

MÄLARDALENS HÖGSKOLA

Institutionen för Samhälls- och Beteendevetenskap (ISB)

Eskilstuna

BK 2890 C-uppsats Sociologi 10p

Fysisk aktivitet på recept

- Individens

upplevelse av fysisk aktivitet på recept

Lena Pettersson

Handledare: Osman Aytar
Examinator: Lennart Carlsson

Sammanfattning

Syftet med denna uppsats är att undersöka människors upplevelse av att få ordinationen fysisk aktivitet på recept (FaR). FaR är en behandlingsform som syftar till att människor ska förbättra sin hälsa genom ökad fysisk aktivitet. Studien är kvalitativ och genomfördes genom att intervjua människor som har fått ordinationen FaR. Teoretiska inspirationskällor som använts i studien är Ulrich Becks teori om risksamhället och Aaron Antonovskys teorier om känsla av sammanhang (KASAM) och det salutogenetiska synsättet. Resultatet visar att de flesta har positiva upplevelser runt ordinationen FaR. Alla intervjuade personer har påbörjat någon ny aktivitet efter att de fått FaR. För flera av personerna har förhållningssättet till fysisk aktivitet förändrats efter att de påbörjat en fysisk aktivitet som varit riktad mot en sjukdomsbild. Förändringen beror på att de har upplevt att den riktade aktiviteten kan hjälpa deras besvär. Det har lett till en ökad upplevd hälsa och livskvalité.

Nyckel ord: Fysisk aktivitet, FaR, KASAM, salutogenetiska synsättet, risksamhället, kvalitativa intervjuer.

1. Inledning	1
1:1 Syfte och frågeställningar	2
1:2 Avgränsning	3
1:3 Disposition	3
2. Metod	3
2:1 Val av metod	3
2:2 Urval och genomförande	4
2:3 Analys och tolkning av intervjuer	6
2:4 Validitet och reliabilitet	7
3. Historia och bakgrund.....	8
3:1 Folkhälsans historia	8
3:2 FaR som behandlingsform	9
3:3 FYSS – En arbetsmetod	10
3:4 Flödesschema	10
4. Tidigare forskning	11
5. Teoretiska inspirationskällor.....	16
5:1 Beck och Risksamhället	16
5:2 Antonovsky och känsla av sammanhang	18
6. Upplevelser om fysisk aktivitet.....	19
6:1 Patientens förhållande till läkemedel kontra fysisk aktivitet	19
6:2 Förändring av den fysiska aktivitetsnivån.....	21
6:3 Förändring av förhållningssättet till fysisk aktivitet.....	22
6:4 Behandlingsformen fysisk aktivitet på recept	23
6:5 Förändring av den upplevda livskvalitén	26
7. Koppling mellan empiri, teori och tidigare forskning	27
8. Slutdiskussion.....	29
Referenslista	33

Bilagor

1. Inledning

Utifrån att medellivslängden fortsätter öka i Sverige och dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar minskat markant under senare år bedöms utvecklingen för hälsoläget i Sverige som positivt. En förbättrad hjärt- och kärlsjukvård både med förebyggande och behandlande åtgärder, exempelvis hjärtoperationer, har bidragit starkt till att medellivslängden har ökat. Om man däremot studerar sjuklighetens utveckling är hälsoläget inte lika positivt, sjukdomar som är vanliga och drabbar befolkningen är t.ex. värk, smärta, trötthet, rygg- och ledvärk och upplevd ohälsa. Människor lever längre samtidigt som fler människor lever med långvariga sjukdomar och ohälsa. För att få en nyanserad bild på hälsoläget i Sverige bör man ta hänsyn till både livslängd och sjukdomsläget (Socialstyrelsen 2005.a:14).

En risk för framtiden kan vara en expanderad sjuklighet där medellivslängden ökar samtidigt som fler människor drabbas av kroniska sjukdomar och andelen människor som har aktivitets- och funktionsnedsättningar ökar (Socialstyrelsen, 2005.a:58). Även om hjärt- och kärlsjukdomar minskar, sker det en ökning av sjukdomar som exempelvis cancer, diabetes och psykisk ohälsa. Övervikt och fetma är också ett växande problem. Andelen överviktiga ökar i alla åldrar, även bland barn (Socialstyrelsen 2005.a:15). Övervikt ökar risken för sjukdomar som t.ex. hjärt- och kärlsjukdomar, högt blodtryck, diabetes. Man kan även se en ökad dödlighet och sjuklighet hos överviktiga och den upplevda hälsan och livskvalitén är oftast låg. Hjärt- och kärlsjukdomar orsakar ca hälften av alla dödsfall och är den vanligaste dödsorsaken (Socialstyrelsen 2005.a:107-108).

Dessa hälsorelaterade sjukdomar har ökat markant under senare år, där människors fysiska inaktivitet påstås vara en bidragande orsak. Eftersom det dagliga livet ställer allt mindre krav på fysisk aktivitet lever människor i dag ett allt mer stillasittande liv både privat och på arbetet. Kravet på att den enskilda individen behöver ta initiativ till fysisk aktivitet på fritiden för att upprätthålla en tillfredsställande fysisk funktionsförmåga ökar (Kallings & Lejon, 2003:18). Sambandet mellan fysisk aktivitet och hälsotillstånd är starkt, där fysisk inaktivitet tillsammans med dålig kosthållning, enligt Världshälsoorganisationen (WHO) är den största orsaken till sjukdom i EU-länderna. För ett hälsobefrämjande arbete bör fysisk aktivitet uppmuntras där stora hälsovinster kan ges genom att stimulera de mest inaktiva till ett aktivare liv. I Kallings och Lejons rapport framkommer att endast 20 procent av befolkningen,

som är 30 år och äldre, med ett hälsoperspektiv är tillräckligt fysisk aktiva (Kallings & Lejon, 2003:17).

Folkhälsans mål är att människor ska leva ett friskare och längre liv och utifrån att det anses ge stora hälsovinster för befolkningen med ökad fysisk vardagsaktivitet gav regeringen Folkhälsoinstitutet uppdraget att starta projektet "Sätt Sverige i rörelse 2001". Syftet var att påverka människors inställning till fysisk aktivitet och med ett långsiktigt arbete ämna leda till beteendeförändringar hos befolkningen (Kallings & Lejon, 2003:21).

Som framgår ovan har fysisk inaktivitet utvecklats till ett folkhälsoproblem där staten känner sig ämnad att gå in och försöka påverka människors beteende, trots att fysisk aktivitet är något som de flesta människor kan ägna sig åt med enkla medel, exempelvis promenader, cykling, trädgårdsarbete, friluftsliv mm. Intresset är stort att stimulera fler människor att bli mer fysisk aktiva i syftet att förebygga och behandla sjukdom eftersom stora hälsovinster finns att hämta med en ökad aktiv livsstil.

För att komma till rätta med problemet med inaktivitet har nya arbetssätt utarbetas som ska stimulera till ett mer aktivt liv för människor. Ett arbetssätt är att man inom hälso- och sjukvården föreskriver aktivitet på recept, antingen som komplement eller alternativ till läkemedel. Fysisk aktivitet på recept (FaR) är en långsiktig satsning på befolkningens hälsa och samtidigt en insats som påverkar människors direkta levnadsvanor. Människor som söker för ohälsa kan alltså få ordinationen FaR. Förväntningarna är att de ska förbättra sin vardagliga fysiska aktivitet och på så vis påverka sin hälsa i en positiv riktning och förebygga fortsatt sjukdomsutveckling. Med ett långsiktigt perspektiv kan receptet även leda till en förbättrad livskvalité och minskat lidande för personen.

1:1 Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie är att undersöka människors upplevelse av att få ordinationen fysisk aktivitet på recept (FaR), istället för eller som komplement till läkemedel. Människors upplevelse är stort därför kommer jag att undersöka syftet genom dessa frågeställningar.

- Hur förhåller sig individen till läkemedel kontra fysisk aktivitet?
- Har individens aktivitetsnivå förändrats efter att receptet föreskrevs? I sådant fall på vilket vis?
- Har förhållningssättet till fysisk aktivitet förändrats?

- Hur upplevs behandlingsformen fysisk aktivitet på recept?
- Har den upplevda livskvalitén förändrats?

1:2 Avgränsning

Jag har valt att avgränsa min undersökning till personer som fått ordinationen FaR i Katrineholm. Katrineholm är intressant därför att där har utarbetats ett samarbete mellan Folkhälsoenheten, Katrineholms kommun, Primärvården Katrineholm, Landstinget Sörmland, Apoteket AB, föreningar och studieförbund för att kunna påverka och stimulera människor att öka på sin fysiska aktivitetsnivå. Dessa samarbetspartner har utarbetat en arbetsmetod som ska vägleda människor till ett mer aktivt liv. Jag fick tillgång till fältet genom en av hälsostrategerna i Katrineholms kommun. Med fältet menar jag personer som har fått föreskriften fysisk aktivitet på recept.

1:3 Disposition

Efter detta kapitel presenterar jag val av metod. Jag har valt att göra en kvalitativ studie med intervjuer. Jag berättar vilket urval och genomförande som använts i studien och hur analys och tolkning har gått till. Kapitlet historik handlar om folkhälsans historia, bakgrunden till FaR som behandlingsform och arbetsmetoden fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (FYSS). Vidare beskrivs flödesschemat för FaR i Katrineholm. Efter detta kapitel presenteras tidigare forskning jag funnit i ämnet. Kapitel 5 tar upp mina teoretiska inspirationskällor. I Kapitel 6 presenteras en analys av intervjuerna och efter detta presenteras resultatet tillsammans med återkopplingar till tidigare forskning och teoretiska inspirationskällor. Uppsatsen avslutas med en diskussion om huruvida jag lyckades med min studie.

2. Metod

2:1 Val av metod

Jag har valt att göra en kvalitativ studie med intervjuer i syfte att beskriva människors upplevelse runt ordinationen FaR. Holme och Solvang menar att den kvalitativa metoden ger forskaren möjlighet att komma människorna som intervjuas nära och genom denna närhet finna förståelse för deras upplevelser. Jag har valt intervjuer därför att det ger mig möjlighet att få en helhetsbild av människornas egna upplevelser runt ordinationen FaR. Det ger mig

även möjlighet att få en djupare inblick i och förståelse för hur upplevelsen kan vara att få recept på fysisk aktivitet. Som Holme och Solvang förespråkar försöker jag att sätta mig in i personens situation och se världen utifrån dennes perspektiv, jag försöker se det jag studerar inifrån. Detta kan ge mig en mer fullständig uppfattning om hur upplevelsen kan vara. Jag lägger stor vikt på att återge en riktig och sann återgivning av det som framkommer ur intervjuerna (Holme & Solvang 1997: 92).

Jag vill, genom att intervjua personerna om deras upplevelse runt ordinationen FaR, fånga den enskilda individens upplevelser. Starrin och Svensson påpekar att det inte kan jämföras med ett ”objektivt” perspektiv utan endast den egna upplevelsen som finns i deras livsvärld. Livsvärlden är den värld som den enskilda individen uppfattar den. Det är deras uppfattningar och känslor runt ordinationen FaR, förväntningar inför framtiden och minnen med mera som jag vill lyfta fram (Starrin & Svensson, 1994:60).

Holme och Solvang menar att intervjutillfället är mycket krävande för båda partner och forskaren bör ha en stor förståelse för hur situationen kan upplevas av den som blir intervjuad. För att ge personerna möjlighet att berätta om sina upplevelser runt FaR använder jag mig av halvstrukturerade frågor, detta för att det ska finnas möjlighet till att det framkommer annan information än det jag frågar efter. Jag använder mig dock av en intervjuguide (se bilaga 2) som baseras på mina frågeställningar vilken jag har som grund till min undersökning eftersom jag vill hålla mig till ämnet. Samtalsintervjuer ger mig möjlighet att interagera med människor där jag bör ha förståelse för det som berättas för mig. Jag bör vara en god lyssnare och inte pracka på intervjupersonen mina tankar och åsikter. Jag ställer frågor till personerna som leder till nya frågor och det blir ett samtal (Holme & Solvang 1997: 105).

2:2 Urval och genomförande

Arbetet med uppsatsen inleddes med ett studiebesök på Folkhälsoenheten i Katrineholm. Med hälsostrategens hjälp fick jag tillgång till en lista som innehåller namn, adresser och telefonnummer till 62 personer som har fått ordinationen fysisk aktivitet på recept. De har även fått möjlighet att svara på två stycken enkäter som tidigare under vår/vintern skickats ut till dem. Enkäterna handlar om hur deras aktivitetsnivå såg ut från början när de precis hade fått receptet på fysisk aktivitet och om och hur den har förändrats efter ca 2-3 månader (Jag har dessvärre inte tillgång till något resultat av dessa p.g.a. att resultatet inte är behandlat i

skrivande stund). Viktigt är att nämna att dessa personer har skrivit på ett kontrakt där de ger sitt medgivande om att deras namn och adress kan komma att användas i andra sammanhang.

Utifrån dessa namn har jag använt mig av ett slumpmässigt urval, detta för att jag inte vet vilka personerna är eller hur deras bakgrund ser ut och heller inte vilken ålder de har. Jag nummerade alla namn från 1-62 och skrev ner alla nummer på varsin lapp som jag lade i en stor korg och blandade om. Sedan drog jag sex stycken lappar och noterade numren. Utifrån dessa nummer fick jag fram sex namn som jag skickade ut ett informationsbrev till där budskapet var att jag önskade göra en intervju med dem gällande deras uppfattning om att få ett recept på fysisk aktivitet samt ta reda på om och hur deras aktivitetsnivå hade förändrats efter att de fått receptet. Jag meddelade att jag skulle ringa upp inom en vecka och boka en tid med dem, om de hade några frågor gällande intervjun fanns mitt telefonnummer med i brevet (se bilaga 1). I brevet upplyste jag om att deltagandet var frivillig.

Som jag meddelade i brevet ringde jag upp samtliga personer inom en vecka för att boka intervjutider. Samtliga personer var beredda att ställa upp. En kvinna ville genomföra den via telefon på grund av olika anledningar. Eftersom jag ville ha med hennes upplevelse genomförde vi intervjun via telefonen. De andra fem personerna hade inget emot att träffa mig. Jag erbjöd dem att välja tid och plats för intervjun. Jag informerade om att vi hade tillgång till ett rum på Hälsotorget, ingen av personerna hade något emot det. Alla var bekanta med Hälsotorget eftersom de hade varit där och träffat en av koordinatoreorna för ett samtal, jag uppfattade att de var bekväma i valet av intervjurum. Vi satt i ett enskilt rum men det fanns vid alla tillfällen andra personer i lokalerna runt omkring. Intervjuerna tog mellan 15 och 40 minuter och genomfördes på dagtid.

Alla intervjupersoner gav sitt medgivande till att bli inspelade. En intervju drabbades av tekniskt problem och blev därför inte inspelad. I stället nedtecknades all känd fakta direkt efter intervjun.

Intervjuerna började med att jag presenterade mig själv och syftet med studien. Jag fortsatte med att fråga några allmänna frågor, detta för att vi skulle bli mer bekväma i situationen och komma igång med intervjun. I slutet av samtliga intervjuer tackade jag för deras medverkan och frågade om jag fick kontakta dem igen via telefon om jag behövde komplettera med något. När det gäller etiska regler informerade jag intervjupersonerna om syftet med studien,

informationskravet, att deras medverkan var frivillig och att de hade rätt att avbryta intervjun om så önskades, samtyckekravet. I brevet jag skickade till personerna framgick klart och tydligt att deras medverkan var frivillig och att studien är konfidentiell d.v.s. att jag har tystnadsplikt. Det är endast jag som har tillgång till intervjumaterialet och deras identitet kommer inte att kunnas avslöjas. Uppgifterna som samlas in används enbart i studiesyfte. I brevet skrev jag att jag samarbetar med Folkhälsoenheten vilket innebär i min studie att de få ta del av resultatet i form av att jag lämnar uppsatsen i pappersformat till Folkhälsostrategen, nyttjandekravet.

Avsikten var att genomföra intervjun så öppet som möjligt, jag uppmuntrade dem att berätta fritt om sina upplevelser runt ämnet. Jag använde mig av intervjuguiden när jag behövde t.ex. då det blev tyst och personen förväntade sig att jag skulle säga något eller när jag behövde styra tillbaka samtalet till ämnet. Jag har försökt att lyssna med stor uppmärksamhet och visat personerna stort intresse för vad de har att berätta.

Intervjupersonerna som är mellan 42 och 67 år består av två män och fyra kvinnor. Två personer är ålderspensionärer, en är arbetslös, en har hel sjukersättning, en är delvis sjukskriven och en arbetar heltid. Personerna har en blandad problematik med t.ex. ryggproblem, övervikt, svårare sjukdomar som i något fall är kronisk samt dålig kondition som följd av olika sjukdoms tillstånd.

Intervjuguiden jag använde mig av består av halvstrukturerade frågor där jag uppmuntrade till att de skulle berätta fritt om upplevelsen av att få fysisk aktivitet på recept. I slutet av intervjun använde jag intervjuguiden till att kontrollera att de delar jag ämnade fråga om hade kommit med i intervjun (Starrin & Svensson, 1994:122-123).

Intervjuerna spelades in och transkriberades efteråt. På så vis kunde full uppmärksamhet riktas mot intervjupersonerna. Jag visade MD-spelaren så lite uppmärksamhet som möjligt för att personerna inte skulle bli störda av att den fanns där.

2:3 Analys och tolkning av intervjuer

Vid analys av tolkningar av intervjuer har jag använt mig av hermeneutiken som ansats vilket innebär att jag har gått från del till helhet och från helhet till del. Jag försöker tolka innebörden i det som sägs och synliggöra det som framkommer i intervjuerna. Svaren på mina

frågor kan ses som pusselbitar till den helhet jag söker (Ödman 2006:77-78). Dessa svar har jag identifierat i direkta citat från intervjuerna. Jag har sedan kategoriserat citaten under rubrikerna nedan och sammanfattat dessa för att karaktären ur citaten ska framgå. Vidare har jag analyserat hur personernas olika uppfattning förhåller sig till varandra. Detta presenteras utan någon rangordning, ingen uppfattning väger tyngre än den andra. Jag har även varit öppen i min analys om jag kan tänkas finna något annat som jag inte hade för avsikt att söka efter och som är av intresse för studien. Jag försöker identifiera innebörden i vad som sägs och utifrån denna analys finna svar på mina frågor (Starrin & Svensson, 1994:126).

Min egen förförståelse bottnar bl.a. i flera yrkesverksamma år med förebyggande friskvårdsarbete bl.a. som utbildare i kost och träning och ledare för gruppträning. Det är den som driver min nyfikenhet att ta reda på och beskriva hur människor kan uppleva att få ordinerat fysisk aktivitet på recept. Jag är medveten att min förförståelse kan påverka mig och intervjupersonerna samt mitt sätt att styra samtalet. Jag anstränger mig att sätta den inom parentes, med vilket jag menar att jag är medveten om min egen förförståelse men försöker vidga mitt perspektiv och verkligen lyssna till vad intervjupersonerna har att berätta, med ord och sättet att uttrycka sig. Jag försöker förstå och beskriva vad som berättas för mig. Min avsikt är att lyssna med ett stort engagemang och intresse (Starrin & Svensson, 1994:61). När jag utesluter vissa delar p.g.a. av anonymitet eller skriver mina kompletterande förklaringar gör jag detta inom parentes i citaten.

2:4 Validitet och reliabilitet

Validiteten talar om studiens giltighet och reliabiliteten om dess tillförlitlighet. Har jag i studien studerat det som syftet anger och är studien relevant samt har studien genomförts på ett korrekt sätt (Starrin & Svensson, 1994:63)?

Validiteten, giltigheten, i studien kan bedömas som relativt hög eftersom intervjuerna ha skett med de personer som besitter erfarenheten och kunskap om sina egna upplevelser. Jag har i intervjuerna använt mig av en intervjuguide som jag har haft som utgångspunkt för att hålla mig till ämnet. Intervjuguiden har dock använts på olika sätt beroende på intervjupersonens vilja att prata fritt och om de har hållit sig till ämnet. Reliabiliteten, tillförlitligheten, i studien kan bedömas utifrån hur väl jag har redogjort för studiens genomförande.

Vad gäller mitt samarbete med Folkhälsoenheten kan jag säga att jag fick tillgång till fältet, d.v.s. att jag fick tillgång till namn och adresser på personer som har fått ordinationen FaR. Det som jag lovat inom ramen för samarbetet är att jag ämnar lämna en pappers kopia på den färdiga uppsatsen till Folkhälsoenheten. Jag anser att detta samarbete varit givande eftersom utan detta samarbete har det blivit svårt för mig att få tillgång till dessa personer

3. Historia och bakgrund

Enligt lagen har alla människor rätt till en god hälsa och vård på lika villkor och den som har störst behov har rätt till företräde till vården. Hälso- och sjukvårdens arbete ska syfta till att förebygga ohälsa och personer som söker vård ska få upplysning om metoder för att förebygga sjukdom eller skada (Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763, § 2, 2c). Hälso- och sjukvårdens arbete bottenar i mångårig utveckling i vetenskap och teknik samt djupare kunskap om människor beteende för att bekämpa sjukdom.

3:1 Folkhälsans historia

Om folkhälsans historia berättar Karin Johannisson om i sin bok "Kroppens tunna skal" (1997), där hon beskriver drömmen om den livsdugliga samhällskroppen. På 1800-talet försökte man bekämpa befolkningsunderskottet som var ett hot i samhället, samtidigt som man arbetade med att komma till rätta med undernärda, alkoholiserade och sjuka människors livssituation. Befolkningen växte under 1800-talet och blev istället till ett motsatt problem. Vissa åtgärder genomfördes men den största önskan var en stark folkkropp. Under 1900-talet ökade intresset för hygien. En ökad kunskap och intresse för bakteriologi som handlade om smuts, smitta mm fördes över på människokroppen. Hygien blev därför den viktigaste insatsen för att bekämpa sjukdom, visionen var att sjukdom skulle utrotas ur samhället. Den allmänna hygien ledde till legitimitet för samhället att övervaka människor och påverka deras vardag. Moralregler grundades på naturvetenskap och snabbt kunde man se att hygien överfördes på nya nivåer, det gällde inte bara att hålla händer och fötter rena utan även själslivet och känslolivet. Hygien tog allt mer plats i människors liv. I det hygieniska programmet innefattades bl.a. ätandet, boendet, tvättandet, sättet att hosta, nysa mm. Kring sekelskiftet ökade medikaliseringen och till varje pris skulle sjukdom bekämpas. Överläkaren Hugo Toll (1913) hade några anmärkningsvärda åsikter och uttalanden. Han ifrågasatte medicinsk behandling av svaga och defekta barn och få dem att överleva. Han sa "det är inget

tecken på kulturellt framsteg”. Han uttalade även, ”Vår allmänna uppfattning måste ändras därhän att vi förstå, att det visst icke alltid men i de flesta fall är en skam, en stor skam att vara sjuk och svag”. Dessa uttalande stämde inte överens med de flesta läkares åsikter. Övervakningen av människors hälsa skärptes och det påbörjades en hälsoinventering på barnen i samhället. Sjukvården började bokföra barnens vikt och längd mm. Med hjälp av tabeller kunde man skapa en standardmodell som man använde för att utläsa avvikelser bland barnen.

Ivern att skapa den starka folkroppen blev så stor att under 1930-talet började sjukvården att sterilisera människor som inte ansågs vara lämpade för fortplantning p.g.a. att de ansågs ha anlag som inte var lämpade för en stark folkropp. Det steriliserades 62 000 människor mellan 1935-1975 på förekommen anledning. Förklaringen är att det under 1930-talet drevs en stark dröm om att skapa den starka folkroppen med hjälp av vetenskapliga kunskaper om människans biologi och beteende. Detta gjorde att legitimiteten för att påverka människan tilläts. Med hjälp av hälsoarbete ville staten med ett rationellt arbete förebygga sjukdom och helst helt utplåna den. Hälsoarbetet för människorna var inte enbart till för den enskilda människan utan huvudsyftet var att skapa en stark produktionskraft och reproduktionskraft. Hälsoarbetet var även till för att bilda folket, uppgiften var även att överbrygga klasskillnader. Befolkningskommissionen uttalade ”hälsa måste uppfattas som en individuell plikt, men också som ett socialt ansvar”. Kroppen hade blivit politisk (Johannisson, 1997:221-257).

3:2 FaR som behandlingsform

År 2001 blev till ett fysiskt aktivitetsår efter det att regeringen gett Folkhälsoinstitutet uppdraget att verka för en förändring/förbättring av medborgarnas fysiska aktivitet. Syftet var att medverka till en beteendeförändring hos befolkningen gällande fysisk aktivitet, på individ-, grupp-, organisationsnivå. Utifrån detta syfte startade Statens folkhälsoinstitut ett pilotprojekt som innebär att patienter kan få fysisk aktivitet utskrivet på recept. Syftet med FaR är att utveckla arbetsmetoder där målet är att förebygga och behandla sjukdom (Kallings & Lejon, 2003:9-10).

Fysisk aktivitet på recept, FaR, innebär att en person kan få en ordination som innehåller någon form av fysisk aktivitet som behandling i stället för läkemedel, som hittills har varit den mer vanliga formen av ordination på recept. Fysisk aktivitet är inte bara ett sätt att behandla

sjukdom utan även förebygga sjukdom. Det är ett relativt nytt sätt att arbeta inom sjukvården där sjukvården ges möjlighet att söka nya vägar att bota och hjälpa människor till en bättre hälsa kontra den traditionella metoden (Kallings & Lejon, 2003:18).

Enligt rapporter är de vanligaste diagnoserna som leder till FaR smärta, övervikt och de vanligaste konditionsförbättrande aktiviteterna som ordinerades var promenader, stavgång och motionsgymnastik. Även styrketräning var vanligt. Eftersom människans vardagliga fysiska aktivitet minskar och att fysisk aktivitet anses ha många unika egenskaper som påverkar hälsan i en positiv riktning kan det idag ses som ett komplement till läkemedel.

Rekommendationer som ges är minst 30 minuters fysisk aktivitet per dag (Kallings & Lejon, 2003:22).

3:3 FYSS – En arbetsmetod

Föreskrivning av receptbelagd fysiskaktivitet grundar sig på FYSS – Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. FYSS är utarbetad och skriven av svenska experter bestående av olika medicinska professioner och omfattar de flesta sjukdomstillstånd där fysisk aktivitet har påvisad positiv effekt. FYSS används som hjälpmedel för den som ordinerar fysiskaktivitet, den innehåller en mängd vetenskapliga belägg för att fysisk aktivitet är en lämplig behandlingsform vid olika sjukdomsgrupper. Meningen med FYSS är att den ska fungera som en manual där betydelsen att förebygga och behandla olika sjukdomstillstånd lyfts fram och även öka legitimiteten för föreskrivarna av fysisk aktivitet på recept. FYSS innehåller råd på olika motionsaktiviteter och råd om hur ordination av fysisk aktivitet på recept kan se ut, där hänsyn tas till hälsotillstånd, ålder, kön, kroppsbyggnad mm. Eventuella risker för vissa patientkategorier belyses också. Där finns också olika förslag på motionsformer och upplysning om eventuella risker för vissa patientkategorier (Kallings & Lejon, 2003:23).

3:4 Flödesschema

Enligt handlingsplan för verktyget aktivitet på recept i Katrineholms kommun (2005) sker ordinationen för FaR på motsvarande sätt som ordination för läkemedel, receptföreskrivaren tar upp anamnes, ger ordination på en receptblankett och ser till att behandlingsresultatet följs upp. Arbetsmetodens flödesschema för FaR i Katrineholm börjar med att patienten som

besöker primärvården får en bedömning av legitimerad personal om problemet som patienten söker för skulle kunna underlättas av lämplig form av fysisk aktivitet, antingen som del av behandling eller som enda åtgärd. Utifrån handboken FYSS, som fungerar som hjälpmedel vid bedömning av aktivitetsnivå, skriver personalen ut ett recept på fysisk aktivitet med hänsyn till patientens hälsotillstånd. När patienten fått receptet står besöket hos en koordinator på tur. Det finns fler personer som fungerar som koordinatörer. Koordinatören finns på Fysioteket på Hälsotorget som är en lokal där samarbetspartnerna finns representerade. Besöket hos koordinatören syftar till att patienten ska få råd om olika aktiviteter som kan passa personen och en ökad motivation som leder till en ökad fysisk aktivitetsnivå. Den blivande motionären får ett aktivitetskort som fungerar som bevis att personen har fått ett recept på fysisk aktivitet. Kortet ger möjlighet till reducerat pris beroende på överenskommelser som varje förening har gjort med FaR-samordnaren. Därefter är det patientens/personens eget ansvar att genomföra de aktiviteter som framkommit ur samtalen. Kortet fungerar även som ett motivationskort där personen bokför sina aktiviteter, både gruppaktiviteter och egna aktiviteter, för att sedan vid återbesöket hos koordinatören kunna utvärdera hur aktiviteten har fungerat.

4. Tidigare forskning

Forskning eller studier som riktar sig mot personers upplevelser av att få ordinationen fysisk aktivitet på recept är svårt att finna, flera databaser har genomsökts. Däremot finns det studier och artiklar om liknade projekt som projektet fysisk aktivitet på recept (FaR). Beskrivning av liknande projekt, arbetet runt omkring och även utvärdering av olika projekt presenteras. Databaser och sökområden som använts är Socialstyrelsens, Folkhälsoinstitutets, Läkartidningens hemsidor, Elin i Mälardalen och Chinal. Sökord som använts är fysisk aktivitet, recept, upplevelse, health care, prescription och physical activity.

Aittasalo m.fl. (2006) beskriver i sin studie hur utformningen av fysisk aktivitet på recept har sett ut i Finland. De har även gjorts en utvärdering av arbetet. Arbetet startade 2001 med ett projekt där syftet var att stimulera befolkningen att bli mer fysisk aktiv. Hälso- och sjukvården utarbetade ett arbetssätt där angreppssättet skulle ske via rådgivning av läkare, detta har stora likheter med projektet FaR i Sverige. För att underlätta och göra rådgivningen för läkaren möjlig arbetades fram material som kunde användas som information och rådgivning av både läkare och andra professionella som arbetar med hälsa, fysisk aktivitet

eller beslutsfattning. Materialet innefattade även ett receptblock där recept på fysisk aktivitet kunde ordinerats. Ordinationen var ett sätt att guida patienter till någon passande form av fysisk aktivitet. Studien visar att projektet var framgångsrik gällande att fler människor blev mer fysiskt aktiva genom olika lokala projekt som utarbetades för att stimulera fler människor till en ökad fysisk aktivitet. Syftet med projektet var även att höja andelen personer som tillfrågades av läkarna hur deras vanor gällande fysisk aktivitet ser ut, detta var inte lika framgångsrikt. För att öka och förbättra läkarens rådgivning till patient i framtiden behöver läkarnas förtroende till projektet förstärkas, en öka insikt och kunskap om verkningsgraden av en ökad fysisk aktivitet för befolkningen är önskvärd enligt utvärderingen.

Harlands, m.fl. (1999) framhåller i sin artikel att det förekommer många olika projekt som syftar till att påverka och stimulera människor att bli mer fysisk aktiva. Men få av projekten har blivit noggrant utredda och effekterna är ofta okänd. De påpekar för att göra olika hälsoprojekt ekonomiskt försvarbara rekommenderas noggrann utredning av effekterna för att välja den mest effektiva metoden. I Harlands m.fl. artikel utvärderas effektiviteten av olika metoder som talar för fysisk aktivitet som behandlingsform. I metoderna ingick fysisk aktivitet och olika kvantitet av motiverande samtal och i vissa fall ekonomiskt bidrag till träningskort. De ville undersöka vilken metod som var mest effektiv. De medverkande i studien var rekryterade från ett område i Newcastle som var missgynnat både socialt och ekonomiskt. Gruppen bestod av både män och kvinnor i åldern 40-64 år. Gruppen var ett urval utav en större grupp människor där endast de personer som var inaktiva och sämst tränade fick ingå. Undersökarna valde bort de personer som var aktiva och de som hade någon sjukdom att det förelåg hälsorisk för personen att medverka i studien. Studien pågick i 12 månader och under dessa månader skulle personerna vara fysisk aktiva och bokföra dessa tillfällen. Personerna skulle vara aktiva minst 20 minuter varje gång och intensiteten skulle vara från något ansträngande till hårt ansträngande. Personerna blev utan sin vetskap indelade i fyra grupper där förutsättningarna såg lite olika ut. Under en 12 månades period fick grupp 1 *ett* motiverande samtal, grupp 2 fick *två* motiverande samtal plus ekonomisk bidrag till träningskort, grupp 3 fick *sex* motiverande samtal och grupp 4 fick *sex* motiverande samtal plus ekonomisk bidrag till träningskort. Man kallade till de motiverande samtalen när det var dags för respektive grupp och utvärderade de föregående fyra veckorna. Alla motiverande samtal genomfördes inom en 12 veckors period, vare sig det var ett eller sex stycken. Resultaten visade att det mest effektiva sättet att stimulera människor till fysisk aktivitet är den metod som innefattade sex motiverande samtal och ekonomisk bidrag till träningskort.

Det visar att en intensiv period med motiverande samtal hjälper till att påverka och höja aktivitetsnivån hos personerna. En jämförande sammanställning visar att den metod där det endast ingick ett samtal ökade patienterna endast sin fysiska aktivitet under en kort tid sedan återgick de till den ursprungliga aktivitetsnivån.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) är en statlig myndighet som utvärderar sjukvårdens metoder. I en SBU rapport ”Metoder för att främja fysisk aktivitet” (2007) har man gjort utredningar om bl.a. etiska aspekter i samband med att patienter blir rekommenderade och stimulerade till ökad fysisk aktivitet. Sjukvårdens skyldighet är att informera patienten om fysisk aktivitet skulle kunna bidra till en förbättring för patientens hälsa. Frågor som väcks är hur långt sjukvården ska gå i fråga om att stimulera till ökad aktivitet? Hur stort ansvar har den enskilda individen och hur stort är samhällsansvaret? Vidare funderingar är hur stor del kan sjukvården lägga sig i den enskilda individens livsvärld som innefattar individens värderingar, preferenser och önsknings som finns i individens liv. Det påpekas att det finns vissa metoder som är etiskt diskutabla t.ex. när man pratar om beteendeförändringar där syftet är att medvetandegöra och förändra patientens värderingar som handlar om individens eget sätt att leva. Det kan finnas personer som inte är beredda att förändra sin livsföring för att påverka sjukdomsutveckling, detta kan leda till konflikt mellan patient och sjukvård. Utvärderingar av metoder som använts inom sjukvården för att stimulera patienter att bli mer fysisk aktiva har lett till att det utvecklats en etiskt attraktiv metod inom allmänmedicin. Metoden benämns ”den patientcentrerade metoden” där fokus riktas mot patientens föreställningar, förväntningar och farhågor. Erfarenhet visar att konsultationen blir mer effektiv. Vid en ordination av FaR bör föreskrivaren rikta rådgivningen om fysisk aktivitet så att det leder till en överenskommelse mellan föreskrivaren och patienten och inte ett recept eller ordination av traditionellt slag där patienten blir tillsagd att göra något av t.ex. läkaren eller sjukgymnasten. Målet är att nå en överenskommelse mellan föreskrivaren och patienten där man gör patienten delaktig i de beslut som tas angående den fysiska aktiviteten. Med ett patientcentrerat förhållningssätt stimuleras patienten att ta eget ansvar över sitt val av fysisk aktivitet. Med detta arbetssätt undviks kränkning av patienten (Lynöe i SBU, 2007: 217-218 & 221-222).

I en annan SBU-utredning (2007) har även utvärderingar gjorts av flera studier om hur rådgivning angående fysisk aktivitet har lett till en ökad fysisk aktivitet hos patienterna. Frågeställningarna handlar om: Kan råd från hälso- och sjukvården leda till ökad fysisk

aktivitet? Finns det skillnader i effekten om råden riktas mot vardaglig eller avsiktlig fysisk aktivitet? Kan antalet rådgivningstillfällen påverka förändringen på aktivitetsnivån? Finns det hjälpmedel (recept, stegräknare, dagbok mm) som kan påverka människors fysiska aktivitetsnivå? Hur ser effekten ut om hälso- och sjukvården samverkar med andra aktörer gällande rådgivning och aktiviteter? En sammanfattning av resultaten visar att rådgivning till patienter leder till en ökning i deras fysiska aktivitet med 12-50 % under minst sex månader efter rådgivningstillfället. Fortsätter rådgivningen regelbundet visar det på en ytterligare ökning på personens aktivitetsnivå. Kompletteras det ytterligare med recept på fysisk aktivitet, träningsdagbok/kort, stegräknare, etc. leder det enligt rapporten till ytterligare ökning av den individuella aktivitetsnivån. Det framkommer även av rapportens utvärdering att gruppträning eller handledd träning bidrar till ökad fysisk aktivitet. Ett problem är att utvärderarna, enligt rapporten, finner olika beteckningssätt av begreppet rådgivning vid granskningar av olika studier. Enligt Svenska Akademiens Ordbok betyder rådgivning; ”handlingen att ge råd, hjälp med råd, råd”. Utifrån granskning av studier och litteratur som tar upp problemet visar det att begreppet rådgivning visar olika förhållningssätt. När begreppet delas in i två termer blir definitionen:

- Råd från hälso- och sjukvårdspersonal till patient.
- Samtal menas en rådgivande dialog mellan två personer som båda är specialist på sitt område. Exempelvis läkaren som är specialist inom sjukvård och patienten specialist angående sin livsvärld, d.v.s. patientens egna upplevelser, värderingar, erfarenheter och önsknings som finns i patienten liv. Stor hänsyn tas till patientens livsvärld.

Rapporten visar att det är en svår gränsdragning för vilka samtal som är enkel rådgivning och för vilka samtal som baseras på beteendeförändringsmodeller. De visade sig att de granskade studierna har använt både enkel rådgivning och rådgivningsmodeller med en inriktning mot beteendeförändring. Studierna som granskats har genomförts i bl.a. USA, Australien, Finland, Nya Zeeland, Finland och Kanada (SBU-rapport, 2007:71-73).

I en projektrapport från Socialstyrelsen (2005.b) med syfte att ”kartlägga förekomsten av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser i hälso- och sjukvården” presenteras en sammanställning av studien. Huvudfrågorna handlar om hur förebyggande hälsoarbete finns med i landstingets övergripande plan, hur insatser och rutiner gällande förebyggande hälsoarbete ser ut på vårdcentraler och slutligen hur uppfattningen om vikten med förebyggande hälsoåtgärder ser ut hos beslutsfattare och tjänstemän. För att ta reda på hur

Landstingens förebyggande hälsoarbete ser ut granskades styrdokumenterna som innehåller verksamhetsplanen för hälso- och sjukvård och primärvård. Undersökningarna visade hur stor omfattningen var av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder. Totalt granskades 40 olika problemområden. För att kartlägga rutiner och insatser av förebyggande hälsoarbete på vårdcentraler användes en webbaserad e-postenkät med fasta svarsalternativ. Enkäten skickades till verksamhetscheferna på samtliga vårdcentraler i Sverige. Enkäten innehöll bl.a. frågor på hur insatser och rutiner ser ut på vårdcentraler gällande förebyggande hälsoarbetet med exempelvis rökning, alkoholvanor, matvanor, fysisk aktivitet övervikt och stress relaterade problem. Den tredje studien innefattade hur uppfattningen om förebyggande hälsoåtgärder ser ut hos beslutfattare genomfördes med fokusgruppintervjuer med landstingsdirektörer och chefer för primärvård och vårdcentraler.

Resultatet visade att i nästan alla fall av de granskade styrdokumenterna fanns mål och verksamhetsidéer att förbättra hälsan. Det fanns även beskrivningar av hälsoläget i de flesta av dokumenterna. I hälften av Landstingen nämns en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård och i drygt hälften av Landstingen talas om jämlik hälsa som är det övergripande målet för Sveriges hälsopolitik. Resultatet på enkätfrågorna visar att omfattningen av förebyggande arbete som nämnts ovan varierar mycket mellan de olika Landstingen. Studien visar att det finns mycket utrymme till att förbättra ett hälsofrämjande arbete på många vårdcentraler. En analys visar att det finns ett samband mellan landsting där det i styrdokumenterna fanns mål och idéer för att förbättra hälsan och vårdcentraler som visade en hög förekomst av förebyggande rutiner och program.

Fokusgruppintervjuerna visade i en sammanfattning bl.a. att: En helhetssyn på människan i ett förebyggande arbete anses vara viktigt. Grundsynen präglas av att människor anses kunna ta eget ansvar över sin hälsa och riktningen i hälsoarbetet är att förstå vad det är som gör att människor håller sig friska. Personalens kunskap och utbildning anses vara viktig för att kunna vara ett stöd för patientens hälsoutveckling. Uppföljning och styrning anses ha betydelse för effekterna av hälsoarbete, vilket dessvärre är en rådande brist. Resultatet av samtliga tre studier visar att det i hälsopolitiken finns en vilja att satsa på hälsofrämjande åtgärder. Viljan finns även att satsa resurser på utbildning, skapa rutiner och program som syftar till att öka människors medvetenhet om levnadsvanornas betydelse för hälsa. Vikten med att följa upp program och utvärdera dessa påtalas.

Dessa studier tar upp några faktorer som berör FaR och även kan påverka människors upplevelse av denna och därför vara intressant för min studie. Den finska studien visar att det förekommer fysisk aktivitet på recept i andra länder. Utvärderingen visar bl.a. vilka styrkor och svagheter projektet har i Finland. En svaghet studien tar upp är att läkarnas insatser kan bli bättre gällande t.ex. att intervjua patienten om dennes fysiska aktivitetsnivå. Vilket är likheter med vad som framkommer i min studie. Harlands m.fl. artikel lyfter fram vikten av att effekter av olika projekt utvärderas. Detta för att förbättra projektens kvalitet och lyfta fram vilka faktorer man bör satsa på i hälsoarbetet. Blir effekterna bättre kan även upplevelsen hos personerna/patienterna påverkas och bli bättre. Kapitelförfattare Niels Lynöe i SBU-rapporten belyser den etiska aspekten med att försöka påverka människor till en beteende förändring gällande fysisk aktivitet. En annan utredning som presenterades i SBU-rapporten visade att rådgivning om fysisk aktivitet är en viktig faktor men kan se ut på många olika vis. Dessa faktorer är av stor vikt att ta hänsyn till för de professionella personer som möter människor i någon form av samtal om fysisk aktivitet. Detta är faktorer som kan påverka människors upplevelse. Den sista rapporten visade en omfattande studie som gjorts för att kartlägga hälsoarbetet i hälso- och sjukvården. Denna visar hur hälsoarbetet i helhet ser ut i hälso- och sjukvården. Vilket på många vis kan påverka upplevelsen av att få ordinationen FaR för den enskilda individen.

5. Teoretiska inspirationskällor

De teoretiska inspirationskällor som använts i studien är Ulrich Becks teori om risksamhället och Aaron Antonovskys teori om känsla av sammanhang.

5:1 Beck och Risksamhället

Jag har valt att hämta en av mina teoretiska inspirationer från Ulrich Becks teori om risksamhället. Beck beskriver det moderna samhället som ett risksamhälle. Han menar att det moderna samhället där ekonomin är en betydande komponent i strukturen och utveckling ständigt pågår inom teknik och vetenskap, är ett framtidssamhälle som är fyllt av risker. Han menar att de produktiva krafterna nästan blivit självgående, det traditionella sättet att tänka och handla bleknar i takt med att utvecklingen inom teknik och vetenskap tar över. Särskilt i västvärlden där det inte direkt handlar om att skaffa mat för dagen utan andra problem skapas. Dessa problem är både globala och individuella. De globala problemen är bl.a. att

utvecklingen leder till att människor håller på att utarma jordens resurser, vapenindustrins utveckling mm. Dessa destruktiva krafter som skapas anser Beck gå över människans förstånd, man är inte, i alla fall i första skedet, medveten om riskerna. Andra risker som anses födas ur det moderna samhället är risker som handlar om människors hälsa, istället för att ha problem med att skaffa mat för dagen har det blivit ett problem att människor inte behöver anstränga sig för att skaffa mat. Detta tenderar att leda till övervikt och ohälsa. Dessa problem kan ses som både individuellt och samhällsproblem. Individuellt problem när individen p.g.a. vällevnad drabbas av sjukdom med lidande och kanske sämre ekonomi som följd och samhällsproblem när det påverkar den samhälleliga ekonomiska strukturen med höga sjukvårdkostnader och höga sjukskrivnings tal (Beck 1986:29-31).

Beck beskriver riskerna som en *biprodukt* av moderniseringen som sker i samhället, han menar att det som t.ex. är skadligt för hälsan eller naturen inte i första hand anses vara farligt, utan det kan visa sig efter ganska lång tid att det påverkar hälsan eller naturen negativ. Dessa risker tar oftast lång tid innan de uppfattas som hot (Beck 1986:39). Det är inte heller lätt att bevisa att dessa hot eller *bieffekter* kan bero på utveckling inom t.ex. vetenskap och teknik. Även om det har bevisats att någonting är skadligt och påverkar naturen eller människor på ett negativt sätt finns det ett ständigt motstånd hos vissa intressenter p.g.a. att de kan ha ett ekonomiskt intresse eller stå som ansvariga för den fortskridande utvecklingen som borde stoppas p.g.a. hälsoskäl för natur och mänskligheten. För att motverka detta kan det bli aktuellt med politiskt beslut i den gällande frågan, vilket leder till större möjligheter och större genomslagskraft att komma tillrätta med problemen (Beck 1986:45).

Beck lyfter även fram att det finns skillnad på hur individer drabbas av risker beroende på vilken klasstillhörighet individen har. Mekanismer som påverkar är inkomst, makt, utbildning. Han menar att man kan *köpa* sig fri från riskerna, i alla fall till viss del. Han ser en tendens att riskerna förstärker klassamhället, skillnaden som historiskt sett har funnits mellan klasserna finns fortfarande menar han. Beck belyser att riskerna oftast drabbar de fattiga och svaga. T.ex. är risken större att drabbas av arbetslöshet om personen är lågutbildad än om personen är högutbildad. De högutbildade har större möjlighet till arbete och oftast är de lågutbildade mer utsatta för t.ex. belastningsskador och andra faror som är knutna till arbetet. De människor som har en god ekonomi har även större möjlighet att påverka sin hälsa med att t.ex. äta mer näringsrik mat, man har även en valmöjlighet att t.ex. att avstå från vissa produkter som anses vara ohälsosamma om det förekommer prisskillnader mellan produkter

som anses vara mer ohälsosamma än andra. Beck menar att människors utbildningsnivå påverkar människors sätt att leva p.g.a. att det krävs en hel del kunskap och en vakenhet på ny information gällande ett sunt leverne och se sambanden där emellan (Beck 1986:49-51).

Beck beskriver individualiseringen som en social form där det innebär att människor är alltmer självförsörjande och självständiga och inte beroende av andra för att överleva. Tidigare var tillhörigheten till en familj viktig, varje människa var inte självförsörjande utan det var ofta "familjefadern" som försörjde familjen eller om familjen bestod av fler generationer på t.ex. en bondgård där alla arbetade tillsammans för familjens överlevnad. Beck menar att den ökade individualiseringen i samhället *inte* baseras på ett eget beslut av den enskilda individen, utan genom samhällets sätt att utvecklas har det blivit ett tvång, människor är dömda till individualisering. Han menar att eftersom individens självständighet har ökat och att man inte "ärver" familjens sätt att leva och identitet så är det upp till varje individ att skapa sin egen identitet, hur man vill framställa sin egen person. Individen står alltmer ensam med val och beslut som handlar om att skapa och forma sitt eget liv (Beck, Giddens, Lash 2003:13-16).

5:2 Antonovsky och känslan av sammanhang

Min andra teoretiska inspirationskälla finner jag hos Aaron Antonovsky och hans teorier om känsla av sammanhang (i den svenska översättningen används förkortningen KASAM). Antonovsky anser att känslan av sammanhang är en betydande faktor när en person rör sig i positionen mellan ohälsa och hälsa. Han menar att de människor med hög KASAM har större möjligheter att klara stora påfrestningar i sin livssituation. Antonovsky beskriver begreppet utifrån tre centrala komponenter, begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Begriplighet handlar om i vilken utsträckning olika händelser i livet går att förklara, om det finns en struktur och ett sammanhang. Han menar också att människor kan se att det egna handlandet leder vidare till vissa konsekvenser och att olika situationer påverkar varandra. Vidare leder det till att människor tar ett eget ansvar då konsekvenserna av handlandet blir tydliga. Hanterbarhet innebär att man upplever att det finns möjlighet att påverka situationen med hjälp av kunskap och färdigheter och inte uppleva sig som ett offer. Man har möjlighet att förändra och få kontroll över sin situation. Meningsfullhet handlar om att man känner sig delaktig i sitt liv och att det finns en mening med det som sker. Man kan se de händelser som

är svårare än andra som en utmaning och med sin motivation går att påverka (Antonovsky 1987:42-46).

Två andra begrepp som Antonovsky använder sig av är salutogenes och patogenes. En kort beskrivning av begreppet patogenes är vad som orsakar sjukdom och hur den utvecklas. Det kan vara sjukdomar som orsakas av baciller, psykosociala förhållanden, kemiska eller av andra riskfaktorer mm. Antonovsky menar att man istället bör använda ett salutogenetiskt synsätt när det gäller människors sjukdom. Med ett salutogenetiskt synsätt läggs fokusering på hälsobringande faktorer. Faktorer som leder till att människor mår bättre, blir friskare och bidrar till bättre upplevd hälsa för individen (Antonovsky 1987:31). Antonovsky anser att man inte bör klassificera människor som sjuka eller friska utan i stället varar uppmärksam på vilken nivå eller vilket avstånd de befinner sig i förhållande till hälsa eller ohälsa. Det förhindrar att fokusering enbart riktas mot den förmodade sjukdomen, istället ser man till människans hela historia som även innefattar sjukdomen. Istället för att fråga sig vad som orsakar sjukdom söker man efter vad som får människan att må bra. Antonovsky påpekar att sjukdomstillstånd som kan påverka kroppen negativt, även kan ses som något positivt beroende på hur man handskas med dem (Antonovsky 1987:38-39).

6. Upplevelser om fysisk aktivitet

Jag kommer att presentera resultaten utifrån mina frågeställningar, d.v.s. teman för frågeställningarna blir teman för resultatredovisning.

6:1 Patientens förhållande till läkemedel kontra fysisk aktivitet

Flera av personerna har förståelse för att fysisk aktivitet har betydelse för deras tillfrisknande och att alternativet inte alltid är läkemedel. En av männen har klar insikt att läkemedel inte var något alternativ för hans del. Han säger att han är positivt inställd till fysisk aktivitet kontra läkemedel. För hans del fanns inget annat alternativ, han tror inte att man kan bota en dålig och svag rygg med läkemedel.

De flesta av personerna ville helst inte använda läkemedel och hade stor förståelse för att de fick fysisk aktivitet på recept. En av kvinnorna använder sig ogärna av läkemedel och uttrycker sig; *”så liksom när dom här frågorna kom upp på det här pappret, ja, tycker du*

motion är bättre än mediciner? Jag har varit så att jag aldrig tagit en Alvedon, jag har knappt aldrig tagit vitamintabletter. Jag har varit anti tabletter”.

En av kvinnorna som har en sjukdom och där fysisk aktivitet hjälper henne att bibehålla den fysik hon har och eventuellt även bli starkare säger; *”det fanns inga andra alternativ då, det var hårda bud, det var liksom det här eller inget”.* Hon äter tidigare läkemedel för sin sjukdom så fysisk aktivitet blev ett komplement för henne. I början var hon orolig och skeptisk, hon trodde att det var sista utvägen och att det inte fanns några andra alternativ. Hennes funderingar var; *”fysisk aktivitet på recept. Man var lite skeptiskt i början, man tänkte ’vad kan det här vara för någonting’. Man kände liksom ’jaha, det var liksom, ja då är det inget att göra, då är dom trött på en på sjukhuset’, ja, det finns liksom inget att göra med medicin”.*

Två av personerna bad själv om recept på fysisk aktivitet. De visste om att det fanns och de ansåg att det skulle kunna vara till hjälp för dem att komma igång med någon aktivitet och en av dem berättar; *”det var väl bra för jag bad själv om det. Jag var hos läkaren ja, för jag går ju och tar prover va, för blodet då, jag äter blodtunnande. Och då frågade jag honom när jag var där och då skrev han ut ett direkt och sen när det var utgången då löste jag ett själv då så att det fortsätter”.*

En av kvinnorna ville gärna ha massage för sin onda rygg men det var inget som hon kunde få genom koordinatören. Massagen var något hon aktivt ordnade själv och hon säger; *”jag trodde det var ingen som gör det, men så ringde jag (namn på sjukgymnastik), där fanns det en som heter (namn på sjukgymnast), nu har jag gått där ett år och mår mycket bättre, han masserar riktigt”.*

När jag frågade varför de hade fått fysisk aktivitet svarade en av personerna; *”magen (skratt). Ja det är lite svårt ta in att man faktiskt är fet”* och en annan av dem sa; *”eeeh, jag har dålig kondis”.* Det var flera av personernas som påpekade att de var överviktiga och behövde förbättra konditionen.

Som framkommer av citaten har de flesta av intervjupersonerna en positiv inställning till fysisk aktivitet i stället för eller som komplement till läkemedel. Jag tolkar att de flesta har stor insikt om att fysisk aktivitet är ett bra behandlingsalternativ för att komma tillrätta med

problem som t.ex. ryggont, dålig kondition och övervikt. Det var ingen av personerna som fick fysisk aktivitet istället för läkemedel utan alla fick FaR för att t.ex. öka konditionen, stärka upp rygg och mage, gå ner i vikt eller på annat sätt träna upp kroppen.

En av personerna var mycket osäker på vad FaR egentligen handlade och innebar och om det verkligen skulle kunna hjälpa henne om hon ökade sin fysiska aktivitet med någon form av träning. Det finns även andra behandlingsformer som är önskvärda förutom läkemedel och fysisk aktivitet, en person mår väldigt bra av att gå på massage samtidigt som hon är fysisk aktiv.

6:2 Förändring av den fysiska aktivitetsnivån

Flera av personerna var aktiva även innan de fick FaR. En av kvinnorna berättar; *"jag red tre gånger i veckan och gick ut med hunden och jag var liksom superaktiv. Men nu så tar allt så lång tid, jag har inte kraft och ork att"*. För henne har situationen förändrats så att hon inte längre kan vara lika aktiv som hon önskar och hennes behov har förändrats p.g.a. sjukdom. Nu är behovet att träna upp sin koordination och balans prioritet nummer ett och hon beskriver sin träning på följande vis; *"nu tränar jag sånt där (namn på aktivitet) och (namn på aktivitet) då, det är mycket koordination och balansövningar och så. Ja, så jag går där en gång i veckan och så försöker jag rida en gång i veckan, för jag ska träna minst två gånger i veckan då"*.

En annan av kvinnorna som också var aktiv tidigare hade klara åsikter om vilken träning hon ville tillföra och som hon tycker om efter att ha provat den för några år sedan. Hon säger; *"jo, det är egentligen den, (namn på aktivitet) har jag fått till. Men det var ju lite fel också jag fick ju receptet hit och hon kunde inte hjälpa mig så mycket, så att jag själv har ringt och fått, genom den (namn på sjukgymnast)"*. Hon ordnade själv så hon kan gå på (namn på aktivitet), viljan att förändra var stor.

En av kvinnorna har börjat med lättgympa efter att hon har fått FaR, hon träffade koordinatören i ett motiverande samtal och hon berättar; *"och då gjorde hon en profil på mig liksom då vad jag skulle kunna tänka mig för aktiviteter, för det var lite olika aktiviteter. Men då såg jag direkt att det här med lättgympa, att det skulle jag klara av med tanke på den här sjukdomen jag har"*. Tidigare motionerade hon ingenting.

Alla personer har fått förståelse för att riktad träning kan hjälpa deras problem. Ett par av personerna har börjat med styrketräning där syftet är att stärka upp kroppen och även öka på konditionen, en av dem har börjat på gym och beskriver sin träning följande; *”det är ju lite olika det, det är ju cykling och sen är det ju, köra olika maskiner då. Tre gånger i veckan ska jag köra men nu har det varit lite sådär för jag har varit borta mycket och så”*.

Som ovanstående visar var flera av personerna aktiva på olika vis redan innan föreskriften av fysisk aktivitet. Samtliga personer har efter ordinationen påbörjat någon ny aktivitet, både på inrådan av föreskrivaren och på eget initiativ. Förändringen har sett ut på olika vis, en del personer har blivit tvungna att finna nya träningsformer beroende på olika anledningar. Två av personerna var inte aktiva alls med någon motionsform innan de fick FaR, men säger sig trivas bra med sina aktiviteter. Alla personer har fått en ökad insikt i att en riktad aktivitet kan hjälpa just deras besvär.

6:3 Förändring av förhållningssättet till fysisk aktivitet

Några av personerna har varit tvungna att anpassa den fysiska aktiviteten p.g.a. sjukdom. En av kvinnorna berättar att hon tidigare var mycket aktiv men av olika anledningar har hon blivit tvungen att anpassa sin träning p.g.a. en sjukdom, hon berättar; *”och sen går jag mycket ute i skogen, jag går ju till skogen varje dag med min hund, för att träna det här med att gå på ojämn mark. Jag tränar ju liksom mycket, det vardagliga, det är väl det här att innan medicineringen var jag jätteaktiv”*. Sjukdomen har bidragit till att hon blivit tvungen att förändra sitt förhållningssätt till fysisk aktivitet. Hon har även varit tvungen och finna nya former av fysisk aktivitet som passar hennes sjukdomstillstånd och som hon klarar av. Hon säger även att; *”så det är jättebra träning för mig, jag känner liksom inte att. ’Asch! ja, jag gör väl det här då för att göra något’, för jag känner att (namn på aktivitet) är bra liksom”*.

En av männen tycker att hans inställning till fysisk aktivitet har förändrats. Han har blivit medveten om att man med små enkla medel kan påverka sin kropp på ett positivt sätt. Efter att ha fått ordinationen FaR har han börjat träna mage och rygg med olika övningar. Detta mår han bra av och känner sig positivt inställd till. Han säger vidare att hans avsikt är att fortsätta med träningen framöver.

Flera av personerna säger att de trivs med att medverka i gruppaktivitet. En av kvinnorna talar om glädjen med att träna i grupp, hon uttrycker sig; *”ja, men ändå får det ju upp min kondition. Ja, fast jag känner det roligt, det upplevs som roligt, det tänker jag inte sluta med”*. Man kanske inte alltid tänker på om det sker någon skillnad i kroppen så länge man trivs med aktiviteten och man mår bra av den. En av kvinnorna har inte tänkt så mycket på om hon känner någon skillnad i kroppen efter träningen men hon säger; *”ja, jag tycker det är jättehärligt. Jag vet inte om det är skillnad men jag tycker det skönt när man är där och det är varmt och man kommer i det varma vattnet och sen gör dom ju olika rörelser”*.

Det finns olika anledningar varför personernas förhållningssätt till Fysisk aktivitet har förändrats. En av personerna säger; *”ja det blir när man kommer till åren då får man lite förstånd (skratt)”*. Han har fått en ökad insikt med åren. Alla personer uttrycker att de har för avsikt att fortsätta med sina aktiviteter.

Ur citaten ovan framkommer att flera av personerna upplever glädje och positiva känslor i samband med fysisk aktivitet. Några av personerna som tidigare varit fysiskt aktiva har varit tvungna att anpassa sina aktiviteter p.g.a. nya förutsättningar. De har blivit tvungna att finna nya former av aktivitet som kan hjälpa dem mot deras besvär. Jag tolkar att viljan att fortsätta vara fysisk aktivt finns där. Insikten att man själv kan påverka sin hälsa och välmående har ökat hos alla personer.

6:4 Behandlingsformen fysisk aktivitet på recept

Det finns olika åsikter om hur det hela har fungerat t.ex. kontakten med koordinatören och själva rådgivningen. När det gäller t.ex. egna önskemål och anledningen varför man ska träffa koordinatören säger en man, vars inställning till fysisk aktivitet är positiv, han uttrycker sig; *”jag förstår inte varför jag skulle till henne och prata”*. Anledningen till varför han skulle träffa koordinatören framgick inte klart för honom. Han visste redan innan han träffade koordinatören vilken aktivitet han skulle tillföra. Han hade fått träningsprogram av sjukgymnasten som han var inställd på att prova.

En av kvinnorna var missnöjd med mötet med koordinatören hon hade andra förväntningar innan hon träffade koordinatören, hennes förväntningar var; *”jag träffade henne och skrev till mig, hon tyckte när jag sa att jag ville ha (namn på aktivitet) helst i (namn på aktivitets*

ställe), för dit måste man ha remiss, så hon sa, frågade var jag hade ont... i ryggen.' Om du har ont i ryggen passar inte det varma vattnet det är bättre att du går'. Men jag ville gå dit så jag fick ingen hjälp egentligen. Neej, jag tycker inte om så kallt vatten, jag vill ha varmt".

Hon tyckte inte att hon fick ut det hon ville av mötet.

Det är inte alltid som personerna får den hjälp som de anser sig behöva av olika anledningar. En del "ramlar mellan stolarna" ingen tar ansvar för deras egentliga problem. En av kvinnorna berättar om sin problembild och säger; "så jag känner att det här aktivitet på recept är jättebra men jag får liksom bara fumla omkring själv för att hitta någonting. Det här är ju svårt så det måste ju ge någonting liksom. Jag skulle behöva någon mer specialisthjälp som, det här ska du träna och det här ska du träna. Jag fumlar omkring lite själv, om man säger så". Det kan vara en risk att ta till FaR när det egentligen behövs annan behandling.

Några av personernas upplevelser var positiva gällande möjligheter att finna nya aktiviteter och möjlighet att förändra sin situation genom koordinators hjälp, en av personerna sa; "ja, för att det var, det var en bra ingång till vart man kunde, var man kunde hitta aktiviteter som passade mig då". Samtidigt fanns det andra som upplevde det hela lite skrämmande i början. En av kvinnorna kände sig osäker på vad som skulle hända i samband med mötet med koordinatören. Det fanns många tankar om vad som skulle hända och till vilken nytta allt var, hennes funderingar var; "ja, jag tycker om den, nu tycker jag om den, jag var lite skeptiskt i början, 'ska jag verkligen gå ner och kolla, ska jag verkligen gå ner, kan det vara någonting för mig' mycket skeptisk liksom, 'Ja, jag går ner tänkte jag".

Några personer hade funderingar runt uppföljning på aktiviteten de tyckte att det skulle behövas fler uppföljningar med jämna mellanrum som skulle fungera som motivering till fortsatt fysisk aktiviteterna. En av kvinnorna uttryckte sig; "och då fick jag, då tyckte hon att jag hade kommit igång bra och så där och sen lät det som att, sen var det bra med det. Det känns som att nu kan man skita i det här, men det gör inte jag. Men det ligger nära till hands att, nu så behöver jag inte anstränga mig mer för nu är det ingen som kollar". Det fanns andra upplevelser om motivation. En hjälp till motivationen kan även vara det aktivitetskort man får hos koordinatören som man ska/bör fylla i när man har tränat och som ska fungera som morot. En av kvinnorna uttrycker sig; "jag kan ju säga så här, även om jag var har varit mer aktiv förut som frisk och jag orkar inte vara lika aktiv nu. Så är det gröna kortet nu då, jag

orkar inte sätta mig i bilen och åka in till staden. Så kan det ibland vara, nej jag måste ju fylla i den här stämpeln, jag får inte börja fuska för börjar jag fuska så fortsätter jag fuska”.

Bemötandet hos koordinatören eller föreskrivaren är viktigt anser flera av personerna. Ett positivt bemötande anser en av kvinnorna är viktigt. Hon säger; *”ja, man undrade ju liksom, nu blir man slängd hit och dit och här och, så man undrar ju vad ska det här leda till. Men sen när hon pratade, hon var väldigt positiv och liksom var så tillmötesgående och förstående. Det beror mycket på vem man träffar och pratar med, för är det någon som är negativ eller”.*

Några av personerna har åsikter om läkarnas insatser och kunskaper om gällande FaR. En av männen säger; *”det tycker jag väl för min läkare visste inte om det knappt överhuvudtaget. Han hade väl aldrig varit utsatt för det sa han”.* En av kvinnorna uttrycker sig angående behandlingsformen FaR på följande sätt; *”man borde ta fler tillfällen i akt att pracka på folk det höll jag på att säga (skratt). Försöka övertala folka till åtminstone försöka”.* De anser att läkarnas engagemang för FaR borde bli bättre.

Enligt vad som framkommer ur personerna berättelser uppfattar de flesta behandlingsformen fysisk aktivitet som positivt. Däremot går meningarna isär om koordinatörens arbete, ett par personer tyckte inte koordinatören var till någon hjälp medan en annan blev positivt överraskad och upplevde det som mycket positivt. Hon upplevde det positivt när hon blev bemött med förståelse och en positiv attityd av koordinatören. Särskilt när hon innan mötet kände sig skeptisk och osäker inför FaR. Två av personerna såg FaR som en start till något nytt, en väg till möjlighet att få hjälp och rådgivning till lämplig aktivitet.

En av kvinnorna upplever aktivitetkortet, där man redovisar sina aktivitetstillfällen, som en bra motivation, det hindrar henne från att fuska. För en av personerna är upplevelsen av själva behandlingsformen FaR positiv, hon mår bra av sin träning men hon har egentligen andra problem som hon skulle behöva hjälp med. Det visade sig även att alla läkare inte använder sig av FaR. Två av personer önskade recept på fysisk aktivitet vid läkarbesök. Deras erfarenhet blev att läkarna hade dålig kunskap om FaR och att de inte använde sig av det i så stor utsträckning. Några av personerna tycker att det skulle finnas flera tillfällen för uppföljning. De anser att det kan vara en risk att man inte fortsätter med aktiviteten efter det att receptet har gått ut. Några anser även att FaR borde användas i ännu större utsträckning.

6:5 Förändring av den upplevda livskvalitén

Förutsättningarna för personerna är olika och likaså vad varje person uppskattar, lyckan kan vara upplevelsen som varar en kort stund efter aktiviteten. En av kvinnorna uttrycker sig; *"men nästan alltid efter den här timmen så känns det en liten. Att då liksom när man sätter sig i bilen att liksom, men gud vad bra jag ser och, och jag känner mig pigg"*. Alla säger att de blir piggare och för några personer fungerar aktiviteten som sysselsättning och möjlighet till socialsamvaro med andra människor, vilket en person uttrycker; *"jaa, piggare och gladare och att jag har någonting att göra"*. Hon säger även med glädje; *"ja, nu ska vi ha avslutning så ska vi ha en uppvisning i gymnastikhallen. Sen ska vi ha en avslutning med kaffekorg och picknick i det gröna"*. Några av personerna har även mindre smärta p.g.a. ökade eller riktade träningsåtgärder, en av dem uttrycker att; *"det är skönt att slippa smärtan"*.

En av kvinnorna uttrycker att hon har blivit rörligare och klarar att utföra vissa rörelser bättre vilket ger henne en större självständighet. Hon säger; *"ja, om jag tappar någonting på golvet så har jag märkt då kan jag ta upp det. Innan var jag nästan tvungen att ta hjälp, och hämta en sopborste och sopa upp den. Jag har blivit mer rörlig"*. Däremot har det förändrats på ett annat vis för en annan av kvinnorna som tidigare har varit mycket aktiv under yngre år och efter olika sjukdomsbilder har blivit begränsad i möjligheten att vara fysisk aktiv. Hon tycker; *"njae, det vet jag inte, jag tror det är för tidigt att säga det. Jag tror jag har hållit på för kort tid för att det ska ha haft någon genomgripande effekt, marginellt kanske. Jo jag orkar ju lite mer, det gör jag"*.

Jag tolkar ur personernas berättelser att deras livskvalité har ökat. Alla personer har förmedlat att de upplever det positivt att vara fysisk aktiv. Exempelvis har styrkan och rörligheten i kroppen ökat hos flera av personerna, smärtan har minskat för en del, den allmänna upplevda hälsan har ökat och för vissa personer fungerar aktiviteten även som sysselsättning och social kontakt. Det beror även på vilken fysisk standard och livskvalité personen har haft under tidigare år och vilken sjukdomsbild som personen har, hur man upplever sin livskvalité just nu. En kvinna som tidigare har varit mycket aktiv under yngre år har efter några olika sjukdomsbilder blivit begränsad i möjligheten att vara fysisk aktiv. Hon tycker att hon ännu inte sett så stor förändring av sin träning men känner att hon är på rätt väg.

7. Koppling mellan empiri, teori och tidigare forskning

Min studie visar att alla intervjupersoner har ökat sin aktivitetsnivå och påbörjat någon ny aktivitet efter att ha fått ordinationen FaR. Detta stämmer bra överens med vad som framkommit i Attasalos, m.fl. studie som handlar om utvärdering av projektet fysisk aktivitet på recept i Finland. I min studie framkommer även att några av personernas erfarenhet är att läkarna inte använder sig av FaR i så stor utsträckning och att deras kunskap om FaR anses borde vara bättre. De anser även att sjukvården ska använda sig av FaR i ännu större utsträckning. Här finns likheter med projektet i Finland där det i utvärderingen av projektet framkom att läkarna kunde bli mer effektiva med att tillfråga personer om deras gällande fysiska aktivitetsnivå.

Några av anledningarna till att personerna fick FaR berodde på övervikt och dålig kondition. Detta kan leda till ohälsa för individen som i sin tur leder till ett samhällsproblem som vidare påverkar den samhällsekonomiska strukturen. I Becks teorier om risksamhället som handlar om nya former av risker finns resonemanget om människors hälsa. Han påpekar att för människor i det moderna samhället har ansträngningarna minskat bl.a. för att skaffa mat. Det dagliga livet har blivit mer bekvämt vilket i sin tur leder till att inaktiviteten ökar.

Det framkom i min studie att det även fanns en osäkerhet inför behandlingsformen FaR, en osäkerhet som kan bero på att människan känner sig rädd inför något nytt och okänt. När en person får FaR kan det innebära att det leder till stora förändringar som påverkar den egna identiteten, vilket kan upplevas skrämmande. Beck framhåller att individen står alltmer ensam i sitt beslut om att forma och skapa sitt liv. Enligt Beck förväntas det av oss att vi ska skapa vår egen identitet och framställandet av vår egen person.

Samtliga personer i min studie fick FaR som behandlingsform och har nu en positiv inställning till den och de har fått ökad förståelse för hur fysisk aktivitet påverkar kroppen och hälsan. Några av personerna tycker även att FaR borde användas i högre grad. Flera av personerna anser även att de mår bra av sina aktiviteter och att aktiviteterna även leder till sysselsättning och social kontakt. Detta kan knyta an till Antonovskys begrepp salutogenes. Med det salutogenetiska synsättet riktas fokus på hälsobringande faktorer för personen/patienten. Fysisk aktivitet anses vara en faktor som påverkar hälsa på flera sätt när personerna ökar sin aktivitetsnivå eller anpassar aktiviteten till sina förutsättningar. Meningen är att FaR ska leda till bättre hälsa för individen. I Socialstyrelsens studie framkom ur

fokusintervjuerna att det anses vara viktigt med en helhetssyn på människan i ett hälsoarbete. Man anser också att fokus läggs på det som gör att människor håller sig friska, vilket är ett salutogenetiskt synsätt.

Några av personerna i min studie hade åsikter om koordinators arbete och dessa handlade om både positiva och negativa upplevelser. En förklaring till personernas olika upplevelser av mötet med en koordinator kan vara orsaker som framkom i en av SBU-rapportens utredning om rådgivning. Det var att rådgivning kan ha olika innebörd för olika professionella personer eftersom de professionella inte har samma referensram gällande rådgivning enligt utvärderingen. En annan faktor som kan påverka personernas upplevelse av mötet med t.ex. koordinators arbete kan vara vilken metod man använder sig av i samtalet. En utvärdering som gjorts av metoder som använts i Sverige har visat att den ”patientcentrerade” metoden ger en effektivare konsultation. Metoden innebär att hänsyn tas till patientens föreställningar, förväntningar och farhågor. Metoden tar även hänsyn till etiska aspekter och gör patienten delaktig i de beslut som fattas om patientens fysiska aktivitet, det anses stimulera patienten till eget ansvar.

Vidare finns önskemål i min studie om fler uppföljningstillfällen för att motivationen till att fortsätta med aktiviteten ska hållas vid liv. Harlands, m.fl. studie och SBU-rapportens studie visar att det är av stor vikt med uppföljningar för att nå ett långvarigt resultat. Uppföljningar med flera motiverande samtal visar sig vara mest effektivt. Även om viljan är stor hos personerna i min studie att fortsätta med den aktuella aktiviteten just nu så är det okänt hur länge motivationen räcker för den enskilda individen.

Två av personerna var inte fysiskt aktiva innan de fick FaR och i detta fall fungerar ordinationen FaR som ett hjälpmedel för personerna att komma igång. Hjälpmedel kan vara recept, stegräknare, aktivitetskort mm. Receptet var i min studie en stor bidragande orsak till att personerna ökade sin aktivitetsnivå. En av kvinnorna ansåg även att aktivitetskortet fungerade som en del av hennes motivation till fysisk aktivitet. Detta stämmer överens med det som framkommer i SBU-rapporten om att hjälpmedel ökar chanserna att fler människor ökar sin fysiska aktivitetsnivå.

Två personer var inte aktiva innan FaR och alla har påbörjat nya riktade aktiviteter för deras problem. Kan detta ses som en risk i samhället? Behöver människan ha ett hjälpmedel t.ex. ett

recept eller ett kort som fungerar som motivation för att ta ansvar för sin hälsa? Ur perspektivet risker i samhället som Beck använder sig av kan det anses att det är en risk att det behövs ett recept för att människor ska påbörja fysisk aktivitet för att förbättra hälsa. Är detta en bieffekt av moderniseringen som sker i samhället? Som nämnts tidigare är inaktivitet är en bidragande orsak till ett växande samhällsproblem.

Enligt vad som framkommit i studien har flera av personerna fått nya förhållningssätt till fysisk aktivitet. Det beror bl.a. på att de har fått en medvetenhet om att de har möjlighet att påverka sin situation p.g.a. att de upplever att det leder till förbättrad hälsa efter att ha påbörjat en ny aktivitet som har varit riktad mot deras besvär. Här kan dras paralleller med Antonovskys teori om KASAM, där begreppen begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet förklarar att man kan se ett sammanhang med det som sker. Personerna kan se att det egna handlandet leder till vissa konsekvenser och upptäckten av att kunna påverka sin situation leder till att det egna ansvaret ökar. De tar kommandot över sina liv och delaktigheten ökar. Personerna i min studie säger sig ha en vilja att fortsätta med sina aktiviteter och de anser att den egna upplevda hälsan har ökat och också livskvalitén.

Becks teorier om klasstillhörighet och att det är skillnad på hur individer drabbas av risker kan ses från olika perspektiv. Beck talar om att man kan *köpa* sig fri från riskerna beroende på klasstillhörighet. I min studie framkom att förutsättningarna för några av personerna har förändrats p.g.a. sjukdom, i dessa fall är det svårt att *köpa* sig fri ifrån riskerna. Frågan är hur stor möjlighet individen har att *köpa* sig förbi sjukvårdsköer och bättre vård?

8. Slutdiskussion

Syftet med denna studie har varit att undersöka patienternas upplevelse av att få ordinationen fysisk aktivitet på recept istället för eller som komplement till läkemedel. Resultatet visar att samtliga personer som deltagit i min studie har en positiv inställning till fysisk aktivitet istället för eller som komplement till läkemedel. För alla personer är det endast fysisk aktivitet som är aktuellt som behandlingsform. För flera av personerna finns behov av att gå ner i vikt och öka konditionen. Det förekommer även osäkerhet inför den relativt nya behandlingsform som FaR är hos en av personerna. Önskemål om andra behandlingsformer finns också, t.ex. massage.

Samtliga personer har påbörjat nya aktiviteter efter ordinationen FaR som är riktade mot deras behov, två av personerna var inte aktiva med någon motionsform innan de fick FaR, däremot var de andra aktiva med olika aktiviteter. Insikten om att riktad aktivitet kan hjälpa och förebygga sjukdom är hög bland personerna i studien.

Förhållningssättet till fysisk aktivitet har för flera av personerna förändrats på olika vis, några personer har blivit tvungna att finna nya former av aktivitet p.g.a. att nya förutsättningar har uppstått. Några personer har funnit glädjen med att vara fysiskt aktiv, både genom att känna att de mår bra av aktiviteten och att det är roligt och skönt. Viljan är stor hos personerna att fortsätta med aktiviteterna och alla är medvetna om att de själva kan påverka sitt välmående.

De flesta av personerna uppfattar behandlingsformen fysisk aktivitet som ett bra alternativ. Åsikterna stämmer inte överens om koordinators arbete. Två av personerna anser att de inte fick så stor hjälp av koordinatören medan de andra var nöjda med besöket hos koordinatören. Enligt en av personerna fungerar aktivitetskortet som motivation till fortsatt aktivitet. Några var kritiska till att de hade mött läkare som inte hade kunskap eller använde sig av FaR. De ansåg även att sjukvården skulle använda sig mer av FaR. Det finns även de personer som får ordinationen FaR när de egentligen skulle behöva annan eller ytterligare hjälp. Några personer hade åsikter om att det borde vara fler uppföljningar efter ordinationen FaR. Detta för att patienterna skulle motiveras/stimuleras till fortsatt fysisk aktivitet.

Andra positiva konsekvenser som har framkommit ur min studie är att samtliga personer har förmedlat att de upplever det positivt att vara fysisk aktiv. Exempelvis har styrkan och rörligheten i kroppen ökat hos flera av personerna, smärtan har minskat för de flesta, den allmänna upplevda hälsan har ökat och för vissa personer fungerar aktiviteten även som sysselsättning och social kontakt. Utifrån detta tolkar jag att livskvalitén har ökat för alla medverkande.

Har jag fått svar på mitt syfte och mina frågeställningar?

Jag sökte efter upplevelsen av att få ordinationen FaR i mina intervjuer i studien. Frågorna handlade bl.a. om hur det har påverkat människors aktivitetsnivå, förhållningssätt till fysisk aktivitet och den upplevda livskvalitén. Jag fick många intressanta svar som speglar människornas upplevelse runt ordinationen FaR. Utifrån vad som har berättats för mig tycker jag att jag har fått tillfredsställande underlag till svar på mina frågor. Alla personer har varit

vänliga att delge mig sina upplevelser om att få ordinationen FaR. Jag är medveten om att mitt resultat inte kan generalisera men de mönster som kommer fram från intervjuerna kan bidra till fördjupad förståelse om människor med liknade problem. Valet av metod har gett mig möjlighet att få en inblick i hur människor kan uppleva att få ordinationen FaR. I min studie var de flesta mycket positiva till att få ordinationen FaR, det var endas en person som kände sig lite skeptiskt i början. Trots resultatet i min studie så tror jag att det kan finnas personer som får FaR som inte är lika positiva som mina intervjupersoner. Det skulle vara intressant att få ta del av deras upplevelser.

Teorierna valde jag för att belysa olika perspektiv runt ämnet FaR. Utifrån Becks teorier om risksamhället kan det ses att det är en risk att det finns så stort behov av FaR. Med det menar jag att det borde finnas i varje människas intresse och ansvar att vara tillräckligt fysiskt aktiv för att upprätthålla en god hälsa. Detta kräver dock engagemang, kunskap och tid. Vidare kan dras paralleller med Becks beskrivning av individualiseringen i samhället. Individualiseringen enligt Beck är inte ett eget beslut. Den har utvecklats till ett tvång där varje individ ska skapa sin egen identitet och forma sitt liv. Detta innefattar även den fysiska aktiviteten som varje individ ska ta ansvar för och utforma på bästa sätt, vilket inte alltid är så lätt p.g.a. tid, okunskap och brist på engagemang. Det kan också förklara varför behovet av FaR är så stort. Vidare kan spekuleras om det skapas någon risk med FaR i framtiden som vi inte ser i dagsläget.

Behandlingsformen FaR anses i min studie vara ett bra alternativ till att behandla och förebygga sjukdom. Enligt min studie hjälper det människor att komma i gång med en fysisk aktivitet som vidare leder till bättre hälsa. Av egen erfarenhet vet jag att de kan behövas något slags verktyg för att få människor att finna motivation till att öka eller förändra sin fysiska aktivitetsnivå. När människors insikt ökar om att den fysiska aktiviteten hjälper till att förbättra deras hälsa kan man säga att de bli medvetna om sammanhanget fysisk aktivitet och hälsa. Det finns paralleller med Antonovskys teorier om KASAM när människor upptäcker att de kan påverka sin situation och inte vara offer för en åkomma. Man kan även använda Antonovskys begrepp "det salutogenetiska synsättet" när det gäller FaR. Vid en ordination på fysisk aktivitet tas hänsyn till det som personen kan utföra och antas må bra av, fokus läggs på det friska. Detta hjälper till att stärka människor på flera vis. De blir fysiskt starkare av träning och den inre styrkan kan stärkas genom att de ser ett sammanhang att deras handlade leder till resultat. Detta kan hjälpa till att motarbeta risksamhället. Jag tycker att dessa teorier har hjälp

till att belysa viktiga aspekter med FaR och dess funktion. Det har gett studien olika perspektiv. Det finns säkert ytterligare teorier som skulle ge min studie ytterligare perspektiv.

Denna studie har gett mig mer inspiration att förespråka fysisk aktivitet i ett förebyggande och behandlande syfte. Eftersom effekterna har visat ge positiva resultat både enligt min studie och tidigare studier. Resultatet i min studie var övervägande positiva upplevelser angående FaR. Dessa borde vårdas ömt genom att använda genomtänkt och väl utarbetad rådgivning och metodval i syfte att stimulera till att den ökade eller riktade fysiska aktiviteten ska bli bestående. För att kunna förbättra arbetet när det gäller att öka andelen människor som är fysiskt aktiva är det av stort intresse att ta reda på vad det är som påverkar människor att bli mer fysiskt aktiva och att den ökade eller riktade fysiska aktiviteten blir en naturlig del av vardagen. Detta skulle kunna vara ett ämne för framtida forskning. Syftet kan vara att ta reda på vad det är som krävs för att fysisk aktivitet ska bli en naturlig och bestående del av människans livsvärld. Syftet och frågeställningarna skulle kunna ställas utifrån studierna som visar att det finns olika förhållningssätt gällande rådgivning, olika metoder som används för att stimulera personer till ett fysiskt aktivare liv och hänsyn till etiska aspekter.

Referenslista

- Antonovsky, A. (1987). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.
- Aittasalo, M, Miilunpalo, S, Ståhl, T, Kukkonen-Harjula, K. (2006) *From innovation to practice: initiation, implementation and evaluation of a physician-based physical activity promotion program in Finland*. Oxford University Press
(<http://ep.bib.mdh.se:2234/cgi/reprint/22/1/19.pdf> 2007-05-14)
- Beck, U. Giddens, A. Lash, S. (2003). *Reflexive modernization – Politics tradition and aesthetics in the modern social order*. Cambridge: Polity Press.
- Harlands, J, White, M, Drinkwater, C, Chinn, D, Farr L, Howel, D (1999) *The Newcastle exercise project: a randomised controlled trial of methods to promote physical activity in primary care*.
(<http://www.bmj.com/cgi/reprint/319/7213/828?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=harland&searchid=1&FIRSTINDEX=0&resourcetype=HWCIT> 2007-05-14)
- Holme, I, Solvang, B (1997) *Forskningsmetodik – Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur
- Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763, § 2, 2c
(<http://www.notisum.se/Rnp/SLS/LAG/19820763.HTM> 2007-05-07)
- Kallings, L. Leijon, M. (2003). *Erfarenheter av Fysiks aktivitet på recept – FaR*. Sandvikens tryckeri: Sandviken.
(<http://www.fhi.se/upload/PDF/2004/uppdrag/far0312.pdf> 200-04-04)
- Johannisson, K. (1997). *Kroppens tunna skal*. Norstedtsförlag: Stockholm.
- Schäfer Elinder, L. Faskunger, J. (2006). *Fysisk aktivitet och folkhälsa*. Huskvarna.
(http://www.fhi.se/upload/ar2006/Rapporter/R200613_Fysisk_aktivitet_0701.pdf 2007-04-30)
- Socialstyrelsen. (2005.a). *Folkhälsorapport 2005*.
(<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/7456A448-9F02-43F3-B776-D9CABC727A9/6169/20051114.pdf> 2007-04-25)
- Socialstyrelsen. (2005.b). *Hälsofrämjade hälso- och sjukvård? En kartläggning för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser*.
(<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/92C2CE95-6381-4C6A-BC64-OCE4ABA2D54F/4287/200513135.pdf> 2007-05-03)
- Starrin, B. Svensson, P-G. (red.). (1994). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Studentlitteratur: Lund
- Statens beredning för medicins utvärdering, (SBU)-rapport. (2006). *Metoder för att främja fysisk aktivitet –En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm.
(http://www.sbu.se/filer/content0/dokument/fysisk_sammanf.pdf 2007-04-25)

Statens beredning för medicins utvärdering, SBU-rapport. (2007). *Metoder för att främja fysisk aktivitet—En systematisk litteratur översikt*. Stockholm.
(http://www.sbu.se/Filer/Content0/publikationer/1/Fysisk_aktivitet.pdf 2007-04-30)

Lynöe, N. i SBU (2007). *Metoder för att främja fysisk aktivitet—En systematisk litteratur översikt*. Stockholm.
(http://www.sbu.se/Filer/Content0/publikationer/1/Fysisk_aktivitet.pdf 2007-04-30)

Ödman, P (2006) *Tolkning, förståelse, vetande – Hermeneutik i teori och praktik*. Nordstedts Akademiska Förlag: Stockholm



Hej!

Jag heter Lena Pettersson och studerar på Mälardalens Högskola, jag ämnar skriva en C-uppsats under våren som handlar om Fysisk aktivitet på Recept, FaR.

Jag samarbetar med Catherine Forsberg som är folkhälsostrateg i Katrineholms kommun som under våren har skickat ut en enkät till dig.

Min uppgift är att göra en uppföljande studie på enkäten. Syftet med studien är att ta reda på hur du uppfattat att få ett recept på fysisk aktivitet samt att ta reda på om och hur din aktivitetsnivå har förändrats.

Jag skulle vilja träffa dig för att göra en intervju och kommer att inom en vecka att kontakta dig via telefon för att boka in en träff, jag kommer att ringa senast fredagen den 20 april. När jag ringer bestämmer vi plats och intervjun kommer att ta ca en halv timme.

Ditt deltagande är frivilligt men för att få så bra svar på studien som möjligt är din medverkan mycket betydelsefull. **Dina svar kommer inte att kunna kopplas till Dig som person.** Givetvis behandlas Dina svar med sekretess och redovisning av resultat kommer att presenteras så att enskilda individer inte går att spåra.

Önskar du inte delta eller har frågor om intervjun eller studien kan du kontakta mig på telefon (nummer) eller (nummer)

Med Vänliga Hälsningar Lena Pettersson

Intervjuguide

- Hur upplever du att få ett recept på fysisk aktivitet?
 - Fick du även recept på läkemedel?
 - Fick du ett recept på fysisk aktivitet i stället för läkemedel eller både och?
 - Har din aktivitetsnivå förändrats sedan du fick receptet?
 - Hur har den i sådant fall förändrats?
 - Varför har den förändrats?/Varför har den inte förändrats?
 - Har du påbörjat någon ny aktivitet?
 - Har din syn på fysisk aktivitet förändrats efter att du fick receptet? I sådant fall på vilket vis?
-
- Hur ser du på framtiden och din fysiska aktivitet?
 - Tror du att du kommer att fortsätta vara fysisk aktiv?
 - Vad anser du om denna behandlingsform som FaR är?
 - Har du förståelse varför du har fått ett recept med fysisk aktivitet?
 - Har du något framtidsscenario om hur du önskar att din framtid kommer att se ut gällande din fysiska aktivitet?
 - Har din upplevda hälsa förändrats något efter att du har fått receptet och eventuellt förbättrat din fysiska status?