. S. 48-61.

Loury, G (1998). "Who Cares about Racial Inequality?" *Institute on race and social division*. Boston universitet. S. 134-142.

Lynch, J., Kaplan, G., Cohen, R., Tuomilehto, J & Salonen, T. (1996) Do Cardiovascular Risk Factors Explain the Relation between Socioeconomic Status, Risk of All-Cause Mortality, Cardiovascular Mortality, and Acute Myocardial Infarction? *American Journal of Epidemiology*, vol. 144 (10). S. 934-941.

Marmot, M.G., Smith, G.D., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., Brunner, E. & Feeney. A. (1991) Health inequalities among British civil servants: The Whitehall II study, *The Lancet*. Vol. 337, (8754). S.1387-1393.

Molarius, A., Berglund, K., Eriksson, C., Lambe, M., Nordström, E., G Eriksson, H. & Feldman, I. (2006). Health inequalities: Socioeconomic conditions, lifestyle factors, and self-rated health among men and women in Sweden. *European Journal of Public Health*, vol. 17 (2). S.125.132.

Nilsson K (2010). *Nationell utvärdering av receptförskriften av fysisk aktivitet (FaR®) – Slutredovisning av regeringsuppdraget. 2010:05*, Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut. <http://www.fhi.se/Publikationer/Alla-publikationer/Nationell-utvardering-av-receptforskriven-fysisk-aktivitet-FaR-Slutredovisning-av-regeringsuppdrag/>. [2011-11-14].

Nilsson, T. & Waldenström, D. (2011). Hur kan ojämlikhetens hälsoeffekter identifieras? *Ekonomisk debatt*, årgång 39, (4). S. 6-17. <http://www.nationalekonomi.se/node/287> [2012-02-08].

Reisch, M. (2002). Defining Social Justice in a Socially Unjust World. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, vol. 83 (4). S. 344-354.

Rothstein, B & Uslaner, E. (2005). All for All: Equality, Corruption, and Social Trust. *Cambridge Journals*, vol. 58 (1). S.41-72.

SCB, (Statistiska Centralbyrån) <http://www.scb.se/> [2012-02-17].

Socialstyrelsen. *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011* [Elektronisk resurs]: tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor: stöd för styrning och ledning. (2011). Stockholm: Socialstyrelsen <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-11-11> [2012-01-25].

Svenska FN-förbundet, (2008), *Allmän förklaring om de mänskliga rättigheterna*, Bryssel: UNRIC.

Tyni-Lenné, R., Cider, Å. & Schaufelberger, M. (2008). Hjärtsvikt. I *FYSS 2008: fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. 2 uppl. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut. S.325-342.

Ågren, Gunnar (2003). Den nya folkhälsopolitiken: nationella mål för folkhälsan. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut. 57, 2:a reviderade upplagan.

World Health Organization Protection of the Human Environment (2004), *Poverty, assessing the distribution of health risks by socioeconomic position at national and local levels*. Geneva. S.1-10.

Otryckta källor

Informantförteckning

Informant 1-6, arbetande inom region och landsting i Sverige. Enskilda intervjuer 15 februari till och med 29 februari 2012. I författarens ägo.

Bilaga 1

Litteratursökning

Syfte och frågeställningar:

Syftet med denna studie är att genom intervjuer kartlägga FaR-samordnarnas arbete i sex landsting. Tre av de landsting vars invånare i genomsnitt har bland den lägsta respektive högsta *socioekonomiska statusen* i Sverige. Statusen är baserad på disponibel inkomst, nivå av utbildning, antal mottagare av ekonomiskt bistånd och introduktionsersättning till flyktingar, arbetslöshet samt arbetslösa i arbetsåtgärder. Intervjuerna genomfördes för att undersöka om, och i så fall i vilken utsträckning, den socioekonomiska statusen hos invånarna har en koppling till FaR-samordningen och mängden förskrivna FaR i landstinget. Med detta var tanken att se om något tyder på att invånarna i de landsting vars invånare har lägre socioekonomisk status missgynnas.

- Vilka *hinder* respektive *förutsättningar* för FaR-samordningen finns i de sex landsting som ingår i studien?
- Finns det tecken på *koppling* till den *socioekonomiska statusen* hos invånarna och *FaR-samordning* enligt samordnarna?
- Hur ser *omfattningen* gällande antalet *förskrivna FaR* ut i respektive landsting?

Sökord

Här skriver du vilka sökord/ämnesord du har använt, både de svenska och engelska.

”Socioeconomic status Sweden”

”Sweden socioeconomic status health”

”Socioekonomisk status och tillgång till hälsa”

”Socioekonomisk status och jämlik hälsa”

”Behandling med tanke på socioekonomisk status”

“Study socioeconomic status equal health Sweden”

”Low socioeconomic status disease”

”Socioeconomic status, research, health”

”Socioeconomic status access health”
”Studie socioekonomisk status jämlik hälsa”
”Jämlik hälsa socioekonomisk status”
”Sweden socioeconomic status health”

Sökmotorer

Google Scholar, PubMed, SportDiscus, EBSCOhost, Uppsatser.se

Sökningar som gav relevant resultat

Google Scholar

“ Behandling med tanke på socioekonomisk status”
“ Study socioeconomic status equal health Sweden”
“ Low socioeconomic status disease”
“ Studie socioekonomisk status jämlik hälsa”

EBSCOhost:

“Socioeconomic status research health”
“ Socioeconomic status access health “

Pub Med

“ Sweden socioeconomic status health”

Kommentarer

Det var stora svårigheter med att hitta bra forskning till studien, ingen hittades som var närliggande forskningen som bedrevs i denna studie. Fokus lades istället på att hitta forskning om för- och nackdelar kopplat till socioekonomisk status.

Bilaga 2

Mail som skickades för att få kontakt med informanter/samordnare till studien

Hej,

Jag går sista terminen på hälsopedagogprogrammet på Gymnastik- och Idrottshögskolan i Sthlm. Jag arbetar nu med mitt examensarbete där jag vill forska inom området FaR.

Min önskan är att komma i kontakt med en FaR-samordnare/någon som arbetar med Far-frågor, på landstingsnivå. Är du den jag söker eller vet du vem jag bör kontakta? En förhoppning är att få göra en telefonintervju, vecka 7 eller vecka 8.

Syftet med denna studie är att genom intervjuer kartlägga FaR-samordnarna/de som arbetar med samordningen, i sex landsting. Tre av de landstingen vars invånare har lägst respektive högst socioekonomisk status i Sverige. Detta för att undersöka om den, och i så fall vilken utsträckning socioekonomiska statusen hos invånarna har ett samband med FaR-samordningen och mängden förskrivna FaR® i landstinget. Jag vill veta om invånarna i de landsting vars invånare har lägre socioekonomisk status missgynnas inom FaR i förhållande till de med högre status. (Statusen är baserad på variablerna disponibel inkomst, nivå av utbildning, mottagare av ekonomiskt bistånd, arbetslösa samt människor i arbetsåtgärder). Jag skulle vara mycket tacksam för hjälp att genomföra mitt examensarbete.

Vänliga Hälsningar

Josefin Klöfvermark

GIH

(Enligt Kent Nilssons utvärdering av FaR från 2010 bör Statens folkhälsoinstitut kartlägga hur jämlik metoden FaR® är. Det är viktigt att veta om vissa socioekonomiska grupper missgynnas).

Bilaga 3

Intervjuguide

Förkortat syfte och frågeställningar för bra överblick för mig under intervjun

Mitt syfte är att undersöka om *socioekonomisk status* har ett *samband* med antal förskrivna recept och *FaR-samordningen*.

Om de med *sämre status* inte har samma förutsättning till bra *FaR-samordning*, *missgynnas* de då?

Motstånd och förutsättningar till FaR-samordningen?

Samband mellan socioekonomisk status och FaR-samordning?

Syftet har skickats till respondent/informant innan för att öka kvalitet på svaren. (idrottsvetenskapliga forskningsmetoder).

Inledning för att bygga upp ett förtroende. Öppningsfrågor

Vad heter du?

(Info om ung. tid (ev. sagt innan) och understryka att intervjun är frivillig och att de kan avsluta eller avböja att svara på fråga).

Vad är din ålder?

Har du utbildat dig på universitet eller högskola? Vilken utbildning? (Har du gått någon vidareutbildning?)

Hur länge har du arbetat som samordnare för FaR?

Ev. följdfrågor och uttryck för att se om jag gjort mig förstådd under intervjun.

På vilket sätt...

Skulle du säga si eller så...

Kan du berätta lite mer...

Vad innebär...

Kan du berätta hur det kommer sig...

Anser/tror du att det har någon inverkan/samband på...

Finns det faktorer som...

Hur tänkte du då?

Kan du ge ett exempel?

Hur reagerade du då?

Jag förstår, om vi nu övergår till...

Har jag förstått rätt...

Uppfattar jag rätt...

Menar du att...

De egentliga frågorna ska besvara frågeställningar som i sin tur uppfyller syftet.

Kartlägga FaR-samordnarnas arbete

- Vem är din arbetsgivare, chef?
- Kan du berätta vilka arbetsuppgifter du har och vad som ingår i dem?
Följdfråga: Är dina uppgifter som FaR-samordnare under förändring?
- Vad utgår du ifrån när du jobbar med FaR-samordningen/utför dina uppgifter?
*Följdfråga: Stöds samordningen av någon teori, mall, ram eller bestämmelser?
(jobbar du efter något mål?)*
- Hur ser du på betydelsen av FaR-samordningen på landstingsnivå?
Följdfråga:
Vad gör den för skillnad enligt dig?
(nivå kommun, hälso- och sjukvård)
- Känner du till hur din tjänst finansieras?

Antalet förskrivna recept?

- Känner du till hur många FaR som skrivs ut i ditt landsting?
- Hur upplever du att inställningen/intresset är bland förskrivarna?
Följdfrågor:
Är förskrivarna samarbetsvilliga och intresserade av att skriva ut FaR?
Känner du av ett motstånd?
- Har det förändrats under din tid som samordnare?
Jobbar du, ni med en förändring gällande inställning till förskrivning?

Vilket motstånd till respektive förutsättningar för FaR-samordningen finns i de sex landstingen som ingår i studien?

- Hur finansieras FaR-samordningen?
Följdfråga:
Hur ser viljan ut att finansiera, subventionera? (i landstinget)
Vad subventioneras inom FaR-samordningen? (- ex aktiviteter)
Vad har du för medel att arbeta med i utvecklingen av FaR? (- hur mkt?)

- Vad anser du fungerar inom samordningen av FaR i ditt landsting?

Kan du berätta lite, varför är det så tror du?

Vilka förutsättningar ser du för FaR-samordningen, att den ska fungera bra?

- Finns det något du upplever inte fungerar inom samordningen av FaR i ditt landsting?

Kan du berätta hur det kommer sig?

Ser du om det är något som gör att utvecklingen inte sker i den takt den skulle kunna eller borde?

Ser du några motsättningar för FaR-samordningen?

Finns det faktorer som kan eller bör förbättras enligt dig?

Kan du ge något exempel på vad står i vägen för det?

- Hur ser du på invånarnas inställning till FaR och FaR-samordningen, intresse och motstånd där?

I vilken utsträckning finns ett samband mellan den socioekonomiska statusen hos invånarna och deras förutsättningar till en jämlik FaR-samordning.

- Är du medveten om invånarnas Socioekonomiska situation i Landstinget?

Följdfråga:

Hur ser du på det?

- Ser du själv någon koppling mellan invånarnas socioekonomiska status och möjlighet till FaR/ vård?
- Gör du någon skillnad i planering eller behandling inom FaR-samordningen beroende på invånarnas socioekonomiska status?
- Ser eller gör din arbetsgivare enligt dig, skillnad kopplat till socioekonomisk status?
- Skulle du säga att inställningen till FaR är olika hos invånarna beroende på deras socioekonomiska status?
- Är det något du vill tillägga?