



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Institutionen för mat, hälsa och miljö

Vårdpersonalens arbete med Fysisk Aktivitet på Recept

En kvantitativ studie gjord inom primärvården i Västra Götalandsregionen

Johanna Eng
Karina Linnros

Kandidatuppsats, 15hp

Kost- och friskvårdsprogrammet, 180hp

Handledare: Ann Gleerup

Examinator: Monica Petersson

Datum: Juni, 2009



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Institutionen för mat, hälsa och miljö MHM
Box 320, SE 405 30 Göteborg

Titel: Vårdpersonalens arbete med Fysisk Aktivitet på Recept – En kvantitativ studie gjord inom primärvården i Västra Götalandsregionen

Författare: Johanna Eng, Karina Linnros

Typ av arbete: Kandidatuppsats

Handledare: Ann Gleerup

Examinator: Monica Petersson

Program: Kost- och friskvårdsprogrammet

Antal sidor: 29

Datum: Juni, 2009

Sammanfattning

Övervikt och fetma är idag ett stort problem i Sverige och kan leda till en rad hälsorelaterade sjukdomar. En av anledningarna är att människor idag lever ett alldeles för stillasittande liv. För att minska riskerna att drabbas av välfärdssjukdomar har fysisk aktivitet visat sig vara en bra metod. Fysisk aktivitet tillsammans med en god kosthållning kan ytterligare förstärka chanserna till att upprätthålla en god hälsa.

För att komma tillrätta med problemet i Sverige så har folkhälsan fått en tydlig roll i samhällspolitiken. Tydliga mål om hur arbetet med den svenska folkhälsan ska förbättras har utformats. Några av dessa mål innefattar just fysisk aktivitet, goda matvanor samt en hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Inom sjukvården blir det allt vanligare att Fysisk aktivitet på recept (FaR) ordinerar till de patienter som ligger i riskzon eller har drabbats av någon välfärdssjukdom.

Syftet med studien är att undersöka vårdpersonalens arbete med FaR som behandlingsmetod. Vi är också intresserade av att få reda på om kostrådgivning ges samtidigt som FaR ordinerar.

Undersökningen omfattade 45 personer med rätt att skriva ut FaR, och den genomfördes i form av en enkätundersökning.

Resultatet som har framkommit av studien är att vårdpersonal anser sig ha bra kunskaper om FaR och de anser även att det är en bra behandlingsmetod. Trots detta skrivs inte FaR ut i någon större utsträckning. Många kan skicka patienter vidare för kostrådgivning men det förekommer även att de själva ger kostråd.

Nyckelord: FaR, fysisk aktivitet, kostrådgivning, vårdpersonal

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING	3
2. BAKGRUND	3
2.1 Definition av hälsa	3
2.2 Vikten av fysisk aktivitet.....	3
2.3 Vikten av god kosthållning.....	4
2.4 Definition och riskfaktorer för övervikt och fetma.....	5
2.5 Vad beror det på att vi blir fetare	6
2.6 Folkhälsomål i Sverige.....	7
2.7 Sjukvården och FaR	9
2.8 Teorier och modeller för att förändra ett beteende	11
2.9 Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling - FYSS	13
2.10 Den grundläggande forskningen till FaR.....	14
2.11 Sammanfattning.....	16
3. SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	17
4. METOD	17
4.1 Val av metod.....	18
4.2 Utformning av enkät.....	18
4.3 Tillvägagångssätt och urval för insamlande av data	18
4.4 Bearbetning av data.....	19
5. RESULTAT	19
5.1 Kunskap och attityd till FaR.....	19
5.2 Användningsfrekvens och för vilka tillstånd FaR skrivs ut.....	20
5.3 Kostrådgivning och FaR.....	21
5.4 Uppföljning och livsstilsförändring	21
6. DISKUSSION	22
6.1 Metoddiskussion.....	22
6.2 Resultatdiskussion.....	24
6.3 Framtida forskning.....	26
7. REFERENSLISTA	27

BILAGA 1 ENKÄT

BILAGA 2 MISSIVBREV

1. Inledning

Intresset för Fysisk aktivitet på recept väcktes genom den rådande diskussionen som förs i samhället om vikten av fysisk aktivitet för att främja hälsan. Fysisk aktivitet kan verka både förebyggande och botande av vissa sjukdomar samt även ersätta evidensbaserad behandling så som medicinering. När man talar om evidensbaserad behandling menar man behandling som har en stark vetenskaplig och beprövad effekt i positiv riktning. Vi har därför valt att inrikta vår undersökning mot vårdpersonalen som har rättigheter att skriva ut Fysisk aktivitet på recept och hur deras inställning gentemot detta tar sig uttryck. Eftersom även kosten har betydelse för hälsan vill vi också undersöka om de patienter som ordinerats Fysisk aktivitet på recept, även har möjlighet att få kostrådgivning. Fysisk aktivitet på recept förkortas ofta till FaR och herefter kommer förkortningen att användas genom hela texten.

2. Bakgrund

I detta avsnitt kommer olika begrepp inom området, så som hälsa, fysisk aktivitet, övervikt och fetma och dess riskfaktorer samt orsaker till den ohälsa som idag råder bland den svenska befolkningen att behandlas. Här sammanförs även Sveriges folkhälsomål och tidigare forskning. En närmare beskrivning om hur FaR och FYSS (fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling) har utvecklats och fungerar i dagsläget finns också här. För att få en överblick över hur man arbetar med FaR inom Västra Götalandsregionen (som vår undersökning delvis omfattar) så presenteras även en sammanfattning av en utvärdering om FaR-arbetet under 2005.

2.1 Definition av hälsa

Hälsa kan betyda olika ur flera synvinklar beroende vem betraktaren är. WHO tog i samband med Ottawakonferensen fram följande definition av begreppet hälsa (Världshälsoorganisationen, 1986):

”Hälsa ses som en resurs i vardagslivet, inte målet med livet. Hälsa är ett positivt koncept som betonar sociala och individuella resurser såväl som fysisk förmåga”

Hälsa kan handla både om det fysiska välmåendet men också om det psykiska. Man kan mäta hälsa ur ett rent medicinskt perspektiv, genom exempelvis prover som visar på blodfetsstatus, blodsockerkurvor med mera men hälsa kan också mätas subjektivt genom personers upplevda hälsa och välmående (Elinder Schäfer & Faskunger, 2006).

2.2 Vikten av fysik aktivitet

Definitionen av fysisk aktivitet är enligt Statens Folkhälsoinstitutet (2009):

”All kroppsrörelse som är ett resultat av skelettmuskulaturens kontraktion och som resulterar i ökad energiförbrukning”

Med detta innefattar fysisk aktivitet både organiserad träning och idrott såsom att träna på gym, jympa eller att spela fotboll, men också den icke organiserade träningen ingår i begreppet. Exempel på detta är trädgårdsarbete och friluftsliv och även den vardagsmotion som vi får när vi till exempel tar trapporna istället för hissen, går en hållplats extra till bussen eller städar i hemmet. Fysisk aktivitet kan därmed räknas in utifrån olika aktiviteter och dessutom kan den variera när man tittar på frekvens (hur hård träning man utför), duration (tiden som omfattar den aktuella aktiviteten) samt hur ofta den utförs (Kallings & Leijon, 2003).

Vi människor behöver röra på oss för att våra kroppar ska må bra. Barn rekommenderas att röra på sig minst 60 minuter varje dag (Nordic Councils of Ministers, 2004). Det är bra om den fysiska aktivitet som ett barn får är så allsidig som möjligt då barnet fortfarande utvecklas och behöver få både muskelstyrka, flexibilitet, kondition, snabbare reaktionsförmåga och koordination. Rekommendationerna av fysisk aktivitet för vuxna är 30 minuters träning varje dag och då ska intensiteten minst ligga på en måttlig nivå. Detta innebär exempelvis en rask promenad. Vill man kan man dela upp dessa 30 minuter på kortare pass på minimum 3 x 10 min. Man måste alltså minst röra på sig 10 minuter i sträck för att det skall kunna tillgodoräknas och detta har då samma effekt som om man rör på sig i 30 minuter i sträck. Dessa rekommendationer gäller för att vi ska bibehålla en god hälsa. Vill man uppnå ytterligare hälsovinster bör man öka upp den fysiska aktiviteten till 60 minuter per dag. Även här blir det samma effekt om man delar upp de 60 minuterna på flera olika tillfällen under dagen. Ökas tiden för fysisk aktivitet eller om intensiteten ökas blir hälsovinsterna ännu större. Vilka vinster får man då av att röra på sig regelbundet? Man minskar risken för att drabbas av några av dagens mest vanliga folksjukdomar såsom diabetes typ 2, övervikt/fetma, hjärt- och kärlsjukdomar, benskörhet och högt blodtryck betydligt (Kallings & Leijon, 2003). Fysisk aktivitet har även många andra fördelar och är den enda enskilda metod för att förebygga och förhindra sjukdomsförlopp av vart och ett av dessa tillstånd. Biverkningarna är minimala om man tar hänsyn till personens egen förmåga och förutsättningar. Genom att vara fysiskt aktiv förbättras också konditionen och muskelstyrkan som gör att man orkar vara mer aktiv i vardagen. Risken att drabbas av depression och ångest minskar också.

Hjärt- och kärlsjukdomar är idag en av våra vanligaste folksjukdomar (ibid). Man har sett att de personer som dagligen rör på sig och är fysiskt aktiva har en betydligt minskad risk att drabbas än de som är inaktiva. Stillasittande personer löper dubbelt så stor risk att drabbas än de som är fysiskt aktiva inom de rådande rekommendationerna.

2.3 Vikten av god kosthållning

För att vi människor skall kunna må bra krävs det att vi tillför kroppen energi och näring (Abrahamsson, Andersson, Becker & Nilsson, 2006). Det får vi genom den mat vi äter. Målet bör vara att man ska få i sig tillräckligt med energi och näring i rätt proportioner och i rätt mängd. I regel brukar ett förhöjt energiintag leda till en viktuppgång och därför är det viktigt att energiintag och energiutgift ligger i balans. Livsmedelsverket (2009) har därför tagit fram kostrekommendationer som kan vara till hjälp för att hålla en god kosthållning. De fem rekommendationerna är:

- Ät gärna 500 gram frukt och grönsaker varje dag.
- Välj nyckelhålmärkta livsmedel.
- Ät mycket fisk. Tre gånger i veckan är lagom.
- Använd flytande margarin eller olja i matlagningen istället för annat fett.
- Bröd bör ätas till varje måltid och då gärna fullkornsbröd.

Det gäller också att hålla en bra måltidsordning vilket innebär cirka 5-6 måltider per dag jämnt fördelat under dagen. Utav dessa ska 3 vara huvudmåltider, alltså frukost, lunch och middag och därutöver bör 2-3 mellanmål intas. Huvudmåltiderna ska ge energi från protein, kolhydrater och fett. Man bör också minska på energitäta livsmedel så som bakverk, godis och sötade drycker eftersom de innehåller mycket energi i förhållande till sin vikt och att det ger en stor mängd av mättat fett och transfetter vilket vi bör minska på. Istället bör fett komma från exempelvis oljor, nötter och fet fisk som innehåller enkel- och fleromättade fetter. Maten vi äter bör också innehålla vitaminer och mineraler för att vi skall kunna täcka

vårt behov och därför rekommenderas cirka 500 gram frukt och grönsaker per dag. Håller man sig till dessa näringsrekommendationer och därtill också är fysiskt aktiv finns det ingen anledning att tillföra kosttillskott utan man får i sig den mängd näring som kroppen behöver. Det har också visat sig att risken för hjärt- och kärlsjukdomar och övervikt har minskat om dessa rekommendationer följs. Däremot kan energibehovet öka om man är fysiskt aktiv och man kan då istället öka storleken på portionerna något, men det beror på hur fysisk aktiv man är och hur hård intensitet man håller.

Som ett mått på hur och i vilken mängd man skall äta så finns det en modell som kallas tallriksmodellen (Abrahamsson, Andersson, Becker & Nilsson, 2006). Den visar proportionerna av hur mycket av tallriken som skall bestå av protein (fisk, kött och fågel), kolhydrater (pasta, potatis och ris) samt grönsaker. Ungefär en femtedel fylls med protein, två femtedelar med kolhydrater och de resterande två femtedelarna med grönsaker. Utöver det skall en liten mängd fett tillföras. Behöver man mer energi, om man till exempel tränar ofta och är aktiv, gör man den delen som innehåller kolhydrater större men om man istället vill gå ner i vikt så ökar man på grönsaksdelen på bekostnad av kolhydratdelen. Ett annat verktyg som är användbart är matcirkeln. Den är uppdelad i 7 delar som innehåller olika grupper av livsmedel. För att få i sig en bra komponerad måltid bör det finnas något med från varje del i matcirkeln. De olika delarna är:

- grönsaker
- frukt och bär
- potatis och rotfrukter
- mjölk, ost och övriga mejeriprodukter
- kött, fisk och ägg
- bröd och andra spannmålsprodukter
- matfett

Inom sjukvården finns idag redan en behandlingsform där patienter kan få recept utskrivet på fysisk aktivitet. Detta är ett sätt inom sjukvården att arbeta i förebyggande syfte. Ett annat förslag som presenteras av professor Gunnar Johansson, professor i kostvetenskap vid Statens Folkhälsoinstitut, i tidskriften *Dietist* aktuellt (2009) är måltidordning på recept (MoR) som kan användas i samband med ordination av FaR. Syftet är att man genom det motiverande samtalet med patienten ger kostråd som baseras utifrån de gällande näringsrekommendationerna. Enkelt beskrivet kan sägas att det utgår från Livsmedelsverkets fem kostråd. Anledningen till att man genom det motiverande samtalet tar upp ämnet kost är att man som vårdpersonal först måste försäkra sig om att patienten är mottaglig för den sortens information. Råden som ges är också individanpassade och kan ges i samband med risk för hjärt- och kärlsjukdomar eller diabetes typ 2.

2.4 Definition och riskfaktorer för övervikt och fetma

Vid definition av övervikt pratar man ofta om BMI (Socialstyrelsen, 2008). BMI beräknas genom att man tar vikten i kg och dividerar med längden i meter² (kg/m²). Överviktig är en vuxen som har ett BMI ≥ 25 och vid BMI ≥ 30 så har personen fetma. Det finns därefter olika grader av fetma. I Tabell 1 visas de BMI-gränser som WHO har satt upp för när en person är underviktig, normalviktig, överviktig respektive olika klasser av fetma (Världshälsoorganisationen, 2009).

Tabell 1. Tabell över de olika gränsvärdena för BMI

Undervikt	<18,49
-----------	--------

Normalvikt	18,5 - 24,99
Övervikt	25 - 29,99
Fetma klass 1	30 - 34,99
Fetma klass 2	35 - 39,99
Fetma klass 3	≥40

Hur kroppssammansättningen ser ut och hur fett på kroppen är fördelat har också stor betydelse för hur höga hälsoriskerna blir (Abrahamsson, Andersson, Becker & Nilsson, 2006). Om fett sitter kring höfterna, så kallad kvinnlig fetma, är hälsoriskerna inte ökade men sitter fett kring magen, bukfetma, räknas de däremot som höga. Bukfetma är en central del av det metabola syndromet. Beroende på vilken definition av det metabola syndromet man använder sig av innefattar det olika tillstånd, men i alla definitioner ingår bukfetma/övervikt, högt blodtryck, rubbade blodfettssnivåer och höga fasteglukosnivåer. En av riskerna med bukfetma tillsammans med inaktivitet är att man har lättare att utveckla insulinresistens. Fysisk aktivitet har positiv effekt på alla delkomponenter i det metabola syndromet.

För att få fram hur fett på kroppen är placerat kan man använda sig av midja/höft-kvot. Man mäter då midjan och höften och delar sedan midjemåttet med höftmättet. Män som har ett midjemått på över 102 cm och en midja/höft-kvot som är större än 1 och kvinnor som har ett midjemått på över 88 cm och en midja/höft-kvot på över 0,9 ligger i riskzon för att drabbas av hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes typ 2 och högt blodtryck. BMI och midja/höft-kvot ger tillsammans vägledning för om en person ligger i riskzon för att drabbas av dessa följsjukdomar. Vad som är viktigt att tänka på när det kommer till olika mätresultat är att det framför allt är viktigare att vara fysiskt aktiv än att vara inom måtten för värdenas riskzoner (Stähle, 2008). Är man något överviktig eller bukfet och fysiskt aktiv är riskerna att drabbas av hjärt- och kärlsjukdomar avsevärt mycket lägre än om man inte är fysiskt aktiv.

Övervikt och fetma ökar i Sverige och det har blivit ett ökande folkhälsoproblem (Socialstyrelsen, 2008). Lider man av fetma ökar risken för att man ska drabbas av diabetes typ 2, hjärt- och kärlsjukdomar, höga blodfetter och högt blodtryck vilket kan leda till att man kommer att dö i förtid.

I Sverige var 36 % av kvinnorna och 53 % av männen, 16-84 år, överviktiga eller feta 2006. Det visade sig att nära 15 procentenheter fler av männen än kvinnorna var överviktiga men när det gäller fetma skilde det bara 2 procentenheter. Man har under de senaste tio åren sett att antalet kvinnor med fetma och övervikt har stabiliserat sig eller till och med börjat sjunka, men antalet feta och överviktiga män ökar. Att män väger mer än kvinnor beror till viss del på att män har högre procent muskelmassa än kvinnor och att deras skelett väger något mer. Detta förklarar dock inte varför män fortsätter att bli mer överviktiga och feta medan det bland kvinnorna har stabiliserat sig.

Sedan 1980-talet har övervikt ökat i samhällets alla socioekonomiska grupper och man har även sett att det inte spelar någon roll vilken utbildningsnivå man innehar (Socialstyrelsen, 2005). När det gäller fetma har det ökat bland lågutbildade mer än bland högutbildade. Detta gäller både för män och kvinnor.

2.5 Vad beror det på att vi blir fetare

Att vi blir mer överviktiga och feta beror troligtvis på att vi rör oss mindre och gör av med mindre energi än vad vi får i oss genom det vi äter (ibid). Energittillgängligheten hos svenskarna har mellan åren 1990 och 2002 ökat med 600kJ/dag enligt Jordbruksverket. Det vill säga att utbudet och tillgängligheten av livsmedel har ökat markant. Man räknar med att

ungefär hälften av denna energi går till spillo så den genomsnittliga ökningen av energitillgänglighet per dag blir då ungefär 300 kJ. Vi har ökat intaget av bröd och spannmålsprodukter, kött och köttvaror, choklad, godis, läsk och alkohol men man ser också ett ökat intag av frukt, grönsaker och rotfrukter medan konsumtionen av fett, vitt socker och mjölk har gått ner. Jämför man hur energitillgängligheten har ökat med hur det registrerade kostintaget har ökat ser man en klar likhet. Mellan 1989 och 1997 har intaget ökat med i genomsnitt 477kJ/dag hos kvinnor och 334 kJ/dag hos män.

Sedan början av 1980-talet har andelen personer som motionerar regelbundet på fritiden ökat (ibid). Man kan se skillnader mellan de olika samhällsklasserna och bland dem som är lågutbildade hittar man fler som inte motionerar än bland tjänstemän och högutbildade. Det innebär att vi rör på oss mer på fritiden men i samhället i stort ser vi att det har blivit mer bekvämt och att vi därmed har blivit mer stillasittande stora delar av dagen. Rulltrappor har blivit mer lättåtkomliga än vanliga trappor och det är inte ovanligt att de vanliga trapporna göms bakom en dörr och kallas för ”nödutgång” (Engström, 1999). Bara för omkring 50 år sedan var det också vanligt att vi promenerade eller tog cykeln när vi skulle ta oss någonstans, som till exempel till jobbet eller till affären, med det har nu blivit vanligare att vi istället tar bilen. Det moderna och datoriserade samhället har gjort att vi inte behöver röra på oss så mycket som vi var tvungna till innan. Vi kan till exempel köpa saker via internet som kommer direkt hem till vår dörr och det gör att vi inte ens behöver gå utanför dörren för att handla vissa saker. Eftersom begreppet fysisk aktivitet räknar in både den organiserade träningen vi utför på fritiden och vardagsmotionen, som till exempel att cykla istället för att ta bilen till jobbet eller att leka med barnen, är det viktigt att vi skapar vanor som gör att vi rör på oss mer i vardagen också (Socialstyrelsen, 2005).

2.6 Folkhälsomål i Sverige

I Sverige har vi 11 folkhälsomål (Ågren, 2004). Dessa mål har tagits fram av Statens folkhälsoinstitut och ska vara vägledande för att skapa en god folkhälsa och vänder sig till många olika sektorer i samhället. Detta är viktigt då folkhälsan påverkas och berörs av många olika samhällsområden och man vill genom de 11 målen ge folkhälsan en mer tydlig plats i samhällspolitiken.

I den nya folkhälsopolitiken har man valt att utarbeta mål som har hälsofrämjande bestämningsfaktorer istället för att utgå från hälsoproblem och sjukdomar (ibid). Det innebär att man har utgått ifrån faktorer som bidrar till hälsa och ohälsa i människors levnadsförhållanden och samhällsorganisationen. Skillnaden i att sätta upp mål som utgår ifrån bestämningsfaktorer gentemot att sätta upp mål i sjukdomstermer är att man genom politiska beslut kan påverka olika typer av samhällsinsatser. På så sätt kan man se *vad* det är som gör att till exempel hjärtinfarkter minskar och inte bara se *att* de gör det. Man kan då se om det är genom ett förbättrat folkhälsoarbete som minskningen har skett eller om det beror på andra faktorer.

2.6.1 Folkhälsa och fysisk aktivitet

Målområde 9, ökad fysisk aktivitet och målområde 10, goda matvanor och säkra livsmedel går hand i hand när det kommer till att minska välfärdssjukdomarna eftersom man genom kost och motion kan styra energiintag och energiförbrukning (ibid). Detta kan leda till att vi minskar antalet personer som lider av övervikt och fetma som kan leda till att vi drabbas av välfärdssjukdomar. Till dessa sjukdomar räknas bland annat diabetes typ 2, hjärt- och kärlsjukdom och högt blodtryck in. Genom att äta bättre mat och röra på oss mer kan vi förebygga och till och med bota sjukdomar som diabetes typ 2 och högt blodtryck.

Målområde 9, ökad fysisk aktivitet, visar att fysisk aktivitet kan förhindra sjukdomar och detta har man på flera sätt blivit övertygad om på senare år (Faskunger & Schäfer Elinder, 2005). Man kan se att det finns ett proportionellt förhållande mellan träningsintensitet och risken för att drabbas av hjärt- och kärlsjukdom och inaktivitet är i dagsläget en av de tio ledande dödsorsakerna globalt sett. Risken att få symtom eller drabbas av kranskärlsjukdom eller att få en hjärtinfarkt minskar betydligt om vi är fysiskt aktiva. 30 minuters fysisk aktivitet i måttligt tempo, till exempel en rask promenad, räcker för de flesta svenskar för att få en förebyggande effekt. Man vet också att fysisk aktivitet har en blodtryckssänkande effekt. Även när det gäller diabetes typ 2 är fysisk aktivitet en vinnande faktor. Diabetes typ 2 har blivit en av våra stora folksjukdomar och med hjälp av fysisk aktivitet kan vi göra så att behovet av att ta blodsockersänkande mediciner blir mycket mindre och vi kan även förebygga sjukdomen på detta sätt. Skulle fler i samhället röra på sig mer skulle folkhälsan bli bättre och vi skulle spara mycket av samhällets resurser som nu får gå till sjukvården för att ta hand om människor som har drabbats av olika sorters välfärdsjukdomar på grund av för hög inaktivitetsgrad.

2.6.2 Folkhälsa och matvanor

I stora delar av världen är undervikt och undernäring fortfarande det största problemet, men i Sverige är det precis tvärt om och övervikt håller på att bli ett stort problem (Von Haartman, Swanberg & Schäfer Elinder, 2005). Målområde 10, goda matvanor och säkra livsmedel, säger att den mat vi äter är avgörande för vår hälsa. I Sverige är det en så stor del som 10 % av den vuxna befolkningen som är feta och antalet barn och ungdomar som är feta ökar snabbt. Det är även här de människor som befinner sig i de mest socialt utsatta positionerna som är mest överviktiga och hårdast drabbade. Orsaken till övervikt är till stor del en felaktigt sammansatt kost där energiintaget är större än den energimängd vi gör av med. Intaget av fett och mättat fett har minskat de senaste åren men ändå äter en så stor del som 80 % av den vuxna befolkningen i Sverige för mycket fett och 96 % äter för mycket mättat fett. Kostfiber äter nio av tio vuxna för lite av och hälften äter för mycket vitt socker. Ungefär 25 % av energin en vuxen person äter varje dag kommer från energitäta livsmedel vilka exempelvis utgörs av godis, sötade drycker och alkohol. Detta är enligt rekommendationerna alldeles för mycket och borde bytas ut mot mer näringsrika livsmedel med lägre energiinnehåll som till exempel frukt och grönsaker. Endast en liten del av den vuxna befolkningen äter 500 gram frukt och grönsaker om dagen som rekommendationerna säger. För att få människor att bli medvetna om hur viktigt det är med vilka kostval som görs är det av stor vikt att befolkningen i stort i Sverige blir medveten om hur sambandet mellan vad vi stoppar i oss och hälsa hör ihop.

2.6.3 Folkhälsa inom hälso- och sjukvården

Ett annat viktigt målområde för det hälsofrämjande arbetet är målområde nr 6, hälsofrämjande hälso- och sjukvård (Sölvesdotter, 2005). Syftet är att sjukvården ska arbeta inte bara behandlande utan också i förebyggande syfte. Detta område är relativt stort då sjukvården omfattar en rad olika delområden som rör livsstilsrelaterade riskfaktorer, såsom övervikt och fetma, alkohol och droger, tobak, smittspridning och fysisk inaktivitet. 2004 fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att kartlägga arbetet med den hälsofrämjande hälso- och sjukvården i Sverige. Detta resulterade i en omfattande undersökning där syftet bland annat var att ta reda på i vilken omfattning landets landsting implementerade speciellt utformade program för att komma tillrätta med hälsorelaterad ohälsa i ett förebyggande och behandlande tillvägagångssätt. Dessutom ville man ta reda på hur stor del av landets landsting som överhuvudtaget hade utformade program för detta. Det visade sig att många av landets landsting idag faktiskt har utformade program för att behandla dessa problem. Man kunde i resultatet av studien se att den vanligaste riskfaktorn som behandlades i de särskilda

programmen var rökning (75 %). Därefter kom fysisk aktivitet samt matvanor och övervikt. Stor del av landstingen gav både muntlig rådgivning angående fysisk aktivitet och använde också FaR i stor utsträckning. Det finns ändå fortfarande ett stort behov av en mer utbredd användning av hälsofrämjande hälso- och sjukvård då endast 5 % av sjukvårdens resurser går till detta.

2.6.4. Ekonomiska faktorer

Det krävs också mer ekonomiska resurser samt fler utvecklade styr- och uppföljningssystem för att utvecklingen ska gå framåt. En rapport som publicerats av Folkhälsoinstitutet visar att kostnaderna inom sjukvården hade ökat från 225 miljarder år 1980 till 270 miljarder år 1991 (Burström m.fl., 2003). Man har gjort undersökningar av hur stora kostnaderna är för bland annat sjukdomar orsakade av alkohol och rökning men också fysisk inaktivitet. Studier gällande direkta kostnader inom sjukvården har endast gjorts i USA men kan verka representativa även i andra länder. Resultatet visade att fysisk inaktivitet svarade för cirka 2,4 % av kostnaderna inom sjukvården. I Sverige finns det studier som visar på specifika sjukdomstillstånd som går att direkt härleda till fysisk inaktivitet. Exempel på detta är diabetes typ 2. De direkta kostnaderna för diabetes typ 2 i Sverige stod 1998 för cirka 7 miljarder kronor vilket utgör 6 % av sjukvårdens totala kostnader. Slutsatsen kan därför dras att man skulle minska uppkomsten av diabetes typ 2 samt kostnaderna genom att satsa på fysisk aktivitet inom sjukvården. Detta skulle även kunna minska risken att drabbas av andra hälsorelaterade sjukdomar.

2.6.5. Hälsa 21

Sverige antog i september 1998 en hälsoutmaning, Hälsa 21, som WHO har formulerat genom att sätta upp 21 mål (Världshälsoorganisationen, 1998). Om man ser det ur en internationell synvinkel så har Sveriges befolkning idag mycket god hälsa. Trots att det ser bra ut om man jämför med hur det ser ut i många andra länder så har vi en lång väg kvar att gå innan vi har utjämnat hälsoskillnaderna som råder mellan samhällsklasserna. De som har gymnasieutbildning ligger i lägre riskzon att drabbas av välfärdssjukdomar än de som har lägre utbildning och för dem som har högre utbildning än gymnasienivå är riskerna ännu lägre (Socialstyrelsen, 2005). För en arbetande man är risken 50-60 % högre att drabbas av en hjärtinfarkt och på så sätt mista livet än för en man som är högre tjänsteman och för kvinnor är samma siffra 60 %. Man vet inte riktigt vad orsaken till dessa skillnader är men man vet att det bland annat beror på att levnadsförhållandena ser olika ut hos de olika grupperna och det innefattar även att vi har olika kostvanor. Mål nummer 11 i Hälsa 21, hälsosammare levnadsvanor, menar bland annat att vi ska kämpa för sundare kostintag och att vi ska bli mer fysiskt aktiva. Målet är att hälsosamma matvanor ska gynnas och att detta ska leda till att överviktsproblemen kommer att minska. Detta i sin tur kommer att ge stora hälsovinster för samhället, speciellt inom de mest sårbara grupperna såsom grupper med låg inkomst. Även om hälsoupplösning inte kan lösa hela problemet med att förändra människors kostvanor är detta en stor och viktig del av arbetet för att främja ett hälsosamt levnadssätt. Att cykla eller gå istället för att ta bilen ger också stora hälsovinster.

2.7 Sjukvården och FaR

FaR har utvecklats från ett projekt, Sätt Sverige i Rörelse, som genomfördes på uppdrag av regeringen 2001. Syftet var att få befolkningen att röra på sig mer samt att vända trenden mot en mer aktiv livsstil (Kallings & Leijon, 2003). Denna metod har därefter kommit att utvecklas och användandet av FaR som behandlingsmodell har idag ökat kraftigt. Syftet med denna behandlingsmetod är att öka den fysiska aktiviteten hos patienten samt att få till en beteendeförändring på lång sikt. Behandlingen kan ske med enbart fysisk aktivitet som ordination eller delvis då den görs i samband med medicinering.

2.7.1 Olika tillvägagångssätt i arbetet med FaR

Arbets sättet inom behandlingen av FaR kan se olika ut från landsting till landsting, men även från vårdcentral till vårdcentral (ibid). Varför det kan se olika ut beror på att förutsättningarna för vart man har möjlighet att skicka patienterna ser olika ut från område till område. I vissa fall kan patienten få ett recept utskrivet och får sedan motionera på egen hand men ofta finns det en FaR-handläggare som patienten rekommenderas att uppsöka för att där komma fram till vilken motionsform som passar personen bäst och var denna kan utföras. Ofta samverkar FaR-förskrivare med friskvårdsorganisationer vilket gör att det ser olika ut mellan olika landsting men även olika vårdcentraler inom samma landsting har olika samarbetspartners. Idag finns ingen plan för hur man skulle kunna arbeta med FaR generellt utan varje vårdenhet får arbeta fram en metod som passar för just den enheten. Inom primärvården finns det ett stort intresse för FaR men trots det så är det stor skillnad mellan olika regioner hur integrerat arbetet är (Faskunger & Schäfer Elinder, 2005). Hos 69 % av alla vårdcentraler finns det speciell personal som har till uppgift att se till att programmet eller rutinerna för fysisk aktivitet efterlevs, utvärderas och uppdateras. Trots det finns det fortfarande många landsting som inte använder sig av FaR eller andra metoder för att öka den fysiska aktiviteten hos patienten. Nära hälften av alla vårdenheter i Sverige har idag en plan för ett hälsofrämjande arbete inom sjukvården. Detta innefattar både muntliga råd till patienterna men också FaR samt remisser.

På ett FaR ska det stå vilken dos av fysisk aktivitet patienten ordinerats (Kallings & Leijon, 2003). Det innebär att det klart och tydligt ska stå hur länge, hur intensivt och hur ofta patienten ska motionera varje vecka. Här ska även tas upp vad det förväntas för effekt av att patienten rör på sig mer och även en tid för återbesök är önskvärd.

Arbetet med Fysisk aktivitet på recept är ett internationellt arbetssätt som finns i såväl Storbritannien, Nya Zeeland som USA, och det pågår ett stort utvecklingsarbete inom området i framförallt USA och Storbritannien (ibid). Det har bland annat tagits fram ett kvalitetssäkringssystem som starkt påvisar vikten av ett bra samarbete mellan olika medverkanden inom såväl vården som politiken och föreningar. Detta är viktigt för att det inte ska uppstå klyftor inom bland annat den evidensbaserade medicinska vården.

2.7.2 Olika modeller för FaR

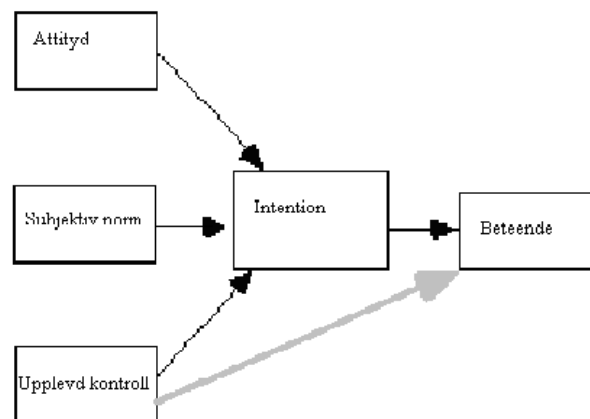
Arbetsmodellerna inom FaR skiljer sig åt och kan se olika ut beroende på kommun och landsting. I Sverige finns det idag olika framtagna modeller för hur arbetet med FaR kan gå till och exempel på detta är Hallandsmodellen, och Fysioteksmodellen (Rödjer, Jonsdottir & Börjesson, 2006). I Västra Götalandsregionen har man tagit fram en samordnarmodell. Den fungerar så att patienten får ett recept ordinerat av framförallt en läkare vilka är de som i huvudsak har befogenhet till att skriva ut FaR. Även distriktssköterskor, sjukgymnaster och hälsopedagoger har i vissa delar av regionen också denna befogenhet genom att de har skaffat sig den erfarenhet och kunskap som krävs för att få ordinera FaR. Därefter får patienten träffa en FaR-samordnare som har ett motiverande samtal med patienten och går igenom tänkbara alternativ till aktiviteter för patienten, det kan exempelvis vara vattengymnastik, stavgång eller grupp-gymnastik. Samordnaren ger också patienten förslag på olika föreningar som ingår i aktivitetslistan. Det kan exempelvis vara Friskis & Svettis eller Frilufsfrämjandet. Patienten får sedan själv ansvaret att efterfölja ordinationen. En uppföljning av patienten ska sedan göras av den ordinerande vårdpersonalen eller samordnaren.

2.8 Teorier och modeller för att förändra ett beteende

För att FaR ska fungera som behandlingsmetod är det viktigt att vårdpersonalen är insatta i hur människors beteenden kan förändras och är tränade på olika modeller som har visat sig fungera bra för detta ändamål (Östlund, 2004). För att nå framgång måste personalen ha kunskaper i samtalsmetodik och hur beteendeförändring kan ske. Genom att använda sig av olika modeller för hur ett samtal kan vara upplagt är det lättare att få till stånd en beteendeförändring hos en patient än om patienten bara blir informerad och tillhandahållen livsstilsråd. I följande stycke förklaras Theory of planned behavior (TPB), motiverande samtal (MI) och Stages of change model som är vanliga modeller som används inom vården när man vill åstadkomma en förändring i beteendet hos en patient.

2.8.1 Theory of planned Behavior (TPB)

Vid beteendeförändring är det olika faktorer som är inblandade (Andersson, 2002). I TPB är det: attityd till beteendet, subjektiv norm och upplevd kontroll. Om man har en positiv attityd till förändring, man ser att andra för sig själv betydelsefulla människor i sin omgivning (subjektiv norm) är positiva till förändring och om den upplevda kontrollen är lika med den faktiska kontrollen ökar sannolikheten till att intentionen att förändra beteendet ska öka. Det vill säga att attityd, subjektiv norm och tron på sin egen vilja till förändring är viktiga för att man ska bli motiverad till att förändra sitt beteende (se figur 1).



Figur 1. Figuren visar modellen för hur Theory of planned behavior ser ut (Efter Andersson, 2002).

Teorin används för att vi ska kunna förstå och förutsäga personers beteende. Ju mer motiverad en person är till att ändra sitt beteende desto troligare är det enligt teorin att personen verkligen gör det och att det nya beteendet kommer att bibehållas.

TPB bygger på en annan teori: Theory of reasoned action (TRA) (ibid). Skillnaden mellan dessa två modeller är att TPB även har *upplevd kontroll* som en faktor som är viktig för att det ska ske förändringar i beteendet. Det har visat sig att detta tillägg har gjort att det är lättare att förutsäga beteenden som påverkas av yttre kontroll eller som är viljemässiga.

TPB har tidigare använts i interventioner för att få ett förändrat beteende hos människor. Den har bland annat tillämpats i studier om rökning, alkoholkonsumtion och val av matvanor men det har också setts att den lämpar sig väl till interventioner om fysisk aktivitet.

2.8.2 MI - Motiverande samtal

För att kunna göra en beteendeförändring på lång sikt krävs också psykisk omställning (Stähle, 2008). Arbetet med den mentala delen är mycket viktig i ett sådant sammanhang då

en person ställs inför en livsstilsförändring. Det kan till exempel handla om att sluta röka, gå ner i vikt eller börja röra på sig. Inom sjukvårdens förebyggande arbete och inte minst vid samtal om fysisk aktivitet används metoden motiverande samtal (MI). Metoden går ut på att få patienten att själv komma på vad problemet eller problemen är och utifrån det komma fram till en lösning. Man vill med MI också få patienten att tro på sig själv. Metoden grundar sig på att personen som leder samtalet (samtalsledaren) får patienten att känna trygghet. Samtalsledaren finns inte där för att styra samtalet utan för att reflektera det patienten säger och att fånga upp de delar som patienten uttrycker som förändringsbenägenheter. Man stimulerar sedan utifrån dem patienten att förstärka dessa värderingar och uttryck till konkret handling. Genom att göra återspeglingar och reflektioner kan samtalet fokuseras på olika punkter som belyser patientens förmåga till förändring. I MI arbetar man också mycket med att få patienten att ta beslut och åtaganden. Det har visat sig ha stor effekt på att förändringarna verkligen genomförs när man står inför beslut man faktiskt själv har kommit fram till. Motiverande samtal har även visat sig vara mycket effektivt i samtal med patienter som har visat mycket motstånd till att göra någon förändring eftersom metoden går ut på att minska motståndet genom det patientcentrerade samtalet. Samtalet går ut på att inte tvinga någon till en förändring om denne inte vill utan att komma fram till olika lösningar utifrån patientens egen önskan och vilja.

2.8.3 Stages of change model

Människor befinner sig i olika faser när det kommer till hur motiverade de är att sätta igång med ett förändringsarbete så det kan vara klokt att den som arbetar med patienter som vill göra förändringar är insatt i alla de olika faserna innan processen med förändringsarbetet börjar (Ewles & Simnet, 2005). Stages of change model är en modell som är utvecklad genom omfattande forskning och den innefattar både kunskaper och insikter från flera olika psykologiska teorier. Människans naturliga beteende syns klart i denna teori och det finns studier som visar att modellen har använts framgångsrikt i hälsofrämjande arbete både när det kommer till att öka motivationen och för att nå en viktminskning.

När man vill uppnå en beteendeförändring så går man igenom olika faser. I stages of change pratar man om dessa faser:

Prekontemplation: Detta är en fas som kommer innan personen ens vet om att det finns ett behov av förändring eller inte accepterar att hon är i stort behov av en förändring. Motivationen finns då inte för att en förändring av livsstilen ska vara genomförbar.

Kontemplation: Det är denna fas som är den första fasen man hamnar i när man har tillräckligt med motivation för att göra förändringar.

Beslut: Här fattas beslutet om vad det är som ska förändras. Det kan vara att börja motionera mera eller att börja äta mer grönsaker varje dag.

Handling: Här börjar man aktivt genomföra beslutet och gör en handling av det man har kommit fram till att man vill förändra.

Upprätthållande: I denna fas fortsätter man med att genomföra det man beslutade i beslutsfasen.

Återfall: Att börja med nya vanor kan kännas bra många gånger och man märker att man har nått en bättre hälsa men de flesta får återfall till de gamla vanorna en eller flera gånger. Att man när man har fått ett återfall går tillbaka till kontemplationsfasen igen och börjar på nytt

är viktigt. De flesta går igenom de olika faserna mer än en gång innan de hittar ett sätt att bryta den gamla vanan och leva helt efter den nya.

Utgångsfasen: När man har kommit hit har man etablerat den nya vanan i sitt beteende.

För att kunna ge en patient den hälsouppllysning som passar för just den personen är det viktigt att veta vilken fas patienten befinner sig i. När fasen är identifierad kan det hälsofrämjande arbetet skraddarsys och precis rätt hälsoinformation kan ges till rätt person. Befinner sig personen i handlings- eller upprätthållandefasen är strategier för beteendeförändring lämpliga för den personen. När man befinner sig i beslutsfasen passar strategier för att underlätta beslutsfattande bäst och i kontemplationsfasen passar strategier för egenförstärkning. Om en person befinner sig i prekontemplationsfasen lämpar sig höjande åtgärder. I denna fas är inte personen beredd att göra några förändringar och det är inte någon idé att försöka skynda på personen att vilja förändra sin livsstil. Det är ett beslut som måste komma från personen själv. Det enda som kan göras i detta läge är att ge personen information men sedan är det upp till personen själv att ta steget in i någon annan fas. Faserna är ordnade i en bestämd följd efter varandra och skiljer sig från varandra (Barth & Näsholm, 2006). För att komma vidare till nästa fas måste man ha hanterat de olika psykologiska utmaningarna som finns i den fas man nu befinner sig. Det är möjligt att stanna upp i en fas eller att gå tillbaka till föregående faser om man inte just i det läge som råder klarar av att genomföra förändringar och gå vidare.

Stages of change var redan från början förankrad med MI (ibid). Många som använder sig av MI använder sig samtidigt av Stages of change som ett redskap i samtalen. De båda metoderna har bland annat det gemensamt att ambivalensbearbetning är viktigt för att komma vidare med förändringsarbetet. Ju mer ambivalent en patient är desto svårare är det att komma framåt. Stages of change fungerar som ett verktyg för rådgivaren för att kunna anpassa de insatser som görs exakt efter var patienten befinner sig i de olika faserna.

Metoden är mycket användbar inom primärvården eftersom man här kan utgå ifrån patienten och i vilken fas patienten befinner sig i (Ewles & Simnet, 2005). Utifrån det kan sedan rätt information ges och det kan göras även om tidschemat är pressat vilket det ofta är inom primärvården.

Self-efficacy är ett begrepp man ofta hör när man talar om beteendeförändring (Barth & Näsholm, 2006). Med self-efficacy menas den tilltro man har till sin egen förmåga. Tilltron baseras på tidigare upplevelser och erfarenheter och att man vet att man har klarat av att göra förändringar tidigare.

Ett annat uttryck som används allt oftare i det hälsofrämjande arbetet är empowerment (Ewles & Simnet, 2005). På individnivå handlar det om att individen själv har möjlighet ta kontroll över det liv hon lever. Man har alltså möjlighet att skapa ett inflytande över sin egen situation och på så sätt få en egenmakt över sin livssituation. Samhället ger individen de redskap hon behöver för att själv kunna fatta de beslut som är de mest hälsosamma.

2.9 Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling - FYSS

Arbetet med att ta fram en handbok som skulle finnas till hands för alla som arbetar med hälsofrämjande och preventiv vård började ta form redan 2001 då projektet ”Sätt Sverige i rörelse” genomfördes (Kallings & Leijon 2003). Syftet med FYSS (Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling) är att uppmärksamma och belysa vikten av

vad fysisk aktivitet kan ha för positiv effekt vid olika sjukdomstillstånd samt hur det fungerar i förebyggande syfte. FYSS fungerar också som en handbok för vårdpersonalen där det utförligt står beskrivet duration, frekvens, samt intensitet av den fysiska aktiviteten som ska utföras vid olika sjukdomstillstånd för att de ska känna sig säkra och ha lättare för att skriva ut rätt ordination. FYSS utgår även från behandling med hänsyn tagen till ålder, kön, hälsotillstånd samt kroppsbyggnad. Sammanfattat är FYSS ett viktigt hjälpmedel för vårdpersonalen i deras arbete med att skriva ut FaR till patienter. Den första färdiga versionen kom 2003 och innehållet var då betydligt mindre än vad det är idag (Ståhle, 2008). Den senaste versionen är från 2008 och är i jämförelse en ordentligt uppdaterad version. Bakom det enorma projektet att utarbeta FYSS står organisationen Svenska Idrottsmedicinska föreningens fristående förening Yrkesföreningar för fysisk aktivitet. Boken omfattas av en stor vetenskaplig grund där olika yrkesgrupper deltagit i utförandet av de olika kapitlen. FYSS består idag av 47 kapitel med olika innebörd. Exempelvis finns ett kapitel för varje sjukdomstillstånd som kan behandlas med fysisk aktivitet där det står noga beskrivet effekten av fysisk aktivitet, hur ordinationen skall gå till och på vilket sätt fysisk aktivitet påverkar sjukdomstillståndet till det bättre.

2.10 Den grundläggande forskningen till FaR

Fysisk aktivitet har de senaste åren blivit mer och mer använt inom sjukvården, men fortfarande finns en klyfta mellan den evidensbaserade medicinska behandlingen och FaR (Leijon & Jacobson, 2006). Att mer forskning som styrker FaR som behandlingsmetod behövs är klart, dock har flera avhandlingar publicerats de senaste åren som styrker de positiva effekterna av denna behandling. En av dessa är en studie gjord av Leijon & Jacobson på vuxna patienter i Östergötland län mellan åren 2004-2005. Totalt undersökte man 6300 personer. Bland annat undersökte man huruvida FaR hade effekt på att förändra livsstilen på lång sikt och i vilken omfattning personerna följde ordinationerna. Exempelvis blev hälften av patienterna ordinerade att utöva egen aktivitet (att aktivitet bedrevs på egen hand). Efter 12 månaders uppföljning hade så många som 50 % av patienterna ökat sin aktivitetsnivå sedan de fick ordinationen utskrivna. Totalt sett hade andelen aktiva också ökat generellt över hela populationen inom länet. Undersökningen visade alltså på ett mycket positivt resultat.

Under åren 2001-2003 gjordes en pilotundersökning av FaR som arbetsmetod. Den bestod av två delar och i den första delen undersöktes arbetsmetoder och utarbetande av behandlingsmetoder och det gjordes också en första försöksutskrivning av FaR under ett år (Kallings & Leijon, 2003). Den andra delen följde därefter då man gjorde en uppföljning av dessa patienter. Man tittade bland annat på i vilken utsträckning som ordinationerna hade följts samt om patienterna hade gjort någon positiv livsstilsförändring. För att se resultatet av pilotstudien gjordes enkätundersökningar med både patienter och vårdpersonal och dessutom gjordes intervjuer med utvald vårdpersonal från olika landsting. Resultatet av utvärderingen som gjordes visade att de flesta var positivt inställda till att använda FaR som en del av behandlingen. Däremot visade det sig att vårdpersonalen hade ett stort behov av stöd och utbildning för att kunna känna sig säkra i sin roll att skriva ut dessa recept. Många av dem kände detta stöd från både enhetschefer och kollegor då många frågor diskuterades och ventilerades under projektets gång. I vissa fall ansåg en del vårdpersonal att de inte kommit i gång med själva receptutskrivningen av fysisk aktivitet beroende på att det uppfattades som tidskrävande, då säkerheten inte var så stor som de önskade. Även majoriteten av patienterna upplevde ordinationen av FaR på ett positivt sätt. Många av dem tyckte att stödet var en stor del i behandlingen samt att de hade upplevt en bättre hälsa.

Kallings (2008) har i sin avhandling kommit fram till att de patienter som får FaR följer ordinationen minst lika bra som de som har fått medicinsk behandling. Det har gjorts att

patienter under minst sex månader har ökat sin fysiska aktivitetsnivå, dock är forskningen ny och fler uppföljningar behövs för att se hur patienternas aktivitetsnivå ser ut flera år efter att FaR har ordinerats. Efter sex månader kände patienterna att både den psykiska och den fysiska hälsan var bättre än tidigare och man kände att livskvaliteten ökat på både det mentala och det fysiska planet. Jämfört med en kontrollgrupp som inte ordinerats FaR var den grupp som fått FaR ordinerat två till tre gånger så aktiva. Att den fysiska aktivitetsnivån har ökat har också gjort att kroppssammansättningen har förändrats hos de äldre, överviktiga som tidigare varit inaktiva, vilket även minskar risken för hjärt- och kärlsjukdomar. Detta är en positiv effekt som man får utav fysisk aktivitet och FaR som behandlingsmetod skulle kunna minska sjukdomsburden för såväl patient som samhället.

2.10.1 Arbetet med FaR inom Västra Götalandsregionen

Arbetet med att införa FaR har inom Västra Götalandsregionen pågått sedan 2003. Redan så tidigt som i början av 90- talet har några kommuner arbetat med fysisk aktivitet som behandlingsmetod. Tjörn och Uddevalla är exempel på detta och här har arbetet med riktlinjer fungerat bra redan innan förslagen om nya riktlinjer kom 2003 (Rödjer, Jonsdottir & Börjesson, 2006). Under detta år införde man riktlinjer som ett förslag på hur arbetet inom regionen skulle kunna fungera. Dessa riktlinjer var tänkta att stå till grund för att hjälpa vårdpersonalen med denna nya arbetsmetod. Lokala skillnader om hur riktlinjerna följdes kunde därför finnas. För att göra en uppföljning av hur arbetet hade bedrivits och hur det hade gått, gjordes en utvärdering av Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet samt Institutionen för stressmedicin. Detta gjordes på uppdrag av Regionfullmäktige. Ett steg i denna utvärdering var att arbeta fram en databas som skulle ligga till grund för att i framtiden kunna göra fortlöpande uppföljningar. Man gjorde dessutom studier om hur patienterna uppfattat fysisk aktivitet som behandlingsmetod samt en undersökning av hur arbetet fungerade i dagsläget. Genom samtal med såväl politiker som planeringsledare inom hälso- och sjukvårdskanslierna samt kommunen och enkätundersökning till FaR-samordnare och utvecklare inom regionen kom man fram till att av de tolv hälso- och sjukvårdsnämnder inom Västra Götalandsregionen så hade alla implementerat FaR som behandlingsmetod. Däremot saknades det fortfarande inom vissa nämnder måldokumentation inom området. Sammanfattningsvis kan sägas att undersökningen visar att arbetet med FaR har ökat mycket bara på de två åren som arbetet pågått då studien gjordes. Trots det så visar undersökningen på att det som gjort att arbetet med FaR inte kunnat följas i så stor utsträckning som möjligt ligger på faktorer som att en del vårdpersonal inte visat något intresse för denna behandlingsmetod, att vissa områden inte sett de föreslagna riktlinjerna som genomförbara samt att de ekonomiska resurserna har varit otillräckliga.

Författarna till studien diskuterar bland annat om att läkarna har haft en negativ inställning till att implementera FaR och att detta många gånger kan ha sin förklaring i att kunskapen brister samt att det finns en stor osäkerhet till behandlingsmetoden. Man har också diskuterat om läkare men även annan vårdpersonal anser att behandlingsmetoden är tidskrävande och att då tidsbrist många gånger råder så har denna behandlingsmetod inte prioriterats. För att fysisk aktivitet i framtiden ska kunna bli en naturlig del i valet av behandling så krävs det att vårdpersonal får mer kunskap och känner sig trygga i denna arbetsmetod. Ett förslag som anges av författarna i texten är att införa utbildning av FaR redan i grundutbildningarna då det senare också blir en naturlig del i deras arbete. Trots att det har kommit ett antal rapporter om den positiva effekten av fysisk aktivitet så behövs mer starka bevis på att fysisk aktivitet är något som kan och bör användas i den preventiva behandlingen samt som behandling för specifika sjukdomar och att behandlingen också kan leda till en positiv livsstilsförändring. Man belyser därför att en framtida uppföljning och utvärdering om arbetets gång är viktig för att kunna se utvecklingen av FaR samt även eventuella brister.

2.11 Sammanfattning

Fysisk aktivitet har på senare år blivit allt mer uppmärksammat som behandlingsform för vissa sjukdomstillstånd eller som förebyggande behandling för att förhindra sjukdomsutveckling. Många rapporter och avhandlingar visar på att människor är alldeles för stillasittande och att de hälsorelaterade sjukdomarna fortsätter att öka. Inaktivitet är en av faktorerna som gör att människor idag drabbas av dessa sjukdomar. Fysisk aktivitet behöver inte innebära att man går till gymmet varannan dag utan det räcker enligt rekommendationerna att röra på sig 30 minuter om dagen för att bibehålla en god hälsa. FaR är en behandlingsmetod inom sjukvården som har funnits i Sverige sedan 2001 då projektet ”Sätt Sverige i rörelse” startades. Man gjorde då ett pilotprojekt som senare kom att utvecklas till en etablerad behandlingsmetod inom sjukvården. För att förenkla arbetet och ge vårdpersonalen kunskap och stöd arbetade man fram en handbok som fick namnet Fysisk aktivitet i sjukdomsbehandling och sjukdomsprevention (FYSS). Den har på senare år uppdaterats och den senaste upplagan kom ut 2008. Trots att fysisk aktivitet är en relativt ny behandlingsform har den fått stor uppmärksamhet och är idag implementerad på många sjukvårdsinstanser runt om i Sverige. Däremot finns det stora lokala skillnader i hur stor utsträckning den faktiskt används. Den största orsaken till att FaR många gånger bortprioriteras tros vara att viss vårdpersonal fortfarande känner sig otrygga i sin kunskap att kunna ordinera FaR. Därtill kommer också faktorn att behandlingsmetoden uppfattas som tidskrävande. Ekonomin är också något som är en bidragande orsak till att implementeringen av FaR brister. Det krävs därför större resurser för att kunna få FaR att fungera som en naturlig del i valet av behandling hos patienter med hälsorelaterade sjukdomar.

Vad vi äter har en betydande roll ur hälsosynpunkt. Genom att hålla en god kosthållning och följa NNR:s näringsrekommendationer så får man i sig alla näringsämnen man behöver för att upprätthålla en god hälsa. Detta är inte minst viktigt då man är fysisk aktiv eftersom man då förbrukar mer energi och därmed också näringsämnen. Övervikt och fetma har ökat de senaste åren i Sverige men också internationellt. Många rapporter pekar på att det är människors tillgång till mer energitäta livsmedel samt den stora inaktiviteten som är den betydande faktorn. Vi rör på oss allt mindre i ett samhälle som gör det mer och mer bekvämt för oss samtidigt som den energimängd vi äter blir större. För att förhindra detta kan man enkelt säga att människor skall ligga i energibalans, vilket betyder att energiinkomsterna skall vara lika stora som energiförbrukningen. Då minskar risken att drabbas av övervikt och fetma. Övervikt och fetma kan i sin tur leda till sjukdomar som diabetes typ 2, hjärt- och kärlsjukdomar och högt blodtryck. BMI och midja/höft-kvot är två mått som används för att få en indikation i om man ligger i riskzonen för att drabbas av någon av dessa sjukdomar.

För att i största möjliga mån kunna hjälpa en patient till beteendeförändring finns det olika modeller att följa. Det är viktigt att som vårdpersonal vara väl insatt i den modell man använder sig av. Theory of planned behavior, Stages of change och MI är några av de modeller som är vanligt förekommande inom hälsovården för att få till stånd en beteendeförändring.

I Sverige har vi 11 folkhälsomål som strävas efter att följas. Målområde 6 handlar om en mer hälsofrämjande sjukvård. Det beskriver hur sjukvården inte endast skall arbeta behandlande utan även i förebyggande syfte. Målområdena 9 och 10 handlar om vikten av fysisk aktivitet och hur viktigt det är att vi äter en näringsrik och hälsosam kost. Rör vi på oss tillräckligt mycket och äter efter rekommendationerna från NNR så minskar risken att drabbas av välfärdssjukdomar väsentligt. Strävan finns att alla i samhället ska ha samma förutsättningar för att kunna leva ett hälsosamt liv. Som det ser ut nu så får vi i oss alldeles för mycket av

energitäta och näringsfattiga livsmedel som godis, sötade drycker och alkohol och många kommer inte upp i de rekommendationerna på 500 gram frukt och grönsaker som finns.

3. Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att undersöka hur vårdpersonalen inom primärvården i en större stad inom Västra Götalandsregionen arbetar med FaR som behandlingsmetod och om kostrådgivning ges som ett komplement vid behandlingen.

Frågeställningar:

- I vilken utsträckning skrivs FaR ut som enda eller kompletterande behandlingsmetod då detta är möjligt?
- Har vårdpersonal möjlighet att själv ge kostrådgivning eller remittera till någon annan i samband med FaR?
- I hur stor utsträckning följs patienter som fått FaR utskrivet upp?
- Genomgår patienten någon form av livsstilsförändring och i så fall i hur stor utsträckning?

4. Metod

Kvantitativa undersökningar kännetecknas av att de oftast är mätbara och resultatet presenteras i form av statistik i tabeller och/eller diagram (Patel & Davidson, 1994). Oftast används kvantitativa metoder då man gör undersökningar på större grupper, exempelvis genom enkätundersökningar. Det är viktigt att påpeka att kvantitativa undersökningar utgår från variabler som är lätta att precisera. Det är också variablerna som senare skall kunna mätas utifrån insamlad data. Beroende på hur variablerna ser ut kan man bestämma vilken skala de tillhör, exempelvis ordinal- eller nominalskala. Ordinalskala används om det är fasta svarsalternativ och de rangordnas då i en viss ordning. Nominalskala används när svarsalternativet utgår från bestämda namngivna alternativ, exempelvis yrkeskategori: distriktssköterska, läkare, dietist och man kan då mäta exempelvis antalet ur varje yrkesgrupp. En annan metod att använda sig av är kvalitativa undersökningar. Dessa är användbara då man är ute efter att ta reda på personers egna uppfattningar. Kvalitativa metoder riktar in sig mot att beskriva och analysera utifrån individens egna perspektiv, och som sedan sammanförs i form av en sammanhängande text. En kvalitativ undersökning genomförs i regel med hjälp av intervjuer eller observationer då man kan få en bred bild av hur personer ställer sig till problemet (Larsson, Lilja & Mannheimer, 2005).

När man utför olika studier vill man försäkra sig om att resultatet har en stark tillförlitlighet och att det är signifikant till det problem som undersökningen syftar till (Patel & Davidsson, 2004). Studien bör alltså ha en hög validitet. Vanligtvis används validitet och reliabilitet i kvantitativa undersökningar eftersom dessa undersökningar ofta är mätbara i siffror och statistik. Man bestämmer redan innan studien påbörjas vilken metod man ska använda sig av för att få svar på frågeställningen. För att få en hög validitet är det viktigt att använda sig av en metod som är väl beprövad, dessutom bör man se till att man endast studerar det som är väsentligt gentemot det man vill få fram genom studien. Reliabilitet beskriver däremot hur pålitlig studien är. Att mätmetoderna har utförts på ett tillförlitligt och korrekt sätt som sedan resulterat i en generaliserbar slutsats. Man kan till exempel ställa frågor till personer som sedan kan likställas i resultatet och se hur väl de överensstämmer. I en undersökning bör både validiteten och reliabiliteten vara så hög som möjligt.

4.1 Val av metod

Efter att ha läst om olika metoder för att göra en undersökning valde vi att använda oss av en kvantitativ metod. Ingen pilotundersökning genomfördes då vi insåg att det skulle vara svårt att få vårdpersonal att ställa upp på detta, dock testades frågorna på personer i vår omgivning som inte var insatta i ämnet.

Eftersom tidsbristen ofta är stor inom vården insåg vi att våra respondenter, som var vårdpersonal som har rätt att skriva ut FaR, skulle ha svårt att avsätta tid för kvalitativa undersökningsmetoder som personliga intervjuer eller fokusgrupper. Våra respondenter är oftast mycket upptagna eftersom de arbetar inom sjukvården, därför föll valet på att göra en enkätundersökning. När man delar ut en enkät är man säker på att alla tillfrågade svarar på exakt samma frågor och i samma frågeordning (Patel & Davidson, 1994).

4.2 Utformning av enkät

Enkäten utformades på ett sådant sätt så att vi skulle få svar på våra frågeställningar och syfte. Enkäten bestod av 8 frågor där vissa av frågorna hade svarsalternativ i form av skalor (ordinal- och nominalskalor) där de tillfrågade själva fick bedöma var på skalan svaret skulle hamna (se bilaga 1). Andra frågor hade alternativ där den tillfrågade fick kryssa i ett eller flera av alternativen. Alla frågor hade fasta svarsalternativ och var på det sättet helt strukturerade (ibid).

När man gör en enkätundersökning är det viktigt att tänka på de etiska reglerna som finns (Vetenskapsrådet, 2002). I missivbrevet förklarades att deltagandet är frivilligt och att personen kunde hoppa av sitt deltagande när som helst. På enkäten förklarades att de som deltar kommer att vara anonyma och att det inte kommer att gå att spåra någon enkät till någon vårdcentral eller person.

4.3 Tillvägagångssätt och urval för insamlande av data

Alla vårdcentraler inom primärvården i en större stad i Västra Götalands regionen kontaktades. Genom att titta på Västra Götalands regionens hemsida (www.vgregion.se) var det möjligt för oss att komma i kontakt med de vårdcentraler som vi var intresserade av. Respondenterna valdes ut till att endast gälla vårdpersonal med rätt att ordinera FaR och kom att representeras av läkare, distriktssköterskor, sjukgymnaster, dietister och hälsopedagoger. Vårdcentralerna ringdes upp och överenskommelse gjordes hur enkäterna skulle förmedlas och till vilka. Av dem som valde att ställa upp i undersökning föredrog vissa att få enkäten skickad via e-mail och att vi sedan kunde komma till dem och hämta dem, medan andra föredrog att enkäten lämnades på plats. Eftersom vi inte kunde veta hur många enkäter som delades ut på de vårdcentraler som valde att få enkäten via e-mail, informerades tillsammans med det bifogade missivbrevet (se bilaga 2) om vikten att meddela oss om hur många enkäter som hade delats ut så att eventuellt bortfall kunde beräknas vid resultatbearbetningen. I de fall då enkäten skickades via e-mail hade vi en kontaktperson som kontaktades kontinuerligt. På så sätt fanns möjligheten att hela tiden veta hur många enkäter som hade fyllts i och när de kunde hämtas upp. De vårdcentraler som ville ha enkäten levererad personligen besöktes och sedan fanns vi på plats när enkäterna delades ut. På så sätt blev de ifyllda på en gång och vi kunde ta dem med oss igen när vi lämnade vårdcentralen. Arbetet med att tillhandahålla samt samla in enkäterna tog cirka tre veckor. Alla vårdcentraler fick inte enkäterna samma dag och vissa behövde mer tid än andra för att fylla i dem. Vidare kan sägas att önskemål uttalades om att få in enkäterna på en utsatt tid. En del drog dock ut på tiden och vi var tvungna att via telefon eller besök påminna dem. Förutsättningarna för att få in alla enkäter ansågs inte som så stor då en enkät lätt hamnar bland en hög papper och glöms bort. Därför var vi noga med

att kontakta de kontaktpersoner som vi hade med jämna mellanrum för att på så sätt få hjälp med att få vår urvalsgrupp att besvara enkäten. Vi kan inte vara säkra på att kontaktpersonen hade tid eller engagemang på det sätt som hade varit önskvärt. På de vårdcentraler där enkäter hämtades upp var noggrannheten stor med att ta reda på och direkt skriva upp hur många som delats ut och hur många som blivit ifyllda.

4.4 Bearbetning av data

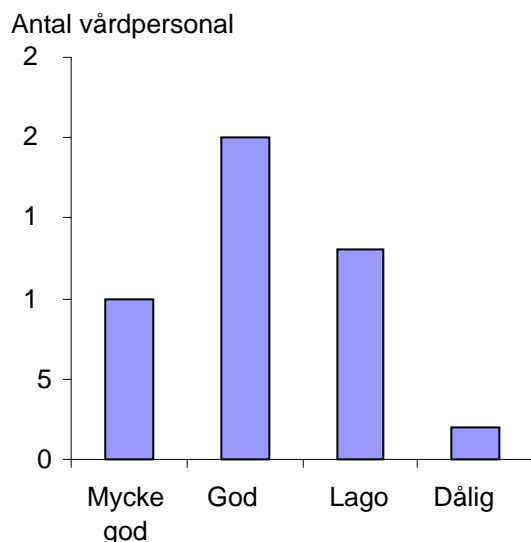
För att analysera den insamlade rådatan användes SPSS - Statistical Packages for the Social Sciences. Alla svarsalternativ fördes in som koder och omarbetades senare till frekvenstabeller. För att visa klart de olika resultaten så valdes att tydligt skriva in vilka variabler som hade studerats för varje tabell samt det totala antalet respondentsvar för varje svarsalternativ. För att resultatet skulle bli så överskådligt som möjligt skrevs en förklarande text till varje tabell.

5. Resultat

Resultatet är baserat på 45 enkäter. Det delades ut 83 så bortfallet blev således 38 (45 %). Målgruppen var vårdpersonal med rätt att skriva ut FaR. Vårdpersonalen representeras därför av läkare, distriktssköterskor, sjukgymnaster, dietister och hälsopedagoger. Resultatet visar inte svar ur enskilda yrkeskategorier. Eftersom bortfallet är så pass högt kan ingen reliabilitet ses i undersökningen. Svarsfrekvensen är så pass låg att inga slutsatser kan dras.

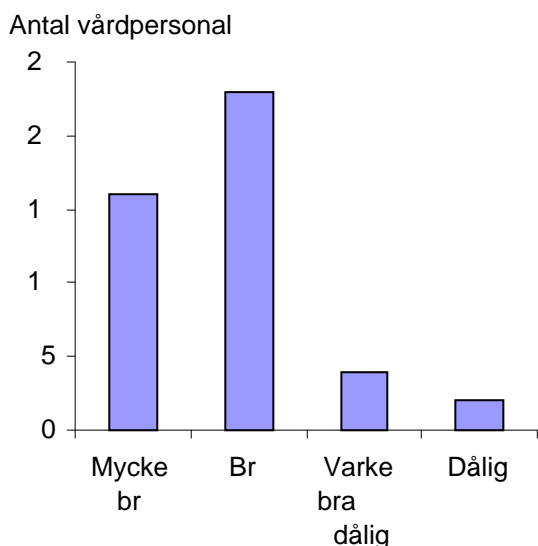
5.1 Kunskap och attityd till FaR

På frågan om vårdpersonalen själva tyckte att de hade tillräckliga kunskaper för att använda sig av FaR som behandlingsmetod svarade nästan alla (n=43) att de tycker att de har lagom, goda eller mycket goda kunskaper inom området (se figur 2). Endast två personer ansåg sig ha dåliga kunskaper inom området.



Figur 2. Diagrammet visar hur vårdpersonalen själv värderar sin kunskap om FaR.

I diagrammet nedan (figur 3), visar staplarna vad vårdpersonalen tycker om FaR som behandlingsmetod. Det var nästan två tredjedelar (n=29) som svarade att de tycker att det är en bra eller mycket bra metod. Det var fyra som inte ansåg att metoden är varken bra eller dålig och två som tycker att FaR är en dålig metod att använda sig av.



Figur 3. Diagrammet visar vad vårdpersonalen tycker om FaR som behandlingsmetod.

5.2 Användningsfrekvens och för vilka tillstånd FaR skrivs ut

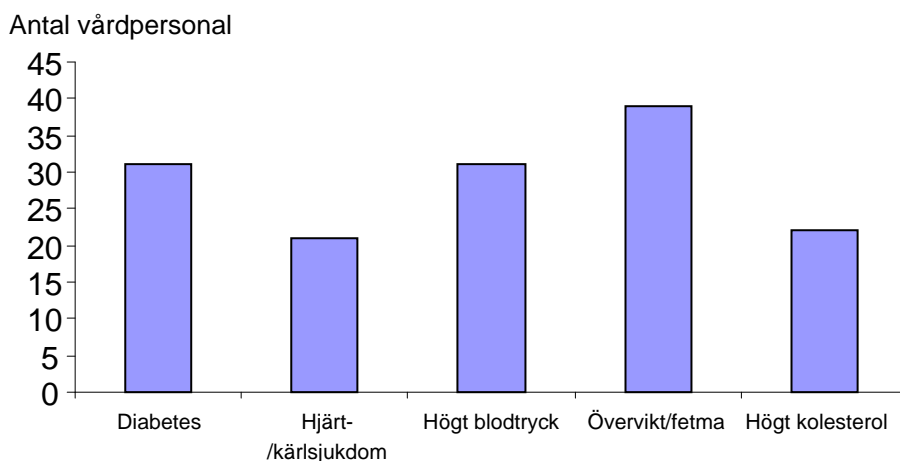
I fråga nummer 3 använde vi oss av en skala från 1 till 6 (där 1=sällan och 6=mycket ofta) där den tillfrågade vårdpersonalen själva fick bedöma i hur stor utsträckning de skrev ut FaR då detta var en möjlig behandlingsmetod istället för eller som komplement till medicinering. Nedan, i figur 4, visas hur de tillfrågade svarade.

Skalenhet	1	2	3	4	5	6
Antal svar	8	11	6	4	13	3

Figur 4. Här visas hur vårdpersonalen placerar sig i en skala över hur ofta de ordinerar FaR när detta är ett möjligt alternativ.

Som man kan se på skalan ligger mer än hälften av de tillfrågade på den nedre delen.

Man kan i diagrammet nedan (figur 5) se hur respondenterna har svarat på frågan om vilka sjukdomstillstånd de oftast skriver ut FaR vid. Flera alternativ kunde kryssas i, därav är antalet svar fler än antalet deltagande. Majoriteten av den tillfrågade vårdpersonalen, n=39, väljer att skriva ut FaR vid övervikt eller fetma. När patienten lider av diabetes eller högt blodtryck väljer två tredjedelar (n=31) att skriva ut FaR. Vid högt kolesterolvärde är det nästan hälften (n=22) som väljer FaR som behandlingsmetod och vid hjärt- och kärlsjukdom är det nästan lika många (n=21). I enkäten fanns även möjlighet att fylla i andra tillstånd då man skrev ut FaR och här framkom att läkarna vanligtvis även skriver ut FaR till patienter som är deprimerade, har ångest och som är stressade. Dessa valdes att inte tas med i diagrammet då de inte ligger inom vårt undersökningsområde.



Figur 5. Diagram över antalet vårdpersonal som skriver ut FaR vid olika patienttillstånd.

5.3 Kostrådgivning och FaR

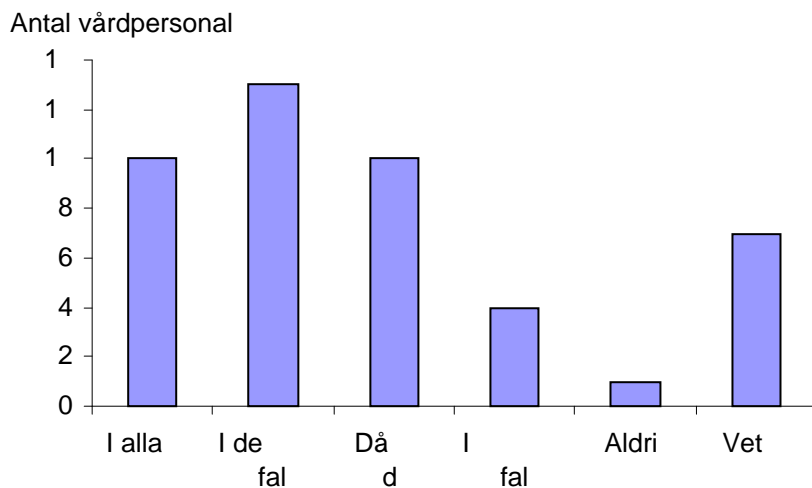
Eftersom en god kosthållning är ett komplement till fysisk aktivitet när man vill uppnå en god hälsa tillfrågades respondenterna om de själva gav kostråd eller om de hade möjlighet att skicka patienten vidare för kostrådgivning. Nästan alla (n=42) av de tillfrågade som hade någon att skicka patienten vidare till för kostrådgivning. Endast tre hade ingen möjlighet att erbjuda patienten detta. Tabell 2 beskriver vart man har möjlighet att skicka sina patienter vidare eller om man själv ger kostråd. Fler alternativ var möjligt att kryssa i, därav blir summan högre än de 45 som deltog i undersökningen. I svarsalternativet ”annat” bad vi inte de tillfrågade att skriva vart de hade möjlighet att skicka patienten men vissa hade valt att ändå skriva detta. De hade då skrivit att det var distriktsköterska, diabetessköterska eller sjuksköterska som tar emot patienten.

Tabell 2. Tabellen visar vart vårdpersonalen har möjlighet att skicka patienter vidare för kostrådgivning i de fall då detta är möjligt.

Dietist	21
Hälsopedagog	15
Ger själv kostråd	18
Annat	17

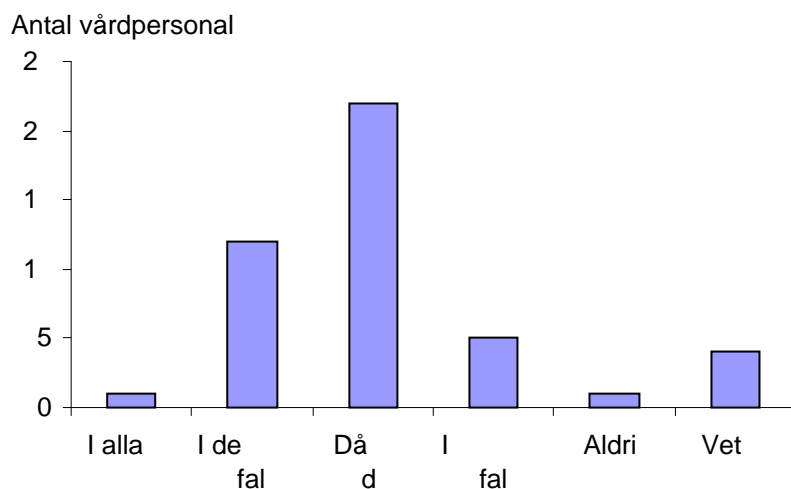
5.4 Uppföljning och livsstilsförändring

På frågan om uppföljning av patienter som har ordinerats FaR sker svarade ungefär en fjärdedel (n=13) att uppföljning sker i de flesta fall, se figur 6. Av de tillfrågade ansåg knappt en femtedel (n=10) att uppföljning sker i alla fall och lika många menade att uppföljning sker då och då. Det var fyra som menade att det aldrig görs en uppföljning av patienten och sju visste inte om uppföljning sker eller inte.



Figur 6. Diagrammet visar i hur stor utsträckning uppföljning sker när patienten fått FaR ordinerat.

Resultatet som kom fram av frågan i hur stor utsträckning som den tillfrågade ansåg att patienterna hade genomgått en livsstilsförändring ses i Figur 7. En respondent menar att patienterna alltid har gjort en livsstilsförändring. En fjärdedel (n=12) tycker att patienterna i de flesta fall har genomgått en livsstilsförändring och knappt hälften (n=22) tycker att det sker då och då. I enstaka fall har patienten förändrat sin livsstil tycker fem respondenter och en tycker att det aldrig har skett någon förändring. Det är fyra som inte vet om patienten har lyckats med att förändra sina vanor eller inte.



Figur 7. Diagrammet visar hur många respondenter som anser att patienten har gjort en livsstilsförändring efter att ha fått FaR ordinerat.

6. Diskussion

6.1 Metoddiskussion

Genom att utföra en enkätundersökning istället för intervjuer eller fokusgruppsintervjuer fanns möjligheten att på kortare tid få svar från fler respondenter. Även tidsbrist bland vårdpersonal gjorde att vi kände att en enkätundersökning var det bästa alternativet. Eftersom bortfallet blev relativt stort fanns inte möjligheten att dra några slutsatser från de resultat som framkommit och resultatet blev inte representativt för urvalsgruppen. Varje person tolkar frågorna i en enkät på sitt sätt och det går inte att kontrollera att de har tolkat frågan på det

sätt som var tänkt. Hade vi varit på plats på varje vårdcentral när enkäten fylldes i hade eventuella oklarheter kunnat redas ut och möjliga missförstånd kunnat förhindras. Om kvalitativ undersökning genom intervjuer istället genomförts hade vi även i svaren kunnat få fram personliga åsikter och tankar ur ett mer djupgående perspektiv (Patel & Davidson, 1994). Eventuella missförstånd i frågeställningarna hade på så sätt även kunnat redas ut.

För att få så många svarande som möjligt valde vi att ta kontakt med alla vårdcentraler inom undersökningsområdet. Om antalet vårdcentraler varit större hade vi kunnat använda oss av till exempel ett obundet slumpmässigt urval (ibid). I det fallet hade varje vårdcentral fått ett nummer. Genom att använda sig av en slumpmässigt urval eller ett slumpmässigt program i datorn hade man sedan kunnat välja ut det antal vårdcentraler man ville skulle vara med i undersökningen. Ett systematiskt urval hade också varit möjligt. Det innebär att man från listan väljer ut till exempel var femte eller var tionde vårdcentral. Eftersom antalet vårdcentraler i vårt undersökningsområde inte var så många hade det blivit allt för få svar om vi hade valt ut bara vissa av dem för att delta i studien.

Även den personliga värderingen av exempelvis sin egen kunskap kan ha påverkat resultatet. Någon som har stor kunskap om FaR kan ha värderat sin kunskap som knapp medan någon som inte har lika stor kunskap själv tycker att hans/hennes kunskaper om FaR är stora. Det skiljer sig åt i hur insatta vårdcentralerna är i arbetet med FaR och de använder sig av olika arbetssätt. Inställningen till att frekvensen av utskrivning av FaR är hög respektive låg kan värderas olika beroende på individens egna värderingar, ett visst antal kan alltså tolkas högt eller lågt beroende på individens egen tolkning. Det kan ha påverkat hur respondenterna har exempelvis värderat sin kunskapsförmåga om FaR och i hur utsträckning de använder sig av FaR som behandlingsmetod både när det gäller att över- och undervärdera sig själv.

Det stora bortfallet tillsammans med den stora frekvens som hade en positiv inställning kan tolkas så att de som inte kände sig säkra på FaR som behandlingsmetod eller de som hade en negativ inställning valde att inte ställa upp. Det kan då finnas stor risk att resultatet blir missvisande.

Anledningen till att en pilotundersökning inte genomfördes berodde på att det var svårt att få tag i respondenter ur undersökningsgruppen. Däremot testade vi enkäten på personer i vår närhet som inte var insatta i ämnet FaR. Hade en pilotundersökning genomförts på rätt målgrupp hade vi eventuellt fått annan respons på hur frågorna skulle korrigeras (Patel & Davidson, 1994).

Då ett antal vårdcentraler valde att få enkäten skickad via e-mail så var det svårt att kontrollera hur många enkäter som egentligen delades ut. Vi var tydliga med att påpeka att det var viktigt att de meddelade hur många enkäter som förmedlades så att det skulle vara möjligt att se hur stort bortfallet blev. Möjligheten finns därför att bortfallet kan vara något missvisande då vi inte kan kontrollera detta i efterhand. Det finns även en risk att inte all vårdpersonal med rätt att skriva ut FaR har fått enkäten tilldelad då utdelningen sköttes av vår kontaktperson på respektive vårdcentral. Hade vi själva varit på plats hade vi kunnat kontrollera detta och även bortfallet bättre. Vidare kan tänkas att om enkäterna hade skickats ut tidigare och vårdpersonalen då hade haft längre tid på sig att avsätta ett tillfälle att fylla i enkäten så hade bortfallet också minskat.

Vidare kan sägas att det i analysarbetet hade underlättat om vetskap hade funnits om vilken yrkeskategori enkäterna delats ut till så att resultaten senare kunnat jämföras mellan till

exempel läkare, distriktssköterskor och hälsopedagoger. Nu har alla grupper analyserats tillsammans och vi kan inte urskilja vilken grupp som har gett vilka svar.

Till sist kan sägas att vi anser att studien har en hög validitet då frågorna i enkäten knyter an till frågeställningar och syfte. Vi har begränsat oss till att bara mäta det som är väsentligt för undersökningen. Reliabiliteten för undersökningen kan diskuteras. Om en pilotundersökning hade genomförts hade vi kunnat korrigera frågorna något innan undersökningen utfördes. Möjligtvis hade frågorna uppfattats på ett annat sätt då.

6.2 Resultatdiskussion

Då undersökningen tolkas ur ett kvantitativt perspektiv kan tillförlitligheten ifrågasättas på grund av en låg svarsfrekvens. Endast 45 enkäter har sammanställts av de totalt 83 som delats ut och det leder till ett relativt stort bortfall. Hade inte bortfallet blivit så stort hade undersökningen omfattat ett större antal ur vår målgrupp. Eftersom det även var en del vårdcentraler som valde att inte delta i undersökningen är det svårt att säga i hur stor utsträckning den vårdpersonal som besvarade enkäten var representativ för hela området. Detta kan även ses som en form av bortfall men är inte inräknat i de 45 % som tidigare nämnts i resultatet.

Som tidigare studier visat känner vårdpersonal en viss osäkerhet i hur metoden FaR fungerar och hur de ska använda sig av den (Kallings & Leijon, 2003). Vår undersökning visar dock att de flesta tycker sig ha tillräcklig kunskap och att de är positiva till att använda FaR som alternativ eller kompletterande behandlingsmetod (se figur 2 och figur 3). Något som går emot detta i de resultat vi har kommit fram till är att användningsfrekvensen är relativt låg när det gäller att skriva ut FaR som ett alternativ till medicinering. Det finns anledning att tro att detta beror på att vårdpersonalen anser att metoden är tidskrävande då de som ovan nämnts känner en viss osäkerhet inom området (Rödger, Jonsdottir & Börjesson, 2006).

Om man ser till hur respondenterna svarade på i vilken utsträckning de skrev ut FaR som ett alternativ till medicinsk behandling ses överraskande en stor spridning mellan de som ofta gör det och de som sällan skriver ut FaR som alternativ behandling (se figur 4). Cirka hälften av respondenterna ansåg att de sällan ordinerade FaR. Vidare kan sägas att det motsäger sig frågan om deras inställning till FaR som behandlingsmetod, då de flesta ansåg sig vara positiva. Även kunskapsmässigt ansåg sig de flesta ha nog med kunskap för att kunna använda sig av FaR som behandlingsmetod så inte heller kunskapsbrist är orsaken till att inte fler FaR förskrivs. Frågan är varför det finns en sådan skillnad? En faktor kan vara att vissa sjukdomstillstånd som exempelvis kranskärlsjukdomar kräver stor tillförsikt. Patienten måste testas med hjälp av bland annat EKG, konditionstester samt kontroll av muskelstyrka (Stähle, 2008). Utefter den fysiska aktivitetsnivån som sedan bedöms måste patienten övervakas noga av exempelvis specialiserade sjukgymnaster vid varje träningstillfälle. Personalen måste då också ha tillgång till akututrustning. Detta tror vi kan leda till en stor osäkerhet bland vårdpersonalen. Det krävs också stora resurser eftersom patienterna oftast måste övervakas vid hjärtrehabiliteringsträning i upp till cirka 6 månader. Man kan se i resultatet där respondenterna svarade på vid vilka sjukdomstillstånd som de skrev ut FaR att den högsta svarsfrekvensen låg på diabetes, övervikt/fetma och högt blodtryck (se figur 5). Dessa sjukdomstillstånd är sådana tillstånd där fysisk aktivitet endast har positiv påverkan på patienterna. Effekterna leder bland annat till ökad insulinkänslighet, sänkta blodfettsnivåer samt sänkt blodtryck och alla dessa faktorer leder annars till ökad risk för hjärtsjukdom. Fysisk aktivitet är alltså en bra metod att använda sig av för att behandla diabetes typ 2, övervikt/fetma samt högt blodtryck. Vi tror att vårdpersonalen känner större trygghet i att skriva ut FaR vid dessa tillstånd och det kan förklara att svarsfrekvensen här blev högre än

för utskrivning av recept för hjärt- och kärlsjukdom. Den lägsta svarsfrekvensen låg på just hjärt- och kärlsjukdom vilket kan förklara ovanstående fråga. Många av respondenterna lade dessutom själva i hög grad till sjukdomstillstånd som depression, ångest samt stress, vilket är mycket positivt då antidepressiva läkemedel är något som de flesta vill försöka undvika, beroende på biverkningar men också risk att de kan vara beroendeframkallande.

På frågan om respondenterna hade möjlighet att remittera patienter vidare för kostrådgivning, svarade de flesta ja. Om man ser till vilka som i så fall ger kostråden så är det vanligast att dietisterna gör detta (se tabell 2). Svarsfrekvensen låg däremot också högt på alternativet om att respondenten själva ger kostråd. I detta fall kan tänkas att respondenten representeras av möjligen hälsopedagog, distriktssköterska eller dietist, eftersom de ingår i urvalsgruppen av dem som har rätt att skriva ut FaR. Att införa Måltidsordning på recept (MoR) i samband med FaR kan därför vara ett bra sätt att även ändra kostvanor för patienter (Johansson, 2009). Om samtalet om kost sker i det motiverande samtalet så har vårdpersonalen möjlighet att se hur pass mottaglig samt motiverad patienten är. Detta kan förbättra hälsan ytterligare vid många sjukdomstillstånd som exempelvis diabetes typ 2, övervikt/ fetma samt högt blodtryck. Sambandet mellan fysisk aktivitet och en god kosthållning är viktiga byggstenar för att frambringa en god hälsa.

Resultatet vi fick fram gällande i hur stor utsträckning som uppföljning sker av patienter som blivit ordinerade FaR fann vi att de flesta gör detta, vilket är mycket positivt (se figur 6). Eftersom FaR ordinerar som en behandlingsmetod så bör det finnas en lika stor noggrannhet att följa upp patienten om effekterna av behandlingen som vid medicinska behandlingsformer. Känslan av trygghet för patienten blir på så vis också större, då de ser att det finns ett stöd bakom dem. Av de sju som inte visste om uppföljning skedde kan det möjligen vara på grund av att de skickade patienten till en samordnare dit patienten kommer med sitt recept för att sedan komma överens om en lämplig fysisk aktivitet utifrån det som utskrivaren ordinerat. Av samordnaren görs då även uppföljningen av receptet och om exempelvis patientens läkare har skrivit ut receptet så görs inte uppföljningen av honom/henne. Det kan också vara så att patienten möter olika personer på vårdcentralen från gång till gång och uppföljning sker inte alltid av samma person som förskrivit receptet.

Något som vi uppfattade som negativt var att livsstilsförändringen hos patienterna ansågs vara medelmåttig (se figur 7). De flesta respondenterna svarade att de ansåg att patienterna hade genomfört en livsstilsförändring då och då. Man måste här ta hänsyn till längden på uppföljningsperioden eftersom det krävs lång tid för att genomgå en livsstilsförändring (Kallings, 2008). Det innebär en beteendeförändring som leder till att rutiner och vanor i livet förändras och detta kräver mycket av patienten som då behöver ett stort stöd från utomstående. Man har tidigare sett att det är viktigt att vårdpersonalen har kunskap inom den samtalsmetodik som används eftersom man då kan lägga insatsen på rätt nivå utifrån patientens förändringsbenägenhet (Östlund, 2004). Orsaken till att viss vårdpersonal inte visste om uppföljning sker kan bero på att det inte är samma person som skriver ut receptet som gör uppföljningen eller att patienten har kontakt med en FaR - samordnare och uppföljning sker hos denna.

Eftersom sjukvården idag kostar samhället stora summor, krävs det att man kan bevisa att fysisk aktivitet på sikt kan minska kostnaderna betydligt. Genom att arbeta preventivt och förebygga sjukdom så har man kommit långt i att spara på resurserna inom sjukvården. Fysisk aktivitet bör få lika stor evidens bakom sig som medicinering har idag då allt fler rapporter och avhandlingar pekar på klara bevis till att ett aktivt liv med en kropp i rörelse ger ett flertal positiva effekter (Kallings, 2008). För att kunna koppla sambandet mellan hälsa och

fysisk aktivitet valde vi att definiera hälsa enligt WHO:s definition, se sid. 3 och fysisk aktivitet utefter Statens folkhälsoinstituts definition, se sid 3. Eftersom begreppen hälsa och fysisk aktivitet kan tolkas olika så har vi valt dessa definitioner beroende på att de kompletterar varandra och de ger ett övergripande perspektiv.

6.3 Framtida forskning

Slutsatsen är ändå att det krävs mer forskning inom området för att se vart det finns brister och vilka anledningar det finns till att FaR inte skrivs ut när det kan vara ett alternativ till medicinsk behandling.

Ett område som vi anser vara intressant att undersöka är om det finns något samband mellan ålder och kön på vårdpersonalen och antalet utskrivna FaR. Detta vore av intresse då man hade kunnat urskilja om det ser annorlunda ut bland äldre vårdpersonal än de som är mer nyutexaminerade. Eftersom FaR är en relativt ny behandlingsmetod kan det vara så att de som är nyare i sin yrkesroll redan från början har blivit presenterade för det här sättet att arbeta och då kan det kännas som ett mer naturligt sätt att handla på. Det vore även intressant att ta reda på om det finns skillnader inom de olika yrkeskategorierna när det gäller inställning till metoden och hur hög frekvensen är på antal utskrivna recept. Eftersom det kan skilja sig mellan olika vårdcentraler vilka som har befogenhet att skriva ut FaR vet vi inte i vår undersökning vad det är för kategori av vårdpersonal som har svarat på våra enkäter. Det finns också anledning att visa intresse för om det finns skillnader beroende på vilken vårdcentral som FaR skrivs ut eftersom arbetet inom området ser olika ut.

Ett annat stort område som kräver mer framtida forskning är hur FaR ses ur patienternas perspektiv. Eftersom det skulle krävas mer tid och resurser för att kunna utföra en undersökning även på denna målgrupp valde vi att begränsa oss till endast vårdpersonalen. Även sekretesslagen skulle ha gjort det svårt att genomföra undersökning av patienterna. Det innebär att vi hade haft svårt att hitta patienter eftersom vårdcentraler inte får lämna ut patientuppgifter. Områden som i en sådan studie skulle ha varit intressanta är hur patienterna upplever FaR, om de finns skillnader beroende på i vilken del av området de är bosatta, skillnader ur ett socioekonomiskt perspektiv samt patienternas följsamhet till FaR. Även hur patienten tycker att den egna hälsan har förändrats från före FaR blev förskrivet till efter att ordinationen följts under en viss period vore ett intressant område att undersöka närmare.

Ovanstående variabler skulle med fördel kunna läggas till i den utförda undersökningen och på så sätt kunnat utökas i större skala. Undersökningen är också användbar till att utföras oberoende av geografiskt läge. Dessutom kan även andra vårdenheter omfattas, såsom större sjukhus samt rehabiliteringsenheter.

Som utvecklingen ser ut idag så har FaR fått stor uppmärksamhet de senaste åren. Trots att det är en relativt ny behandlingsform så har arbetet utvecklats bra. Många har en positiv inställning till metoden men det räcker inte för att den skall implementeras i praktiken. Därför behövs bland annat större utbildningsmöjligheter för att personalen skall kunna känna sig säkra i att använda FaR. Ett bra sätt att tidigt införa denna kunskap är att redan på grundutbildningsnivå utbilda vårdstuderande inom området FaR och dess positiva effekter så att de senare i sin yrkesroll kan använda metoden likvärdigt med andra behandlingsmetoder.

Om man ser till vilka fördelar fysisk aktivitet har på människors hälsa så kommer inte enbart tillståndet förbättras ur sjukdomssynpunkt för patienter som blivit ordinerade FaR (och som har följt dessa) utan även andra både fysiska och mentala hälsovinster följer med automatiskt. Därför förbättras också hela patientens hälsotillstånd med en ändrad livsstil.

7. Referenslista

- Abrahamsson, L., Andersson, A., Becker, W., & Nilsson, G. (2006). *Näringslära för högskolan*. Stockholm: Liber.
- Andersson, S I. (2002). *Hälsopsykologi. En introduktion*. Lund: Sanitas.
- Barth, T., & Näsholm, C. (2006). *Motiverande samtal – MI, Att hjälpa en människa på hennes egna villkor*. Lund: Studentlitteratur.
- Burström, K., m.fl. (2003). *Hälsoekonomi för folkhälsoarbete – introduktion och debatt*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Elinder Schäfer, L., & Faskunger, J. (2006). *Fysisk aktivitet och folkhälsa*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Engström, L-M. (1999). *Idrott som social markör*. Stockholm: HLS Förlag.
- Ewles, L., & Simnett, I. (2005). *Hälsoarbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Faskunger, J., & Schäfer Elinder, L. (2005). *Kunskapsunderlag Målområde 9, Ökad fysisk aktivitet*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Johansson, G. (2009). FaR och MoR i vården, *Dietist Aktuell, Vol XIX, 7-9*.
- Kallings, L. (2008). *Physical activity on prescription - Studies on physical activity level, adherence and cardiovascular risk factors*. Stockholm: Karolinska institutet.
- Kallings, L., & Leijon, M. (2003). *Erfarenheter av fysisk aktivitet på recept*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Larsson, S., Lilja, J., & Mannheimer, K. (2005). *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Leijon, M., & Jacobson, M. (2006). *Fysisk aktivitet på recept- fungerar det? En utvärdering av Östgötamodellen*. Linköping: Folkhälsovetenskapligt centrum i Östergötland, Universitetssjukhuset.
- Livsmedelsverket (2009). *Kostråd*. Hämtad 2009-05-12 från http://www.slv.se/templates/SLV_Page.aspx?id=2559&epslanguage=SV.
- Nordic Councils of Ministers. (2004). *Nordic Nutrition Recommendations 2004: integrating nutrition and physical activity, Nord 2004:13*. Köpenhamn: Nordic councils of Ministers.
- Patel, R., & Davidson, B. (1994). *Forskningsmetodikens grunder – Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.
- Rödger, L., Jonsdottir, I., & Börjesson, M. (2006). *Fysisk aktivitet inom Västra Götalandsregionen, lägesbeskrivning 2005-2006*. Sahlgrenska akademien vid Göteborgs Universitet, Västra Götalandsregionen.

- Socialstyrelsen (2005). *Folkhälsorapport 2005*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2008). *Folkhälsa och sociala förhållanden*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Statens folkhälsoinstitut (2009). Definitioner. Hämtad 2009-04-22 från <http://www.fhi.se/sv/Vart-uppdrag/Fysisk-aktivitet/Definitioner/>.
- Ståhle, A. (2008). *FYSS 2008 fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Sölvesdotter, M. (2005). *Kunskapsunderlag Målområde 6, En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 2009-05-12 från http://www.vr.se/download/18.7f7bb63a11eb5b697f3800012802/forskningsetiska_principer_tf_2002.pdf.
- Von Haartman, F., Swanberg, I., & Schäfer Elinder, L. (2005). *Kunskapsunderlag Målområde 10, Goda matvanor och säkra livsmedel*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Världshälsoorganisationen (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21 November 1986 - WHO/HPR/HEP/95.1*. Hämtad 2009-05-11 från http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf.
- Världshälsoorganisationen (1998). *Hälsa 21 – Hälsa för alla på 2000-talet, in introduktion*. Hämtad 2009-04-03 från <http://www.fhi.se/upload/PDF/2004/ovrigtmtl/h21.pdf>.
- Världshälsoorganisationen (2009). *BMI classifications*. Hämtad 2009-04-21 från http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html.
- Ågren, G. (2004). *Den nya folkhälsopolitiken- nationella mål för folkhälsan*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Östlund, L. (2004). *Pilotmodell FYSS - En utvärdering av fysisk aktivitet på recept i Söderhamn*. Samhällsmedicin, Landstinget Gävleborg.

Enkät

Bilaga 1

Hej!

Vi är två studenter som går Kost- och friskvårdsprogrammet på Göteborgs universitet. Vi håller just nu på att skriva vår c-uppsats och skulle vara mycket tacksamma om Ni vill hjälpa oss genom att fylla i denna enkät. Enkäten kommer att behandlas anonymt.

1. Anser du att du har tillräckliga kunskaper om FaR för att kunna använda det som en behandlingsmetod?

Mkt Goda	Goda	Lagom	Dåliga	Mkt Dåliga	Vet ej
----------	------	-------	--------	------------	--------

2. Vad anser du om FaR som behandlingsmetod?

Mkt Bra	Bra	Varken eller	Dålig	Mkt Dålig	Vet ej
---------	-----	--------------	-------	-----------	--------

3. Ange på en skala hur ofta du skriver ut FaR som ett alternativ till medicinering?
(1= sällan 6= mycket ofta)

1 2 3 4 5 6

4. Vid vilka sjukdomstillstånd skriver du oftast ut FaR?

Diabetes
Hjärt-/Kärlsjukdom
Högt Blodtryck
Övervikt/Fetma
Högt Kolesterol

Annat eget alternativ _____

5. Patienter som får FaR utskrivet, kan du remittera dem vidare för kostrådgivning?

Ja
Nej

6. Om ja på fråga 5 ange vem som ger kostråd i så fall:

Dietist
Hälsopedagog
Ger själv kostråd
Annan

7. I hur stor utsträckning sker uppföljning av patienter som får FaR utskrivet?

I alla fall	I de flesta fall	Då och då	I enstaka fall	Aldrig	Vet ej
-------------	------------------	-----------	----------------	--------	--------

8. I hur stor utsträckning upplever du att patienten har genomfört en livsstilsförändring efter att ha fått FaR?

I alla Fall	I de flesta fall	Då och då	I enstaka fall	Aldrig	Vet ej
-------------	------------------	-----------	----------------	--------	--------

Tack för din medverkan, vi är mycket tacksamma för din medverkan!

Missivbrev

Bilaga 2

Hej!

Göteborg 090420

Vi är två studenter som går sista terminen vid Göteborgs Universitet, Kost- och Friskvårdsprogrammet. Vi håller just nu på att skriva vår C-uppsats om Fysisk aktivitet på recept som kommer att omfatta alla vårdcentraler xxxxx. Därför är vi mycket tacksamma över er medverkan. Studien riktar sig till vårdpersonal som har rättighet att skriva ut Fysisk aktivitet på recept. Syftet med studien är att ta reda på hur vårdpersonalen inom primärvården i en större stad inom Västra Götalandsregionen ser på sina kunskaper om FaR. Vi vill också få reda på deras inställning till FaR som behandlingsmetod och om kostrådgivning ges som ett komplement vid behandlingen.

Deltagandet i undersökningen är frivillig och kan när som helst avbrytas. Vid deltagande vill vi gärna att ni meddelar hur många enkäter ni delat ut så att vi vet hur stort eventuellt bortfall blir. Det kommer också att finnas möjlighet att ta del av den färdiga studien senare i vår, kontakta i så fall Johanna via mail, xxxxxxx@xxx.com

Tack på förhand
Med vänliga hälsningar

Johanna Eng & Karina Linnros
Göteborgs Universitet/ Kost- och Friskvårdsprogrammet