



Ordinerad fysisk aktivitet

- en studie av avdelningschefers uppfattningar vid
Division Närsjukvård i Västmanland

Examensarbete i Folkhälsovetenskap

Nivå: Kandidatnivå

Högskolepoäng: 15 Hp

Utbildning: Folkhälsovetenskapliga
programmet

Kurskod: OFH011

Datum: 2009-08-27

Författare: Sofia Söderkvist

Handledare: Kristina Pellmer

Bihandledare: Hedvig Olin

Examinator: Lars Cernerud

SAMMANFATTNING

Den fysiska aktiviteten minskar bland befolkningen. En mer stillasittande livsstil bidrar till övervikt och fetma som i sin tur kan orsaka livsstilsrelaterade sjukdomar. I arbetet för att öka den fysiska aktiviteten i befolkningen har fysisk aktivitet på recept utvecklats som metod inom sjukvården. I Landstinget Västmanland tillämpas denna arbetsmetod under begreppet Ordinerad Fysisk Aktivitet (OFA). På uppdrag av Landstinget Västmanland genomfördes denna studie. Syftet var att undersöka avdelningschefernas uppfattningar kring arbetet med OFA samt arbetet med fysisk aktivitet riktat till medarbetare och befolkning på rehabiliteringsavdelningarna och medicinmottagningarna i Västmanlands län. En kvalitativ ansats tillämpades för studien genom intervjuer. Resultatet visar på svårigheter med införandet av OFA i verksamheten. Avdelningarna saknar rutiner och mål för OFA som arbetsmetod. Men viljan att arbeta med OFA finns på avdelningarna samt förståelsen för dess betydelsefulla hälsosamma effekter för patienterna. Medarbetarna på avdelningarna har tagit del av det material och utbildningar som finns men arbetet med OFA går långsamt framåt. Förmåner för medarbetarna, angående fysisk aktivitet, finns som ersättning från Landstinget Västmanland samt för några avdelningar, friskvårdshalvtimme i veckan. Flera avdelningar deltar i aktiviteter för att öka den fysiska aktiviteten hos medarbetarna. Avdelningarna har däremot inget riktat arbete mot befolkningen angående fysisk aktivitet. Det finns inga riktlinjer för hur detta arbete ska fungera. Utvecklingsmöjligheterna för ett befolkningsinriktat arbete bedöms vara små.

Nyckelord: hälsa, fysisk aktivitet, ordinerad fysisk aktivitet, landsting, avdelningschef.

ABSTRACT

Physical activity decreases among the population. A more sedentary life style contributes to overweight and obesity which can cause life style related diseases. In the work to increase physical activity among the population physical activity on prescription has developed as a method in health care. In the County Council of Västmanland this working method applies under the concept Prescribed Physical Activity (OFA). This study was accomplished commissioned by the County Council of Västmanland. The aim of the study was to examine the opinions of the head of department, in the department of rehabilitation and the department of medicine in the County Council of Västmanland, about the work with OFA and the work on physical activity targeted to the employees and the population. A qualitative approach was applied for the study through interviews. The results show the difficulties with the introduction of OFA in the departments. The departments lack of routines and objectives for OFA as a work method. But the willingness to work with OFA and the understanding of its significant health effects for patients occurs in the departments. Employees of the department have taken note of the materials and educations available but the work with OFA is making slow progress. Benefits for the employees, regarding physical activity, is compensation from the County Council of Västmanland, and for some departments, half an hour of health related activities a week is available. Several departments are involved in activities to increase physical activity among the employees. The departments have no direct work to the population regarding physical activity. There are no guidelines on how this work should be carried out. The potential for a population-oriented work is considered to be small.

Keywords: health, physical activity, physical activity on prescription, county council, head of department.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING	1
2. BAKGRUND	2
2.1 Begrepp och definitioner.....	2
2.2 Fysisk aktivitets betydelse för hälsan	2
2.2.1 Effekter av fysisk aktivitet.....	3
2.2.2 Rekommendationer för fysisk aktivitet	3
2.3 Hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande arbete genom fysisk aktivitet.....	4
2.3.1 Internationella mål för ökad fysisk aktivitet.....	4
2.3.2 Nationella mål för ökad fysisk aktivitet	5
2.3.3 Sjukvårdens roll i arbetet för att öka den fysiska aktiviteten.....	5
2.4 FaR® och OFA som arbetsmetod	6
2.4.1 Utbildning inom FaR®.....	7
2.4.2 Effekter av FaR®	8
2.4.3 Framtidsutsikter.....	9
3. SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	10
4. METOD.....	10
4.1 Studiedesign	10
4.2 Avgränsning och urval.....	10
4.2.1 Avgränsning	10
4.2.2 Urval av intervjupersoner	11
4.3 Underlag för intervju - Intervjuguide	11
4.4 Genomförande av intervjuer	12
4.5 Bearbetning av datamaterial.....	12
4.5.1 Transkribering	12
4.5.2 Innehållsanalys	12
4.6 Etiska aspekter	13
5. RESULTAT.....	14
5.1 Arbetet med OFA	14
5.1.1 Arbetsprocessen.....	14
5.1.2 Rutiner för arbetet med OFA.....	16
5.1.3 Samarbeten	18
5.1.4 Behov och utveckling.....	19

5.2 Arbetet med fysisk aktivitet riktat till medarbetarna	20
5.3 Arbetet med fysisk aktivitet riktat till befolkningen	21
6. DISKUSSION	22
6.1 Metoddiskussion	22
6.1.1 Studiedesign	22
6.1.2 Avgränsning och urval	22
6.1.3 Underlag och tillfälle för intervju.....	23
6.1.4 Bearbetning av datamaterial	24
6.1.5 Analys av intervjuerna.....	24
6.1.6 Studiens trovärdighet.....	24
6.2 Resultatdiskussion	25
6.2.1 Arbetet med OFA	25
6.2.2 Arbetet med fysisk aktivitet riktat till medarbetarna	26
6.2.3 Arbetet med fysisk aktivitet riktat till befolkningen.....	27
6.3 Etikdiskussion	28
7. SLUTSATSER	29
REFERENSER	
BILAGA 1 – INFORMATIONSBREV	
BILAGA 2 - INTERVJUGUIDE	

1. INLEDNING

I dagens samhälle blir människor mer och mer stillasittande. Vardagsmotion har minskat då exempelvis bil, tunnelbanan och andra motordrivna transportmedel har blivit ett förstahandsval istället för promenader och cykelturer. Många människor anser att vinna tid och känna bekvämlighet går före motion vid förflyttningar mellan arbete, hem och olika aktiviteter. Detta tillsammans med andra hälsofaktorer påverkar folkhälsan i stort genom att befolkningen i Sverige och västvärlden drabbas av olika livsstilsrelaterade sjukdomar. Övervikt, diabetes, hjärt- kärlproblem och psykisk ohälsa är några sjukdomar som skulle kunna förhindras om befolkningen blev mer fysiskt aktiv.

Fysisk aktivitet har många hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande egenskaper. Om fler människor skulle välja fysisk aktivitet, vad gäller motion och transporter, skulle de tidigare nämnda sjukdomarna minska och folkhälsan skulle förbättras avsevärt. Detta skulle även bidra till minskade sjukvårdskostnader och förbättra det ekonomiska tillståndet då färre skulle gå sjukskrivna på grund av sjukdomar som kom att förhindras om den fysiska aktiviteten ökade.

Inom hälso- och sjukvården utförs arbeten för att öka den fysiska aktiviteten hos befolkningen. Istället för att medicinera patienter som drabbats av livsstilsrelaterade sjukdomar kan recept på fysisk aktivitet skrivas, så kallat FaR®. Inom Landstinget Västmanland arbetar man efter detta koncept men använder istället begreppet Ordinerad Fysisk Aktivitet, OFA.

Författaren till detta examensarbete har sedan tidigare ett stort intresse för fysisk aktivitet och motion. Detta intresse har under studietiden, på Folkhälsovetenskapliga programmet vid Mälardalens Högskola, utvecklats och viljan att fördjupa sig i ämnet har funnits hela tiden. Den första kontakten med OFA uppstod då författaren genomförde sitt fältarbete hos ansvarig hälsoplanerare för fysisk aktivitet vid Kompetenscenter för hälsa i Landstinget Västmanlands regi. Författaren tog då kontakt med samordnaren för arbetet med OFA i Västmanland. Intresse fanns hos samordnaren att ta reda på hur arbetet med OFA fungerar på rehabiliteringsavdelningarna och medicinmottagningarna vid Division Närsjukvård inom Landstinget Västmanlands ansvarområde. Detta examensarbete är tänkt att fungera som ett stöd och underlag till att genomföra förbättringar i det fortsatta arbetet med OFA.

2. BAKGRUND

2.1 Begrepp och definitioner

Hälsa är ett brett begrepp som kan definieras på många olika sätt (FHI 2004). Världshälsoorganisationen, WHO, definierade hälsa, i sin konstitution från 1948, som ett tillstånd av fysisk, psykisk och socialt välbefinnande och inte enbart ett tillstånd av sjukdomsfrånvaro (WHO 1948). Denna definition kom att kompletteras vid den första internationella konferensen för hälsopromotion i Ottawa, 1986 då den tidigare nämnda definitionen kritiserats för att vara ouppnåeligt (Schäfer Elinder & Faskunger 2006). Hälsa definierades där istället som en resurs i det vardagliga livet och inte det eftersträvande målet i livet (WHO 1986). Hälsa kan enligt FHI (2004) ses ur två perspektiv, det sjukdomsorienterade och holistiska perspektivet. Med det sjukdomsorienterade perspektivet innebär hälsa en frånvaro av sjukdom ur ett medicinsk synsätt. Det holistiska perspektivet ser på hälsa som en förutsättning för att en individ ska kunna uppfylla sina livsviktiga mål och känna välbefinnande. Dessa synsätt på hälsa samverkar då sjukdom påverkar hälsotillståndet negativt och en upplevelse av att inte känna välbefinnande kan i sig leda till sjukdom.

Fysisk aktivitet definieras som alla former av rörelse som ökar energiomsättningen. Detta innebär att fysisk aktivitet genereras då muskelaktiviteten i kroppen ökar. Detta sker vid exempelvis vardagsmotion, aktiv transport, fysisk påfrestning i arbetet och på fritiden, planerad fysisk aktivitet som motion och utövande av idrott (YFA 2008). Med hälsofrämjande fysisk aktivitet avses all fysisk aktivitet som förbättrar hälsan och ökar den fysiska prestationsförmågan (FHI 2006).

Begreppen sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande skiljer sig i betydelse vad gäller arbete för att förbättra hälsan. Sjukdomsförebyggande arbete innebär att förebygga att en specifik sjukdom uppkommer. Hälsofrämjande arbete, å andra sidan, innebär att förbättra den egenupplevda hälsan hos en individ eller befolkningsgrupp. Sammantaget kan det beskrivas att hälsofrämjande är att skapa möjligheter för människor att förbättra sin hälsa och livskvalitet (FHI 2004).

2.2 Fysisk aktivitets betydelse för hälsan

En stillasittande livsstil är en bidragande orsak till övervikt och fetma (FHI 2006). I västvärlden har antalet överviktiga och feta personer ökat trefaldigt sedan början av 1980-talet (WHO 2002). I Sverige har, under samma tidsperiod, övervikt ökat bland alla åldrar i befolkningen men ökningstakten har minskat under senare år. Mer än hälften av männen och en tredjedel av kvinnorna i den svenska befolkningen är överviktiga eller feta (Socialstyrelsen 2009).

En tvärsnittsstudie genomförd i Malmö 1994 syftade till att undersöka trenden över tid för fetma, övervikt och stillasittande fritid gentemot fysisk aktivitet samt skillnader i utbildning bland dem med övervikt eller fetma. Personer ur stadens befolkning, födda mellan åren 1913 och 1973, valdes ut slumpmässigt för att delta i studien. Denna studie jämfördes sedan med en liknande studie genomförd 1986. Resultatet visade på att övervikt hade ökat under tidsperioden bland både män och kvinnor i alla åldrar. Fler hade även en stillasittande fritid.

Bland män hade en stillasittande fritid ökat från 14,7 % år 1986 till 18,1% år 1994 och bland kvinnor hade en stillasittande fritid ökat från 19,4% till 26,7% under samma tidsperiod (Lindström, Isacson & Merlo 2003).

2.2.1 Effekter av fysisk aktivitet

Övervikt och fetma kan leda till sjukdomar som bland annat typ-2 diabetes, artros/ledsvikt, hjärt-kärlsjukdomar och stroke. Risken att drabbas av dessa sjukdomar minskar avsevärt genom ökad fysisk aktivitet (WHO 2002). YFA (2008) redogör för hur fysisk aktivitet kan förebygga att dessa sjukdomar uppkommer eller förbättra livssituationen för de som redan drabbats av sjukdom relaterad till fysisk inaktivitet. Hos diabetiker finns det en ökad risk att drabbas av hjärt-kärlsjukdomar och stroke. För hjärtsvikts- och strokepatienter är det viktigt med regelbunden fysisk aktivitet för att återuppbygga den nedsatta fysiska förmågan. Detta gäller även för patienter drabbade av kranskärlsjukdom, som är en av de större folksjukdomarna i Sverige. Fysisk aktivitet förbättrar bland annat hjärtats frekvens, syreupptagningsförmåga i kroppen samt sänker blodtrycket.

Enligt Hu med flera (2004) har fysisk aktivitet en skyddande effekt mot risken att drabbas av hjärt-kärlsjukdomar och bukfetma. Det visar en studie genomförd, under åren 1987, 1992 och 1997, på 18 892 finska män och kvinnor i åldrarna 25 till 74 år. De medverkande hade inte sedan tidigare någon konstaterad sjukdom till följd av fysisk inaktivitet. De fick svara på frågor angående sina vanor kring fysisk aktivitet och genomgå en hälsokontroll där bland annat BMI¹ och midjemått beräknades. En uppföljning för varje medverkande utfördes genom sjukvårdens register för att se statistiken för dem som drabbats av sjukdom relaterad till fysisk inaktivitet. Resultatet visade exempelvis på att de som var fysiskt aktiva hade lägre BMI och mindre midjemått. Av dem som drabbats av hjärt-kärlsjukdom fanns en koppling till det tidigare uträknade BMI-värdet. Resultatet från studien stärker därför uppfattningen om att fysisk aktivitet är en förebyggande faktor för övervikt, fetma och hjärt-kärlsjukdomar.

Fysisk aktivitet har även positiva effekter på den psykiska hälsan. I epidemiologiska studier framgår att fysisk aktivitet minskar risken för depressioner och ångest samt har en generell positiv effekt på välbefinnandet (U.S. Department of Health and Human Services 1996) Detta bekräftas av en studie med syfte att se sambanden mellan fysisk aktivitet och dess antidepressiva effekter. Studien genomfördes på kvinnliga och manliga studenter med hjälp av modeller för att se sambandet mellan fysisk aktivitet, självkänsla och dess effekt. Resultatet visade att fysisk aktivitet påverkar självkänslan för kroppsuppfattningen hos kvinnor men inte den totala självkänslan och tvärtom för män, påverkar fysisk aktivitet den totala självkänslan men inte självkänslan för kroppsuppfattning. Studiens upphovsman hävdar att resultatet är tillräckligt för att visa på att fysisk aktivitet har antidepressiva effekter på hälsan (Ryan 2008).

2.2.2 Rekommendationer för fysisk aktivitet

Den allmänna rekommendationen för fysisk aktivitet är att alla individer bör vara fysiskt aktiva minst 30 minuter varje dag för att uppnå generella hälsoeffekter. Den fysiska

¹ BMI, Body Mass Index; vikt i kilogram/längden i meter², Källa: Department of Health (2004).

aktiviteten bör vara av måttlig intensitet och detta kan innefatta vardagsmotion, såsom promenader, cykelturer, idrottsutövande och fysiskt ansträngande arbete och pulshöjande aktiviteter i allmänhet. För barn och unga vuxna gäller rekommendationen men bör ökas till minst 60 minuters fysisk aktivitet varje dag av måttlig intensitet (Department of Health 2004). För äldre personer, 65 år och äldre eller 50 och äldre med nedsatt funktion, skiljer sig rekommendationerna något. Detta beror på att äldre personer som föreliggande har en nedsatt fysisk förmåga och den fysiska aktiviteten bör anpassas till målgruppen. Lämpliga aktiviteter för äldre personer är således gymnastik av måttlig intensitet, styrketräning för att behålla muskelstyrka samt balans- och flexibilitetsträning (Nelson et. al. 2007). I den svenska befolkningen är promenader den mest populära formen av fysisk aktivitet och är även den mest effektiva formen av ordination (Leijon 2009). Ytterligare hälsoeffekter kan åstadkommas om mängden av fysisk aktivitet förhöjs ytterligare eller intensifieras från den allmänna dagliga rekommendationen (YFA 2008).

2.3 Hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande arbete genom fysisk aktivitet

I Folkhälsorapporten (2009) beskrivs att insatser för att öka den fysiska aktiviteten hos befolkningen är nödvändiga för alla åldersgrupper och dessa insatser följer jämsides med insatser för att minska övervikt. För att minska uppkomsten av sjukdom relaterad till övervikt bör insatser för kontroll av vikt och ökad fysisk aktivitet initieras. Detta gäller framförallt personer i medelåldern som ligger i riskzonen för diabetes och hjärt-kärlsjukdomar.

2.3.1 Internationella mål för ökad fysisk aktivitet

WHO (1999) har i sitt program för ”Hälsa för alla på 2000-talet” tagit fram 21 mål för att förbättra folkhälsan i den europeiska befolkningen. Dessa mål utgör grunden för arbetet med att utveckla och implementera hälsopolicies i Europa. Mål elva i strategin innefattar hälsosamma levnadsvanor. Det övergripande målet är att samhällsmedborgarna ska ha anpassat sig till ett mer hälsosamt levnadssätt, år 2015, vad gäller kost, fysisk aktivitet och sexualitet.

WHO (2004) har även utarbetat en global strategi för kost, fysisk aktivitet och hälsa. Målet för strategin är att vägleda arbetet med att utveckla hälsoinsatser på global, nationell och regional nivå. Detta för att förhindra sjukdom och förtida död till följd av ohälsosamma levnadsvanor samt ge förutsättningar för en världsomfattande förbättrad folkhälsa. Den globala strategins fyra huvudmål är att (1) minska risken för ickeöverförbara sjukdomar som uppkommer av ohälsosamma levnadsvanor genom hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser, (2) öka medvetenheten och förståelsen för hälsoeffekter av kost och fysisk aktivitet samt hälsoeffekter av förebyggande insatser, (3) främja utvecklingen av globala, nationella, regionala och kommunala hälsopolicies för bättre kostvanor, ökad fysisk aktivitet och engagemang hos befolkningen, den privata sektorn och media samt (4) följa vetenskaplig forskning kring kost och fysisk aktivitet och stödja undersökningar inom området för att förbättra folkhälsan. Därför hävdar WHO (2004) att hälsofrämjande program för kost och fysisk aktivitet, som förhindrar sjukdom, är viktiga verktyg för att uppnå dessa mål.

2.3.2 Nationella mål för ökad fysisk aktivitet

I Mål för folkhälsan (2002) har folkhälsopolitiska mål för att förbättra folkhälsan tagits fram. Det övergripande målet är att skapa förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för befolkningen i arbetet för folkhälsan. För att kunna nå detta mål fordras ett integrerat arbete på alla nivåer i samhället som har ett ansvar för folkhälsans utveckling. Arbetet bör vara långsiktigt, målinriktat och sektorsövergripande.

Elva målområden har utvecklats för det gemensamma folkhälsoarbetet och däribland återfinns målområde sex, *En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård*, samt målområde nio, *Ökad fysisk aktivitet*, som relevanta målområden för detta examensarbete. Målområde sex behandlar hälso- och sjukvårdens mål för att förbättra folkhälsan. Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete bör ske såväl på individ- och gruppnivå som på befolkningsnivå (Mål för folkhälsan 2002).

”Målet för hälso- och sjukvården är enligt hälso- och sjukvårdslagen en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. För att nå målet skall hälso- och sjukvården bl.a. arbeta med att förebygga ohälsa. Hälso- och sjukvårdspolitikens mål är att vårdens kvalitet och tillgänglighet skall förbättras.” (Mål för folkhälsan 2002)

För en ökad fysisk aktivitet i befolkningen finns flera mål uppställda, för olika politikområden, under målområde nio. Inom exempelvis idrottspolitik föreligger mål om att förbättra folkhälsan genom att ge förutsättningar för alla att idrotta och stödja idrottsrörelsen. I miljö- och naturvårdspolitik förefaller mål som att bevara samhället för nästa generation utan miljöproblem samt främja och bevara friluftslivet som möjlighet till fysisk aktivitet. Äldre- och handikappolitiken behandlar mål om att ge äldre och handikappade möjlighet till delaktighet och inflytande i samhället. Samhället bör ge möjligheter till goda levnadsvanor och möjligheter till fysisk aktivitet efter de äldres och handikappades förutsättningar (Mål för folkhälsan 2002). Livsmedelsverket och Statens folkhälsoinstitut fick, år 2003, i uppdrag av Regeringen att arbeta fram ett underlag till en handlingsplan för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet hos befolkningen. Detta underlag ledde till att mål för insatser i samhället lades fram. Som delmål för att öka den fysiska aktiviteten i befolkningen anges följande;

”Samhället utformas så att det ger förutsättningar för en ökad fysisk aktivitet för alla grupper i befolkningen.” (Livsmedelsverket & FHI 2005)

De mätbara mål för fysisk aktivitet som framfördes var *”(1) Öka andelen friska vuxna som är fysiskt aktiva minst 30 minuter på minst måttlig nivå varje dag, eller sammanlagt minst 3,5 timmar per vecka, (2) Öka andelen friska barn som är fysiskt aktiva minst 60 minuter på minst måttlig nivå varje dag, eller sammanlagt minst 7 timmar per vecka. (3) Minska andelen barn och vuxna med en stillasittande livsstil.”* (Livsmedelsverket & FHI 2005).

2.3.3 Sjukvårdens roll i arbetet för att öka den fysiska aktiviteten

Vad gäller förebyggande folkhälsoarbete på regional och lokal nivå, indikerar En förnyad folkhälsopolitik (2007) att kommuner och landsting har ett viktigt ansvar att förbättra och utveckla metoder i sitt folkhälsoarbete. Enligt YFA (2008) har sjukvården en viktig roll i arbetet för att förbättra folkhälsan genom ökad fysisk aktivitet i befolkningen. Sjukvården

kommer i kontakt med de grupper i samhället som anses vara i störst behov av fysisk aktivitet. Det finns likaså ett förtroende för hälso- och sjukvården vad gäller hälsofrågor. YFA (2008) framhäver även att en patient får möjlighet att vara delaktig i sin egen behandling om fysisk aktivitet används som metod.

En sammanställning av studier genomförda för att undersöka om hälsoinsatser, för ökad fysisk aktivitet, inom sjukvården är effektiv visade på både kortsiktiga och långsiktiga effekter av fysisk aktivitet som behandlingsmetod. De kortsiktiga effekterna, sex till tolv veckor, kom av rådgivning till patienter från personal inom sjukvården och interventioner endast riktade mot måttlig fysisk aktivitet, såsom promenader. De långsiktiga effekterna för fysisk aktivitet, längre än åtta månader, hade sin grund i att patienten fick en remiss skriven till en specialist på fysisk aktivitet i lokalsamhället (Hillsdon, M., et al. 2005).

Leijon (2009) har i sin avhandling *Activating people* undersökt behovet av insatser för att öka den fysiska aktiviteten i den vuxna befolkningen inom primärvården i Östergötlands län. Därtill har karaktärsdragen undersökts hos de patienter som mottagit fysisk aktivitet på recept och sjukvårdspersonal som förskriver recepten samt effektiviteten av att förskriva fysisk aktivitet. Leijon med flera (2008) hävdar att resultatet kan generaliseras till andra primärvårdsinrättningar, i en av studierna som genomförts, då 90 procent av primärvården i Östergötlands län deltog i studien. Studiens upphovsmän påvisar även att en tredjedel av de patienter som erhållit recept på fysisk aktivitet var fysiskt inaktiva eller mestadels stillasittande personer. Detta visade även på att fysisk aktivitet på recept var en effektiv metod för sjukvårdspersonal att använda sig av för att påpeka vikten av fysisk aktivitet hos befolkningen. Parallellt kunde även konstateras att ett stort antal recept på fysisk aktivitet skrevs till personer med nedsatt psykisk hälsa. Detta kunde enligt upphovsmännen baseras på det faktum att psykisk hälsa och fysisk aktivitet står i relation till varandra som faktorer för hälsa. En slutsats till studien var att förskrivning av fysisk aktivitet som arbetsmetod förefaller lämplig för den målgrupp som för att förbättra hälsan behöver fysisk aktivitet som behandling.

Vid utveckling av effektiva metoder för en ökad fysisk aktivitet i befolkningen anses det viktigt med samarbete mellan sjukvården och friskvården. I ett långsiktigt perspektiv ger samarbeten på olika samhällsnivåer ett bättre vårdande av patienter med behov av fysisk aktivitet för tillfrisknande och förbättrad hälsa. Det krävs en sammanhållen ledning och involvering från alla medverkande, i processen kring arbetet med fysisk aktivitet på recept, för att arbetet ska kunna utvecklas (Leijon & Jacobson 2005).

2.4 FaR® och OFA som arbetsmetod

I enlighet med målområde nio, *fysisk aktivitet*, i Mål för folkhälsan anser Regeringen att det inom hälso- och sjukvården finns ett behov av att erhålla aktuell kunskap om hälsofrämjande arbetssätt för att öka den fysiska aktiviteten i befolkningen. Förskrivning av fysisk aktivitet på recept anges som förslag på arbetsmetod för denna åtgärd (En förnyad folkhälsopolitik 2007).

Fysisk aktivitet på recept (FaR®) är den metod som används inom hälso- och sjukvården för att öka den fysiska aktiviteten hos patienter och befolkning. Genom att förskriva fysisk aktivitet på recept får patienten möjlighet till aktiviteter i grupp eller individuellt. Patientens fysiska kapacitet, behov och intresse är faktorer som spelar in för vilka aktiviteter som bör

rekommenderas (YFA 2008). I Landstinget Västmanland används konceptet att förskriva fysisk aktivitet på recept som FaR® initierat. Då förutsättningarna för att använda det namnskyddade begreppet FaR® itne var tydliga när Landstinget Västmanland påbörjade sitt arbete samt då Landstinget vill få möjlighet att styra sitt eget arbete inom ansvarsområdet, har landstinget valt att använda sig av begreppet Ordinerad Fysisk Aktivitet (OFA istället för begreppet FaR®². Enligt Kallings och Leijon (2003) finns det några anvisningar att följa vad gäller det lokala arbetet med fysisk aktivitet på recept. Dessa råd har uppkommit efter erfarenheter från den pilotstudie av FaR® som genomförts;

- *”Förankra arbetsformen väl på enheten innan arbetet påbörjas.*
- *Gemensamma utbildningar är bra både för att höja kunskapen avseende betydelsen av fysisk aktivitet och för att ge arbetet en bra start.*
- *Anpassa FaR efter lokala förutsättningar, hitta samverkan i närområdet – bilda lokala nätverk.*
- *Utse en samordnare som ansvarar för både internt och externt arbete.*
- *Skapa en tydlig och lätt kommunicerbar struktur – gärna i form av flödesschema eller organisationsbild.*
- *Se till att kontaktpersoner finns, så även aktuella telefonnummer, adresser, arbetsmaterial, broschyrer, prislistor med mera, finns framtaget när ni startar.*
- *Förskriv fysisk aktivitet utifrån de råd som finns i FYSS.*
- *Sätt FaR i sitt sammanhang, det vill säga försök att få in det i den ordinarie verksamheten.*
- *Stimulera personalen att själv vara fysiskt aktiv.*
- *Börja i liten skala och utveckla sedan verksamheten.*
- *Ha tålamod – förändringsarbete tar tid!”(Kallings & Leijon 2003)*

2.4.1 Utbildning inom FaR®

Det finns möjlighet att genomgå utbildning för sjukvårdspersonal som är tänkt att arbeta med ordinerad fysisk aktivitet. I Landstinget Västmanland finns tillgänglig en utbildning i FYSS, Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. Utbildningen innefattar OFA som arbetsmetod, hälsoeffekter och rekommendationer av fysisk aktivitet samt syftet med fysisk aktivitet som sjukdomsprevention (FYSS i praktiken 2009). Även en introduktions- och uppföljningsutbildning i motiverande samtal finns tillgänglig för sjukvårdspersonalen, som stöd i patientmöten och arbetet med OFA (Introduktionsdag i Motiverande samtal 2009) (Uppföljningsseminarium Motiverande samtal 2009). Motiverande samtal, MI (motivational interviewing) är en arbetsmetod som används för att hjälpa patienter att ändra livsstil. Den bygger på att den personal som är i kontakt med patient ska försöka förstå patientens perspektiv genom att lyssna med intresse utan att övertala patienten eller komma med lösningar på problemet. Syftet är att stimulera patienten till livsstilsförändring på ett respektfullt sätt. Detta för att patienten ska känna vilja till förändring utifrån sina egna förutsättningar (YFA 2008).

² Hedvig Olin, samordnare för OFA i Landstinget Västmanland, muntlig kontakt, 2009- 03-26

2.4.2 Effekter av FaR®

Flera studier har genomförts för att undersöka om FaR® är en effektiv metod inom sjukvårdens arbete för att öka den fysiska aktiviteten i befolkningen. Kallings med flera (2008) har undersökt om FaR® har någon påverkan på patienter, vad gäller ökad fysisk aktivitet och ökad känsla av livskvalitet, sex månader efter förskrivning. Metoden för studien var att, genom frågeformulär, låta medverkande i studien svara på frågor om fysisk aktivitetsnivå, vilja att förändra sin livsstil till en mer fysiskt aktiv sådan samt upplevd livskvalitet. Uppföljning genomfördes sex månader efter förskrivningen på 62 procent av de medverkande. Resultatet visade på en ökning av den fysiska aktiviteten hos de medverkande, en ökad vilja till förändringar i livsstilen samt en ökad känsla av välbefinnande och livskvalitet.

Elley med flera (2003) visar även på effekter av FaR® i samband med rådgivning till patienter. Muntliga och skriftliga råd gavs till patienter i en studie med syftet att undersöka långtidseffekter av ordinerad fysisk aktivitet. Märkbara resultat från studien visar på en ökad fysisk aktivitet och livskvalitet i den medverkande patientgruppen, minskad risk för hjärt-kärlsjukdomar samt minskat blodtryck inom en 12 månadersperiod. Författarna till studien hävdar att resultatet kan vara generaliserbart då studiepopulationen bestod av medverkande patienter från flera olika socioekonomiska grupper inom ett stort geografiskt spritt område. Deltagandet var även högt för studien, bland annat så deltog 85 procent av de medverkande patienterna i uppföljningen.

I en annan studie av Sørensen med flera (2008) fanns avsikten att undersöka effekterna av rådgivning gentemot rådgivning och ordinerad fysisk aktivitet. Interventioner genomfördes på en lågintensiv grupp, det vill säga de som endast fick rådgivning om fysisk aktivitet samt en högintensiv grupp, som fick rådgivning samt övervakad fysisk aktivitet. Syftet med studien var att jämföra skillnader i korttidseffekter, upp till 4 månader, och långtidseffekter, upp till tio månader, i de båda grupperna. Den lågintensiva gruppen deltog i fyra tillfällen för motiverande samtal och den högintensiva gruppen deltog i fyra tillfällen för motiverande samtal samt fysiska aktiviteter under övervakade former. Studien visade att inga skillnader fanns att finna mellan de två grupperna vad gäller syreupptagningsförmåga. Endast små skillnader vad gäller syreupptagningsförmågan kunde utläsas som en effekt på kort tid. Detta kunde, enligt studiens upphovsmän, bero på att de medverkande i båda grupperna deltog frivilligt i studien och därför kunde de vara mycket motiverade till att öka sin fysiska aktivitet.

I en studie av Edmunds, Ntoumanis och Duda (2007) undersöktes vidmakthållande och välbefinnande hos personer med övervikt och fetma som erhållit fysisk aktivitet på recept. Det som efter studiens syfte var av intresse att undersöka var om de patienter som givit större gensvar på sin ordinerings hade större intresse för fysisk aktivitet, var mer fysiskt aktiva, kände större psykologisk tillfredställelse samt välbefinnande än hos dem som lämnat ett mindre gensvar på sin ordinerings. Patienterna som deltog i studien fick besvara ett frågeformulär som inkluderade frågor kring frågeställningarna, en månad samt tre månader efter att de erhållit ett recept på fysisk aktivitet. Studien visade att de patienter som hade en större vilja att följa sin ordinerings på fysisk aktivitet överlag delgav att de väl var mer fysiskt aktiva. De kände även större psykologisk tillfredställelse och välbefinnande än de personer som inte haft lika stort intresse för sin ordinerings.

En annan studie kring de psykologiska och psykosociala effekterna av FaR® har genomförts av Crone, Smith och Gough (2005). De ville studera hur patienter som erhållit fysisk aktivitet på recept uppfattade psykologiska faktorer i samband med sin ordinerings av fysisk aktivitet. Deltagande i studien blev intervjuade enskilt och i grupp. Ämnen som diskuterades var psykisk hälsa, socialt stöd, kultur och sociala normer, miljö och självbestämmande. Studien visade på att de medverkande, upplevde det som en gynnande och meningsfull sysselsättning i sin vardag att utöva fysisk aktivitet efter sin ordination. Förutom en bättre fysisk hälsa hos de medverkande hade ordinerings av fysisk aktivitet positiva effekter på den psykiska hälsan. De medverkande fick en känsla av att acceptans till sig själva och överlag bättre självförtroende.

2.4.3 Framtidsutsikter

FHI (2005) framhåller vikten av ett framtida arbete för en ökad fysisk aktivitet i befolkningen. Det är viktigt att inom primärvården och den specialiserade vården stödja individer och grupper till en ökad fysisk aktivitet genom arbetet med FaR® och rådgivning. I många landsting finns handlingsplaner för att förbättra folkhälsan i befolkningen men detta inkluderar oftast inte arbetet för att öka den fysiska aktiviteten, såsom FaR®. En granskning över detta arbete visar på att 48 procent av landtingen har program gällande vårdpersonalens samtal med patienter angående fysisk aktivitet.

Framtidsutsikter för arbetet med FaR® har även diskuterats av Kallings (2008). Det anses viktigt att undersöka långtidseffekterna av arbetet med FaR® samt jämföra metoden med andra metoder som syftar till att öka den fysiska aktiviteten hos patienter i sjukdomsprevention. Likaså anses det viktigt att vidare undersöka metoden i kliniska miljöer och testa metoden i olika verksamheter, så som i primärvården och på sjukhusen.

3. SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med studien är att undersöka vilka uppfattningar avdelningscheferna, på rehabiliteringsavdelningarna och medicinmottagningarna i Landstinget Västmanland har angående arbetet med Ordinerad fysisk aktivitet samt arbetet med fysisk aktivitet riktat till medarbetare och befolkning.

Frågeställningar

Hur fungerar avdelningarnas arbete med Ordinerad Fysisk Aktivitet (OFA) enligt avdelningscheferna?

Hur ser avdelningscheferna på arbetet med fysisk aktivitet riktat till medarbetarna?

Hur ser avdelningscheferna på befolkningsinriktat arbete med fysisk aktivitet?

4. METOD

4.1 Studiedesign

En kvalitativ ansats valdes för att kunna besvara denna studies syfte och frågeställningar. Den kvalitativa ansatsen lämpar sig för denna studie då den enligt Olsson och Sörensen (2007) grundar sig i en strävan efter att få en beskrivning av ett visst fenomen. Den syftar till att försöka förstå och få en helhetsbild av en individs personliga erfarenheter utifrån en specifik situation. Detta genomförs rimligast med ett induktivt arbetssätt, det vill säga genom intervjuer eller observationer ur verkligheten.

4.2 Avgränsning och urval

4.2.1 Avgränsning

Den avgränsning som gjorts för denna studie är att, inom Landstinget Västmanlands övergripande ansvarsområde, innefatta rehabiliteringsavdelningarna och medicinmottagningarna vid Division Närsjukvård i Västmanlands län. Därmed har en avgränsning gjorts då endast de avdelningar som inbegriper den primära målgruppen och ingår i Division Närsjukvård inkluderats. Det innebär att en avdelning har uteslutits från att delta i studien då denna inte tillhör Division Närsjukvård. Totalt medverkar sju personer från rehabiliteringsavdelningarna och medicinmottagningarna i studien. Intresset för studiens resultat kommer från Landstinget Västmanland och ska kunna nyttjas i det fortsatta arbetet med OFA i landstingets ansvarsområde.

4.2.2 Urval av intervjupersoner

Utifrån de rehabiliteringsavdelningar och medicinmottagningar som innefattar den avgränsning som gjorts kunde personer identifieras som lämpliga att delta i intervju. Kontaktuppgifter till de sju identifierade personerna erhöles från uppdragsgivare, för denna studie, och därefter togs kontakt med personerna via telefon. Vid den muntliga kontakt presenterades studien, dess syfte och personerna fick möjlighet att ställa frågor om hur genomförandet skulle gå till. Samtliga personer som kontaktades tackade ja till att delta och därmed blev antalet inbokade intervjutillfällen sju stycken. Vidare benämns de utvalda personerna för respondenter (alternativt deltagare där det i meningsbyggnad lämpar sig bättre) såsom kvalitativa forskningsmetoder avser (Olsson & Sörensen 2007). Rehabiliteringsavdelningarna och medicinmottagningarna benämns vidare endast för avdelningarna, för en förenklad läsning. Vid några tillfällen skiljs dessa avdelningar åt och då benämns de som tidigare, rehabiliteringsavdelningarna och medicinmottagningarna.

Efter den muntliga kontakten skickades ett undertecknat informationsbrev ut till deltagarna som återigen kort beskriver dess författare, själva studien, dess syfte och genomförande (se bilaga 1).

4.3 Underlag för intervju - Intervjuguide

Som underlag för intervjuerna utformades en halvstrukturerad intervjuguide. Kvale (1997) anger att en halvstrukturerad intervju består av relevanta intervjufrågor som är uppdelade tematiskt. Samtidigt finns möjlighet att ställa frågorna i en annan följd och förändra dess struktur för att anpassa dem efter de svar som intervjupersonerna anger och för att framkalla spontana beskrivningar.

Det är enligt Kvale (1997) viktigt att intervjuaren har kunskap och intresse för det ämne som intervjun innefattar. Därför samlades material för att få en bakgrund till ämnet OFA innan intervjuguiden skapades. Även en diskussion fördes med bihandledaren för studien för att få relevant underlag för intervjuerna. Bihandledaren talade om vilka frågor som var av intresse att få svar på och gav råd och tips inför intervjutillfällena.

Sedan formulerades intervjuguiden med inledande frågor, tre teman med huvudfrågor och följdfrågor samt avslutande frågor. De inledande frågornas syftade till att få igång diskussionen i intervjuerna. De tre teman som valdes var *Arbetet med Ordinerad Fysisk Aktivitet till patienter*, *Arbetet med fysisk aktivitet riktat till medarbetarna* och *Arbetet med fysisk aktivitet riktat till befolkningen*. Dessa tre teman valdes då intresse finns från Landstinget Västmanland att medverka i nätverket Hälsofrämjande Sjukhus (HFS) som arbetar utifrån ”patient-medarbetare-medborgare” som perspektiv. Under dessa teman ställdes en bred huvudfråga för att respondenterna skulle få möjlighet att svara utifrån egna upplevelser och tankar kring ämnet. Följdfrågorna för varje tema innefattades för att fylla de svar som eftersträvades vid intervjuerna. De avslutande frågorna innefattades för att avrunda intervjuerna och fylla eventuella reflektioner från respondenterna.

4.4 Genomförande av intervjuer

Som Kvale (1997) beskriver måste intervjuaren skapa en stämning som för den intervjuade känns trygg och säker att tala och reflektera fritt i under intervjun. Vid den muntliga kontakten med respondenterna beslutades därför att intervjuerna skulle genomföras vid respektive respondents arbetsplats i en ostörd lokal. Arbetsplatsen valdes även för att underlätta för respondenterna att kunna delta i studien då intervjuerna genomfördes på arbetstid. Samtliga intervjuer genomfördes på fem dagar fördelade under en tvåveckorsperiod.

Intervjuerna spelades in på en diktafon för att underlätta bearbetning av datamaterialet och analysen av det resultat som intervjuerna gav. Vid intervjutillfällena introducerades respondenternas först till studien och dess syfte ännu en gång samt relevant information som tidigare nämnts i informationsbrevet. Detta är som Kvale (1997) beskriver angeläget för att en intervjuperson ska kunna orientera sig i ämnet och kunna skapa en kontakt med intervjuaren. Sedan fortgick intervjuerna efter intervjuguidens upplägg. Respondenterna svarade fritt kring frågorna och fick den respons de sökte om frågorna uppfattades oklara. Vid några tillfällen behövdes inte vissa frågor ställas så respondenterna redan besvarat dem i samtalet.

Ytterligare kommentarer och orienteringar kring ett ämne bör kompletteras i slutet av intervjuer (Kvale 1997). Efter varje avslutad intervju tillfrågades därför respondenterna hur de upplevde intervjun och om de hade ytterligare frågor. Respondenterna fick då möjlighet att tala fritt om upplevelsen och övriga synpunkter kring ämnet och studien. Samtalen avslutades sedan med att intervjuaren talade om att återkomma med studiens resultat efter att arbetet färdigställts. Tidsåtgången för intervjuerna varierade mellan 21 och 40 minuter.

4.5 Bearbetning av datamaterial

4.5.1 Transkribering

Efter intervjuerna överfördes det muntliga inspelade materialet i textform. Alla sagda ord skrevs ned samt pauser, skratt och övriga läten. Detta kallas, att överföra tal till skrift, efter Olsson och Sörensen (2007) för transkription. Totalt uppgick det transkriberade materialet till 51 A4-sidor och varje transkriberad intervju uppgick i snitt till sju A4-sidor. Enligt Olsson och Sörensen (2007) är det viktigt att genomföra transkribering så nära intervjutillfället som möjligt. Då intervjuerna genomfördes tätt inpå varandra kunde materialet bearbetas först efter att alla intervjuer var avklarade.

4.5.2 Innehållsanalys

En innehållsanalys innebär att fokus i analysen ligger på vad som uttalas i en intervju. Innehållet, intervjupersons upplevelser, i kommunikationen är objektet för analysen (Olsson & Sörensen 2007). För denna studie valdes därför innehållsanalys som lämplig metod för att analysera det transkriberade materialet.

För att få en struktur vid innehållsanalysen delades analysen upp i tre delar baserade på de teman som använts under intervjutillfällena; *Arbetet med Ordinerad Fysisk Aktivitet till patienter*, *Arbetet med fysisk aktivitet riktat till medarbetarna* och *Arbetet med fysisk aktivitet riktat till befolkningen*. Därefter genomfördes en meningskoncentrering och meningskategorisering. Olsson och Sörensen (2007) beskriver meningskoncentrering som att bearbeta en textform genom att bryta ner meningar till några fristående ord utan att förlora textens innehåll. Koncentreringen samlas sedan i kategorier, grupperingar av ord, för att lättare kunna hantera materialet i analysprocessen.

Sedan kunde uttalanden, likheter och skillnader utläsas ur analysmaterialet och lämpliga citat hämtades från det transkriberade materialet för att återge respondenternas resonemang. Citaten valdes med så jämlig fördelning som möjligt mellan respondenternas utsagor. Detta för att alla respondenter skulle få sina upplevelser framställda. Citaten valdes även ut efter dess relevans för studien.

4.6 Etiska aspekter

För humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning gäller forskningsetiska principer och under dessa ingår fyra huvudkrav för att skydda en individ som deltar i en forskningsstudie (Vetenskaprådet 2002). Dessa fyra krav har följts i denna studie.

Informationskravet innebär att den person som är tänkt att delta i en studie ska få information om studiens syfte, genomförande och hur personens deltagande bidrar till resultatet. I den information som lämnas innan studiens genomförande ska tydligt stå att deltagandet är frivilligt och om rätten att avbryta medverkan (Vetenskaprådet 2002). Detta krav har följts på så sätt att deltagarna innan intervjutillfällena fick ett informationsbrev där studiens syfte och genomförande presenterades. Även muntlig information gavs vad gäller frivilligt deltagande och rätten att avbryta medverkan.

Med samtyckeskravet menas att den tilltänkta deltagaren lämnar samtycke till sin medverkan (Vetenskaprådet 2002). Samtliga tillfrågade deltagare godkände sin medverkan i studien, vid den muntliga kontakten, och därmed har samtyckeskravet uppfyllts.

Konfidentialitetskravet innebär att deltagares personuppgifter inte ska kunna gå att utläsa i en studie utan alla uppgifter om deltagarna ska hållas konfidentiellt (Vetenskaprådet 2002). Detta krav har i studien uppfyllt då deltagarnas personuppgifter har behandlats varsamt under hela studiens process och deltagarna benämns R.1-R.7 för att de inte ska kunna identifieras.

När nyttjandekravet följs betyder det att material som samlats in, för en studie, endast nyttjas i forskningsändamål och får inte användas i andra avseenden (Vetenskaprådet 2002). Nyttjandekravet följs då deltagarna har fått information om att materialet som spelats in kommer att raderas efter avslutad studie, för att det inte ska komma i orätta händer.

5. RESULTAT

Resultatet presenteras utifrån de frågeställningar som studien behandlar. Det grundar sig i frågeguidens struktur som användes vid intervjutillfällena. Resultatet baseras på de svar som de medverkande respondenterna angivit vid dessa tillfällen och det är uppdelat efter den kategorisering som genomfördes i arbetet med att analysera innehållet från intervjuerna. De olika avsnitten har delats upp på följande vis för att få en tydlig och sammanhållen struktur. Vid citat benämns respondenterna med förkortningen R. och en siffra, 1-7, för att kunna skilja dem åt och för att visa på varierande åsikter från olika respondenter.

5.1 Arbetet med OFA

5.1.1 Arbetsprocessen

Hur arbetsprocessen med OFA fungerar på avdelningarna är det delade meningar om från respondenterna. Två respondenter klargjorde att arbetet med OFA pågått på deras avdelningar sedan arbetet med OFA startade. Den ena av dessa två respondenter menade att de hade haft en omfattande utbildningsinsats i uppstarten av arbetet och att de på avdelningen utnyttjar tillgängligt material i sin verksamhet. Den andra respondenten ansåg att arbetet med OFA inte fungerade önskvärt på avdelningen och att endast ett fåtal patienter, enligt respondenten, tagit emot en ordination på fysisk aktivitet skriven av personalen.

Tre respondenter menade att arbetet med OFA inte kommit särskilt långt på deras avdelning. En respondent pratade om att materialet för att ordinera fysisk aktivitet, som erhållits genom OFA-arbetet, används och personalen har tagit del av utbildningar sin finns tillgängliga för att få in tankesättet med att ordinera fysisk aktivitet i sina arbetsuppgifter. Men avdelningen är ändå i startskedet för att införa OFA i verksamheten. En ur personalen på en annan avdelning försöker ordinera fysisk aktivitet till patienter, men har ingen strukturerad rutin på att skriva recept. Personalen har tagit del av informationen om OFA på en tredje avdelning. Men det är, enligt respondenten, svårt att få igång personalen att arbeta utifrån konceptet.

”...vi pratar ganska mycket om det när vi har möten och så eller jag frågar hur går det med OFA då har ni skrivit ut har ni slussat några patienter... Nja blir det lite så vi har inte kommit igång riktigt. Och det är lite så det funkar ... vår dietist tror jag är lite på hugget också att komma igång och försöka använda sig utav FYSS-blanketten för hon frågar lite grann då och då också om den då men annars så står vi nog lite still tyvärr här på vår enhet.” (R.5)

Två avdelningar har inte kommit igång med att införa OFA i sin verksamhet enligt respondenterna. Meningen är att arbetet ska komma igång till hösten 2009 och det ska följas strukturerat. Arbetet har inte kommit längre i processen än att materialet finns till förfogande och personalen på båda avdelningarna har genomgått utbildningar.

Möjligheter och hinder

Vid intervjutillfällena tog några av respondenterna upp positiva och negativa uppfattningar kring arbetet med OFA. Respondenter uppgav att det pratades en hel del om arbetet med OFA på deras avdelningar men att arbetet ändå inte riktigt kommer igång. Två respondenter framhöll att det, inom diabetesteam och hjärtrehabilitering, pratades mycket om vikten av fysisk aktivitet med patienterna som hälsofrämjande insats. En åsikt var att arbetet skulle struktureras upp inför införandet. En annan respondent talade om en tröskel som behöver passeras för att arbetet ska komma igång.

” Jag tror att det finns en tröskel att man på något vis måste komma över en tröskel att man måste skriva sin första OFA och se och få en positiv respons där... för då tror jag det blir lättare och den är jättehög den där tröskeln tydligen så jag vet inte varför men det finns nånting som spärrar...” (R.5)

Tiden var också en aspekt som togs upp under intervjuerna. Några respondenter menade att det tar tid att komma igång med arbetet. På en avdelning har arbetet skjutits upp och det inväntades ett klartecken från verksamhetschefen att arbetet ska börja. En respondent ansåg att tiden inte räcker till och att det är svårt att få tid till att få in en rutin för arbetet med OFA.

” sen är det väl alltid tiden också man hinner liksom inte alltid sitta ner och fundera över de här sakerna det är ju så” (R.6)

Enligt en respondent kunde tiden också göra att arbetet med OFA glömdes bort. Med detta menades att arbetet med uppföljning inte var lika intensivt efter en tid som vid arbetets början och att en påminnelse för sig själv och personalen var nödvändigt ibland.

OFA-konceptet sågs av flera respondenter som användbart i personalens arbete med patienter. En respondent menade att det handlar om att motivera patienten på olika sätt. Förutom att få patienten fysiskt aktiv så behöver en beteendeförändring även skapas hos patienten. Därför ansågs MI-utbildningen vara användbar för personalen i sitt arbete med OFA.

”...det här har visat sig vara en framgångsrik metod som ger väldigt mycket stöd både för kuratorer och arbetsterapeuter och sjukgymnaster när man så att säga är intresserad av beteendeförändringar, så är det ju. Det är avlastande för personalen att använda den här typen av metod för det lägger ju ansvaret väldigt mycket på patienten.” (R.3)

Ett uttalande var att resonemanget på avdelningen, kring OFA, var att det kan fungera som ett stöd för att lättare kunna förflytta patienterna från sjukvården till friskvården. Men att sjukgymnasterna hellre tog uppföljningen av patienterna själva. En annan respondent förde en liknande diskussion och tyckte att det kan vara mycket svårt att hitta en väg ut för patienterna till lokala träningsanläggningar. Gym och dess träningsredskap är ofta inte anpassade till rullstolsburna personer och det gör det svårt för dessa personer att kunna utnyttja gymmen som träningslokal. Därför blir patienterna ofta kvar och tränar hos sjukgymnasterna.

5.1.2 Rutiner för arbetet med OFA

Rutinerna för att ordinera fysisk aktivitet till patienter visade på likartade svar från respondenterna. Ingen av respondenterna kunde hänvisa till några specifika skriftliga rutiner för arbetet med OFA. Men två av avdelningarna uppgav att de hade en egen utarbetad skriftlig så kallad instruktion för arbetet med att ordinera fysisk aktivitet till patienter.

”... i augusti skrev jag en instruktion om hur vi ska försöka jobba med ordinerad fysisk aktivitet hos oss här och med referenser till FYSS då och hur man hittar blanketter och så här... Det är ju min tanke att man ska följa dokumentet. Sen om man gör som man alltid har gjort, det vet jag inte, men vi pratar om att man ska försöka jobba upp det här sättet...” (R.4)

En avdelning hade även utarbetat ett kvalitetsdokument som del i arbetet med OFA.

” Ja sköterskorna har ju skrivit en sån här... ett kvalitetsdokument, men det är ju väldigt allmänt hållet, och då står det så här att patienter som vid läkarbesök är motiverade och i behov av fysisk aktivitet remitteras till OFA-sköterska ” (R.2)

Material

På de avdelningar som till stor del har kommit igång med sitt arbete med OFA används, enligt respondenterna, det material som finns tillgängligt för arbetet med OFA i Västmanland. Samtliga respondenter menade att personalen använder sig av den blankett som finns tillgänglig för att ordinera fysisk aktivitet. Två respondenter talade om aktivitetsdagboken som del i arbetet med att ordinera fysisk aktivitet och en av dem ansåg att den var jättebra. En respondent menade att det är tänkt att personalen kommer att använda det befintliga materialet för att ordinera fysisk aktivitet till patienterna när arbetet med OFA kommer igång på avdelningen.

”Men vi har alltså inte kommit längre än att, ja katalogen finns, blanketten finns i landstinget, ja visst det vet vi och den är omarbetad och det har vi sett och det är ju det vi kommer att använda oss av sen...” (R.7)

Målsättning

På frågan om avdelningarna har någon målsättning för omfattningen av att ordinera fysisk aktivitet svarade flertalet av respondenterna att de inte hade någon målsättning. Flera respondenter menade att det skulle vara svårt att sätta upp en målsättning för omfattningen av att ordinera fysisk aktivitet till alla patienter. En åsikt om detta var att det inte går att mäta eller följa upp. En respondent tyckte att de på avdelningen borde diskutera OFA med alla patienter men att det kommer ta tid innan detta införs i verksamheten. En annan respondent ansåg att det skulle vara för resurskrävande att sätta in uppföljningsinsatser om målsättningen var att alla patienter skulle få OFA, men om arbetet med OFA visade på positiva resultat så vore det lämpliga att se över och eventuellt omfördela resurserna. Flera respondenter talade samtidigt om att personalen ordinerar fysisk aktivitet till patienter i så stor utsträckning som det är möjligt.

”Det kan jag nog inte säga att vi har någon målsättning så för att vi har ju så väldigt olika patienter. En del är ju inte ens aktuellt över huvudtaget så att det är ju svårt att säga. Vi har liksom pratat om att där vi ser att vi kan få ut patienten i egen träning ska vi försöka göra det men det är väl ungefär det... Ja och att vi också redan vid start ska prata om vikten av att man måste ta ansvar för sin egen träning, att man kan inte vara hos sjukgymnasten resten av sitt liv för att man har en kronisk sjukdom.”(R.4)

Utbildning

Respondenterna var eniga om vilka som är lämpliga att förskriva recept på fysisk aktivitet på avdelningarna. De medverkande som arbetar på rehabiliteringsavdelningar talade om sjukgymnasterna som menade att ordinera fysisk aktivitet. På medicinmottagningarna var det sjuksköterskorna, så som diabetessköterskorna och hjärtsjuksköterskorna, och även läkare som rimligtvis förskriver recept på fysisk aktivitet.

Samtliga respondenter ansåg att ordinerings av fysisk aktivitet ska ingå som en del i arbetsuppgifterna för dem i personalen som är lämpade att utfärda recept för fysisk aktivitet. Flera respondenter menade att ansvaret låg på personalen att bedöma om en patient var i behov av fysisk aktivitet i sin behandling och i samråd med patienten komma överens om lämplig behandling. Därefter kan ett recept på fysisk aktivitet skrivas.

”Alltså de jobbar ju med patienterna utifrån patienternas behov och det de hittar så att säga i undersökning och är fysisk aktivitet en åtgärd som ingår i behandlingen då, om patienten kommer överens, då kan ett recept på ordinerad fysisk aktivitet vara ett alternativ...” (R.3)

På rehabiliteringsavdelningarna har de flesta sjukgymnaster genomfört den första MI-utbildningen. På tre rehabiliteringsavdelningar har alla sjukgymnaster deltagit i det första tillfället för MI-utbildningen. På en rehabiliteringsavdelning har ungefär hälften av sjukgymnasterna deltagit i det första utbildningstillfället. På alla rehabiliteringsavdelningar har även arbetsterapeuterna deltagit i utbildningen. En respondent nämnde att även rehabassistenterna fått möjlighet att medverka vid det första utbildningstillfället. En annan respondent trodde sig veta att kuratorerna från sin avdelning genomfört MI-utbildningen.

På två av medicinmottagningarna har all personal som är menade att vara behöriga att ordinera fysisk aktivitet genomfört MI-utbildningen. Detta gäller främst läkare och sjuksköterskor. På en medicinmottagning har sjuksköterskorna deltagit i utbildningen men inte diabetessjuksköterskan, enligt respondenten, som kommit in i arbetet efter utbildningstillfället.

Endast ett fåtal av sjukgymnasterna och arbetsterapeuterna på rehabiliteringsavdelningarna har genomgått uppföljningstillfället för MI-utbildningen. På en medicinmottagning har all behörig personal genomfört uppföljningstillfället för utbildningen. En åsikt var att det första utbildningstillfället sågs som obligatoriskt för personalen och det andra utbildningstillfället var frivilligt. En respondent menade att det varit svårt att få till tiden hos personalen för att genomföra det andra utbildningstillfället.

”... de som har gått den här MI framförallt då de känner ju att det är ju en väldigt bra hjälp på vägen sen är det ju inte så många som har gått nummer två men det är en tjej som har gjort det... och hon är ju jättenöjd med det här...” (R.4)

En respondent sade sig rekommendera utbildningen till sin personal och menade att personalen som deltagit i MI-utbildningen var mycket nöjda. De ansåg att det var en hjälp på vägen i arbetet och kan fungera som ett verktyg i sitt arbete med patienter. Vad gäller fördjupningsutbildningen i FYSS så har även där de flesta av sjukgymnasterna och arbetsterapeuterna, på de olika rehabiliteringsavdelningarna, medverkat. På en avdelning har ungefär hälften av sjukgymnasterna deltagit i fördjupningsutbildningen av FYSS. På två medicinmottagningar har all behörig personal, såsom läkare och sjuksköterskor, genomfört fördjupningsutbildningen. På en medicinmottagning har sjuksköterskorna deltagit i fördjupningsutbildningen men inte diabetessjuksköterskan, enligt respondenten, som kommit in i arbetet efter utbildningstillfället. En respondent sade sig förespråka fördjupningsutbildningen i FYSS till sin personal.

5.1.3 Samarbeten

Vad respondenterna anser om andra avdelningars arbeten med OFA så svarade samtliga att de tyckte att arbetet med OFA hörde till rehabiliteringsavdelningarnas och medicinmottagningarnas verksamheter. En respondent tyckte att arbeten med livsstilsförändringar borde fungera som en röd tråd genom hela sjukvårdens verksamhet. Tre respondenter talade om ett samarbete, avdelningarna emellan, kring OFA.

” ... för att kunna använda våra resurser på bästa möjliga sätt måste vi fundera ut alltså vem är lämplig för vad så att säga och där kanske inte sjuksköterskorna ska hålla i de här grupperna utan det är kanske dem mer som är utbildade på just muskler ja och syreupptagningsförmåga och olika metoder och träna. Det är kanske dem som ska hålla i grupperna och då behöver vi ju absolut ha ett samarbete...” (R.7)

Angående samarbeten med aktivitetsarrangörer för fysisk aktivitet svarade flera respondenter att de inte hade något specifikt samarbete. De pratade om att personalen själva tog initiativ till att introducera patienterna till olika gymanläggningar eller lämplig aktivitet. Två respondenter nämnde specifika gymanläggningar och en gymnastikförening som de hade någon form av samarbete med. Detta samarbete hade skapats i och med att någon i personalstyrkan var involverad, som instruktör, i gymanläggningen eller gymnastikföreningens aktiviteter. Två respondenter talade om ett särskilt samarbete med ett friskvårdscenter som de hade skapat en kontakt med för att slussa patienterna till efter behandling.

”... det känns som att det blir mera aktuellt och vi får ju deras informationsblad som vi sätter upp på tavlorna här varje månad och så då. Så vi försöker göra reklam för dem också på det sättet både ute till oss personal och sen ute i väntrummet också. Ja där finns det en stor hjälp, vi ska bara få igång de här kanalerna” (R.6)

5.1.4 Behov och utveckling

När respondenterna talade om utvecklingen av arbetet med OFA så hade flera synpunkter på behov och utvecklingsmöjligheter. De respondenter som ansåg att arbetet inte kommit igång på deras avdelning ville att arbetet ska integreras i verksamheten och bli rutinmässigt.

” Ja, vi är ju i startgroparna så hur det ska utvecklas det är väl att det ska bli... ja att det ska vara som en del i det jobb vi gör.” (R.1)

Tre respondenter talade om en mottagare för patienterna som de slussas till efter behandling inom sjukvården. De tyckte att det var viktigt att det fanns ett fungerande samarbete mellan sjukvården och friskvården. Mottagaren, friskvårdscenter, idrottsföreningar, gymanläggningar och liknande, behöver ha kunskap inom området fysisk aktivitet, sjukdomar och lämpliga aktiviteter för patienterna. Detta för att patienterna ska känna sig trygga och få den träning de behöver. Även äldre och rullstolsburna personer behöver en lämplig mottagare som anpassar aktiviteterna och träningsredskapen efter deras behov och förmåga.

En respondent ansåg att sjuksköterskorna, lika gärna som läkarna, kan ordinera fysisk aktivitet till patienter. Denne menade att sjuksköterskorna kan ta eget initiativ till att skriva ett recept på fysisk aktivitet och inte invänta en remiss från en läkare. En annan åsikt var att den blankett som används är mycket omfattande och borde förenklas. En respondent talade om att sjukvården borde utvecklas till ett mer hälsofrämjande tankesätt och att resurserna inom sjukvården inte användes med ett långsiktigt perspektiv i åtanke.

Flera respondenter tyckte att det var viktigt att arbetet med OFA utvecklas och hålls levande på avdelningarna. På frågan om vad de anser att landstinget kan bidra med, i det fortsatta arbetet med OFA, tyckte flera att mycket ansvar nu ligger på avdelningen själva för att arbetet ska fortgå och utvecklas. Avdelningscheferna kunde exempelvis fungera som sporrande personer, fråga hur arbetet fungerar oftare och påminna personalen om att ordinera fysisk aktivitet så att det inte glöms bort.

”... jag kan peppa dem för jag har påtalat att jag tycker det här är viktigt och jag har liksom lagt ut ansvaret på dem då. Men man behöver hjälpas åt och då är det min uppgift så att säga att se till att de på något vis får rätt förutsättningar och att vi kan utöka det här, att läkarna blir mera aktiva. Så det måste jag ta tag i.” (R.2)

Även att få sin personal att skriva fler ordinationer sågs som en framtida utvecklingsmöjlighet. En åsikt var att någon form av uppmuntrande belöning, en så kallad morot, kanske behövdes för att uppmärksamma OFA och få igång arbetet. Två respondenter påpekade att det var viktigt att ha någon kontaktperson att vända sig till, inom landstinget, om problem uppstår eller information behövs.

Vad gäller framtidsutsikter för arbetet med OFA så var respondenterna eniga om att arbetet är viktigt, att det måste komma igång, utvecklas och struktureras upp i verksamheten.

”... det är jättebra att det har startat för det behövs verkligen. För jag tror att det är en av de största utmaningarna vi har att få människor att förstå hur viktigt det är med fysisk aktivitet just för hälsans skull.” (R.1)

Två respondenter var övertygade om att sjukvården i framtiden kommer utvecklas åt en mer hälsofrämjande hållning och menade på att resurserna därför kommer att omfördelas.

5.2 Arbetet med fysisk aktivitet riktat till medarbetarna

Det stöd som ges till personalen för att få dem fysiskt aktiva är att alla avdelningar har hälsoinspiratörer, som utgörs av utvalda ur personalstyrkan, som beskrivs som mycket intresserade personligen av fysisk aktivitet. Dessa hälsoinspiratörer jobbar, enligt respondenterna, med att sätta igång aktiviteter för personalen och förmedla information för att skapa en fysiskt aktiv personal. Fyra respondenter nämnde att personalen får tillgång att utnyttja den gymanläggning som finns på arbetsplatsen. Flera respondenter påpekade att personalen på deras avdelning överlag var fysiskt aktiva och diskuterade fysiska aktiviteter ofta inom personalstyrkan.

Vad gäller friskvårdsförmåner för personalen var alla respondenter samstämmiga om det bidrag, på 600 kronor per år, som personalen får som ersättning från landstinget. Detta bidrag ska bekosta avgifter som avser någon form av fysisk aktivitet. Tre respondenter talade om att personalen får tillgång till en friskvårdshalvtimme i veckan på sina avdelningar och fyra andra respondenter menade att de saknade friskvårdstimme för personalen.

På frågan om hur rutiner fungerar för att utvärdera personalhälsan svarade samtliga respondenter att ingen särskild utvärdering genomfördes för att undersöka personalens hälsa.

” Vi har ju inga återkommande undersökningar så, det har vi inte, utan det är ju om man har behov som man kan ta kontakt med landstingshälsan då i första hand. Men det finns inte nå alla såna här rutinmässiga undersökningar de är borta sen lång tid tillbaka. ” (R.6)

Några respondenter nämnde den årliga medarbetarenkäten, men att den endast behandlade arbetsmiljö som hälsoaspekt. En respondent påpekade att denne pratade med personalen, i medarbetarsamtal, om frågor rörande hälsa och välmående.

Fyra respondenter sa att de inte hade några speciella aktiviteter eller projekt riktade till personalen, förutom landstingshälsans satsning, för att öka den fysiska aktiviteten. Tre andra respondenter talade om olika insatser för personalen. På en avdelning deltog personalen ofta om det anordnades aktiviteter, för att öka den fysiska aktiviteten. De specifika aktiviteter som nämndes var vårruset, blodomloppet och ”Cykla till jobbet”. En annan avdelning deltog även den i ”Cykla till jobbet”, men inga övriga aktiviteter nämndes. Från en tredje avdelning deltog personalen i flera olika aktiviteter som anordnades för att öka den fysiska aktiviteten. De aktiviteter som nämndes var vårruset, grabbhalvan, vattengymnastik under vinterhalvåret, ett projekt riktat till undersköterskor som innefattade kost och viktreduktion samt en hälsovecka som anordnas en gång per år. Under hälsoveckan får personalen prova på olika aktiviteter under arbetstid. Omnämnda aktiviteter var core, vattengymnastik, stavgång, massage och gymnastik av olika slag.

Angående behov för att kunna öka den fysiska aktiviteten hos medarbetarna svarade tre respondenter att det är viktigt att ämnet, fysisk aktivitet, hålls i diskussion bland personalen

och att de inom personalgruppen motiverar varandra. En respondent tog upp friskvårdsbidraget på 600 kronor. Enligt respondenten hade bidraget varit detsamma under minst en tioårsperiod och att det eventuellt borde höjas. En respondent saknade någon form av aktivitet i grupp för personalen, på fritiden, för att öka engagemanget kring träning. En annan åsikt var att någon form av tävling med dagboksföring för aktiviteter borde införas med en liten belöning i slutet av tävlingen för att öka engagemanget hos personalen.

5.3 Arbetet med fysisk aktivitet riktat till befolkningen

Sex respondenter menade att det inte pågick något arbete för att främja fysisk aktivitet hos befolkningen på deras avdelningar. Därmed fanns inga riktlinjer för hur detta arbete ska fungera. På en avdelning dock fanns en bassäng till förfogande för friskvårdsarbete riktat till befolkningen. Två respondenter nämnde i sammanhanget att de sätter upp anslag i sina väntrum och korridorer för att belysa OFA till allmänheten.

De utvecklingsmöjligheter för ett riktat arbete mot befolkningen såg respondenterna som små. Samtliga respondenter menade att det inte riktigt hörde till deras arbetsuppgifter. Resursfrågan var en aspekt som hindrade detta arbete.

” Ja alltså vi har inte resurser till det... vi har inte resurser att jobba vare sig uppsökande eller ut mot befolkningen...” (R.3)

Två respondenter framhöll vikten av ett samarbete mellan sjukvården och friskvården för att kunna slussa patienter och rikta arbetet mot befolkningen.

6. DISKUSSION

I en diskussion för detta examensarbete förs resonemang kring den valda metoden och dess fördelar och nackdelar. Även resultatet diskuteras, framtida utsikter och forskning kring ordinerad fysisk aktivitet samt etiska överväganden.

6.1 Metoddiskussion

6.1.1 Studiedesign

Den valda studiedesignen för att besvara examensarbetets syfte var av kvalitativ ansats. Den kvalitativa ansatsen var lämplig som studiedesign då syftet var att undersöka uppfattningar om arbetet med OFA hos respondenterna genom intervjuer. Olsson och Sörensen (2007) anser att det är strävan efter en förståelse för informantens personliga perspektiv och helhetsbild av dennes situation som karakteriserar en kvalitativ ansats. För detta examensarbete är helhetsbilden hos respondenterna, av OFA och fysisk aktivitet, och deras personliga åsikter intressanta. Därför anses den kvalitativa ansatsen vara den mest lämpade metoden att använda.

6.1.2 Avgränsning och urval

Den avgränsning som genomförts är tydligt den mest passande för denna studie. Detta beror på att intresset hos Landstinget Västmanland var att få kunskap om arbetet med OFA på avdelningarna. I och med landstingets ansvarsområde för Västmanlands län är endast de rehabiliteringsavdelningar och medicinmottagningar vid Division Närsjukvård i Västmanlands län av betydelse för studien. Samtidigt är endast de rehabiliteringsavdelningar och medicinmottagningar som är involverade i arbetet med OFA av intresse för studien då syftet är att undersöka uppfattningar om detta. Därför ses den uteslutning som genomförts vara relevant då inga synpunkter om OFA finns att erhålla från den avdelning som inte medverkar.

Om urvalet av intervjupersoner som genomförts finns intressant resonemang att behandla. Då endast sju avdelningar inom landstingets område fanns att avgränsa sig till, fanns endast sju lämpade respondenter att ha i åtanke för intervju. Då kontaktuppgifter för dessa personer erhöles av uppdragsgivaren kan detta ses som en svaghet för studien med tanke på anonymiteten för de deltagande respondenterna. Uppdragsgivaren har vetskap om vilka respondenter som deltagit i studien men samtidigt finns ingen möjlighet att utifrån resultatet avslöja respondenternas identitet. Detta då respondenterna benämns i kod samt att citat givna från respondenterna inte går att identifieras med vem som sagt vad. På grund av detta har det funnits i åtanke hos författaren, under hela arbetsprocessen, att inte på något vis avslöja identiteten hos de medverkande utifrån studiens resultat.

Samtliga lämpande respondenter tackade ja till medverkan i studien vid den första muntliga kontakten och fullföljde sin medverkan genom intervjuerna. Detta ses av författaren som positivt då viljan fanns hos respondenterna att uttrycka sina åsikter kring arbetet med OFA.

6.1.3 Underlag och tillfälle för intervju

Olsson och Sörensen (2007) framför att en pilotstudie är till för att prova undersökningsinstrumentet, som en intervjuguide, för att undersöka om den fungerar enligt föreställningen vad gäller frågeformulering och funktion i det praktiska genomförandet. Kvale (1997) påstår att en pilotintervju kan öka förmågan mellan intervjuare och intervjuperson till ett tryggt samspel. För denna studie genomfördes ingen pilotintervju. Trots detta anses intervjuguidens uppbyggnad bidra till en obehindrad diskussion i intervjuerna kring de teman som intervjuguiden behandlar. I något fall fick författaren ställa en fråga ytterligare en gång för att respondenten skulle förstå dess innebörd. Det kan ses som att väsentlig information inte framkom om det föreföll sig så att respondenterna misstolkade eller inte förstod frågorna om ställdes under intervjutillfällena. Det bedöms dock att detta inte inträffade då författaren tolkade de svar som angivits som besvarande på frågorna. Alla frågor som ställdes, under intervjutillfällena, anses av författaren som besvarade.

Enligt Olsson och Sörensen (2007) har rummet där en intervju ska genomföras betydelse för studiens resultat. De anser att en ostörd miljö är viktigt för att respondenten kommer att ge ärliga svar under intervju. Samtliga intervjuer genomfördes på respondenternas arbetsplatser. Då författaren/intervjuaren kom till arbetsplatsen bestämdes av respondenten lämplig plats att genomföra intervjun på. Detta kan ses som positivt då respondenterna avsiktligt valt en miljö de känner sig bekväma i för intervju. Alla intervjuer genomfördes i ett avskilt rum där ljud utifrån inte störde samtalet.

En diktafon användes för inspelning av intervjuerna. Det informerades i det skriftliga informationsbrevet, som skickades ut till samtliga respondenter innan intervjutillfället, att intervjun skulle spelas in för analysarbetet. Det upplevdes som att respondenterna inte besvarades av inspelningen under intervjuerna. Dock uppstod vid en intervju två tillfällen då intervjun pausades på grund av att en utomstående person knackade på dörren och ville rådfråga respondenten i ett annat ärende. Då pausades inspelningen på diktafonen och sattes igång igen när lägligt tillfälle gavs. Detta störde dock varken intervjuare eller respondent och intervjun fortgick enligt intervjuguiden.

Sista frågan i intervjuguiden löd "*Vad mer vill ni tillägga om fysisk aktivitet och Ordinerad fysisk aktivitet?*". Flera respondenter hade inget att tillägga vid denna förfrågan. Några upprepade resonemang som de tidigare pratat om för att poängtera vad de tyckte var betydelsefullt kring arbetet med OFA. Med detta som avslut på intervjuerna anser författaren att respondenterna fått möjlighet att uttrycka sina uppfattningar kring ämnet.

För att få en uppfattning om hur respondenterna upplevde intervjuerna, ställdes denna fråga till respondenterna efter att alla intervjufrågor besvarats. Flera respondenter ansåg att intervjun kändes bra och bekväm och att författaren, som intervjuare, kändes behaglig i intervjusituationen. Detta ses som positivt för intervjutillfället då känslan av bekvämlighet kan bidra till en mer öppen diskussion. Några respondenter uttryckte även att tillfället för intervjun, angående arbetet med OFA, gav dem en tankeställare. De tyckte att intervjutillfället gav dem en möjlighet att påminna sig själva om att ta tag i arbetet med OFA i sin verksamhet och tyckte att det var positivt att detta kom i fråga.

6.1.4 Bearbetning av datamaterial

Datamaterialet som spelats in på diktafon fördes över som ljudfil till dator för att underlätta arbetet vid transkribering. Som Olsson och Sörensen (2007) beskriver är det viktigt att genomföra transkribering så nära intervjutillfället som möjligt. Transkriberingen för denna studie genomfördes efter att alla intervjuer genomförts. Detta kan vara en brist i arbetsprocessen då viktiga händelser under intervjuerna kan ha förbisetts. Men författaren menar att de uttalanden som respondenterna gjort under intervjuerna är mycket tydliga och relevanta för intervjuernas frågor och teman. Förnimmelser av viktiga resonemang fanns i minnet och författaren kunde tydligt återkoppla till dessa vid transkriberingen.

6.1.5 Analys av intervjuerna

Den innehållsanalys som genomfördes innebar att författaren delade upp analysen i fyra delar efter de tre teman och avslutande frågor från intervjuerna. Temana fick olika färger som symboliserade dess olikheter. Under varje tema kategoriserades frågorna med lämpliga samband. Sedan kunde författaren utifrån det transkriberade materialet finna tydliga likheter och olikheter utifrån respondenternas utsagor. Många gånger kunde respondenternas resonemang sammanföras då de talade om samma företeelser och skilda uttalanden kunde upptäckas. Frågor som besvarats från den avslutande delen kunde kopplas till de tre teman som ställts upp.

6.1.6 Studiens trovärdighet

Det finns några begrepp att ta hänsyn för att bedöma om studien är trovärdig och har god kvalitet. Vid kvalitativa studier innebär god validitet att granska hela forskningsprocessen och dess delar. Det finns då en strävan efter att upptäcka händelser, tolka och förstå innebörden samt beskriva uppfattningar hos medverkande i studien (Patel & Davidsson 2003). Validiteten för denna studie intygas genom att informationen som insamlats vid intervjutillfällena har behandlats på så vis att det transkriberade materialet innefattar allt som uppkommit under intervjuerna, det vill säga alla ord i talspråk, pauser, hummanden samt andra hörbara ljud. Exempelvis kan osäkerhet och funderingar utläsas från transkribering som kan vara av betydelse för resultatet då det tolkas av intervjuaren. Det har tagits hänsyn till att presentera studien på så vis att det ska vara tydligt och lättläst för den som avser att ta del av resultatet. I analysen har frågor och svar från de olika intervjuerna brutits ner och sammanförts för att stödja tolkningen av de olika frågorna i temana. Resultatet beskrivs så brett som möjligt för att ingen betydande information ska gå förlorad. En balans mellan kommenterad text och citat har även eftersträvat för en egen bedömning från den som vill ta del av resultatet.

I kvalitativa studier kan det enligt Patel och Davidsson (2003) vara svårt att generalisera resultatet. Detta beror på att urvalet i kvalitativa studier sällan sker systematisk för att det ska vara möjligt att generalisera resultatet till en större grupp i befolkningen. Men i kvalitativa studier kan variationer påträffas i sammanhanget och dessa kan jämföras med andra snarlika studier. Författaren till denna studie menar att det finns möjlighet att se likheter i studiens resultat jämfört med andra studier som behandlar området. Detta påvisas bland annat genom att tidigare studier visar på resonemang som även påträffas i denna studie. Detta gäller exempelvis resonemang kring det framtida arbetet med OFA, dess framtidsutsikter samt sjukvårdens roll i det hälsofrämjande arbetet.

Reliabiliteten innebär hur tillförlitlig undersökningen är gentemot det som var avsett att undersökas (Lundman & Hällgren-Granheim 2008). Patel och Davidsson (2003) anser att detta begrepp har en koppling till validiteten inom kvalitativa studier. De anser att reliabiliteten bör ses i förhållande till den unika situationen som en intervjusituation innebär. Med detta som grund för att undersöka om denna studie är tillförlitlig anses det vara en unik situation som i en annan tid och plats möjligen lämnat ett annat resultat. Men det kan inte ses som opålitligt men tanke på det relevanta resonemang som respondenterna fört under intervjutillfällena.

6.2 Resultatdiskussion

6.2.1 Arbetet med OFA

De flesta avdelningar har inte kommit igång i arbetet med OFA trots att material och utbildningar varit till förfogande för personalen. Flera respondenter talade om att det varit trögt att få igång personalen till att förskriva fysisk aktivitet på recept men att de flesta tagit del av de utbildningar som anordnats. Hinder som togs upp under intervjuerna var att en tröskel fanns för igångsättandet, det tar tid innan det integrerats i verksamheten samt att arbetet kunde falla i glömska hos personalen. Inga skriftliga rutiner för arbetet finns likaså på avdelningarna. Det anses därför vara positivt att införa en bättre struktur för arbetet med OFA så som allmänna skriftliga rutiner. Då påvisas vikten av att arbetet fungerar väl och möjligheten finns till att fler ordinationer förskrivs. Det kan även tolkas som att arbetet med OFA inte prioriterats i och med att material, utbildningar och information om OFA givits till personalen men arbetet har trots det inte kommit igång på flera avdelningar. Flera respondenter bekräftade detta och ansåg att de som chefer kunde motivera sin personal mer än vad de gjort tidigare. Det ses som positivt att respondenterna uppfattat intervjutillfällena som en påminnelse för dem själva, för att få upp ögonen för hur arbetet egentligen fungerar på avdelningarna.

Respondenterna ansåg att arbetet med OFA är en viktig del i verksamheten. Flera respondenter talade om sitt eget ansvar i arbetet och att det var viktigt att dem uppmuntrade sin personal till att ordinera fysisk aktivitet till patienterna. Upplevelsen från samtliga intervjuer var att respondenterna var engagerade personer och ville att arbetet skulle fungera väl på sina avdelningar.

FHI (2004) anser att det är viktigt med ett brett samarbete mellan hälso- och sjukvården och andra aktörer för att öka den fysiska aktiviteten i befolkningen. Detta förespråkar även Leijon och Jacobson (2005). De håller före att det är viktigt med samarbete mellan sjukvården och friskvården för att kunna utveckla bra metoder i arbetet med att förbättra levnadsvanorna i befolkningen.

Samarbete anser även respondenterna för studien vara viktigt för att arbetet med OFA ska fungera. Inom verksamheten är det viktigt att rehabiliteringsavdelningarna och medicinmottagningarna samarbetar för att tillämpningen av arbetet ska fungera så smidigt som möjligt och patienten ska kunna få den behandling de behöver av sjukvårdspersonal med rätta kvalifikationer. Flera respondenter önskade även ett fungerande samarbete för att slussa patienter ut till samhället för fortsatt behandling på egen hand. Författaren instämmer i

resonemanget om att samarbete är en förutsättning för att arbetet med OFA ska integreras som en del i verksamheten. Ett samarbete finns med Västmanlandsidrotten och personal på rehabiliteringsavdelningarna och medicinmottagningar har fått information om detta i utbildning³. Det förefaller som att de samarbeten som finns inte är tydliga nog då detta inte påtalats av respondenterna. Det kan mycket väl vara så att respondenterna enbart missat att påtala det, men det kan också tolkas som att de inte ser det som ett tydligt samarbete då det inte nämnts. Både inom verksamheten på avdelningarna och utåt mot samhället kan därför målsättning och riktlinjer behöva förtydligas för att samarbetet ska fungera väl och synliggöras. Mottagaren som patienterna slussas till bör även ha god kunskap kring fysisk aktivitet och dess koppling till sjukdomsprevention. I samstämmighet med respondenternas önskemål anses det som viktigt att patienterna har behov av att känna trygghet i mötet med mottagaren för att kunna fortsätta sin egen behandling. Arbetet med OFA kan på så sätt stärkas och vidmakthållas i sin funktion för att patienter ska få en så god behandling som möjligt och kunna upprätthålla sin fysiska aktivitet på egen hand.

Kallings (2008) och FHI (2005) anser att det är viktigt med ett fortsatt arbete kring FaR® för att integrera arbetet i olika verksamheter. Kallings (2008) påpekar vikten av vidare forskning inom området och FHI (2005) anser att arbetet för att öka den fysiska aktiviteten bör förankras på regional nivå i handlingsplaner för folkhälsoarbete.

Respondenterna anser att arbetet med OFA i Landstinget Västmanlands regi inte behöver utvecklas mer. De menar att det största ansvaret nu ligger på avdelningarna själva att få igång ett strukturerat arbete kring OFA. Men de ser även behov i sitt fortsatta arbete. Personalen behöver någon form av motivation för att skriva fler recept på fysisk aktivitet. De behöver uppmuntras till eget initiativtagande vad gäller ordinerings och påminnas om OFA så att arbetet hålls vid liv. Det kan därför vara en idé att på något sätt ge personalen självförtroende och ökat ansvar till att förskriva fler recept på fysisk aktivitet.

För att arbetet ska fungera smidigt anses även av respondenterna att mottagaren har en viktig roll i arbetet när patienterna ska slussas från sjukvårdsinstansen ut till samhället. Författaren instämmer och menar att det är viktigt att mottagaren har god kunskap om OFA och förståelse för patienternas förutsättningar och behov.

6.2.2 Arbetet med fysisk aktivitet riktat till medarbetarna

Anledningen till att temat fysisk aktivitet riktat till medarbetarna ingick som en frågeställning och del i studien var att intresse fanns hos Landstinget Västmanland att få reda på hur arbetet fungerar. Detta på grund av den eventuella medverkan från landstingets sida i nätverket HFS, som arbetar med medarbetarperspektivet⁴. Hur fysiskt aktiv en person är kan även påverka hur viktigt det anses vara för andra att vara fysiskt aktiva. Det finns därför enligt författaren angelägenhet att diskutera detta utifrån studiens resultat.

Flera av respondenterna ansåg att personalen på deras avdelning överlag var fysiskt aktiva personer och engagerade i olika aktiviteter på fritiden. Det fanns även hälsoinspiratörer på alla avdelningarna som skulle fungera för att motivera personalen till ökad fysisk aktivitet. Samtliga respondenter talade om att personalen på deras avdelning fick tillgång till 600

³ Hedvig Olin, samordnare för OFA i Landstinget Västmanland, muntlig kontakt, 2009- 08-20

⁴ Hedvig Olin, samordnare för OFA i Landstinget Västmanland, muntlig kontakt, 2009- 03-26

kronor i friskvårdsersättning för hälsofrämjande aktiviteter. Gymanläggning fanns tillgänglig, enligt fyra respondenter, på avdelningarna. Tre av respondenterna nämnde även att personalen fick tillgång till en friskvårdshalvtimme i veckan. På några avdelningar anordnades aktiviteter för att öka den fysiska aktiviteten och några avdelningar deltog i projekt för att öka den fysiska aktiviteten. Friskvårdstimme, ökat friskvårdsbidrag, fler aktiviteter samt vikten av att fysisk aktivitet hålls i diskussion bland personalen framkom som önskvärda behov för att kunna öka den fysiska aktiviteten bland personalen. Författarens uppfattning om detta är att personalen på avdelningarna till synes är mycket involverade i fysiska aktiviteter. Skillnad mellan de olika avdelningarnas engagemang och deltagande i aktiviteter kunde urskiljas från respondenternas utsagor. Det kan därför inte uteslutas att om de önskvärda behoven uppfylls kan det vara en sporre till att fler ur personalstyrkan på avdelningarna håller en fysiskt aktiv livsstil.

6.2.3 Arbetet med fysisk aktivitet riktat till befolkningen

Enligt respondenterna för denna studie pågår inget befolkningsinriktat arbete för att öka den fysiska aktiviteten. Med detta förklarade respondenterna att det inte finns några riktlinjer inom verksamheten för arbete med fysisk aktivitet riktat till befolkningen. Hinder för detta arbete ansåg respondenterna vara tid, resurser och att det inte var under deras ansvarsområde.

Det finns ett ansvar hos hälso- och sjukvården att på individ-, grupp- och befolkningsnivå främja en god hälsa. Det finns även ett ansvar att på befolkningsnivå främja en jämlik hälsoutveckling. (FHI 2004). I *Mål för folkhälsan* (2002) framställs hälso- och sjukvården som en viktig del i arbetet för en förbättrad folkhälsa. Hälso- och sjukvården anses med sin kompetens, pondus, breda kunskap och stora kontaktnät med befolkningen spela en viktig roll i sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete. Både kortsiktiga och långsiktiga effekter av förebyggande och främjande arbete kan minska vårdbehoven hos befolkningen och därmed sänka vårdkostnaderna. Enligt (FHI 2004) finns inom hälso- och sjukvårdspolitiken mål uppställda vad gäller befolkningsinriktat arbete. Det är av betydelse att hälso- och sjukvården är involverade i kunskapsförmedling kring hälsa samt i befolkningsinriktat hälsoarbete (FHI 2004).

Det kan vara av betydelse att OFA blir mer uppmärksammat i samhället och att det på något sätt involverar befolkningen. Det kan då eventuellt få större genomslag i de verksamheter som använder FaR® och OFA som arbetsmetod. Två respondenter talade som ett samarbete mellan sjukvård och friskvård för att kunna rikta arbetet mer mot befolkningen. Samarbeten mellan sjukvården och andra aktörer i samhället har enligt FHI (2004) bidragit till framgångar för folkhälsan. Författaren instämmer med detta resonemang och påpekar som tidigare att Landstinget Västmanland bör fokusera på samarbeten i sitt fortsatta arbete med OFA. Detta tror författaren kan stärka OFA som koncept samt förbättra möjligheterna att patienter fortsätter hålla en fysiskt aktiv livsstil efter avslutad behandling.

Självfallet är resursfrågan inom sjukvården ett hinder för att inrikta arbetet med OFA mot befolkningen men då sjukvården går mot ett mer hälsofrämjande arbetssätt bör resurserna omfördelas. Då folkhälsa inkluderar individ-, grupp- och befolkningsnivåer är det av betydelse att även hälso- och sjukvården i sitt arbete för en förbättrad folkhälsa tar hänsyn till detta och inriktar sitt arbete mer ut mot befolkningen.

6.3 Etikdiskussion

Angående de forskningsetiska principerna så har under examensarbetet inga svårigheter påträffats för att uppfylla informationskravet och samtyckeskravet. Respondenterna har fått god information om studiens syfte och deras medverkan. Samtliga respondenter godtog sin medverkan och genomförde intervjuerna utan problem. Likaså nyttjandekravet har uppfyllts utan problem. Det inspelade material från intervjuerna har endast nyttjats av författaren och kommer att raderas efter att examensarbetet och studien avslutats.

Vad gäller konfidentialitetskravet så förefaller en aspekt att diskutera. Som Vetenskapsrådet (2002) avser innebär konfidentialitetskravet att en deltagares personuppgifter inte ska kunna gå att utläsa i en studie. Alla uppgifter om deltagarna ska hållas konfidentiellt. Som tidigare beskrivits så har detta behandlats genom att det i studien inte går att utläsa vilka respondenter som sagt vad samt att respondenterna benämnts med kodnamn. Men det som kan påvisa en svaghet i studiens etiska avseenden är att bland annat uppdragsgivaren varit delaktig i urvalet av respondenter. Uppdragsgivaren har därför uppgifter om vilka deltagit i studien samt att respondenterna kan identifieras på så sätt att det går att spåra vilka som arbetar som avdelningschefer på rehabiliteringsavdelningarna och medicinmottagningarna i Västmanlands län. Men då det i studien inte går att spåra respondenternas identitet i studien går det inte att tolka deras enskilda åsikter. I sammanhanget är det samtidigt inget känsligt ämne som behandlas och därför anses det inte som denna brist kan orsaka respondenterna någon identitetskränkning.

7. SLUTSATSER

- De flesta av avdelningscheferna anser att arbetet med OFA inte fungerar önskvärt på sina avdelningar. Hinder, som en tröskel och tid, gör att arbetet inte kommer igång. Avdelningarna saknar skriftliga rutiner och en målsättning för arbetet med OFA. Behov av samarbeten och fortsatt utveckling av OFA som arbetsmetod finns, enligt avdelningscheferna, för att arbetet ska vidmakthållas på avdelningarna.
- Positiv respons ges till arbetet med OFA och avdelningscheferna anser att det är en viktig arbetsmetod i sin verksamhet för patienter med behov av ökad fysisk aktivitet.
- Personalen på avdelningarna har tagit del av det material och utbildningar som finns att utnyttja och avdelningscheferna tycker att materialet och utbildningarna har varit positiva delar i arbetet med OFA.
- På alla avdelningar finns hälsoinspiratörer för att motivera personalen till fysisk aktivitet. De friskvårdsförmåner som finns tillgängliga är 600 kronor i ersättning för kostnad av hälsofrämjande aktiviteter samt på tre avdelningar får personalen tillgång till en friskvårdshalvtimme i veckan. Gymanläggning finns även tillgänglig för personalen enligt flera avdelningschefer. Inga rutiner finns för att utvärdera personalhälsan vad gäller fysisk aktivitet.
- De flesta avdelningschefer påpekade att inget arbete pågick och inga riktlinjer fanns på avdelningarna vad gäller fysisk aktivitet riktat till befolkningen. Utvecklingsmöjligheter sågs som små då tid och resurser inte räcker till.

REFERENSER

Crone, D., Smith, A. & Gough, B. (2005). 'I feel totally at one, totally alive and totally happy': a psycho-social explanation of the physical activity and mental health relationship. *Health Education Research* vol. 20:5, ss. 600–611.

Department of Health (2004). *At least five a week - Evidence on the impact of physical activity and its relationship to health*. London: Department of Health.

Edmunds, J., Ntoumanis, N. & Duda, J. L. (2007). Adherence and well-being in overweight and obese patients referred to an exercise on prescription scheme: A self-determination theory perspective. *Psychology of Sport and Exercise* vol. 8, ss. 722–740.

Elley, C. R., Kerse, N., Bruce Arroll, B. & Robinson, E. (2003). Effectiveness of counselling on patients in general practice: cluster randomised controlled trial physical activity. *British Medical Journal* vol. 2003:326, ss. 1-6.

En förnyad folkhälsopolitik (2007). Regeringens proposition 2007/08:110. Stockholm: Socialdepartementet.

FHI (Statens folkhälsoinstitut) (2004). *På väg mot en mer hälsofrämjande sjukvård*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

FHI (Statens folkhälsoinstitut) (2005). *Målområde 9 Ökad fysisk aktivitet – kunskapsunderlag till folkhälsopolitisk rapport 2005*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

FYSS i praktiken (2009). Information om utbildning i FYSS som arbetsmetod. Västerås: Landstinget Västmanland.

Hillsdon, M., Foster, C., Cavill, N., Crombie, H. & Naidoo, B. (2005). *The effectiveness of public health interventions for increasing physical activity among adults: a review of reviews*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence: Health Development Agency.

Hu, G., Tuomilehto, J., Silventoinen, K., Barengo, N. & Jousilahti, P. (2004). Joint effects of physical activity, body mass index, waist circumference and waist-to-hip ratio with the risk of cardiovascular disease among middle-aged Finnish men and women. *European Heart Journal* vol. 2004: 25, ss.2212–2219.

Introduktionsdag i Motiverande samtal (2009). Information om introduktionsutbildning i Motiverande samtal som arbetsmetod. Västerås: Landstinget Västmanland.

Kallings, L. V. (2008). *Physical activity on prescription – Studies on physical activity level, adherence and cardiovascular risk factors*. Karolinska Institutet, Department of Neurobiology, Care Science and Society. Stockholm: Karolinska Institutet.

Kallings, L. V. & Leijon, M. (2003). *Erfarenheter av fysisk aktivitet på recept – FaR*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Kallings, L. V., Leijon, M., Hellénus, M.-L. & Ståhle, A (2008). Physical activity on prescription in primary health care: a follow-up of physical activity level and quality of life. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports* vol. 2008:18, ss. 154-161.

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

Leijon, M. (2009). *Activating People – Physical activity in the general population and referral schemes among primary health care patients in a Swedish county*. Diss. Linköpings Universitet, Department of Medical and Health Sciences, Division of Community Medicine, Social Medicine and Public Health Science. Linköping: Linköpings Universitet.

Leijon, M. & Jacobson, M. (2005). *Kunskapsunderlag Fysisk Aktivitet*. Linköping: Folkhälsovetenskapligt centrum.

Lindström, M. Isacson, S-O. & Merlo, J. (2003). Increasing prevalence of overweight, obesity and physical inactivity - Two population-based studies 1986 and 1994. *European Journal Of Public Health* vol. 2003: 13, ss. 306–312.

Livsmedelsverket & FHI (Statens folkhälsoinstitut) (2005). *Underlag till handlingsplan för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet*. Uppsala: Livsmedelsverket & Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Lundman & Hällgren-Granheim (2008). *Kvalitativ innehållsanalys*. I Granskär & Höglund-Nielsen (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur. S. 159-172

Mål för folkhälsan (2002). Regeringens proposition 2002/03:35. Stockholm: Socialdepartementet.

Nelson, M. E., Rejeski, W. J., Blair, S. N., Duncan, P. W., Judge J. O., King, A. C., Macera, C. A., & Castaneda-Sceppa, C. (2007). Physical Activity and Public Health in Older Adults. Recommendation From the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Journal of the American Heart Association* vol. 2007: 116, ss.1094-1105.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen – Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Patel, R. & Davidsson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder – att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Tredje upplagan. Lund: Studentlitteratur.

Schäfer Elinder, L. & Faskunger, J. (2006). *Fysisk aktivitet och folkhälsa*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Socialstyrelsen (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Sørensen, J. B., Kragstrup, J., Skovgaard, T. & Puggaard, L.(2008). Exercise on prescription: a randomized study on the effect of counseling vs counseling and supervised exercise. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports* vol. 2008: 8, ss. 288–297.

Ryan, M. P. (2008). The antidepressant effects of physical activity: Mediating self-esteem and self-efficacy mechanisms. *Psychology and Health* vol. 23:3, ss. 279-307.

Uppföljningsseminarium Motiverande samtal (2009). Information om uppföljningsseminarium för Motiverande samtal som arbetsmetod. Västerås: Landstinget Västmanland.

U.S. Department of Health and Human Services (1996). *Physical Activity and Health – A Report of the Surgeon General*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services; Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

WHO (World Health Organization) (1948). *Constitution of the World Health Organization*. Genève: WHO.

WHO (World Health Organization) (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa: WHO.

WHO (World Health Organization) (1999). *Health 21 - The health for all policy framework for the WHO European Region*. Köpenhamn: WHO.

WHO (World Health Organization) (2002). *World Health Report 2002*. Genève: WHO.

WHO (World Health Organization) (2004). *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. Genève: WHO.

YFA (Yrkesföreningar för fysisk aktivitet) (2008). *FYSS 2008 - Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

BILAGA 1 - INFORMATIONSBREV

Västerås den 15 april 2009

Hej!

Jag heter Sofia Söderkvist och är student på folkhälsovetenskapliga programmet, vid Mälardalens högskola. Just nu går jag tredje året och skriver mitt examensarbete i folkhälsovetenskap. På uppdrag från Hedvig Olin, Landstinget Västmanland ska jag genomföra en studie om Ordinerad fysisk aktivitet (OFA). Syftet är att undersöka vilka uppfattningar avdelningscheferna, på rehab- och medicinavdelningarna i Västmanlands län, har angående arbetet med Ordinerad fysisk aktivitet riktat till patienter och arbetet med fysisk aktivitet riktat till medarbetar samt befolkningen.

För att samla material till studien ska intervjuer genomföras. Intervjuerna kommer att spelas in på band som används för att kunna dokumentera intervjuerna i textform och analysera intervjuerna. Dessa band kommer endast att utnyttjas av mig som intervjuare och efter avslutad studie och färdigställt examensarbete kommer materialet raderas för att ingen oberörd person ska kunna använda dem.

Därför vänder jag mig till dig som lämplig intervjuperson för studien. Det skulle vara till stor hjälp om du ville bidra med dina erfarenheter kring arbetet med fysisk aktivitet och Ordinerad fysisk aktivitet på din arbetsplats.

Om du har övriga frågor kring denna studie kontakta gärna mig.

Student och intervjuare

Sofia Söderkvist

Tel. 073-687 17 78

Mail. sst05001@student.mdh.se

Handledare

Kristina Pellmer Wramner

Universitetslektor, Mälardalens
högskola

BILAGA 2 – INTERVJUGUIDE

Intervjuguide

Arbetet med att främja fysisk aktivitet på rehab- och medicinavdelningarna i Västmanland

Inledning

Innan intervjun börjar inleds samtalet med en beskrivning av syfte, frågeställningar, vilka teman som kommer tas upp och även etiska aspekter som det tas hänsyn till.

Inledande frågor

- Vilken är din nuvarande befattning på din arbetsplats?
- Hur länge har du haft tjänsten?

Arbetet med Ordinerad Fysisk Aktivitet till patienter

Vill du beskriva så detaljerat som möjligt hur arbetet med att ordinera fysisk aktivitet på recept fungerar på avdelningen?

Följdfrågor

- Hur ser rutinerna ut på avdelningen för att ordinera fysisk aktivitet?
- Vilka skriftliga rutiner finns för att ordinera fysisk aktivitet?
- Vilket material används i arbetet med OFA (kataloger/blanketter)?
- Vilka arbetar med att förskriva fysisk aktivitet på recept?
- De som arbetar med att förskriva fysisk aktivitet på recept, är det deras huvudansvar eller arbete bredvid deras vanliga sysselsättning?
- Vem arbetar med att motivera patienterna till att öka sin fysiska aktivitet?
- Hur utnyttjas de utbildningar som finns inom OFA av medarbetarna på avdelningen?

- Vilka medarbetare är det som utnyttjar utbildningstillfällena (vilken befattning har de)?
- Finns det något samarbete med aktivitetsarrangörer för fysisk aktivitet som är lämpliga att hänvisa patienter till?

Om samarbete finns: Vilka aktivitetsarrangörer samarbetar avdelningen med? Hur fungerar samarbetet?

- Vilken målsättning finns för omfattningen av att ordinera fysisk aktivitet?
- Hur ser du på andra avdelningars arbete med OFA?
- Vilka fler avdelningar kan vara lämpliga att introducera OFA i sin verksamhet?
- Vad skulle avdelningen behöva för att i större omfattning kunna ordinera fysisk aktivitet till patienter?
- Vilka andra arbeten, riktar sig till patienterna, för att öka den fysiska aktiviteten förutom Ordinerad fysisk aktivitet?
- Hur vill ni att arbetet med Ordinerad fysisk aktivitet utvecklas?
- Vad anser du att landstinget kan bidra med i arbetet med Ordinerad fysisk aktivitet?

Arbetet med fysisk aktivitet riktat till medarbetarna

Hur fungerar arbetet på avdelningen med att få medarbetarna fysiskt aktiva?

Följdfrågor

- Hur stimuleras medarbetarna på avdelningen till att vara fysiskt aktiva (Vilket stöd ges)?
- Vilka projekt eller aktiviteter finns för att främja fysisk aktivitet hos medarbetarna?

Om projekt/aktiviteter finns: Hur tycker du att detta fungerar? Hur informeras medarbetarna om projekten/aktiviteterna?

- Vilka friskvårdsförmåner finns tillgängliga för medarbetarna?
- Finns det något samarbete med aktivitetsarrangörer för fysisk aktivitet, exempelvis gym eller badhus, som är till för medarbetarna?

Om samarbete finns: Vilka aktivitetsarrangörer samarbetar avdelningen med? Hur fungerar samarbetet?

- Vilka förändringar har skett vad gäller aktiviteter för att främja fysisk aktivitet hos medarbetarna? Vilka aktiviteter fanns förr som ni inte utnyttjar idag?

Om aktiviteter fanns: Hur ser du på förändringen? Vilka skillnader finns?

- Hur fungerar rutiner med att utvärdera personalhälsan?
- Vad anser du att avdelningen behöver för att i större utsträckning kunna stimulera medarbetarna till ökad fysisk aktivitet?

Arbetet med fysisk aktivitet riktat till befolkningen

Hur upplever du arbetet med fysisk aktivitet på avdelningen riktat till befolkningen?

Följdfrågor

- Finns det några riktlinjer för hur ni ska arbeta befolkningsinriktat?

Om riktlinjer finns: Hur tycker du att riktlinjerna följs?

- Vilken vilja finns på avdelningen att arbeta med fysisk aktivitet riktat mot befolkningen?
- Vilka insatser finns för att främja befolkningen till att bli fysiskt aktiva?

Om insatser finns: Hur tycker du att detta fungerar? Hur informeras befolkningen om projekten/aktiviteterna (insatserna)?

Om insatser inte finns: Hur skulle ni vilja arbeta riktat till befolkningen vad gäller att främja fysisk aktivitet?

- Hur ser ni på att detta arbete utvecklas?

Avslutande frågor

- På vilket annat sätt arbetar ni hälsofrämjande med fysisk aktivitet?
- Hur ser ni på det framtida arbetet med att rekommendera fysisk aktivitet och ordinera fysisk aktivitet på recept?

- Vad mer vill ni tillägga om fysisk aktivitet och Ordinerad fysisk aktivitet?