



**MÄLARDALENS HÖGSKOLA**  
**ESKILSTUNA VÄSTERÅS**

Akademien för hälsa, vård och välfärd

# **Aktivitetsledares uppfattningar om ordinerad fysisk aktivitet (OFA)**

Examensarbete i Folkhälsovetenskap  
Nivå: Kandidatnivå  
Högskolepoäng: 15  
Program: Folkhälsovetenskapliga programmet  
Kurskod: OFH012

Datum: 2009-06-19

Författare: Caroline Ahlgren

Handledare: Robert Larsson

Examinator: Per Tillgren

## SAMMANFATTNING

Fysisk inaktivitet är ett folkhälsoproblem och leder till ohälsa i befolkningen. Hälso- och sjukvården i Västmanland har inlett arbetet med att ordinera fysisk aktivitet (OFA) för att förbättra hälsoläget. Idrotten är en viktig aktör i arbetet med OFA då idrottens studieförbund, SISU Idrottsutbildarna, arrangerar aktivitetsledarutbildningarna. De utbildar aktivitetsledare i att ta emot patienter som ordinerats fysisk aktivitet. Syftet med examensarbetet var att studera vilka erfarenheter aktivitetsledarna i Västmanland har av aktivitetsledarutbildningen samt att studera hur aktivitetsledarna uppfattar arbetet med OFA. För att besvara syftet har sex kvalitativa intervjuer genomförts och analyserats med hjälp av meningskoncentrering. Aktivitetsledarnas erfarenheter från utbildningen är generellt positiva och deras uppfattningar om OFA varierar. De anser att aktivitetsledarutbildningen kan förbättras och de är kritiska till att arbetet med OFA inte kommit igång på ett önskvärt sätt samt att vården inte ordinerar gruppaktiviteter i större utsträckning. Aktivitetsledarna upplever att erfarenhetsutbyte, ökad informationsspridning och vårdpersonalens inställning till OFA är viktiga delar för att förbättra arbetet med OFA. Aktivitetsledarna ser positivt på framtiden vad gäller OFA men att dagens ekonomiska läge och avsaknaden av subventioner kommer att fördröja arbetet. Att arbetet med OFA inte kommit igång ännu gör det svårt för aktivitetsledarna att arbeta aktivt med OFA.

**Nyckelord: Aktivitetsledare, fysisk aktivitet, kvalitativa intervjuer, ordinerad fysisk aktivitet, SISU Idrottsutbildarna.**

## ABSTRACT

Physical inactivity is a public health problem and lead to bad health in the population. Health care in Västmanland has started the process of prescribing physical activity (OFA) to improve health. Sport is an important participant in prescribed physical activity and the sports educational association, SISU Idrottsutbildarna, is organizing activity leadership training. They educate activity leaders in accepting patient's prescribed physical activity. The aim of the thesis was to study the experiences of Activity Leaders in Västmanland have about the activity leaders training and the perceptions they have about prescribed physical activity. To answer the thesis, six qualitative interviews carried out and analyzed with the help of concentration of the contents. The Activity Leaders' experiences of the education are generally positive and their perceptions of prescribed physical activity vary. They believe that the activity leadership training can be improved and they are critical of that works are not started in a desirable manner and that health care does not prescribe group activities in a greater extent. Activity Leaders feel that the exchange of experiences, greater dissemination of information and health care employees' attitudes to OFA are important elements to improve the process of prescribed physical activity. Activity Leaders welcomed the future with regard to prescribed physical activity, but that the current economic situation and the lack of subsidies will delay the work. Because the work of prescribed physical activity are not yet happened makes it difficult for the Activity Leaders to actively work with prescribed physical activity.

**Keywords: Activity Leaders, physical activity, qualitative interviews, prescribed physical activity, SISU Idrottsutbildarna.**

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING	1
2. BAKGRUND	2
<b>2.1 Fysisk inaktivitet – ett folkhälsoproblem</b>	<b>2</b>
2.1.1 Stillasittande livsstil	2
<b>2.2 Internationella och nationella mål för att främja fysisk aktivitet</b>	<b>3</b>
<b>2.3 Fysisk aktivitet och sjukdomsförebyggande arbete</b>	<b>3</b>
<b>2.4 Fysisk aktivitet som metod för att minska ohälsa</b>	<b>4</b>
2.4.1 Fysisk aktivitet på recept (FaR®)	5
<b>2.5 Idrottens roll i folkhälsoarbetet</b>	<b>6</b>
2.5.1 SISU Idrottsutbildarna Västmanland	7
<b>2.6 Ordinerad fysisk aktivitet (OFA)</b>	<b>7</b>
2.6.1 Aktivitetsledarutbildning	8
3. SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	10
4. METOD OCH MATERIAL	10
<b>4.1 Urval av aktivitetsledare</b>	<b>10</b>
<b>4.2 Genomförande av intervjuer</b>	<b>11</b>
<b>4.3 Analys</b>	<b>11</b>
<b>4.4 Etiska aspekter</b>	<b>11</b>
5. RESULTAT	13
<b>5.1 Erfarenheter från aktivitetsledarutbildningen</b>	<b>13</b>
<b>5.2 Uppfattningar om OFA</b>	<b>14</b>
5.2.1 Vården och OFA	14
5.2.2 Uppfattningar om ordinationen	15
5.2.3 Aktivitetsledarnas ansvar	16
5.2.4 SISU Idrottsutbildarnas ansvar och arbete med OFA	16
5.2.5 Hinder i arbetet med OFA	17
<b>5.3 Förbättringsmöjligheter i arbetet med OFA</b>	<b>18</b>
5.3.1 Informationsspridning	19
<b>5.4 Framtidsutsikter för OFA</b>	<b>19</b>
6. DISKUSSION	21
<b>6.1 Metoddiskussion</b>	<b>21</b>
6.1.1 Urval av deltagare	21
6.1.2 Intervjutillfällena	22
6.1.3 Transkribering och analys	24
6.1.4 Examensarbetets trovärdighet	24
<b>6.2 Resultatdiskussion</b>	<b>25</b>
6.2.1 Aktivitetsledarnas erfarenheter från utbildningen	25
6.2.2 Aktivitetsledarnas uppfattningar om OFA	26
6.2.3 Förbättringsmöjligheter	27
6.2.4 Skillnader mellan företag och föreningar	28
6.2.5 Framtidsutsikter	28
6.2.6 Förväntningar av resultatet	29
<b>6.3 Etikdiskussion</b>	<b>29</b>

7. SLUTSATSER 30

REFERENSER 31

Bilaga 1: Informationsbrev

Bilaga 2: Intervjuguide

## 1. INLEDNING

Fysisk aktivitet är viktigt för en god folkhälsa och för att förebygga sjukdomar. Idag är en stor del av Sveriges befolkning stillasittande vilket är oroväckande då detta kan leda till ohälsa. De allra flesta kan styra över den egna fysiska aktiviteten och kan därmed på egen hand förbättra sitt hälsoläge. Det är aldrig för sent att bli mer fysisk aktiv och personer i alla åldrar kan förbättra sin hälsa med regelbunden motion.

Hälso- och sjukvården arbetar för att stimulera den fysiska aktiviteten bland Sveriges befolkning, bland annat genom att ordinera Fysisk aktivitet på Recept (FaR®). Med det menas att vårdpersonal ordinerar patienten fysisk aktivitet istället för eller som ett komplement till läkemedel. I Västmanland har de valt att arbeta på eget sätt och kan därmed inte använda begreppet FaR® de har då valt att använda begreppet Ordinerad fysisk aktivitet (OFA). Både FaR® och OFA syftar dock till samma sak, att öka befolkningens hälsa genom ökad fysisk aktivitet med hjälp av ordinationer från vården. Det är Västmanlands Idrottsförbund tillsammans med Landstinget Västmanland som arbetar med OFA, dock har Västmanlands Idrottsförbund lagt ut utbildningsansvaret för aktivitetsledare, som tar emot patienterna på olika träningsanläggningar, på SISU Idrottsutbildarna i Västmanland. SISU Idrottsutbildarna är idrottens studieförbund och är en förkortning av Svensk Idrotts Studie- och Utbildningsorganisation. Under de senaste åren har SISU idrottsutbildarna genomfört ett flertal utbildningar i Västmanland för aktivitetsledare. För att kunna förbättra och utveckla aktivitetsledarutbildningen och arbetet med OFA behövs mer kunskap om hur dessa upplevs.

Författaren kom först i kontakt med OFA under hösten år 2008 genom praktik inom det folkhälsovetenskapliga programmet på SISU Idrottsutbildarna i Västmanland och Västmanlands Idrottsförbund. Ett önskemål från SISU Idrottsutbildarna var att få veta mer om vad aktivitetsledarna ansåg om utbildningen för att kunna utveckla och förbättra den. Författaren ansåg också att detta var väsentligt då arbetet med OFA i Västmanland är relativt nytt och för att gå vidare behövs en förståelse för vad som uppfattas som positivt och negativt. Examensarbetet har utförts av författaren på uppdrag av SISU Idrottsutbildarna i Västmanland.

## 2. BAKGRUND

### 2.1 Fysisk inaktivitet – ett folkhälsoproblem

Fysisk inaktivitet är ett allvarligt folkhälsoproblem som leder till en ökad ohälsa i befolkningen. För att kunna motverka detta är ett tvärspektoriellt hälsofrämjande och förebyggande folkhälsoarbete av stor betydelse (FHI 1999). I dagsläget finns sociala skillnader i hälsa bland befolkningen till exempel i hur den egna hälsan upplevs och förtida död. Att tillhöra en lägre socioekonomisk grupp ökar risken för att drabbas av hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes. Detta har koppling till att det finns sociala skillnader i levnadsvanor som kost och motion (Socialstyrelsen 2009). Fysisk aktivitet är den levnadsvana förutom kost och rökning som påverkar vår hälsa mest och som de flesta personer själva kan styra över (Faskunger & Hemmingsson 2005). Med fysisk aktivitet menas alla kroppsrörelser både på fritiden och på arbetstid (Janlert 2000). Trots att allt fler förstår vikten av att vara fysisk aktiv är delar av befolkningen inte tillräckligt aktiva (Sørensen et al. 2007). Att öka den fysiska aktiviteten är en grundläggande förutsättning för att öka den fysiska och psykiska hälsan (Socialdepartementet 2007) och skulle minska sjukvårdskostnaderna avsevärt. Idag uppskattas fysisk inaktivitet kosta sex miljarder kronor per år i Sverige för sjukvård och produktionsbortfall. Denna siffra är troligtvis högre då fysisk inaktivitet är kopplat till exempelvis diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar (FHI 2008). Enligt Peterson, Backlund och Diderischen (1998) står fysisk inaktivitet för sex procent av männens och tre procent av kvinnornas totala sjukdomsburden (DALY) i Sverige.

Global Burden of Disease Study tar upp fysisk inaktivitet som en av de tio största riskfaktorerna för ohälsa (Murray & Lopez 1997). En sammanställning av data från medlemsländerna i Europeiska Unionen visade att endast 29 procent av befolkningen är tillräckligt fysiskt aktiva. Nederländerna hade högst andel tillräckligt fysisk aktiva (44 procent) och Sverige hade den lägsta andelen (23 procent). Slutsatsen är att två tredjedelar av den vuxna befolkningen i medlemsländerna inte är tillräckligt aktiva för att uppnå och behålla en god hälsa (Sjöström et al. 2006).

#### 2.1.1 Stillasittande livsstil

Att vara stillasittande på fritiden är vanligare förekommande bland män än bland kvinnor. I vissa delar av Sverige har den stillasittande fritiden inte förändrats på tjugo år. Två tredjedelar av Sveriges vuxna befolkning är fysisk aktiva 30 minuter om dagen på måttlig nivå vilket är det lägst rekommenderade. Dessa siffror är lägre än de varit på senare år men antalet personer som utövar fysisk aktivitet på hög nivå har ökat (Socialstyrelsen 2009). Trots att samhällsutvecklingen har varit positiv på många sätt så har den inneburit att vi aldrig tidigare haft så låga krav på fysisk aktivitet som nu. Uppfinningar som till exempel hissar, rulltrappor och fjärkontroller har tillsammans inneburit en stor förändring i vår energiförbrukning. Dessutom är en stor del av arbetet idag datoriserat och mycket tid spenderas framför dator och tv (SBU 2002).

En stillasittande livsstil påverkar förekomsten av övervikt och fetma (Edmunds, Ntoumanis & Duda 2007). En studie av Haapanen med flera (1997a), som är en 10 års uppföljning av cirka 5 000 män och kvinnor i åldrarna 18-63, visar att risken för att öka sin vikt med fem kilogram eller mer är nästan dubbelt så stor om den fysiska aktiviteten är låg under fritiden. En ökning av den totala fysiska aktiviteten på fritiden reducerade risken för att drabbas av hjärt- och kärlsjukdomar bland män. En studie visar att bland män som hade en låg aktivitetsnivå på

fritiden var risken dubbelt så stor att de skulle drabbas av hjärt- och kärlsjukdomar än de män som hade en hög aktivitetsnivå. För kvinnor i medelåldern var en stillasittande livsstil en riskfaktor för att få diabetes (Haapanen et al. 1997b). En stillasittande livsstil ökar risken för hjärt- och kärlsjukdomar ungefär lika mycket som rökning och är vanligare förekommande. Knappt 20 procent av den svenska befolkningen röker men mer än hälften lever sannolikt ett stillasittande liv och uppskattningsvis behöver 50-80 procent av befolkningen röra sig mer (Faskunger & Hemmingsson 2005).

## **2.2 Internationella och nationella mål för att främja fysisk aktivitet**

Ett flertal mål finns uppställda både på internationell och nationella nivå för att främja den fysiska aktiviteten. WHO (World Health Organization) Euro har tagit fram 21 mål för hälsa, ett av dessa är mål 11 Hälsosammare levnadsvanor. Det innebär att till år 2015 ska människor i hela samhället ha tillägnat sig ett hälsosammare beteende. Mål 11 är uppdelat i två delmål varav ett berör området fysisk aktivitet och innebär att avsevärt fler människor skall tillägna sig hälsosamma beteenden i fråga om kost, motion och sexualitet (WHO Euro 1999).

WHO har även tagit fram en global strategi för kost, fysisk aktivitet och hälsa. Det övergripande målet för denna strategi är att genom samarbete på individuell, regional, nationell och global nivå minska sjuklighet och dödstal kopplat till ohälsosam kosthållning och fysisk inaktivitet (WHO 2004).

*“...to promote and protect health by guiding the development of an enabling environment for sustainable actions at individual, community, national and global levels that, when taken together, will lead to reduced disease and death rates related to unhealthy diet and physical inactivity.”* (WHO 2004, s. 3)

Det övergripande målet för folkhälsoarbete i Sverige är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen (Socialdepartementet 2007). Folkhälsoarbete innebär ett systematiskt och målinriktat hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete för att uppnå en god och jämlik hälsa för hela befolkningen (Janlert 2000). För att kunna uppnå den övergripande målsättningen har elva målområden ställts upp, varav fysisk aktivitet utgör ett. Målområde nio *”Fysisk aktivitet”* innebär att samhället ska utformas så att det ger förutsättningar för en ökad fysisk aktivitet hos hela befolkningen (Socialdepartementet 2007).

I dokumentet *”Idrott hela livet”* beskrivs idrottens betydelse för folkhälsan och hur idrotten vill arbeta för att uppnå de nationella folkhälsomålområdena. Målområde nio *”Fysisk aktivitet”* tas upp som särskilt viktig och för att uppnå detta mål vill idrottsrörelsen stärka det lokala folkhälsoarbetet genom att erbjuda kompetens och erfarenhet inom området fysisk aktivitet och idrott. Dessutom vill idrotten samarbeta med andra aktörer för att öka den fysiska aktiviteten (Riksidrottsförbundet 2007a).

## **2.3 Fysisk aktivitet och sjukdomsförebyggande arbete**

Det finns vetenskapligt stöd för att fysisk inaktivitet och ohälsa är relaterade. Det finns vetenskap som visar att individer som drabbas av ohälsa i hög ålder (60-80 år) kan ändå få ett hälsosamt liv genom hälsofrämjande beteenden såsom fysisk aktivitet. Program som syftar till att främja hälsan genom bland annat fysisk aktivitet för att förebygga sjukdom är viktiga för

fortsatt utveckling. Det är väsentligt att påpeka att individer behöver vara fysiskt aktiva hela livet (WHO 2004). De som inte är aktiva kan påverka sin hälsa i stor utsträckning genom att börja vara fysiskt aktiva (Socialstyrelsen 2009). Att även göra små förändringar för att öka den fysiska aktiviteten påverkar hälsan och kan reducera risken för fetma markant (Hardcastle et al. 2008). Fysisk aktivitet påverkar hälsan hos alla, även raska promenader och att cykla till arbetet ger goda hälsoeffekter och kan minska risken för olika sjukdomar (Faskunger & Hemmingsson 2005).

Vår numer stillasittande livsstil har inneburit en ökning av sjukdomar såsom hjärt- och kärlsjukdomar, olika former av cancer och typ 2-diabetes (Hillsdon et al. 2002) (Faskunger & Hemmingsson 2005). Fysisk aktivitet kan förebygga och behandla hjärt- och kärlsjukdomar, övervikt, fetma och andra sjukdomstillstånd (Socialdepartementet 2007, SBU 2002). Personer som lider av fetma och övervikt kan ha svårt att uppfylla rekommendationer för fysisk aktivitet, 30 minuter om dagen. Det är viktigt att poängtera att positiva hälsoeffekter kan uppnås ändå och att interventioner som syftar till att öka hälsoeffekter och möjliggör ett vidmakthållande beteende bör uppmärksammas (Jakicic & Otto 2006). Om befolkningen skulle följa rådet att vara fysiskt aktiv i 30 minuter om dagen skulle folkhälsan förbättras betydligt och sjukvårdskostnaderna minska avsevärt (FHI 2008).

## **2.4 Fysisk aktivitet som metod för att minska ohälsa**

Tankarna kring fysisk aktivitet har historiskt sett förändrats. På slutet 1800-talet och i början av 1900-talet löd tankegångarna inom medicinen ”Kan man inte bota måste man förebygga” detta förändrades senare under 1900-talet till ”När man kan bota, behöver man inte förebygga”. På 1800-talet behövde inte de flesta behandlingar innefatta fysisk aktivitet då befolkningens fysiska behov fylldes av hårt kroppsarbete. På 1900-talet slog idrotten igenom och inom läkaryrket uppmuntrades en hälsosam diet och fysisk aktivitet (Sundin et al. 2006).

Hälso- och sjukvården är en viktig arena att arbeta med för att öka den fysiska aktiviteten bland befolkningen. Detta på grund av att de kommer i kontakt med många personer, speciellt grupper som är minst aktiva som exempelvis sjukskrivna (FHI 2008). Hälso- och sjukvården har ett ansvar att förebygga ohälsa bland annat genom ökad fysisk aktivitet men fungerar inte i dagsläget på ett önskvärt sätt (Socialdepartementet 2007). Betydelsen av regelbunden fysisk aktivitet har inte uppmärksamats inom vården tillräckligt (Faskunger & Hemmingsson 2005). Inom vården har det traditionellt sett använts medicinska behandlingar som varit evidensbaserade, mest effektiva och lätt till minst bieffekter. Vetenskapligt stöd finns för att fysisk aktivitet är lika effektiv i vissa fall som medicinsk behandling. Denna kunskap om fysisk aktivitetens påverkan på hälsan bör leda till att detta sätt att arbeta på implementeras inom vården (Pedersen & Saltin 2006).

Läkemedel används idag till stor del i preventivt syfte men för att minska läkemedelsanvändningen bör andra metoder utvecklas. Fysisk aktivitet kan vara ett komplement eller en ersättning till läkemedel både vid fysiska och psykiska besvär (Socialdepartementet 2007). Fördel med att använda fysisk aktivitet istället för läkemedel vid behandling är att patienten är mer delaktig och får själv ta ansvar för sin egen hälsa (FHI 2008). En studie visar att inom primärvården är interventioner som innefattar fysisk aktivitet mer effektiva och kostnadseffektiva i jämförelse med läkemedel och operationer (Hardcastle et al. 2008).



Att använda sig av traditionella tillvägagångssätt när det gäller beteendeförändringar har inte visat sig vara framgångsrikt alla gånger och kan få omvänd effekt om patienten inte är redo för en förändring. Motiverande samtal (MI) är en metod som sätter patienten i centrum och där patienten deltar aktivt i olika beslut angående den egna hälsan (Hardcastle et al. 2008). Landstinget i Västmanland erbjuder motiverande samtal som en del i utbildningen av vårdpersonal som ska ordinera fysisk aktivitet<sup>1</sup>. En studie visar på att motiverande samtal påverkade patienternas beteende som ledde till en ökad energiförbrukning genom fysisk aktivitet, mestadels i form av promenader, och resulterade i en minskning av bland annat övervikt och högt kolesterol (Hardcastle et al. 2008). En studie som genomförts i Danmark visade inga större skillnader i hälsoeffekter mellan lågintensiva och högintensiva fysiska aktiviteter som ordinerats patienterna. Fokus bör ligga på att motivera patienterna till att vara fysisk aktivitet i vardagen (lågintensiv) istället till att vara fysisk aktiv på en högre nivå under en kortare period (högintensiv). Ordinationerna bör även utgå ifrån patientens behov (Sørensen et al. 2008).

En ökad energiförbrukning i form av fysisk aktivitet och träning bör rekommenderas för personer som är överviktiga eller lider av fetma även om detta inte i första hand leder till en viktreduktion men det kan ändå förbättra deras hälsa (Jakicic & Otto 2006).

En studie visade att personer som ordinerats fysisk aktivitet hade gått ner i vikt efter tre månader i jämförelse med hur mycket de vägde innan de fått ordinationen. Dock visade de sig att ett flertal personer inte fullföljde ordinationen efter det att de fått konsultation och en visning av hur träningen praktiskt skulle tillämpas. I studien poängteras vikten av att de personer som fått ordination ges stöd. Författarna anser att de personer som tidigare inte haft någon större erfarenhet att träna behöver mer stöd för att öka kvantiteten och kvaliteten av träningen. Författarna föreslår även att de som kommer i kontakt med dessa personer ska kontinuerligt motivera dessa och påminna om de hälsoeffekter som fysisk aktivitet kan ge (Edmunds, Ntoumanis & Duda 2007).

#### 2.4.1 Fysisk aktivitet på recept (FaR®)

”Sätt Sverige i rörelse” var ett program som startades år 2001, syftet var att belysa vikten av fysisk aktivitet för en god hälsa. Ett av målen var att göra hälso- och sjukvården uppmärksam om att fysisk aktivitet kan användas i det förebyggande arbetet. Utifrån detta utarbetade Statens folkhälsoinstitut och Centrum för folkhälsa i Linköping arbetsmetoden Fysisk aktivitet på recept (FaR®) (Kallings 2008). FaR® är ett verktyg för hälso- och sjukvården för att ordinera fysisk aktivitet till patienter som ett komplement eller ersättning till medicinsk behandling. Recepten som förskrivs ska utgå ifrån den vetenskapliga kunskap om fysisk aktivitet och olika sjukdomstillstånd som FYSS (fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling) ger. FYSS är en bok som vårdpersonal kan använda för att föreslå rätt aktiviteter i relation till patientens sjukdomstillstånd. Målet är att öka kunskapen om vikten av fysisk aktivitet för en god hälsa bland befolkningen (FHI 2008).

En studie som genomförts i Östergötland på 6300 patienter som förskrivits FaR® visade att patienter med muskulära besvär, övervikt, högt blodtryck och diabetes ordinerats FaR® i första hand. Samma studie visade att det var vanligast i åldrarna 18-44 att förskriva FaR® vid psykisk ohälsa. Att ha en stillasittande livsstil var en orsak till varför patienter i de yngre åldersgrupperna förskrivits FaR®. Hälften av patienterna förskrevs egna aktiviteter som exempelvis promenader, vilket var den vanligaste aktiviteten i alla åldrar och bland båda könen. Gruppaktiviteter som vattenaerobics förskrevs i större utsträckning till kvinnor än till

---

<sup>1</sup> Hedvig Olin, samordnare för OFA i Landstinget Västmanland, mailkontakt den 11 maj 2009

män och förskrivningar till träningsformer som gym eller liknande var vanligare förekommande bland patienter under 45 år. Egna aktiviteter visade sig vara mer effektiva i studien än gruppaktiviteter. Varken patientens kön, ålder, orsak till förskrivning eller förskrivarens yrkesroll var associerat till en ökad fysisk aktivitet. Däremot påverkades den fysiska aktiviteten av patientens fysiska aktivitets nivå vid första förskrivningstillfället och den typ av fysisk aktivitet patienten utförde (Leijon 2009).

## 2.5 Idrottens roll i folkhälsoarbetet

Den svenska idrottsrörelsen har många medlemmar och är en viktig arena att arbeta med för att förbättra folkhälsan (Regeringens proposition 1998). År 2007 var 2 300 000 personer i åldrarna 7-70 år aktiva i en idrottsförening och 900 000 var passiva eller stödjande, totalt blir det 3 200 000 som var medlemmar i en idrottsförening i Sverige, av dessa var 542 000 ledare (Riksidrottsförbundet 2007b). Det ska dock poängteras att en ledare även kan vara utövare av en idrott. Ett citat från Regeringens proposition (1998) understryker idrottens roll i folkhälsoarbetet:

*”Den folkrörelsebaserade idrottsrörelsen, med sin demokratiska uppbyggnad, sitt breda engagemang och sina ideella ledarkrafter är en mycket stor tillgång för vårt samhälle och skapar mer än någon annan verksamhet tillfällen till möten och motionsaktiviteter för människor i olika åldrar och med olika social och etnisk bakgrund.”* (Regeringens proposition 1998).

Att idrotta är att utöva fysisk aktivitet och påverkar hälsan positivt i den bemärkelsen att kroppen utvecklas och mår bra. Idrotten har således stor betydelse för folkhälsan. Idrottsföreningar och – förbund arbetar med projekt inom folkhälsoområdet utöver ordinarie verksamhet tillsammans med exempelvis landsting och kommun i synnerhet vad gäller Fysisk aktivitet på Recept (FaR®). I dokumentet *”Idrotten vill”* beskrivs det att *”Idrottsrörelsen ska utforma sin verksamhet så att den främjar en god hälsa.”* och är en av riktlinjerna för hur idrottsrörelsen ska arbeta (Riksidrottsförbundet 2005).

Idag finns det skillnader i hälsa i befolkningen, vissa sjukdomar som är relaterade till bland annat fysisk aktivitet är mer förekommande i vissa socioekonomiska grupper (Regeringens proposition 1998). Idrotten har ett viktigt ansvar att bidra till ökad fysisk aktivitet och speciellt för vissa målgrupper såsom invandrare, långtidssjukriktade och funktionshindrade (Socialdepartementet 2007). Idrotten ska erbjuda motion och idrott till alla människor och därigenom minska klyftorna bland befolkningen i Sverige (Regeringens proposition 1998). Med motion menas aktiviteter som utförs för att förbättra hälsan och fokus ligger inte på tävlingsmoment. Idrott innefattar fysisk aktivitet som utförs för att få en bättre motion eller uppnå tävlingsresultat (Janlert 2000). Idrottspolitikerna ska uppmuntra och ge människor möjlighet att utöva idrott och motionera för att främja folkhälsan. Detta bör ske genom samarbete mellan bland annat stat, kommun och idrottsrörelsen. Det framgår även att en ökad fysisk aktivitet är väsentligt för att minska ohälsan i Sverige. Idrottens roll i det hälsofrämjande arbetet är främst att erbjuda motionsverksamhet för personer i alla åldrar och med olika funktionshinder (Regeringens proposition 1998).

Idrottens betydelse för folkhälsan har ökat i och med att den fysiska inaktiviteten ökat. Idrotten ska sträva efter att barn och ungdomar även i vuxen ålder ska vara aktiva i olika organisationer/föreningar. Idrotten ska även verka för att aktiviteter för vuxna ska utvecklas (FHI 1999). Det är väsentligt att idrottsföreningar erbjuder aktiviteter och andra verksamheter

som främjar hälsan. Tabell 1 beskriver hur idrottsorganisationer arbetar för folkhälsa på olika samhällsnivåer (Rydqvist & Winroth 2002).

**Tabell 1.** Idrottsorganisationers folkhälsoarbete på olika samhällsnivåer

Samhällsnivå	Idrottsorganisation	Funktion
Lokal	Idrottsföreningar	Erbjuder verksamheter för att främja fysisk aktivitet och förbättrad folkhälsa.
Regional	Distriktsförbunden	Stöttar att idrottspolitiska program tas fram i kommuner och lyfta idrottens roll i folkhälsoarbetet bland kommunala politiker.
Nationell	Riksidrottsförbundet	Lyfta idrottens roll i folkhälsoarbetet bland politiker.
Samliga samhällsnivåer	SISU Idrottsutbildarna	Producerar utbildningsmaterial som berör folkhälsofrågor.

Källa: Rydqvist & Winroth 2002

### 2.5.1 SISU Idrottsutbildarna Västmanland

SISU Idrottsutbildarna i Västmanland är ett stöd till idrotten i Västmanlands län, tio kommuner. De ska planera, leda och samordna samt utvärdera studie-, bildnings- och utbildningsverksamheten. Detta genomförs genom fem olika typer av verksamheter; studiecirkel/lärgrupp, kurs, föreläsning, utvecklingsarbete och kultur. Under år 2009 kommer SISU Idrottsutbildarna i Västmanland att arbeta för att stärka idrottens roll i det lokala folkhälsoarbetet. Detta kommer att ske genom olika utbildningsinsatser. Syftet är att *”..den fysiska aktiviteten ska öka bland länets invånare där andelen barn och unga som regelbundet är fysiskt aktiva och tränar på ett allsidigt sätt ska öka”* (SISU Idrottsutbildarna Västmanland 2009). I examensarbetet kommer SISU Idrottsutbildarna i Västmanland nämnas som SISU Idrottsutbildarna.

Under år 2008 genomförde SISU Idrottsutbildarna Västmanland 40 160 studietimmar varav 34 152 var cirkeltimmar, detta är en ökning jämfört med föregående år (36 647 studietimmar totalt). Under cirkeltimmar har 14 578 personer deltagit och 7 061 personer har varit kvinnor. De har under året kommit i kontakt med 255 föreningar inom 45 idrotter under dessa cirkeltimmar (SISU Idrottsutbildarna Västmanland 2009).

## 2.6 Ordinerad fysisk aktivitet (OFA)

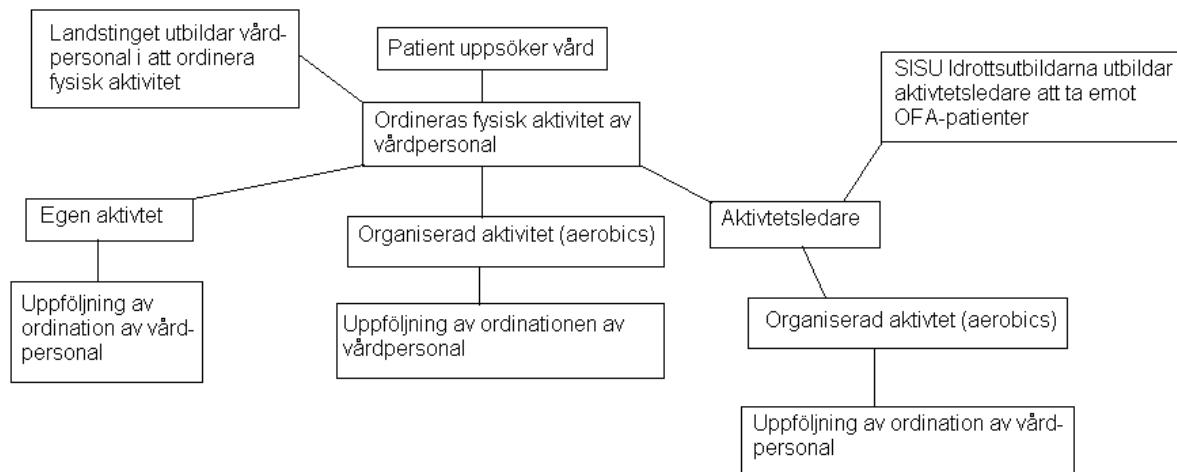
I Västmanland arbetar landstinget för att införa arbetsmetoden OFA i hela länet under perioden år 2008-2010<sup>2</sup>. Landstinget Västmanland har bestämt att använda begreppet ordinerad fysisk aktivitet (OFA) istället för FaR® eftersom det inte framgick tydligt vad som krävdes för att få använda begreppet FaR® och för att landstinget inte ville förbinda sig till ett arbetssätt<sup>3</sup>. I Västmanland ser arbetsprocessen ut på följande sätt (se figur 1). Från idrottsrörelsen är det Västmanlands Idrottsförbund som arbetar med OFA, dock har Västmanlands Idrottsförbund lagt ut utbildningsansvaret för aktivitetsledare på SISU Idrottsutbildarna i Västmanland. De har genomfört ett flertal utbildningar i Västmanland för

<sup>2</sup> <http://www.ltv.se> 2009-06-02

<sup>3</sup> Hedvig Olin, samordnare för OFA i Landstinget Västmanland, mailkontakt den 11 maj 2009

aktivitetsledare. Med aktivitetsledare menas de som bemöter och lär ut patienter olika aktiviteter (exempelvis aerobic och jympa) med mera<sup>4</sup>.

**Figur 1.** Arbetskedjan över arbetet med OFA



Källa: Egen.

### 2.6.1 Aktivitetsledarutbildning

Riksidrottsförbundet och SISU Idrottsutbildarna har utvecklat en utbildningsplan för att arrangera aktivitetsledarutbildningar. Syftet med planen är att skapa en gemensam grund för aktivitetsledarutbildningarna för att sedan kunna anpassas till de lokala förutsättningarna. De har visats sig att utbildningarna runt om i landet har utformats på olika sätt och ett behov av en utbildningsplan har därför funnits (SISU Idrottsutbildarna 2008). En utbildningsmall för aktivitetsledarutbildningar har tagits fram av Västmanlands Idrottsförbund, där beskrivs bland annat målgrupp, syfte, kunskapsmål och förkunskaper som SISU Idrottsutbildarna använder sig av vid uppläggning och planering (Utbildningsmall för utbildning av mottagare av OFA-patienter u.å).

Syftet med aktivitetsledarutbildningen är att utbilda ledare i att ta emot OFA-patienter<sup>5</sup>. Utifrån dessa dokument har SISU Idrottsutbildarna i Västmanland arrangerat aktivitetsledarutbildningar. Utbildningen innehåller både teoretiska och praktiska moment och samma teoretiska information har använts på samtliga utbildningar. De som SISU Idrottsutbildarna tagit upp är definitioner av olika begrepp, statistik, rekommendationer, hälsoeffekter, OFA, FYSS samt ledarrollen. Utbildningarna har även inkluderat en praktisk övning då aktivitetsledarna har provat på olika typer av situationer. Syftet med övningarna var att aktivitetsledarna skulle få sätta sig in i olika situationer, exempelvis att andas genom ett sugrör för att uppleva hur det är att ha Kol och bära ryggsäck med vikter i för att illustrera hur det är att vara överviktig, utbildningen har sedan utvärderats<sup>4</sup>. Aktivitetsledarutbildningen har arrangerats i olika kommuner i Västmanland och genomförts under en hel dag eller två kvällar. De aktivitetsledare som deltagit på utbildningarna har representerat både idrottsföreningar och övriga aktörer (exempelvis pensionärs-, handikapps-föreningar, företag med mera)<sup>5</sup>. Att företag valts att inkluderas i aktivitetsledarutbildningen är för att landstinget

<sup>4</sup> Anna Iderbring-Johansson, utbildningskonsulent SISU Idrottsutbildarna, mailkontakt den 11 maj 2009.

<sup>5</sup> Anna Iderbring-Johansson utbildningskonsulent SISU Idrottsutbildarna, mailkontakt den 2 juni 2009

inte får gynna vissa aktivitetsarrangörer om de erbjuder likvärdig aktivteter. Alla har möjlighet att vara mottagare av OFA-patienter om de medverkat på utbildningen och har kontaktpersoner. Dessutom blir utbudet bredare och valmöjligheterna större för patienten om företagen inkluderas<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Hedvig Olin, samordnare för OFA i Landstinget Västmanland, mailkontakt den 3 juni 2009

### 3. SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med examensarbetet var att studera vilka erfarenheter aktivitetsledarna i Västmanland har av aktivitetsledarutbildningen samt att studera hur aktivitetsledarna uppfattar arbetet med ordinerad fysisk aktivitet (OFA).

Frågeställningar:

- Hur upplever aktivitetsledarna aktivitetsledarutbildningen?
- Vilka uppfattningar har aktivitetsledarna om OFA?
- Hur anser aktivitetsledarna att arbetet med OFA kan förbättras?
- Vilka uppfattningar har aktivitetsledarna om det framtida arbetet med OFA?

### 4. METOD OCH MATERIAL

I detta examensarbete har kvalitativa intervjuer med aktivitetsledare genomförts. Enligt Kvale (1997) används intervjuer till att undersöka personers uppfattningar och erfarenheter, vilket ligger i linje med examensarbetets syfte. Intervjuer valdes som metod då SISU Idrottsutbildarna genomfört kvantitativa utvärderingar av utbildningen tidigare och för att det är ett lämpligt tillvägagångssätt för att få en djupare förståelse av aktivitetsledarnas uppfattningar om utbildningen och OFA. Författaren valde sen att utöka intervjuguiden att även innehålla frågor om OFA.

#### 4.1 Urval av aktivitetsledare

För urvalet fick författaren deltagarlistor av kontaktpersonen på SISU Idrottsutbildarna, utefter dessa valdes aktivitetsledare ifrån olika orter och verksamheter ut. Anledningen till varför aktivitetsledare från olika kommuner togs med var för att det fanns ett sådant önskemål från SISU Idrottsutbildarna, de ville inte koncentrera sig enbart på Västerås stad. Författaren tog kontakt med de utvalda aktivitetsledarna via telefon. De personer som kontaktades och accepterade att delta på intervju togs med och därmed tillämpades ett så kallat bekvämlighetsurval. Enligt Kvale (1997) väljs intervjupersoner ofta med avseende till tillgänglighet. De som deltagit på intervjuerna kommer att benämnas som aktivitetsledare i hela examensarbetet. De avgränsningar som författaren valde att genomföra var att endast inkludera aktivitetsledare som gått utbildningen år 2008 och 2009. Ytterligare avgränsningar som gjordes var att exkludera Itrim i Västerås då författaren själv tränar där och känner väl till personalen. Författaren ställde upp ett kriterium för urval vilket innebar att aktivitetsledarna ska ha medverkat på utbildningen för olika former av verksamheter, i detta fall föreningar och företag. Fyra av aktivitetsledarna arbetade för ett företag och två var aktiva inom en förening. Av de aktivitetsledare som deltagit på utbildningen under år 2008 och 2009 resresenterade 26 personer företag och 38 personer föreningar. Författaren skickade ut ett informationsbrev till de aktivitetsledare som valt att delta på intervjuerna (se bilaga 1). Anledningen till att författaren valde att inkludera aktivitetsledare både från föreningar och från företag var att SISU Idrottsutbildarna hade detta som önskemål, detta för att se om aktivitetsledarnas uppfattningar om utbildningen och OFA skiljde sig ifrån varandra.

## 4.2 Genomförande av intervjuer

Författaren valde att genomföra sex intervjuer och förde anteckningarna under dessa. De genomfördes på stadsbibliotek, arbetsplatser och vid anläggningar där aktivitetsledarna var aktiva ideellt. Ett krav från de aktivitetsledare som inte var bosatta i Västerås var att intervjun hölls i deras hemstad. Detta var inget problem då författaren avsatt tid för resande och kompenserades för dessa av SISU Idrottsutbildarna. Innan intervjuerna påbörjades fick alla aktivitetsledare läsa igenom informationsbrevet (se bilaga 1), som de tidigare fått via mail, och de fick även med sig en papperskopia. Detta för att författaren ville vara säker på att alla tagit del av den informationen. Författaren förklarade även kort vad intervjuguiden innehöll för att förebereda dem.

En kvalitativ intervju är halvstrukturerad eftersom de både har öppna och mer strukturerade frågor. Intervjun följer en intervjuguide som innehåller teman och förslag på följdfrågor (Kvale 1997). Författaren utformade en intervjuguide (se bilaga 2) för att användas som en mall vid intervjutillfällena. En intervjuguide är en översikt av vad som ska tas upp under intervjutillfällena (Kvale 1997). Intervjuguiden testades inte innan intervjuerna genomfördes. Den första intervjun var tänkt att fungera som en pilotintervju men då inga större förändringar genomfördes i intervjuguiden efteråt togs denna med bland intervjuerna. Intervjuerna var mellan 21 och 34 minuter långa och spelades in med hjälp av bandspelare.

## 4.3 Analys

Intervjuerna spelades in på en bandspelare som lånats av SISU Idrottsutbildarna. Intervjuerna skrevs ut ordagrant vid transkriberingen. Transkribering ger en överblick och en struktur över intervjuerna för att enklare kunna genomföra en analys (Kvale 1997). Transkriberingen omfattade totalt 39 sidor med normalt radavstånd. Anteckningarna som författaren skrivit ner under intervjuerna användes inte till analysen utan den baseras enbart på intervjuutskriften. Transkriberingarna lästes igenom för att sedan markeras med olika färger för att lättare se vilka delar i intervjuerna som hörde till en specifik frågeställning. Att läsa igenom transkriberingarna medför att författaren får ett helhetsperspektiv av intervjuerna (Kvale 1997). Sedan genomfördes en meningskoncentrerings, vilken koncentrerar innehållet i intervjuerna för analysarbetet (Kvale 1997). Analysenheten i examensarbetet är de sex intervjuerna och domänerna är frågeställningarna som utarbetats utifrån syftet och är teman i intervjuguiden. Utifrån detta ställdes meningsenheter, kondenserade meningsenheter, koder och kategorier upp. Citaten i examensarbetet har arbetats om från tal- till skriftspråk, detta för att citaten ska bli mer lättlästa (Kvale 1997). Intervjuerna lottades för att få nya nummer och dessa används i hela examensarbetet, detta för att aktivitetsledarna inte ska refereras till i rapporten enligt den kronologiska ordning som intervjuerna genomfördes.

## 4.4 Etiska aspekter

Studier inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning bör följa de forskningsetiska principerna som Vetenskapsrådet (2002) ställt upp, dessa är konfidentialitetskravet, nyttjandekravet, samtyckeskravet och informationskravet.

Informationskravet innebär att författaren ska informera intervjupersonerna om studiens syfte, genomförandet av studien, att deras deltagande är frivilligt och att uppgifterna inte kommer att användas till i något annat syfte samt var studiens resultat kommer att offentliggöras

(Vetenskapsrådet 2002). Författaren har följt informationskravet i och med att ett informationsbrev skickats ut till aktivitetsledarna innan intervjuerna (se bilaga 1) där framkom examensarbetets syfte och hur intervjuerna skulle genomföras. Det framkom även att deras deltagande är frivilligt och att uppgifterna inte kommer att användas i något annat syfte samt var de kan få tag i den färdiga rapporten. De har även informerats att de när som helst kan välja att avbryta sin medverkan.

Samtyckeskravet innebär att intervjupersonerna har rätt att bestämma över sin medverkan (Vetenskapsrådet 2002). Författaren har följt samtyckeskravet genom att frågat samtliga aktivitetsledare om de godkänner till att delta i intervjun och därigenom fått muntligt samtycke. Författaren ansåg att ett muntligt samtycke räckte eftersom alla intervjupersoner är över 15 år och författaren bedömde att intervjun inte behandlade ett känsligt ämne.

Konfidentialitetskravet innebär att personuppgifter om intervjupersonerna ska behandlas så att inga obehöriga kan ta del av uppgifterna (Vetenskapsrådet 2002). Författaren har följt konfidentialitetskravet genom att alla personuppgifter har behandlats med konfidentialitet och i rapporten benämns aktivitetsledarna som IP1, IP2 och så vidare. Dessa numreringar följer inte samma kronologiska ordning som intervjuerna utan dessa nummer har fastställts genom lottning.

Nyttjandekravet innebär att personuppgifter om intervjupersonerna inte får användas för något annat ändamål än forskning (Vetenskapsrådet 2002). Författaren har följt nyttjandekravet genom att alla personuppgifter och det insamlade materialet om aktivitetsledarna enbart kommer att användas till detta examensarbete och efter att denna godkänts kommer allt material som kan kopplas till enskilda personer att förstöras.



## 5. RESULTAT

Resultatet presenteras i samma kronologiska ordning som de uppställda frågeställningarna som utarbetats utifrån syftet.

### 5.1 Erfarenheter från aktivitetsledarutbildningen

Aktivitetsledarna var överlag positivt inställda till den teoretiska delen och till framförandet av utbildningen. Aktivitetsledarna hade dock delade meningar vad gäller innehållet i teoridelen, de ansåg både att informationen var ny och att de hade tagit del av liknande eller samma information vid tidigare tillfällen. Trots viss upprepning av informationen var de nöjda. Aktivitetsledarna lyfte upp att teorin bidrog till en gemensam grund att arbeta utifrån och större förståelse för hur landstinget och SISU Idrottsutbildarna arbetar med OFA. Aktivitetsledarna ansåg även att det var positivt att deltagarna fick med sig presentationsmaterial hem. Den generella uppfattningen om utbildningen var positiv och de upplevde att syftet med utbildningen kunde bidra till att minska ohälsa.

*”Jag tycker att utbildningen är en bra tanke mycket går att åtgärda med fysisk aktivitet som övervikt, hjärt-kärl och diabetes typ 2 till exempel.” (IP 4)*

Aktivitetsledarna har inte använt sig av den teoretiska informationen de fått från utbildningen i arbetet med OFA. Främst på grund av att de inte kommit i kontakt med någon OFA-patient, vad de vet om. Däremot har informationen använts för andra syften som till exempel att motivera och hjälpa personer (inte enbart OFA-patienter) att bli mer fysiskt aktiva samt kunna hänvisa till studier inom området. Aktivitetsledarna ansåg att det var positivt att deltagarna var från olika typer av verksamheter. Detta för att få nya idéer då det finns en risk att bli enkelriktad i sitt sätt att tänka och arbeta. Det framkom synpunkter om att aktivitetsledare som representerade företag såg mer vinstintresse i arbetet med OFA än att öka befolkningens hälsa.

*”Jag tyckte att några företag såg det här som en chans att tjäna pengar på, det kändes inte rätt.” (IP 1)*

Aktivitetsledarna hade delade uppfattningar om kraven på utbildningsnivå. En del ansåg att utbildningen hade kunnat läggas på en lägre nivå för att alla lättare skulle kunna förstå innebörden av att arbeta med OFA. Aktivitetsledarna belyste vikten av att samtliga deltagare bör ha samma kunskaper om OFA för att kunna föra en bra diskussion, de upplevde inte att detta uppfylldes. Andra ansåg att SISU Idrottsutbildarna höll utbildningen på en nivå som alla förstod samt att informationen framfördes tydligt och där tid fanns för att ställa frågor.

*”De som höll i utbildningen var jätte duktiga och de höll det på en nivå så man förstod.” (IP 4)*

Det framkom under intervjuerna att det uppstått diskussioner vid utbildningstillfällena. Dessa handlade bland annat om varför Västmanland valt att använda begreppet OFA istället för FaR® och att det är av stor vikt att göra uppföljningar. Diskussionerna hade även handlat om vikten av att kontaktpersoner (vårdpersonal och aktivitetsledare med mera) finns för patienterna då de tar ett stort eget ansvar. Dessutom hade det även diskuterats hur patienter kan motiveras till fysisk aktivitet och när det är lämpligt att påbörja träning.

Det som varierat mellan utbildningstillfällena är typen av praktisk övning som aktivitetsledarna deltagit på. Aktivitetsledarna var positivt inställda till den här typen av praktiska övningar då det ger en bättre förståelse för hur det är att lida av någon typ av ohälsa. Det kan även hjälpa aktivitetsledarna att anpassa de fysiska aktiviteterna utifrån patientens situation.

*”Jag tror att övningen är användbar för att vi ska kunna lägga rätt nivå på aktiviteterna utifrån patienternas situation.” (IP 5)*

Efter utbildningen har aktivitetsledarna på något vis genomfört en utvärdering av vad de tyckt om utbildningen. Formen av utvärdering har varierat mellan utbildningstillfällena, de har exempelvis diskuterat i mindre grupper eller fyllt i ett formulär på egen hand. Aktivitetsledarna ansåg att SISU Idrottsutbildarna använt sig av lämpliga tillvägagångssätt för utvärdering, de hade inte valt att genomföra utvärderingen på annat sätt.

Under intervjuerna togs frågan upp om det var någonting som aktivitetsledarna upplevde kunde förbättras med utbildningen. De förslag som framkom var att utbildningen kunde delas upp på fler tillfällen för att öka engagemanget och informationsmängden om OFA samt att andra landsting kunde dela med sig av erfarenheter från arbetet med FaR®. De hade önskemål att få prova på fler aktiviteter och det fanns intresse av att få utbildning i ledarskap och att lära sig att leda fler aktiviteter. Aktivitetsledarna ville även ha ett utökat inspirationsutbyte mellan ledare och de belyste vikten av att genomföra uppföljning och utvärdering av utbildningen, dels för att kunna gå vidare och dela med sig av erfarenheter och dels för att se vad som varit framgångsrikt och inte.

## **5.2 Uppfattningar om OFA**

Aktivitetsledarna ansåg att ordinera fysisk aktivitet är positivt, de såg det som en självklarhet och att det alltid borde vara ett alternativ till läkemedel när det är möjligt.

*”Jag gissar att om alla rörde på sig lite mer skulle många må mycket bättre utan medicin.” (IP3)*

Aktivitetsledarna poängterade att patienten bör förstå vikten av fysisk aktivitet och ska motiveras till att vara fysisk aktiv samt att ordinationen måste ske individuellt. De ansåg att en liten förändring i motionsvanorna kan ge goda hälsoeffekter men det förutsätter att det sker under rätta former. Dock ansåg aktivitetsledarna att det förskrivs för få ordinationer i dagsläget.

### **5.2.1 Vården och OFA**

Aktivitetsledarna ansåg att vårdpersonalen har ett stort ansvar för att initiera arbetet med OFA då de skriver ut ordinationerna och att OFA bör användas som ett redskap eller instrument inom vården. Det är också vården som kommer i kontakt med patienterna då de ofta uppsöker vård vid ohälsa. Aktivitetsledarna ansåg även att det traditionella arbetssättet med OFA (se figur 1) inte behövs följas utan anpassade aktiviteter för olika patientgrupper kan startas utan att de fått en ordination.

*”Det måste inte gå till på det sättet man behöver inte via receptet utföra anpassade träningsformer man kan starta upp egna grupper.” (IP 1)*

Aktivitetsledarna berättade att ibland skickar läkaren ordinationen till en sjukgymnast som sedan bedömer vilken form av aktivitet som är lämplig. De ansåg att sjukgymnaster var en mer lämplig yrkesgrupp att arbeta mot än läkare vad gäller OFA, de bedömdes vara mer angelägna att få patienter att bli mer fysiskt aktiva. Att vården samarbetar med aktivitetsledarna och patienterna ansågs som en viktig del i arbetet. Vårdpersonalen behöver ha kunskap om aktiviteter som erbjuds för att kunna ge patienterna bra vägledning men patienterna bör även ta eget ansvar.

### 5.2.2 Uppfattningar om ordinationen

Det fanns delade meningar bland aktivitetsledarna om att patienten inte behöver visa ordinationen vid aktiviteterna. Några aktivitetsledare ansåg att det var negativt att patienterna inte behöver visa ordinationen för att det skulle underlätta deras arbete och patienten skulle få ett bättre bemötande och mer hjälp om de visade ordinationen. Dessutom skulle det vara enklare för aktivitetsledarna att lägga rätt nivå på aktiviteterna. Några andra aktivitetsledare ansåg att det inte spelade någon roll om patienten inte visade eller talade om att de ordinerats fysisk aktivitet.

*”Det är lite synd att de inte behöver visa receptet men det kanske är ett sätt att få dit patienterna. För ifall de var tvungna att visa det så kanske de inte ville gå.” (IP 4)*

*”Jag har inget behov av att veta att just den här personen har ordinerats de måste patienten själv avgöra vad som känns bäst.” (IP 6)*

Aktivitetsledarna poängterade att de förstår att patienter inte vill visa ordinationen och att alla har rätt att få vara anonym. De fanns de som ansåg att få vara anonym övervägde fördelarna med att visa ordinationen medan andra tyckte att patienterna förlorade mer på att inte göra det. Aktivitetsledarna ansåg att om det hade varit ett krav på att visa ordinationen för aktivitetsledarna hade färre deltagit på grund av detta.

*”Det är klart att man ska få vara anonyma men jag tror de förlorar mer på det än vinner.” (IP 1)*

Aktivitetsledarna ansåg att patienter som inte tidigare varit fysiskt aktiva inte ska ordinerats egna aktiviteter, exempelvis promenader. De ansåg att dessa personer har svårare att komma igång och fullfölja ordinationen. De upplevde att patienterna bör få hjälp av en tränare som kan motivera och hjälpa patienten eller delta i en gruppaktivitet och få stöd av gruppen och personer som befinner sig i samma situation.

*”Jag tror att gruppträning skulle peppa dem mer för då träffar de personer som är i samma situation men man behöver ju inte göra något mer än promenader bara man gör det tillsammans.” (IP 4)*

### 5.2.3 Aktivitetsledarnas ansvar

Under intervjuerna togs frågan upp vilket ansvar aktivitetsledarna ansåg att de har i arbetet med OFA. De ansåg att som aktivitetsledare har de bland annat ett ansvar att lägga mer resurser på dem som fått en ordination och att sätta sig in i patientens situation för att kunna föreslå rätt aktiviteter samt att motivera dem till förändring.

*”Det stora ansvaret ligger i att möta personerna på rätt sätt och motivera dem till förändring.” (IP 5)*

Aktivitetsledarna ansåg att deras ansvar även var att genomföra ett bra arbete och få ett gott rykte men att mycket resurser inte kan läggas utöver ordinarie verksamhet. De ansåg även att de har ansvar att genomföra det som de är ålagda från de egna verksamheterna och vården att göra.

*”Vi har ju gått med på att vara en av aktiviteterna så jag tycker att vi har ett jätte stort ansvar. Men vi är ju en ideell idrottsförening vilket gör att vi inte kan lägga ner hur mycket resurser som helst.” (IP 3)*

### 5.2.4 SISU Idrottsutbildarnas ansvar och arbete med OFA

Aktivitetsledarna hade ingen klar uppfattning om vad SISU Idrottsutbildarnas hade för ansvar i arbetet med OFA. De ansåg att de skulle fungera som en länk och inspirera aktivitetsledarna till fortsatt arbete samt hjälpa patienter att bli mer fysiskt aktiva. De ansåg även att de hade ett ansvar att utveckla och utbilda föreningarna framför allt att bemöta olika typer av patienter.

*”SISU har ett stort ansvar att utveckla och utbilda föreningar för det kommer inte föreningarna att klara själva. Särskilt när det gäller att ta hand om speciella patientgrupper.” (IP 1)*

Aktivitetsledarna tog upp SISU Idrottsutbildarnas betydelse för fortsatt arbete med OFA. De ansåg att SISU är angelägna om att hjälpa aktivitetsledarna men att de själva måste tala om sina behov för att SISU ska kunna uppfylla dem. Aktivitetsledarna ansåg även att SISU borde arbeta för att motivera vårdpersonal att börja ordinera fysisk aktivitet. Detta är ett stort problem för aktivitetsledarna som står redo att ta emot patienter, men patienterna får inga ordinationer.

*”SISU har ett ansvar att få igång de som skriver recepten och pusha dem till att faktiskt göra det. Det är där problemet sitter det tror jag att vi alla var överens om på utbildningen att vi mottagare står redo men var är patienterna.” (IP 2)*

Aktivitetsledarna ansåg att deras samarbete med SISU Idrottsutbildarna rent generellt har fungerat bra. Det har mestadels bestått av kontakt via mail och telefon och enstaka besök. De upplever att efter utbildningen har det inte haft mycket kontakt med SISU Idrottsutbildarna men uppskattar att de skickar ut information om aktuella utbildningar även till de som inte varit aktiva.

*”Jag tycker att samarbetet har varit positivt vi har kontakt via mail och de informerar när det är någonting på gång.” (IP 5)*

Trots ett bra samarbete vill aktivitetsledarna ha ett utökat samarbete med SISU Idrottsutbildarna för att kunna utvecklas, delta på utbildningar och för att få en ökad förståelse för varandras situation och erbjuda hjälp.

*”Min idrottsförening vill ha ett samarbete med SISU för jag tror att det är ett bra sätt att utveckla verksamheter.” (IP 1)*

Under intervjuerna efterfrågades aktivitetsledarnas synpunkter på aktivitetskatalogerna, både innehåll och layout. De ansåg att syftet med aktivitetskatalogerna är positivt för att kunna dela ut till patienterna. De ansåg även att kontaktinformation till utbildade aktivitetsledare var viktig så patienterna själva kan ta kontakt och vara anonym. Katalogen upplevdes som enkel och rak och positivt att aktiviteter som patienterna kan göra på egen hand finns med samt att katalogerna uppdateras två gånger per år. Förslag på förbättringar var att ha mer information om vikten av att vara fysiskt aktiv för att inspirera till rörelse och att spalta upp texten mer för att patienter ska ha lättare att ta till sig innehållet. Layouten ansåg aktivitetsledarna påminde om aktiviteter för pensionärer och ansåg att bilderna borde vara kopplade till alla åldersgrupper.

*”...den är inte jätte inspirerande så det kanske borde stå någonting i början om varför det är så viktigt att röra på sig...” (IP 2)*

#### 5.2.5 Hinder i arbetet med OFA

Ingen av aktivitetsledarna arbetar idag aktivt med OFA-patienter men håller i aktiviteter för speciella grupper och andra gruppammansättningar och vill utöka antalet utbildade aktivitetsledare via aktivitetsledarutbildningen. En del av aktivitetsledarna har gått ut med information om OFA via medlemsblad och erbjuder gratis ”prova på” aktiviteter för patienter samt står med i aktivitetskatalogerna.

Aktivitetsledarna hade delade meningar om varför arbetet med OFA inte kommit längre. De ansåg att det berodde på att landstinget i Västmanland är tung arbetat och att fel personer på landstinget arbetat med OFA för att driva det framåt. De personer i landstinget som har högre positioner behöver hjälpa övriga OFA aktörer i deras arbete. Dock fanns de uppfattningar att de som arbetar högre upp i landstinget har försökt engagera andra men inte lyckats då det kommer att ta tid att initiera arbetet.

*”Att inte OFA har rullat igång här i Västmanland beror på att landstinget är otroligt tungrott. Jag tycker inte att det har varit rätt personer som suttit på positioner i landstinget för att kunna driva arbetet snabbare och med mer auktoritet.” (IP 1)*

Vårdpersonalens inställning till OFA togs upp under intervjuerna och det ansågs vara en väsentlig del för att gå framåt i arbetet med OFA. På vissa vårdcentraler bestämmer verksamhetschefen om de ska arbeta med OFA vilket betyder att de är beroende av dennes inställning till OFA. De ansåg även att utvecklingen av OFA kräver att läkarna arbeta med detta. Det framkom en del negativa aspekter av vårdpersonalens intressen varav sponsring från läkemedelsföretag togs upp som en anledning till varför inte fler använder OFA.

*”När jag praktiserade förut berättade några läkare att vissa blev sponsrade av läkemedelsföretag och de skrev hellre ut läkemedel.” (IP 2)*

Brist på resurser, tid och engagemang togs även upp som anledningar till varför inte arbetet med OFA har kommit längre.

*”Det är förmodligen en tidsfråga som det ofta är men även engagemang och resurser, vad man ska lägga och hur mycket.” (IP 3)*

Under intervjuerna togs frågan upp hur aktivitetsledarna ansåg att information om OFA fanns tillgänglig vilket de inte upplevde att de gjorde. Den information de fått har varit från eller om utbildningen och de visste om hemsidan. Aktivitetsledarna tycker att OFA har kommit i skymundan och inte uppmärksammas.

*”Som privatperson finns information om OFA inte alls tillgänglig.” (IP 6)*

Aktivitetsledarna ansåg att OFA inte är känt begrepp hos befolkningen. De upplevde att personer det pratat med inte haft vetskap om OFA. De ansåg även att begreppet OFA ytterligare förvirrar befolkningen då det heter FaR® i övriga landet. Det fanns en förståelse varför Västmanland har valt att göra på det sättet men tror att implementering hade gått snabbare om begreppet FaR® använts istället som de upplever är mer känt.

*”OFA är inte allmänt känt och det blir mer förvirrande att det heter OFA i Västmanland.” (IP 1)*

Aktivitetsledare som var aktiva inom idrottsföreningar belyste deras begränsningar i och med att det arbetar ideellt och har ett arbete på sidan av. Det de kan erbjuda är att samtala med patienterna och låta dem prova på aktiviteter, de påpekade att det inte driver någon affärsverksamhet för att tjäna pengar på det här.

*”Det här är ju ingen business att tjäna pengar för föreningen utan vi satsar pengar genom att ta tid och prata med personerna och låta de prova på. Jag tror att det är det som behövs för att få igång folk som annars inte är vana att röra på sig.” (IP 3)*

### **5.3 Förbättringsmöjligheter i arbetet med OFA**

Aktivitetsledarna ansåg att för att kunna gå vidare med arbetet med OFA bör deras verksamheter bestämma hur de vill arbeta och undersöka vad som kan förbättras samt se hur andra län arbetar med FaR®. Aktivitetsledarna önskade att delta på någon form av utbildnings- eller informationsträff för ledare för att kunna diskutera och dela med sig av erfarenheter samt få motivation och inspiration. Det fanns också ett intresse att få delta på en träff med vårdpersonal för att diskutera och ställa frågor kring arbetet med OFA. De ansåg då att SISU skulle fungera som en länk mellan vården och aktivitetsledarna. Vårdpersonal som både var negativt och positivt inställda till OFA skulle delta på träffarna för att se hur de resonerar och motiverar sina val. Aktivitetsledarna upplevde att det är av vikt att också vårdpersonal får motivation och inspiration för fortsatt arbete med OFA då arbetet förlitar sig på vårdens inställning till OFA.

*”Det skulle vara väldigt kul att hur de resonerar att inte använda det här men också se vilken motivering de har som gör det, så man kan lära av varandra.” (IP 2)*

Själva arbetssättet och hur det kan utvecklas diskuterades under intervjuerna. De ansåg att mer uppföljning på patienterna bör genomföras då de får ta ett stort eget ansvar. De ansåg att

endast ordinationen och att få aktivitetskatalogen inte är tillräckligt med stöd från vårdens sida.

### 5.3.1 Informationsspridning

Som en del i att förbättra arbetet med OFA tillfrågades aktivitetsledarna hur de ansåg att informationsspridningen om OFA kunde öka och vilka medier som kunde användas. De poängterade att problematiken inte ligger i att informera de som redan vet utan att nå ut till de som inte har någon information om OFA. De föreslog medier som tidningar, radio, tv och broschyrer samt att vårdpersonal rekommenderar OFA för att öka informationsspridningen. De ansåg att SISU hade ett stort ansvar i detta och borde ordna informationsträffar för allmänheten och delta på hälsodagar i Västmanland. Aktivitetsledarnas förhoppningar var att om informationsspridningen ökar så tar vården till sig det här mer och att fler patienter efterfrågar det, dock upplevde de att läkemedelsindustrin har en högre status och konkurrerar ut OFA.

*”Vet man ingenting så frågar man inte efter det.” (IP 6)*

## 5.4 Framtidsutsikter för OFA

Aktivitetsledarna påpekade att det ekonomiska läget som råder idag kommer att försämra möjligheterna att arbeta förebyggande inom vården, då de troligtvis kommer att vara tvungna att dra ner på resurser. Detta anses väldigt olyckligt då det förebyggande arbetet precis kommit igång men till slut måste även alla inse vikten av att vara fysiskt aktiv och ta eget ansvar för sin hälsa. Sjukvårdskostnaderna har blivit alldeles för stora och kommunen och landstinget borde ha ett intresse att få befolkningen mer fysisk aktiv för att minska dessa.

*”Jag ser framför mig att man äntligen förstår hur viktigt det här är. Det är alldeles för stora sjukvårdskostnader men ändå har man inte lyckats få folk att röra på sig. Jag förstår inte att kommunen och landstinget är intresserad av det här.” (IP 3)*

Om fler inser vikten av att vara fysiskt aktiv kommer även aktivitetsledarnas ansvar att öka att stimulera den fysiska aktiviteten bland befolkningen. Om OFA blir mer accepterat kommer det troligtvis också komma fler patienter till aktiviteterna vilket också ställer mer krav på dem. Det poängterades dock att även i framtiden kommer aktivitetsledarna fortfarande vara beroende av att vården ordinerar fysisk aktivitet till patienter.

Aktivitetsledarna ansåg att SISU Idrottsutbildarna i framtiden ska fungera som ett ekonomiskt stöd då föreningar kan få bidrag för gruppsammanskomster. Samtidigt ska SISU fortsätta att arbeta med OFA för att kunna stötta och vara kontaktperson till aktivitetsledarna samt samarbeta med vården. De ska även ordna träffar och fortsättningsutbildningar för aktivitetsledarna. De som arbetade på egen hand ansåg att dessa var speciellt viktiga.

*”...det är viktigt för många av oss arbetar kanske ensamma.” (IP 5)*

Aktivitetsledarna såg positivt på framtiden vad gäller OFA, deras förhoppningar var att fler kommer att ordinera patienter fysisk aktivitet då det påverkar hälsan på ett positivt sätt. Det kommer att ta tid att implementera OFA och att hitta nya sätt att arbeta på och det måste det få göra. Aktivitetsledarna upplever att arbetet med OFA går sakta men kommer inte göra så i

framtiden . De tror även att de kommer att arbeta med OFA i ökad utsträckning och för att detta ska ske bör OFA bli mer känt.

*”Jag är positiv så jag tror att OFA kommer att öka att fler skriver ut. Det är så pass grundläggande för hur vi mår och nu är vi så stillasittande och det blir inte bättre.” (IP 2)*

Aktivitetsledarna tog upp subventionering av OFA, till exempel att patienten får betala en mindre medlemsavgift mot uppvisande av ordination. De trodde att arbetet med OFA skulle vara mer intressant om subventionering fanns i större utsträckning. Ingen extra energi kommer att läggas på att locka patienterna i framtiden, men utifall fler skulle bli medlemmar kan nya grupper startas upp som till exempel promenadgrupper. Dock ska det poängteras att de fanns aktivitetsledare som var villiga att försöka få fler patienter bland annat genom annonser.

*”Vi kan göra vad som helst bara vi får deltagare till oss.” (IP 2)*



## 6. DISKUSSION

### 6.1 Metoddiskussion

Valet av metod, kvalitativa intervjuer, var relevant för examensarbetet då syftet var att undersöka erfarenheter och uppfattningar om ett fenomen utifrån aktivitetsledarnas perspektiv. Kvalitativa intervjuer beskriver olika fenomen utifrån individens perspektiv och används för att undersöka bland annat uppfattningar och erfarenheter (Kvale 1997). Författaren har haft möjlighet att ställa följdfrågor och SISU Idrottsutbildarna har haft önskemål om att få fördjupad kunskap om vad aktivitetsledarna anser om aktivitetsledarutbildningen.

Valet av metod var positivt då aktivitetsledarnas egna erfarenheter och uppfattningar har varit i centrum. Författaren har utgått ifrån intervjuguiden för att få svar på syftet och frågeställningarna. Enligt Kvale (1997) är en intervjuguide halvstrukturerad och innehåller förslag på frågor och tillåter författaren att bestämma till vilken grad guiden ska följas. Författaren har fått en djupare förståelse för hur aktivitetsledare uppfattar aktivitetsledarutbildningen och OFA, detta hade inte kunnat uppnås på samma vis med en kvantitativ metod. Detta för att kvantitativa metoder fokuserar på statistiska analyser av mätbara data (Patel & Davidson 2003). Att författaren tidigare deltagit på utbildningar inom OFA för både vårdpersonal och aktivitetsledare och därmed är väl insatt i ämnet har ansetts som en fördel vid utformandet av intervjuguide och vid genomförandet av intervjuerna. Enligt Kvale (1997) krävs det kunskap om ett område för att ställa väsentliga frågor.

Om författaren valt en kvantitativ metod hade fler aktivitetsledare kunnat tillfrågas och en bredare bild hade fåtts av vad de anser om utbildningen. Anledningen till att ett kvantitativt tillvägagångssätt inte användes är för att SISU redan följt upp utbildningen med hjälp av kvantitativa metoder. Ett alternativ hade varit att genomföra fler intervjuer men författaren ansåg att kvaliteten på de intervjuer som genomförts övervägde fördelarna med att genomföra fler intervjuer med mindre tid till efterarbete per intervju. Dessutom hade författaren en bestämd avsatt tid för examensarbetet och bedömde att sex intervjuer passade bäst in i tidsramen. Författaren bedömde att det inte behövdes för resultatet då fler intervjuer inte skulle tillföra ny information som var relevant för examensarbetet.

En väsentlig del att diskutera är vad aktivitetsledarna minns och inte minns av utbildningen vid intervjutillfället. Aktivitetsledarna har deltagit på utbildningar som genomförts år 2008 och 2009, för vissa var det cirka ett år sedan de medverkat. Detta kan ha påverkat resultatet då de kan ha svårt att komma ihåg vad som sagts och gjorts. Författaren fick dock svar på de allra flesta frågor av alla aktivitetsledare med undantag för enstaka fall.

#### 6.1.1 Urval av deltagare

Urvalet avgränsades till att enbart inkludera aktivitetsledare som gått utbildningen år 2008 och 2009. Det resulterade i att enbart personer som gått utbildningen i Västerås och Sala inkluderades då det är där utbildningarna för år 2008 och 2009 arrangerats. Det ska observeras att dessa personer inte enbart är bosatta i Sala och Västerås utan även i andra delar av länet. Detta upplever författaren varit positivt eftersom personer som deltagit tidigare år troligtvis haft svårare att komma ihåg vad de fått göra på utbildningen och vad de ansett om den. Däremot är möjligen chansen större att de som gått utbildningen tidigare år har kommit i kontakt med en OFA-patient då de funnits med i aktivitetskatalogen en längre tid. Författaren

bedömde ändå att utbildningen var en central del av intervjuerna och att aktivitetsledare som ännu inte kommit i kontakt med patienter ändå har uppfattningar om OFA. I efterhand håller författaren fast vid sin bedömning att det var mer fördelaktigt att endast inkludera dessa aktivitetsledare.

Kontakt med utvalda aktivitetsledare genomfördes via telefon för att få snabbare svar (än genom mailkontakt eller brev) och kunna gå vidare i rekryteringen ifall någon person inte ville medverka. Författaren tillämpade ett bekvämlighetsurval, de som först accepterade att delta togs med i examensarbetet. På grund av detta kunde inte kriterierna uppfyllas fullt ut, fyra personer arbetade inom ett företag och två personer var aktiva inom idrottsföreningar. Författaren var i kontakt med fler personer från föreningar men dessa hade inte möjlighet att ställa upp och efter att en aktivitetsledare tackat ja ifrån ett företag valde författaren att inkludera denna person i examensarbetet. Kriteriet ställdes upp för att författaren ville se om det fanns någon skillnad mellan hur föreningar och företag uppfattade utbildningen och om deras syn på OFA var olika. Resultatet visade sedan att det fanns variationer i svaren från aktivitetsledarna från företag och föreningar. Det fanns också ett intresse att se vilka uppfattningar aktivitetsledare ifrån olika delar av Västmanland hade, detta var dock inte ett kriterium men författaren försökte i den mån det var möjligt att försöka få aktivitetsledare från olika städer. Alla aktivitetsledare som deltog på intervjuerna var kvinnor, det hade varit önskvärt att intervjua även män (detta var dock inte ett kriterium). Författaren var i kontakt med flera män men det är få som deltagit på aktivitetsledarutbildningarna för år 2008 och 2009. En man visade intresse av att delta men efter flera försök att åter få kontakt med honom valde författaren att gå vidare med rekryteringen.

Vid telefonsamtalen med aktivitetsledarna ville de ha svar på frågor som rörde examensarbetet författaren hänvisade då till informationsbrevet som skulle skickas ut. Anledningen till att författaren inte ville ge för mycket information innan var på grund av risken för misstolkningar och ifall någonting skulle ändras och hänvisade därför till informationsbrevet. Ett informationsbrev ska skickas ut innan intervjutillfället och ska innehålla bland annat information om syfte med arbetet och om hur etiska principer behandlas (Ejlertsson 2005). Informationsbrevet skickades ut till aktivitetsledarna via mail nära inpå första intervjun. På grund av att det skickades så kort tid innan beslöt författaren att skriva ut ett signerat exemplar till varje aktivitetsledare och tog med till intervjutillfällena för att säkerställa att alla hade fått ta del av det. Det uppskattades av aktivitetsledarna och författaren vet nu att alla har haft möjligheten att ifrågasätta syftet med examensarbetet och innehar författarens och handledarens kontaktuppgifter.

### 6.1.2 Intervjutillfällena

Författaren har valt att genomföra sex kvalitativa intervjuer, detta för att på ett bra sätt kunna distribuera den tid (planering, genomförande och efterarbete) som avsatts för examensarbetet. Den avsatta tiden begränsade dock författaren i genomförandet av antal intervjuer. Enligt Kvale (1997) genomförs ofta för många intervjuer och mer tid bör läggas på planeringen och analys. Om antalet intervjuer är för stort blir det svårt att genomföra ingående tolkningar av dem. Efter att intervjuerna genomförts bedömde författaren att materialet som hittills framkommit under dessa var tillräckliga för att svara på syftet och frågeställningarna och för att genomföra en innehållsanalys. Det ska dock påpekas att eftersom endast sex intervjuer genomfördes åstadkom ingen mättnad i svaren, vilket hade kunnat uppnås i högre utsträckning om fler intervjuer genomförts. Med mättnad menas att man genomför intervjuer till dess att de inte ger någon ny kunskap i stor utsträckning (Kvale 1997).

Intervjuerna hölls på arbetsplatser, stadsbibliotek och anläggningar där aktivitetsledarna var aktiva ideellt. På stadsbiblioteken hade författaren bokade enskilda rum som låg ostört och avskilt likaså var enskilda rum bokade på den ena arbetsplatsen och vid anläggningarna, dessa platser fungerade bra för att genomföra intervjuerna. På en arbetsplats upplevde författaren att de inte kunde tala ostört då en person till vistades i samma rum men det upplevdes inte påverka aktivitetsledarens svar på intervjufrågorna. Författaren ansåg att aktivitetsledarna borde få möjlighet att välja plats för genomförandet av intervjuerna för att känna sig mer avslappnade. Enligt Kvale (1997) är det upp till författaren att skapa ett klimat där intervjupersonerna kan känna sig avslappnade för att fritt kunna prata om det som ska studeras. De rum som bokades av författaren hade författaren tillsammans med aktivitetsledaren bestämt. Att vissa av intervjuerna hölls på platser där personerna hade gått aktivitetsledarutbildningen för anser författaren inte har påverkat svaren på frågorna då OFA inte ses som ett känsligt ämne. Författaren hade tidigare haft diskussioner med SISU Idrottsutbildarna och de har erbjudit lokaler och fika för genomförandet av intervjuerna. Författaren bedömde att det var enklare att bemöta aktivitetsledarnas önskemål och att stämningen möjligtvis hade varit mer ansträngd om intervjuerna genomförts i SISU Idrottsutbildarnas lokaler.

Intervjuguiden har använts som ett medel för att få svar på syftet och frågeställningarna vid genomförandet av intervjuerna. Författaren har i linje med Kvale (1997) utformat intervjuguiden som innehöll teman och förslag på följdfrågor och gav en överblick över det som skulle tas upp. Inga större förändringar har genomförts i intervjuguiden mellan intervjuerna. Författarens uppfattning är att frågorna är relativt enkla att förstå och få missförstånd uppstod. Att författaren valde att utöka intervjuguiden genom att ställa frågor om OFA och inte enbart aktivitetsledarutbildningen anses ha resulterat i att mer information har samlats in som kan vara av intresse för fortsatt arbete med OFA. Det hade varit önskvärt att genomföra ett test av intervjuguiden men på grund av en önskan från aktivitetsledarna att genomföra intervjuerna innan påsk så genomfördes inte detta. Testerna genomförs för att pröva upplägg och tekniker för datainsamling och deltagarna vid dessa tester bör motsvara den eller de grupper människor som sedan ska studeras (Patel & Davidson 2003). I efterhand anser författaren att det inte hade varit avgörande för resultatet att genomföra en pilotintervju då inga större förändringar gjordes i intervjuguiden, däremot hade författaren fått ett tillfälle att förbättra sitt sätt att intervjua på då det märktes skillnader mellan första och sista intervjun som genomfördes. Enligt Kvale (1997) är det praktiska momentet, att genomföra intervjuer, den viktigaste delen för att lära sig att bli en bra intervjuare.

Intervjuerna tog mellan 21 och 34 minuter att genomföra. Variationen berodde på hur mycket aktivitetsledarna pratade samt hur mycket pauser för eftertanke som uppstod. De intervjuer som var kortare tidsmässigt anser författaren inte innehöll mindre information om OFA, det var snarare så att de intervjuer som var längre gav mer otydliga svar på frågorna och författaren upplevde att några av aktivitetsledarna hade svårt att hålla sig till ämnet. Dessa aktivitetsledare hade ett stort intresse för OFA och i och med detta pratade de mycket om OFA i andra sammanhang som inte täcktes in i syftet med detta examensarbete. Kvaliteten på ljudupptagningarna var mycket god och författaren hade inga problem att höra vad aktivitetsledarna sagt.

### 6.1.3 Transkribering och analys

Transkriberingen skrevs ut ordagrant och delades in under frågeställningarna med hjälp av färgmarkeringar, detta för att få en helhetsbild av intervjuerna (Kvale 1997). Detta kan ha medfört att vissa bifynd förbisetts men för att minska risken har författaren läst igenom transkriberingarna ett flertal gånger. Den informationen som framkommit förutom svaren på frågorna har i de allra flesta fall ansetts vara utanför området och inte tagits med i examensarbetet. Analysmetoden som använts är meningskoncentrering vilket förenklat arbetet med att skriva resultatet, då enbart det väsentliga för resultatet tagits med (Kvale 1997).

Författaren valde att under intervjuerna föra anteckningar av vad aktivitetsledarna i stora drag sagt. Dessa användes inte vid analysen då ljudupptagningen var av god kvalitet men under intervjuerna ansåg författaren att anteckningarna var till hjälp för att ställa följdfrågor av de aktivitetsledarna hade sagt. Att skriva ner anteckningarna medförde även att författaren emellanåt tog en paus i samtalet och aktivitetsledaren hade tid att reflektera vilket resulterade i att de ibland kom med fler mer utförliga svar på frågorna. Att enbart förlita sig till anteckningar är relaterat till författarens förmåga att komma ihåg vad som sagts och detta begränsar analysarbetet då detaljer glöms bort eftersom minnet sällar bort viss information (Kvale 1997).

### 6.1.4 Examensarbetets trovärdighet

För att diskutera om studiers resultat är trovärdigt används begreppen giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet inom kvalitativ forskning och dessa ska diskuteras som en kvalitetsaspekt. Giltighet har samma innebörd som begreppet validitet och menas med att det som avsetts studeras har studerats (Lundman & Hällgren Graneheim 2008). Författarens förståelse för området har varit till hjälp vid utformandet av intervjuguide och har hjälpt författaren att på ett bättre sätt ställa följdfrågor om utbildningen vid intervjutillfällena. Enligt Kvale (1997) bör författaren ha goda kunskaper om området som ska studeras. Författaren har arbetat utifrån syfte och frågeställningarna för att kunna fokusera på det som avsetts studeras. Analysen har kontrollerats genom att författaren utgått ifrån syftet och frågeställningarna samt gått tillbaka till transkriberingarna för att ytterligare kontrollera att innehållsanalysen stämmer överens med vad aktivitetsledarna sagt.

Tillförlitlighet i kvalitativa studier är desamma som reliabilitet och avser hur tillförlitlig studien är (Lundman & Hällgren Graneheim 2008). I detta examensarbete har aktivitetsledares erfarenheter och uppfattningar studerats, dessa kan komma att ändras om arbetet med OFA utvecklas och aktivitetsledarna får nya erfarenheter och uppfattningar. Författaren har försökt vara neutral och försökt minimera intervjuareffekten vid intervjutillfällena, bland annat genom att inte ställa ledande frågor. Med intervjuareffekt menas att intervjuaren uppträder på ett visst sätt att intervjupersoner vet vad som bedöms som det rätta svaren på frågorna. För att minska denna risk bör intervjuaren ha goda erfarenheter (Patel & Davidson 2003). Det kan inte frångås att möjligheten finns att författaren har med sitt kroppsspråk eller sitt sätt att tala påverkat aktivitetsledarnas svar. Författaren upplever inte att aktivitetsledarna känt av den så kallade intervjuareffekten men det måste ändå tas hänsyn till detta då författaren inte har erfarenhet av att intervjua.

Resultatet av detta examensarbete går inte att generalisera (överföra) på hela befolkningen men däremot kan resultatet till viss del vara överförbart mellan aktivitetsledare som deltagit på aktivitetsledarutbildningarna då de tagit del av samma information och genomfört liknande övningar och utvärderingar. Resultat som bygger på att författaren inte har genomfört ett slumpmässigt urval av intervjupersoner kan inte generaliseras till en hel population (Kvale 1997).

## 6.2 Resultatdiskussion

### 6.2.1 Aktivitetsledarnas erfarenheter från utbildningen

Aktivitetsledarnas erfarenheter av utbildningen är generellt sett positiva. Informationen de fått anses vara en bra utgångspunkt men ingen av dem använde den i arbetet med OFA främst för att de inte arbetade aktivt med OFA i dagsläget. Detta visar på att arbetet med OFA inte kommit igång på ett önskvärt sätt. Målet är att OFA ska implementeras i hela Västmanlands län under år 2008-2010<sup>7</sup>. Aktivitetsledarna använder dock informationen på annat sätt och därmed har utbildningen kommit till nytta i andra sammanhang. Det tyder på att SISU Idrottsutbildarna har använt information som är applicerbara i andra situationer och kommer troligtvis till användning när väl arbetet med OFA kommer igång. Aktivitetsledarna ansåg att det var positivt att personer från olika typer av verksamheter deltog. Detta är även ett krav från landstinget då de ska behandla aktörer med likvärdig aktivitet på samma sätt<sup>8</sup>. Författaren anser att erfarenhetsutbyte mellan föreningar och företag är positivt då möjlighet finns att lära och förstå varandra. Samarbete emellan samma typ av verksamhet är också positivt då de kan vara lättare att samarbeta med liknande typer av verksamheter för att enklare kunna tillämpa kunskapen i det egna arbetet.

Utbildningens nivå togs upp och delade meningar finns om vilken nivå som bör hållas. Författaren anser att det är svårt att vara alla tillags när aktivitetsledarna har varierande bakgrund och kunskaper om OFA. För att vara på den säkra sidan bör utbildningen läggas på en relativt låg nivå för att alla ska förstå. I och med att författaren deltagit vid en aktivitetsledarutbildning och har kunskap om vilken nivå utbildningen legat på anser författaren att utbildningen är på en nivå som de allra flesta bör förstå. Det ska dock poängteras att författaren studerar folkhälsovetenskapliga programmet och har därmed kunskap om mycket som togs upp under utbildningen, vilket kan ha lett till att författaren anser att informationen som mer lättförståelig än andra deltagare.

Det framkom under intervjuerna att aktivitetsledarna upplever det förvirrande att Västmanland valt begreppet OFA istället för FaR®. Författaren håller till viss del med denna åsikt då FaR® är ett mer etablerat begrepp. Vården hade möjligtvis tidigare anammat idén att arbeta med att ordinera fysisk aktivitet om Västmanland följt det nationella arbetssättet. Samtidigt har landstinget i Västmanland inte förbundit sig med en viss typ av arbetssätt och kan arbeta mer fritt utefter egna förutsättningar<sup>9</sup>.

---

<sup>7</sup> <http://www.ltv.se> 2009-06-02

<sup>8</sup> Hedvig Olin, samordnare för OFA i Landstinget Västmanland, mailkontakt den 3 juni 2009

<sup>9</sup> Hedvig Olin, samordnare för OFA i Landstinget Västmanland, mailkontakt den 11 maj 2009

### 6.2.2 Aktivitetsledarnas uppfattningar om OFA

Resultatet visar att aktivitetsledarna upplever det positivt och som en självklarhet att ordinera fysisk aktivitet. Detta stämmer överens med Pedersen och Saltin (2006) då de visar att stöd finns i vetenskapen att fysisk aktivitet är lika effektiv som läkemedel och bör implementeras i vården. Dessutom visar en studie av Haapanen med flera (1997b) att en förhöjd aktivitetsnivå på fritiden kan reducerar risken för att drabbas av hjärt- och kärlsjukdomar, vilket styrker vikten av att arbeta med ökad fysisk aktivitet. Examensarbetets resultat visar även att vårdpersonalens roll är viktig för att implementera arbetet med OFA eftersom de kommer i kontakt med patienterna. Detta ligger i linje med en studie som visar att interventioner inom vården som innefattar fysisk aktivitet är effektiva och kostnadseffektiva (Hardcastle et al. 2008).

Resultatet visar att en del aktivitetsledare anser att det är negativt att patienterna inte behöver uppvisa ordinationen för aktivitetsledarna och kan välja att vara anonyma under hela ordinationstiden. Författaren anser att inte visa ordinationen förhindrar möjligheten att kunna föra statistik över hur många patienter som deltar på aktiviteter hos utbildade aktivitetsledare. Författaren upplever också att aktivitetsledarna skulle motiveras och inspireras att fortsätta arbeta med OFA om patienterna visade ordinationen vilket skulle tyda på att arbetet med OFA går framåt och att vården faktiskt ordinerar fysisk aktivitet. Dessutom anser författaren i likhet med aktivitetsledarna att patienterna skulle få mer stöd och hjälp om de visade ordinationen samt möjlighet att delta i speciella grupper och få möta personer i liknande situationer. Att få mer stöd har visats vara effektivt i en studie av Hardcastle med flera (2008) då de funnit en dos-respons samband mellan antalet rådgivningstillfällen mellan vårdpersonal och patient och minskning av olika ohälsotillstånd som övervikt och högt blodtryck. Detta överensstämmer också med en annan studie som påpekar att dessa patienter som ordinerats fysisk aktivitet bör få mer stöd för att öka kvaliteten och kvantiteten av fysisk aktivitet (Edmunds, Ntoumanis & Duda 2007).

Resultatet visar att aktivitetsledarna inte anser att egna aktiviteter, såsom promenader, bör ordinerats till patienter som inte varit fysiskt aktiva innan då de kan ha svårare att fullfölja ordinationen. Detta resultat strider emot studier som visar att ordinationer som i första hand rekommenderat promenader istället för aktiviteter vid anläggningar har störst möjlighet att leda till en vidmakthållande förändring av den fysiska aktiviteten (Hillsdon et al. 2002)(Leijon 2009). Detta stärks ytterligare genom en studie som rekommenderar patienterna att tillägna sig lågintensiva fysiska aktiviteter i vardagen istället för högintensiva under kortare perioder (Sørensen et al. 2008). Att aktivitetsledarnas uppfattningar om att egna aktiviteter ordinerats i större utsträckning än organiserade aktiviteter som jympa stämmer överens med studier som visar just att vårdpersonal i första hand rekommenderat framförallt promenader (Hardcastle et al. 2008) (Leijon 2009). Aktivitetsledarna anser att patienter som ordinerats gruppaktiviteter (jympa, aerobics med mera) kan få stöd av övriga deltagare i gruppen som befinner sig i liknande situation. Detta ligger i linje med en studie som visar att stödet från andra som ordinerats fysisk aktivitet blir viktigare ju längre tiden går då stödet från den som ordinerat minskar, då den inte har möjlighet att göra kontinuerliga uppföljningar och motiveringssamtal. Den person som fått en ordination bör då uppmuntras att delta i gruppaktiviteter (Edmunds, Ntoumanis & Duda 2007).

Enligt några aktivitetsledare är landstinget i Västmanland är tungarbetat och anledningen till att arbetet med OFA inte kommit igång. Andra anser att landstinget har påbörjat arbetet med OFA men inte lyckats implementerat detta hos andra aktörer inom vården. Det ska dock poängteras att implementeringsarbetet med OFA i Västmanlands län inte beräknas vara klart förrän år 2010<sup>10</sup>. Författaren anser att landstinget i Västmanland har en betydelsefull roll i arbetet med OFA. De bör motivera och inspirera vårdpersonalen att arbeta med OFA, till exempel på grund av ekonomiska fördelar på längre sikt i och med ökad fysisk aktivitet. Om befolkningen skulle vara fysiskt aktiva i 30 minuter om dagen skulle folkhälsan förbättras och sjukvårdskostnaderna minska avsevärt (FHI 2008).

I resultatet framkommer det att aktivitetsledarna har bristande kunskaper vad gäller SISU Idrottsutbildarnas roll i arbetet med OFA. Författaren anser att det är negativt att de flesta inte har kunskap om detta då SISU är aktivitetsledarnas kontaktperson och dessa bör veta vad deras roll är. Det bör arbetas med att förtydliga olika aktörers ansvar och roller. Detta överensstämmer med en studie av Parkes med flera (2007) då de beskriver att tydliga roller och ansvar är väsentliga komponenter för att arbeta effektivt. Aktivitetsledarna upplever inte att information om OFA finns tillgänglig och att OFA inte är allmänt känt. Författaren anser att för att arbetet med OFA ska komma igång bör fler få kunskap om OFA, både vårdpersonal, aktivitetsledare och allmänheten. SISU Idrottsutbildarna har ett ansvar tillsammans med landstinget och eventuellt kommunen för att belysa OFA ännu mer enligt författaren.

### 6.2.3 Förbättringsmöjligheter

Resultatet visar att för att gå vidare med arbetet med OFA finns önskemål från aktivitetsledarna att delta på utbildnings- och informationsträffar med andra ledare och på träffar med vårdpersonal. Dessa önskemål bör tas tillvara då det skapar möjligheter för erfarenhetsutbyte, förståelse och diskussioner som kan leda till en snabbare implementering av OFA. Aktivitetsledare har tidigare nämnt att andra landsting borde dela med sig av sina erfarenheter vid aktivitetsledarutbildningen detta borde även ske vid dessa träffar. Dessutom borde SISU Idrottsutbildarna och aktivitetsledare från andra län vara representerade.

Aktivitetsledarna anser för att ytterligare förbättra arbetet med OFA bör vårdpersonalen erbjuda mer stöd till patienterna då de anser att ordinationen och aktivitetskatalogen inte är tillräckligt för att få patienterna mer fysiskt aktiva. Detta överensstämmer med en studie som visar att fler personer inte fullföljt ordinationen efter konsultation och en visning av hur den praktiska träningen ska gå tillväga och att mer stöd till dessa personer behövs och de bör kontinuerligt motiveras om hälsoeffekterna av fysisk aktivitet (Edmunds, Ntoumanis & Duda 2007). Författaren anser att det inte är vårdens ansvar efter att de skrivit ordinationen och eventuellt försett patienten med en aktivitetskatalog att motivera dem till fysisk aktivitet (förutom vid uppföljning) utan anser att detta är aktivitetsledarnas ansvar när patienten kommit i kontakt med deras verksamhet. Samtidigt bör vårdpersonalen på ett bra sätt motivera patienterna vid ordinationstillfället och vid uppföljningarna till exempel genom MI (motiverande samtal) som är en metod där patienten aktivt deltar i beslut om den egna hälsan. Detta stämmer överens med en studie vars resultat visar att energiförbrukningen ökade genom fysisk aktivitet bland personer som deltagit i motiverande samtal och detta ledde till en minskning av övervikt och kolesterol (Hardcastle et al. 2008).

---

<sup>10</sup> <http://www.ltv.se> 2009-06-02

#### 6.2.4 Skillnader mellan företag och föreningar

Kriteriet som ställts upp påvisar att det finns skillnader i erfarenheter och uppfattningar om aktivitetsledarutbildningen och OFA bland ledare från företag och föreningar.

Aktivitetsledarna har övervägande samma åsikter om aktivitetsledarutbildningen och OFA, detta kommer inte att diskuteras utan endast skillnaderna kommer tas upp för diskussion.

Aktivitetsledare från föreningar upplever att vissa företag som deltog på aktivitetsledarutbildningarna var mer intresserade av att tjäna pengar än att förbättra befolkningens hälsa. Författaren upplevde vid vissa intervjuer med aktivitetsledare från företag att de var mer angelägna än föreningarna att få medlemmar i form av OFA-patienter. Dels på grund av att patienterna är deras typ av målgrupp för verksamheten men även för att medlemsavgiften är en stor del av deras inkomst, enligt författaren. Företagen hade även mer funderingar kring att motivera personer till fysisk aktivitet för att skapa fler medlemmar men de hade också ett intresse enligt författaren att förbättra hälsan.

De som arbetar för företag och ofta ensamma är mer angelägna om att genom SISU Idrottsutbildarna få vidareutbildning inom till exempel ledarskap. Författaren anser att detta kan bero på att föreningarna oftare har utbildningar internt än i företag där personerna arbetar ensamma. Dessutom är SISU Idrottsutbildarna stödorganisation för idrottsföreningarna och inte för företagen (SISU Idrottsutbildarna Västmanland 2009). Av samma anledning anser författaren att det är därför företagen hade en sämre kunskap om SISU Idrottsutbildarnas roll och att de ville ha ett utökat samarbete med dem.

Aktivitetsledare som var aktiva inom föreningslivet anser att de har begränsat med resurser vilket inte framkommit bland aktivitetsledare från företag. Författarens uppfattning är att företagen som representerades i intervjuerna har större ekonomiska tillgångar än föreningarna, samtidigt som engagemanget inte skiljer sig.

#### 6.2.5 Framtidsutsikter

Aktivitetsledarna upplever att dagens ekonomiska läge kommer försämra möjligheterna att arbeta med OFA inom vården då de troligtvis kommer få dra ner på resurserna. Författaren instämmer med dessa åsikter och tror att det ekonomiska läget kommer att påverka vårdpersonalens vilja och hur mycket tid som kan läggas ner för att arbeta med OFA. Prioriteringarna kommer att se annorlunda ut om den ekonomiska situationen försämras enligt författaren och detta kommer troligtvis inte gynna det förebyggande arbetet. Samtidigt är flera aktivitetsledare positiva och anser att vårdpersonalen kommer att skriva fler ordinationer då hälsoeffekterna är stora. Författaren är mer negativ vad gäller arbetet med OFA i den närmsta framtiden, då arbetet ofta står och faller med personer som har ett intresse och ett engagemang för sådana typer av frågor. Dock anser författaren att i ett längre perspektiv har förhoppningsvis OFA blivit etablerat till den grad att det blivit en naturlig del i vårdpersonalens arbetssätt.



### 6.2.6 Förväntningar av resultatet

Förväntningarna författaren hade var att aktivitetsledarna generellt sett var nöjda med aktivitetsledarutbildningen men skulle ha förslag på förbättringsmöjligheter. Dessutom antog författaren att aktivitetsledarna skulle kritisera vården för att de inte kommit igång med arbetet kring OFA. Författaren har som tidigare nämnts deltagit och kommit i kontakt med flera aktivitetsledare under ett utbildningstillfälle och detta medförde att författarens förväntningar infriades till viss del. Aktivitetsledarna var mer nöjda med utbildningen än vad som förväntats.

Resultatet visar vad som behövs göras enligt aktivitetsledarna för att förbättra aktivitetsledarutbildningen och arbetet med OFA. Det har givit en förståelse för hur aktivitetsledare uppfattar arbetet med OFA och olika aktörers ansvar. Det som framkommit av detta examensarbete kan både SISU Idrottsutbildarna och landstinget i Västmanland arbeta med för att utveckla arbetet med aktivitetsledarutbildningarna och OFA. Resultatet kan användas för att förbättra aktivitetsledarutbildningen och närliggande typer av utbildningar samt för fortsatt arbete med OFA. Förhoppningsvis kan resultatet bidra till ett närmare samarbete mellan vården och aktivitetsledare (genom nätverks- och inspirationsträffar) och motivera och inspirera vården att förskriva fler ordinationer för att öka den fysiska aktiviteten bland befolkningen i Västmanland.

Forskning inom området att ordinera fysisk aktivitet är bristande på vissa punkter. Det finns forskning om vårdpersonalens betydelse för patienter som får ordinationer och bevis för att fysisk aktivitet har en god effekt på hälsan. Däremot har författaren inte hittat forskning som belyser aktivitetsledares roll (eller liknande) och lite forskning finns om vilka hälsoeffekter ordinerad fysisk aktivitet ger. Det behövs mer forskning om hela arbetskedjan (se figur 1) för att kunna utveckla arbetet och mer forskning om vilka hälsoeffekter de faktiskt ger. Forskning inom området anser författaren kommer att ge mer uppmärksamhet åt den här typen av arbete och motivera hälso- och sjukvården att arbeta mer hälsofrämjande och förebyggande.

### 6.3 Etikdiskussion

Inga etiska dilemman har uppstått under examensarbetet och författaren har tagit hänsyn till de forskningsetiska principerna som är samtyckeskravet, informationskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet 2002). SISU Idrottsutbildarna har ingen information om vilka aktivitetsledare som tillkallats till intervju och aktivitetsledarna vet inte vilka de andra deltagarna är. Aktivitetsledarna har inte ifrågasatt examensarbetet. Uppdragsgivarna som är SISU Idrottsutbildarna har enligt författaren givit författaren fria händer vad gäller examensarbetet och har inte haft stort inflytande över arbetet.

Aktivitetsledarna refereras inte i samma kronologiska ordning i examensarbetet som intervjuerna genomfördes. Enligt Kvale (1997) kan det vara lämpligt att redan i utskriftsstadiet fundera på att försvåra identifikationen av intervjupersonerna. Citaten i examensarbetet har skrivit om från tal- till skriftspråk. Detta för att minska risken att såra någon aktivitetsledare då citat som skrivs med talspråk kan låta osammanhängande och förvirrat (Kvale 1997).

## 7. SLUTSATSER

Utifrån examensarbetets syfte och frågeställningar kan följande slutsatser dras, aktivitsledarnas erfarenheter av aktivitsledarutbildningen är generellt sett positiva och de har uppfattningen att arbetet med OFA inte har kommit igång på önskvärt sätt. Fortsatta studier om vilka hälsoeffekter OFA ger och hur arbetskedjan fungerar och kan utvecklas behövs för att förbättra arbetet med OFA.

Utifrån examensarbetets uppställda frågeställningar är således slutsatserna att upplevelserna från aktivitsledarutbildningen har varit goda men förbättringsmöjligheter finns och dessa synpunkter bör tas tillvara för att förbättra utbildningen.

Aktivitsledarnas uppfattningar om OFA var varierande men utifrån dessa kan slutsatsen dras att arbetet med OFA inte har kommit igång på ett önskvärt sätt utifrån aktivitsledarnas perspektiv samt att arbetsmetoden kan förbättras bland annat genom utökad samarbete mellan aktivitsledare och vårdpersonal.

För att förbättra arbetet med OFA anser aktivitsledarna att informationsspridningen om OFA bör öka, att det ska finnas ett erfarenhetsutbyte mellan aktivitsledare och vårdpersonal och att det ska genomföras kontinuerliga uppföljningar och utvärderingar av både aktivitsledarutbildningen och OFA som arbetsmetod.

Aktivitsledarna är övervägande positiva över hur arbetet med OFA kan se ut i framtiden då de tror att antalet ordinationer kommer att öka samt att befolkningen i framtiden kommer att inse vikten av att vara fysisk aktiv.

## REFERENSER

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. 2007:8, ss. 722-740.

Ejlertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken. En handbok i enkätmetodik*. Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur.

Faskunger, J. & Hemmingsson, E. (2005). *Vardagsmotion – vägen till hållbar hälsa. Fysisk aktivitet, viktkontroll och beteendeförändring*. Stockholm: Forum

FHI (Statens folkhälsoinstitut) (1999). *Fysisk aktivitet för nytta och nöje*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

FHI (Statens folkhälsoinstitut) (2008). *FYSS 2008 - Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Haapanen, N. Miilunpalo, S. Pasanen, M. Oja, P & Vuori, I. (1997a). Association between leisure time physical activity and 10-year body mass change among working-aged men and women. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorder* vol. 1997:21, ss. 288-96.

Haapanen, N. Miilunpalo, S. Vuori, I. Oja, P. & Pasanen, M. (1997b). Association of Leisure Time Physical Activity with the Risk of Coronary Heart Disease in Middle-Aged Men and Women. *International Journal of Epidemiology* vol. 1997:26, ss. 739-747.

Hardcastle, S. Taylor, A. Bailey, M. Castle, R. (2008). A randomised controlled trial on the effectiveness of a primary health care based counselling intervention on physical activity, diet and CHD risk factors. *Patient Education and Counseling* vol. 2008:70, ss. 31-39.

Hillsdon, M. Thorogood, M. White, I. Foster, C. (2002). Advising people to take more exercise is ineffective: a randomised controlled trial of physical activity promotion in primary care. *International Journal of Epidemiology* vol. 2002:31, ss.808-815.

Jakicic, J. M. Otto, A. D. (2006). Treatment and Prevention of Obesity: What is the Role of Exercise? *Nutrition Reviews* vol. 2006:64, ss. 57-61.

Janlert, U. (2000). *Folkhälsovetenskapligt lexikon*. Stockholm: Natur & Kultur.

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

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, Faculty of Health Sciences. Linköping: Linköpings Universitet.

- Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M. & Höglund Graneheim, B. (red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur. S. 159-172.
- Murray, C J L. & Lopez, A D. (1997). Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet* vol. 1997:349, ss. 1436-1442.
- Parkes, C. Scully, J. West, M. & Dawson, J. (2007). "High commitment" strategies. It ain't what you do; it's the way that you do it. *Employee Relations* vol. 29:3, ss. 306-318.
- Patel, R. & Davidson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder: Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Tredje upplagan. Lund: Studentlitteratur.
- Pedersen, B. K. Saltin, B. (2006). Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports* vol. 2006:16, ss. 3-63.
- Peterson, S. Backlund, I. & Diderichsen, F. (1998). *Sjukdomsördan i Sverige – en svensk DALY-kalkyl*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut
- Regeringens proposition (1998). En idrottspolitik för 2000-talet – folkhälsa, folkrörelse och underhållning. Stockholm: Kulturdepartementet (Proposition 1998/99:107).
- Riksidrottsförbundet (2005). *Idrotten vill*. Stockholm: Riksidrottsförbundet
- (Riksidrottsförbundet 2007a). *Idrott hela livet*. Stockholm: Riksidrottsförbundet.
- Riksidrottsförbundet (2007b). *Verksamhetsberättelse 2007*. Stockholm: Riksidrottsförbundet.
- Rydqvist, Lars-Göran & Winroth, Jan (2002). *Idrott, friskvård, hälsa & hälsopromotion*. Farsta: SISU Idrottsböcker AB.
- SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering) (2002). *Fetma - problem och åtgärder*. Stockholm: SBU (SBU-rapport nr 160).
- SISU Idrottsutbildarna (2008). *Utbildningsplan för dig som är arrangör av FaR® - ledarutbildning*. Stockholm: SISU Idrottsböcker
- SISU Idrottsutbildarna Västmanland (2009). *Verksamhetsberättelse 2008. Verksamhetsplan 2009*. Västerås: SISU idrottsutbildarna Västmanland.
- Sjöström, M. Oja, P. Hagströmer, M. Smith, B. J. Bauman, A. (2006). Health-enhancing physical activity across European Union countries: the Eurobarometer study. *Journal of Public Health* vol. 2006:14, ss. 291–300.
- Socialdepartementet (2007). *En förnyad folkhälsopolitik*. Stockholm: Socialdepartementet (Proposition 2007/08:110).
- Socialstyrelsen (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Sundin, J. Hogstedt, C. Lindberg, J. Moberg, H. (red.) (2006). *Svenska folkets hälsa i historiskt perspektiv*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

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 & Science in Sports* vol. 2008:18, ss. 288-297.

Sørensen, J. B. Kragstrup, J. Kjær, K. Puggaard, L. (2007). Exercise on Prescription: trial protocol and evaluation of outcomes. *BMC Health Services Research* vol. 2007:7, ss.1-9.

*Utbildningsmall för utbildning av mottagare av OFA-patienter* (u.å). Opublicerat manuskript. Dokument som beskriver ramar för utbildningar av mottagare av OFA-patienter.

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

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

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

## Bilaga 1

# Informationsbrev gällande intervju om Ordinerad Fysisk Aktivitet

Jag är student på Mälardalens högskola i Västerås och studerar tredje året på folkhälsovetenskapliga programmet. Jag har tidigare kontaktat dig via telefon och bestämt tid och plats för att genomföra en intervju om Ordinerad Fysisk Aktivitet (OFA) som en del av mitt examensarbete.

Syftet med examensarbetet är dels att studera aktivitetsledares erfarenheter av OFA-utbildningen som arrangerats av SISU Idrottsutbildarna i Västmanland, dels att studera hur aktivitetsledarna uppfattar OFA som är en metod för att förebygga och behandla sjukdom.

Anledningen till att du tillfrågats om att medverka i examensarbetet är att du deltagit i en OFA-utbildning för aktivitetsledare. De övriga deltagarna i studien kommer liksom du att ha medverkat i samma utbildning och dina kontaktuppgifter har hämtats från utbildningens deltagarlista. Intervjun kommer att ta cirka 45-60 minuter att genomföra. Intervjun kommer att spelas in på band och bandinspelningen kommer sen att analyseras och ligga till grund för examensarbetets resultat. Examensarbetet genomförs i samarbete med SISU Idrottsutbildarna i Västmanland.

Det är frivilligt att delta i intervjun och du kan när som helst välja att avbryta din medverkan. Dina åsikter är dock av värde för förbättra arbetet med OFA. Uppgifterna som framkommer från intervjun kommer att behandlas med konfidentialitet. Bandinspelningen och intervjuutskriften kommer förstöras när examensarbetet färdigställts. Det färdiga examensarbetet kan beställas från Mälardalens högskola och kan även mailas ut vid överenskommelse.

Min handledare vid Mälardalens högskola heter Robert Larsson, adjunkt i folkhälsovetenskap, och nås på telefonnummer 021- 10 13 06.

Vid frågor kontakta mig, jag finns tillgänglig via telefon och e-post.

Med vänliga hälsningar

---

Caroline Ahlgren

Telefon: 073 – 94 53 001

E-post: [can06014@student.mdh.se](mailto:can06014@student.mdh.se)

## Bilaga 2

### Intervjuguide

#### **Temat:**

1. OFA-utbildningen
2. OFA som arbetsmetod
3. OFA idag
4. OFA i framtiden

*Bandspelare sätts på och testas. Information om frivillighet och konfidentialitet samt syftet med intervjun framförs.*

#### **Inledningsfrågor**

- Om du får välja att utöva en fysisk aktivitet vilken skulle du då helst välja?  
→ varför?
- Varför valde du att delta på utbildningen?
- För vilken typ av verksamhet (organisation/förening/företag) gick du OFA-utbildningen?

#### **1. OFA-utbildningen**

- Vad fick ni göra på utbildningen?
- Vad tyckte du om utbildningens innehåll?  
→ det som togs upp under föreläsningen  
→ övningar  
→ utvärdering (den skriftliga som fylldes i när utbildningen var klar)
- Vad skulle SISU kunna göra för att förbättra utbildningen?
- Hur har du använt dig av den information du fått från utbildningen i din verksamhet?

#### **2. OFA som arbetsmetod**

- Vad anser du om att ordinera fysisk aktivitet till patienter?
- Vad anser du om OFA som arbetsmetod?  
→ arbetsgången (vården -> patient -> aktivitetsledare)  
→ att patienten inte behöver visa receptet för aktivitetsledaren  
→ patienter blir förskrivna egna aktiviteter i första hand
- Vilket ansvar för arbetet med OFA anser du dessa aktörer har:  
- Aktivitetsledare  
- SISU Idrottsutbildarna
- Har du något samarbete med SISU nu?
- Hur har samarbetet fungerat mellan SISU och din verksamhet?  
→ vid utbildningstillfället och efteråt  
→ hur upplever du att samarbetet kan förbättras?
- Vad anser du om aktivitetskatalogerna?  
→ innehåll  
→ layout

### 3. OFA idag

- Hur arbetar du med OFA idag?
  - ➔ Vilken är den största anledningen enligt dig att du inte kommit/kommit igång?
  - ➔ Vad anser du att du behöver för att komma igång?
  - ➔ Vad anser du att du behöver/behöver mer av nu när du kommit igång?
- Hur upplever du att information om OFA finns tillgänglig?
- Hur upplever du att OFA är allmänt känt?
- Vad anser du om informationsspridningen om OFA?
  - ➔ Vilka medier skulle kunna användas för att öka informationsspridningen? (Mail, tidning, nätverksträffar (via internet och konferens)).
  - ➔ Vad skulle SISU kunna göra för att öka informationsspridningen?

### 4. OFA i framtiden

- Hur tror du att du kommer att arbeta med OFA i framtiden?
- Vilket ansvar anser du att dess aktörer bör ha i framtiden?
  - Aktivitetsledare
  - SISU Idrottsutbildarna
- Hur tror du att OFA som arbetsmetod kommer att utvecklas i framtiden?

*Är det något annat du vill tillägga innan vi avslutar intervjun?*

*Då får jag tacka så mycket för mig och för att du har ställt upp på denna intervju.*

*Bandspelare stängs av.*