

UPPLEVELSEN AV ATT FÅ FYSISK AKTIVITET PÅ RECEPT

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng

Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Examinationsdatum:

Kurs: 45

Författare: Jaceline Nähl

Författare: Nicolina Svenfelt

Handledare: Britten Jansson

Examinator: Margareta Westerbotn

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Rörelse har alltid varit ett viktigt beteende för människan och det finns vetenskapliga bevis för att fysisk aktivitet främjar hälsa, förebygger sjukdom och förbättrar livskvaliteten. Fysisk aktivitet på recept är en arbetsmetod som kan användas av hälso- och sjukvården för att främja fysisk aktivitet. Metoden riktar sig till personer som behöver öka eller ändra sin livsstil ur hälsosynpunkt och ett stort antal sjukdomstillstånd kan behandlas med träning.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva hur personer med behov av livsstilsförändring upplever att få fysisk aktivitet på recept ordinerat av sjuksköterska, läkare eller sjukgymnast.

Metod

En kvalitativ semistrukturerad intervjustudie valdes som metod för att besvara studiens syfte. Åtta intervjuer genomfördes och materialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

Resultat

Resultatet visade att personer med behov av livsstilsförändring upplevde att fysisk aktivitet på recept bidrog till positiv förändring såväl fysiskt som psykiskt. Deltagarna upplevde praktiska och teoretiska färdigheter som gjorde att de tog ansvar för sin fysiska aktivitet. Stöd från personal inom vården samt aktivitetsarrangörer var en viktig aspekt för att finna drivkraft inför träning. Deltagarna tog initiativ och ansvar för aktiviteterna och utförde dem för sin egen hälsas skull.

Slutsats

Deltagarna som ordinerats fysisk aktivitet fann drivkraft till att inkludera det i sin vardag. Brist på kunskap hos aktivitetsarrangörer påverkade bemötandet och möjligheterna att ge personer med recept det stöd som var önskvärt.

Nyckelord: Fysisk aktivitet på recept, intervjustudie, livsstilsförändring, upplevelse

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	1
Fysisk aktivitet på recept	1
Ordination av FaR	2
Upplevelse av livstilsförändring	3
Egenvård	4
Problemformulering.....	5
SYFTE	5
METOD	5
Val av Metod.....	5
Urval	5
Genomförande	6
Dataanalys.....	7
Forskningsetiska överväganden.....	8
RESULTAT	9
Drivkraft till fysisk aktivitet.....	9
Upplevda utmaningar	11
DISKUSSION	12
Resultatdiskussion	12
Metoddiskussion	14
Slutsats.....	16
REFERENSER	17

BILAGA A-B

BAKGRUND

Historik

Enligt Folkhälsomyndigheten (2011) har fysisk aktivitet använts i behandling i över 3000 år och de första skriftliga bevisen härstammar från cirka 1000 f.Kr., då det beskrevs i de indiska Vedaböckerna och kinesiska skriften Kung Fu. Fysisk aktivitet är ett viktigt beteende för människan och det finns vetenskapliga bevis för att fysisk aktivitet främjar hälsa, förebygger sjukdom och förbättrar livskvaliteten (SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2007). Vikten av fysisk aktivitet för hälsan är därmed inte något nytt inom varken samhället eller vården. Redan under 1980-talet fanns isolerade initiativ i Sverige kring förskrivning av fysisk aktivitet. Dessa fick dock ingen större spridning (Folkhälsomyndigheten, 2011).

År 1999 togs beslutet att utforma en internetbaserad informationskälla om fysisk aktivitet, främst för personal verksam inom olika delar av sjukvården. Den fick namnet FYSS som står för fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet, 2011). Folkhälsoinstitutet fick därefter ett regeringsuppdrag att göra år 2001 till ett fysiskt aktivitetsår och satsningen fick namnet ”Sätt Sverige i rörelse 2001” (Folkhälsomyndigheten, 2011, s. 72). I samband med detta utvecklades fysisk aktivitet på recept som arbetsmetod (FaR) och började användas som en naturlig del av vården. Enligt Folkhälsomyndigheten (2011) saknas det dock tillräckligt med forskningsunderlag för beskrivning om hur den enskilde patienten uppfattar rådgivning för att främja fysisk aktivitet. Aspekter som för sjuksköterskan kan leda till svårigheter att lyckas motivera patienten i sin livsstilsförändring.

Fysisk aktivitet på recept

Människans kropp är byggd för fysisk aktivitet. Med begreppet fysisk aktivitet menas all kroppslig rörelse som produceras av skelettmuskler och resulterar i energiförbrukning, och Das och Horton (2012) menar därmed att allt utnyttjande av vår kapacitet till rörelse är träning. Fysisk aktivitet på recept är en arbetsmetod som kan användas av hälso- och sjukvården sedan år 2001 för att främja fysisk aktivitet. Detta är ett verktyg för legitimerad personal i såväl öppen som sluten vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2015). I en klinisk studie av Kallings, Leijon, Hellénus och Ståhle (2008) påvisas att FaR är en effektiv och praktisk metod för att öka den fysiska aktiviteten och kvaliteten i livet för patienter inom primärvården. Även Folkhälsomyndigheten (2011) anger att fysisk aktivitet på recept är som mest utbrett inom primärvården, och motivet till en ordination kan se olika ut. Ordinationen består av rådgivande samtal, skriftlig ordination och uppföljning (Folkhälsomyndigheten, 2011). Metoden riktar sig till personer som behöver öka eller ändra sin fysiska aktivitet ur hälsosynpunkt.

Rekommendationer

Enligt rekommendationerna som Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet (2011) tagit fram ska alla vuxna från 18 år och uppåt, vara fysiskt aktiva i sammanlagt minst 150 minuter i veckan. Intensiteten bör vara minst måttlig och ska ge en ökning av puls och andning. Shephard och Balady (1999) menar att ett stort antal faktorer påverkar utfallet av träningen, tre av dessa är frekvens, duration och intensitet.

Påverkan på kroppen

Träningens påverkan på kroppen ger multifaktoriella positiva effekter som är väl dokumenterade enligt SBU (2007). Gynnsam påverkan av fysisk aktivitet ses på bland annat blodfetter, blodtryck, fettdistribution, insulinkänslighet och hemostas. Fysisk aktivitet påverkar således såväl biologiska som fysiologiska system i kroppen samtidigt och det gemensamma utfallet är flertalet positiva hälsoeffekter för de som når den rekommenderade aktivitetsnivån enligt Shephard och Balady (1999).

Enligt Warburton, Nicol och Bredin (2006) ökar fysisk aktivitet energiförbrukningen samt sänker blodsockernivån och stabiliserar den. Blodflödet ökar och hjärtat pumpar effektivare samtidigt som nybildning av blodkärl stimuleras. Risken för hjärt- och kärlsjukdom halveras. Fysisk aktivitet har så stor betydelse för hälsan att Persson et al. (2013) menar att FaR är ett kostnadseffektivt komplement och ersättning för läkemedel. Kallings, Sierra Johnson, Fisher, Faire, Ståhle, Hemmingsson och Hellénus (2009) styrker detta i en randomiserad kontrollerad studie där kroppsvikt, nack-omfång, fettmassa, S-kolesterol och HbA1c sänktes signifikant mer i grupperna som fick FaR. I en klinisk studie av Kallings et al. (2008) påvisades ytterligare en betydande förbättring på allmän hälsostatus hos patienter efter ordinerad FaR. Den allmänna hälsostatusen mättes genom fysisk aktivitet, smärta, generell hälsa, vitalitet, social funktion, emotionell och mental status.

Ordination av FaR

Förskrivare

I Sverige är det legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som förskriver recept på fysisk aktivitet. Det finns dock ingen heltäckande statistik över de recept som förskrivs i Sverige, men enligt Kallings (2012) har antalet förskrivna recept tredubblats från 17 000 år 2007 till 49 000 år 2010.

Målgrupp för ordination

Folkhälsomyndigheten (2011) har listat 33 sjukdomstillstånd där det finns tillräckligt vetenskapligt underlag för att fysisk aktivitet ska kunna användas i prevention och behandling. Detta styrks ytterligare i en studie av Persson, Brorsson, Hansson, Troein och Strandberg (2013). Kallings et al. (2008) beskriver att de vanligaste diagnoserna där FaR ordinerar är smärta, övervikt samt rygg och nackproblem. Det finns multifaktoriella anledningar till att fysisk aktivitet är lämpligt att ordinera men målgruppen är de patienter som har, eller riskerar att få, ett sjukdomstillstånd där fysisk aktivitet har terapeutisk eller primär-/sekundär preventiv effekt (Dorhn & Ståhle, 2009). Patienter ur denna målgrupp kan enligt Folkhälsomyndigheten (2011) bli ordinerade fysisk aktivitet på recept om de bedöms klara av att utföra aktiviteten utanför sjukvårdens regi.

Hälso- och sjukvårdens roll

Hälso- och sjukvården har en viktig roll i de arbetsmetoder som utvecklats eftersom övrig sjukvårdspersonal enligt undersökningar har hög trovärdighet och patienter förväntar sig hälsovägledning vid besök (Folkhälsomyndigheten, 2011).

Dessutom bör hälso- och sjukvården i enlighet med Socialstyrelsens nya riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder erbjuda rådgivande samtal med tillägg av skriftlig ordination eller stegräknare och särskild uppföljning till personer med otillräcklig fysisk aktivitet (Socialstyrelsen, 2011a).

När personal inom hälso- och sjukvården ska utfärda en ordination på FaR är det enligt Folkhälsomyndigheten (2011) primärt att ta anamnes på hur aktiv personen är i nuläget. Detta för att kunna ordinera lämplig fysisk aktivitet och lägga den på en rimlig nivå. Nivån är den relativa intensiteten, det vill säga hur ansträngande personen själv upplever aktiviteten. Ordinationen ska vara specifik med klara och tydliga råd som personen får med sig hem i pappersexemplar. Den skriftliga ordinationen bör innehålla personens nuvarande aktivitetsnivå, anledning till ordination, målsättning, aktivitetsform, försiktighetsåtgärder, samtycke samt planerad uppföljning. Specifikation gällande dosering, frekvens, duration och intensitet ska anges när personen ska utföra aktiviteten självständigt. Inför den skriftliga ordinationen bör sjuksköterskan ha god kännedom om fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling och använda sig av samtalsteknik som stärker patientens motivation (Svensk sjuksköterskeförening, 2015). När specifika råd som dessa ges anser Börjesson och Dahlöf (2005) att det är viktigt att bedöma patientens individuella fysiska kapacitet. Konkreta råd om exempelvis vilken pulsnivå en viss intensitet motsvarar kan sannolikt öka följsamheten. Själva samtalet vid ordination av FaR är betydelsefullt vilket Folkhälsomyndigheten (2011) belyser. De menar att det är viktigt att utforska vad personen har för intressen och tidigare erfarenheter och därefter utgå från detta samt bygga samtalet på ett personcentrerat förhållningssätt.

Stödjande struktur

FaR ordinationen kan bestå av råd om aktivitet samt specifikation men kan även vara en helhetslösning med stödjande struktur från förskrivare, aktivitetsarrangör eller ledare. Den bör dock minst bestå av en grundaktivitet som kan bedrivas på egen hand, samt eventuellt ytterligare en organiserad aktivitet. Det kan vara aktiviteter som promenader, cykling, jogging, simning, skidåkning, men också vardagsaktiviteter som exempelvis trädgårdsarbete. Vid ordinerad organiserad gruppaktivitet ska patienten hänvisas till lämplig aktivitetsarrangör (Dohrn & Ståhle, 2009). Det finns friskvårdsaktörer som har speciellt utbildade ledare med kunskap om den fysiska aktivitetens betydelse för hälsan ur ett medicinskt perspektiv samt kännedom om metoden. När det gäller organiserad aktivitet kan även kommuner och patientorganisationer erbjuda lämpliga gruppaktiviteter. Aktiviteter som ordinerats på recept bedrivs utanför sjukvården vilket Romé, Persson, Ekdahl och Gard (2009) nämner i sin studie och påpekar även att eventuella kostnader inte ingår i högkostnadsskyddet för sjukvård. Flertalet aktörer erbjuder dock ett lägre pris för deltagare med recept (Dorhn & Ståhle, 2009).

Upplevelse av livstilsförändring

Enligt Folkhälsomyndigheten (2011) vill de flesta patienter ha råd om livsstil och tycker att vården ska kräva förändring av motions- och kostvanor när dessa har minst lika bra effekt som läkemedelsbehandling. Hur väl olika landsting och regioner lyckas möta befolkningens inställning till råd skiljer sig åt (Folkhälsomyndigheten, 2011). Kallings et al. (2008) beskriver livsstilsförändring genom FaR i sin kliniska studie där 35 procent av patienterna innan ordination rapporterade "väldigt låg motionsnivå", och sex månader senare var denna siffra endast 16 procent.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU, 2007) nämner hälso- och sjukvårdens ansvar i att arbeta med en livsstilsförändring. Det kan vara känsligt och svårt att diskutera om patientens levnadsvanor för sjuksköterskan och behandlande personal bör noga beakta de etiska och sociala aspekterna i samtalet. Att undanhålla information som kan vara till nytta för patienten strider mot godhetsprincipen. I Socialstyrelsen (2011b) beskrivs denna princip och innebär att hälso- och sjukvården bör göra gott och sträva efter att lindra personens besvär.

Personcentrerat förhållningssätt

Rogers (1945) utvecklade begreppet personcentrerat förhållningssätt inom psykologin redan på 1940-talet. Inom det hälsofrämjande arbetet med livsstilsförändring är patientcentrerat ett förhållningssätt i omvårdnaden och mötet med patienten. Nyare forskning av Vouri, Lavie och Blair (2013) visar att patienten dessutom måste känna lust och vara motiverad för att lyckas med sin livsstilsförändring. Prochaskas, DiClementes och Norcross (1992) motivationscirkel beskriver hur patienten kan befinna sig i olika stadier. Stadierna är omedveten, intresserad, beslutsam och aktivt arbete med att bibehålla en ny vana. En grund i omvårdnaden är att utgå från var patienten befinner sig. Folkhälsomyndigheten (2011) beskriver tre faktorer som visat sig vara viktiga att arbeta med vid en beteendeförändring till en mer fysiskt aktiv livsstil. De tre faktorerna är att individen ska ha tilltro till sin egen förmåga, att individen ska ha en egen målsättning för att öka sin fysiska aktivitet och att individen ska registrera sin fysiska aktivitet. Kallings (2009) betonar individens egen målsättning och beskriver att det kan handla om att kunna leka med barnbarn samt främja den allmänna hälsan och skjuta upp begränsningar som kommer med åldern.

Egenvård

Begreppet egenvård

Begreppet egenvård innebär att en person självständigt kan utföra en hälso- och sjukvårdsåtgärd (Socialstyrelsen, 2015). Detta styrks av Mills, Wand och Fraser (2015) som påstår att egenvård innefattar viljan att styra sitt eget vårdande och att vara delaktig i processen. Begreppet beskrivs även av Kirkevold (2000, s. 149-150) på följande sätt: ”aktiviteter som individen själv tar initiativ till och utför för sin egen skull i syfte att upprätthålla liv, hälsa och välbefinnande”. För en sammanfattad tolkning av begreppet egenvård är Orems teori lämpad, egenvård anses där vara målinriktade handlingar (Renpenning & Taylor, 2000). Denna teori användes för första gången år 1956 i hennes definition av vad omvårdnad är och bör vara och Orem påvisar att teorin är en förutsättning för att bevara hälsa och integritet. Förutsättningarna för egenvård är unika för individen och är grundstenar för kunskap som beskriver hur omvårdnaden bör ske (Renpenning & Taylor, 2000).

Egenvård vid FaR

Begreppet egenvård kopplat till FaR innebär att förskrivare av FaR bedömt att en person självständigt eller med hjälp av stödjande struktur kan utföra en hälso- och sjukvårdsåtgärd. Förskrivaren bär då ansvaret att enligt SFS patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) fullgöra sina arbetsuppgifter. Vidare ska även hälso- och sjukvården fastställa rutiner för samarbetet i samband med egenvård (Socialstyrelsen, 2015).

Problemformulering

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (SFS, 1982:763), stadgas i 2c § att all personal inom hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa. I enlighet med riktlinjer från Socialstyrelsen (2011a) ska sjukvården dessutom erbjuda tillägg av skriftlig ordination till alla personer med otillräcklig fysisk aktivitet. Även Svensk sjuksköterskeförening (2014) anser att sjuksköterskan ska främja insatser som tillgodoser sårbara befolkningsgruppers hälsa. Trots detta är FaR en underutnyttjad resurs menar Kallings (2012). Folkhälsomyndigheten (2011) belyser skillnader inom Sverige hur vården lyckats stötta en livsstilsförändring med FaR. Förklaring till detta kan vara avsaknad av underlag som belyser personers upplevelse av att få fysisk aktivitet på recept (Folkhälsomyndigheten, 2011). För att motivera patienten till fysisk aktivitet genom FaR bör sjuksköterskan enligt Dorhn och Ståhle (2009) kunna använda de redskap som finns, på rätt sätt. För att sjuksköterskan ska få bättre förståelse och således kunna stötta en livsstilsförändring och öka följsamheten inom FaR krävs kunskap inom ämnet. Därmed avser författarna till denna studie att undersöka personers upplevelse av att få fysisk aktivitet på recept.

SYFTE

Syftet med studien var att beskriva hur personer med behov av livsstilsförändring upplever att få fysisk aktivitet på recept ordinerat av sjuksköterska, läkare eller sjukgymnast.

METOD

Val av Metod

Författarna ansåg att kvalitativ metod utförd med semistrukturerade intervjuer var lämplig för att beskriva hur personer med behov av livsstilsförändring upplevde ordination av FaR. Enligt Henricson och Billhult (2012) avser kvalitativ design att studera personers upplevda erfarenheter av ett fenomen. Vidare menar Danielsson (2012a) att intervjuer är en lämplig datainsamlingsmetod då syftet är att få en beskrivning av en upplevd situation. Intervjuer ger även möjlighet att förstå deltagarnas erfarenheter genom att de med egna ord berättar om sin upplevelse av FaR. Kvale och Brinkman (2014) menar ytterligare att det är genom samtal som vi får kunskap av andra människors erfarenheter, känslor och attityder.

Den valda metod författarna utförde är en flexibel form av intervju med öppna frågor som formulerades i en intervjuguide. Detta innebar att det fanns möjlighet att under intervjuens gång göra förändringar vad gällde ordningsföljd och frågornas form (Kvale & Brinkmann, 2014). Den valda intervjuformen gav deltagarna ett avslappnat intryck och de kunde fritt tala om sin upplevelse kring FaR, såväl i personligt möte som via telefon.

Urval

Författarna gjorde ett ändamålsenligt urval och inkluderingskraven på undersökningsgruppen var män och kvinnor som erhållit fysisk aktivitet på recept. Receptet skulle vara förskrivet av antingen sjuksköterska, läkare eller sjukgymnast och vara ordinerat på grund av behov av livsstilsförändring. Diagnoserna fick gärna variera inom undersökningsgruppen då ett brett spektrum önskades för att få en så god variation om upplevelsen av FaR som möjligt.

Urvalsgrupp

De åtta deltagarna som intervjuades var män och kvinnor i åldrarna 25 till 66 år som var bosatta i två mellansvenska städer. Samtliga hade blivit ordinerade fysisk aktivitet på recept av antingen sjuksköterska, läkare eller sjukgymnast. När intervjuerna genomfördes var det mellan två och tolv månader sedan deltagarna fått FaR. Anledningarna till att deltagarna hade blivit ordinerade fysisk aktivitet varierade, diagnoserna var psykisk ohälsa, hjärtproblem, stroke, övervikt samt diabetes.

Genomförande

Inhämtning av tillstånd

Aktivitetsarrangörer som exempelvis gymanläggningar, dans och yogainstitut i två mellansvenska städer kontaktades för att rekrytera deltagare. Författarna sökte dessutom intresserade i privata hälso- och träningsgrupper på Facebook. I utskicket bifogades kontaktuppgifter till författarna som vid intresse och behov kunde kontaktas. Detta inkluderat med ett följebrev som innehöll en presentation av studien och inkluderingskrav, det framgick i följebrevet att deltagarnas medverkan var frivillig och att studien var konfidentiell (Bilaga A).

Intervjuguide

Intervjuguiden (Bilaga B) baserades på fem frågeområden som författarna ansåg besvara studiens syfte. Deltagarna gavs därmed utrymme att själva berätta om sina erfarenheter och upplevelser. Denna struktur brukades då frågorna därmed ej behövdes tas upp i samma ordning och författarna således kunde anpassa intervjun efter vilken information deltagarna delade med sig av. Vidare menar Danielsson (2012a) att öppna frågor med fördel kan ha följdfrågor då detta ökar möjligheten för intervjuaren att vid behov vägleda deltagaren i intervjun.

Pilotintervju

En pilotintervju genomfördes med en av deltagarna som uppfyllde urvalskriterierna. Genom pilotintervjun testade författarna frågorna i intervjuguiden så att den följaktigt besvarade syftet med studien. Vidare utvärderade författarna om den planerade tid för intervjun var hållbar och att ljudinspelningstekniken höll kvalitet. Trost (2005) belyser att om pilotintervjun besvarar syftet, kan den med fördel inkluderas i studien. Författarna valde därmed att medräkna pilotintervjun i resultatet. Efter pilotintervjun bedömde författarna att inga justeringar i frågorna var nödvändiga.

Intervjuer

Urvalet blev ett bekvämlighetsurval som enligt Trost (2005) innebär att författarna tar det som finns på lämpliga platser för studiens syfte. Författarna ansåg att intervju via telefon kunde vara ett alternativ om deltagaren av någon anledning inte kunde träffas för intervju. Sex av intervjuerna genomfördes via telefon. Åtta intresserade deltagare kontaktade författarna via elektronisk post efter att ha läst utskicket på sociala medier. Författarna valde att genomföra dessa intervjuer och ansåg att åtta deltagare, varav en blev pilotintervju, var ett lämpligt antal relaterat till den tidsbegränsning som förelåg.

Trost (2005) påtalar att ett fåtal intervjuer som är väl genomförda gör det möjligt att lägga ett stort fokus vid analysen av materialet. Intervjuerna varierade i tid mellan 20 – 60 minuter.

Deltagarna fick själva bestämma tid för intervjun samt plats om ett personligt möte skulle ske. Intervjuerna inleddes med muntligt samtycke samt godkännande om ljudupptagning. Samtalet fortsatte därefter med frågor (Bilaga B) kring ålder, utbildning, sysselsättning samt sjukdomstillstånd. Öppna frågor ställdes kring förväntningar om FaR, tidigare fysisk aktivitetsnivå, möjlighet att påverka förskrivningen samt hur det har gått att fullfölja receptet. Intervjun avslutades med frågor om positiva och negativa upplevelser om FaR samt hinder och möjligheter kring receptet. För att ge intervjupersonerna möjlighet att förklara eller fördjupa sig i en frågeställning ställdes följdfrågor som, ”på vilket sätt” och ”vad tror du det beror på”. Båda författarna var delaktiga vid samtliga intervjuer men valde att turas om att utföra dem. Enligt Trost (2005) ger det möjlighet till att stötta varandras eventuella brister. Den av författarna som inte utförde intervjun var aktiv lyssnare och säkerställde att intervjuguiden och samtliga frågor berördes. Med stöd från Kvale och Brinkmann (2014) användes ljudinspelning på författarnas telefoner för att diktera samtalen. Kvale och Brinkmann (2014) anser att intervjuare därmed kan fokusera på samtalet och att detaljer inte missas.

Dataanalys

Efter utförd intervju överfördes det inspelade materialet till en dator och raderades från mobiltelefonerna. Materialet transkriberades samma dag som intervjun genomfördes av den författare som aktivt lyssnat. Intervjuerna avidentifierades genom att numreras ett till åtta och placeras i en tabell. För att skapa en helhetsbild av materialet skrev författarna i enlighet med Danielsson (2012b) ner intervjun samtidigt som den avslussades.

Databearbetning

Enligt Danielsson (2012b) är en kvalitativ innehållsanalys lämplig vid undersökning av ett mindre antal intervjuer. Mot denna bakgrund valdes därmed detta analysätt och som metod för innehållsanalysen valdes en induktiv analysform. Denna metod innebär enligt Danielsson (2012b) att man utgår från innehållet i texten och lämpar sig då syftet var att beskriva deltagarnas upplevelser och erfarenheter. För att få en helhetsbild av materialet läste båda författarna igenom det transkriberade materialet ett flertal gånger. Danielsson (2012b) menar att det är nödvändigt för att kunna finna meningsenheter från intervjuerna som i sin tur ska besvara syftet med studien. Meningsenheterna bestod av ett antal ord eller stycken som markerades med färg och fördes in i en tabell (Tabell 1). Meningsenheterna reducerades sedan till kondenserade meningsenheter för att göra texten lättöverskådlig och väsentlig. Utifrån dessa diskuterade författarna tillsammans budskapen i enheterna och utfärdade sedan underkategorier som beskrev innehållet. Dessa grupperades i kategorier som svarade på syftet med studien. Danielsson (2012b) påtalar att det ger en djupare tolkning av intervjuerna. En kategori blev således en röd tråd som band samman underkategorier och svarade på hur personer upplever fysisk aktivitet på recept. Två kategorier fastställdes med sammanlagt sex underkategorier (Tabell 2). Exempel på tillvägagångssättet i analysprocessen presenteras i Tabell 1.

Tabell 1. Exempel på analysprocess.

Meningsenheter	Kondenserade meningsenheter	Underkategorier	Kategorier
Och nu har jag börjat prata om att få upp konditionen. Med spinning och så, som jag tyckt om förut. Men här, första månaderna har det varit ganska, ångesttoppar. Och då kan det vara väldigt ångestladdat att ta sig iväg till ett gruppass.	Pratar om att få upp konditionen med spinning osv. Men det har varit ångesttoppar första månaderna. Kan vara väldigt ångestladdat med gruppass.	Rädslor inför uppstart	Upplevda utmaningar
Blodet pumpar mycket bättre genom benen. Dom brukar vara blyklumpar, men när jag varit där och hållit igång då är det mycket bättre. På flera plan har det funkat mycket bra.	Bättre blodflöde när jag hållit igång.	Upplevda fysiska och psykiska förändringar	Drivkraft till fysisk aktivitet

Forskningsetiska överväganden

Informerat samtycke

Deltagarna fick skriftlig och muntlig information om studien och processen, vilket innefattade studiens syfte, metod, den förväntade nyttan samt hur insamlad data hanterades och användes i studien. Detta gav deltagarna den kunskap som enligt Helgesson (2015) var väsentlig för att kunna ge ett informerat samtycke. Deltagarna gav därefter sitt muntliga samtycke om att delta i studien.

Konfidentialitetskravet

Författarna har strävat efter att bevara personlig integritet och personuppgifter hos deltagarna, vilket Kjellström (2012) betonar som särskilt viktigt. Allt insamlat material har avidentifierats och behandlats konfidentiellt samt endast hanterats av studiens författare. Materialet förvarades på datorer med kodlås för att obehöriga inte skulle kunna ta del av det. Deltagarna fick information om hur konfidentialitet bevarades samt att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande utan att behöva ange några skäl för det. Författarna har redovisat all data som besvarat syftet och inte undanhållit eller förvanskat data som motsäger syftet för att passa studien bättre.

Nyttjandekravet

Uppgifter insamlade om deltagarna användes endast för studiens ändamål i enlighet med nyttjandekravet fastställt av Gustafsson, Hermerén och Petterson (2011). Det innebär att uppgifter om enskilda personer inte får användas eller utlånas för kommersiellt bruk eller andra icke- vetenskapliga syften.

RESULTAT

Studiens resultat presenteras i löpande text med två kategorier som innehåller totalt sex underkategorier med utgångspunkt från studiens syfte. De två kategorier som bildades innehöll underkategorier som representerade upplevelsen av fysisk aktivitet på recept. Kategorierna var drivkraft till fysisk aktivitet och upplevda utmaningar.

Tabell 2. Redovisning av underkategorier och kategorier.

Underkategorier	Kategorier
Stöd och eget ansvar Teoretiska och praktiska färdigheter Upplevda fysiska och psykiska förändringar	Drivkraft till fysisk aktivitet
Rädslor inför uppstart Brist på kunskap Betydelsen av kostnad och tillgänglighet	Upplevda utmaningar

Representativa citat har använts från samtliga deltagare för att stärka resultatet och dessa är kursiverade för att lätt kunna urskiljas. Utfyllnadsord samt uppenbara fel har uteslutits ur citaten då språkrådet (2008) anser att det kan påverka läsbarheten och förståelsen.

Drivkraft till fysisk aktivitet

Något som tidigt framkom ur intervjuerna var att samtliga deltagarna upplevde att de hade funnit en ny drivkraft till att inkludera fysisk aktivitet i sin vardag genom FaR. Hur denna drivkraft uppkom varierade och det var flera faktorer som bidrog.

Stöd och eget ansvar

Samtliga deltagare ansåg att det var viktigt med stöd från personal inom vården samt aktivitetsarrangörer för att finna drivkraft inför träning. Upplevelsen av möjligheten att få bra stöd som gav motivation varierade. Detta visade sig även då deltagarna beskrev olika upplevelser huruvida de fått tillräckligt stöd eller ej för att lyckas fullfölja sina aktiviteter. Ett fåtal av deltagarna upplevde stöd från hälsopedagoger, medan resterande kände stöd från den sjuksköterska, läkare eller sjukgymnast som ordinerat FaR. Bra stöd beskrevs som uppmuntrande samtal där råd gavs och motivationen stärktes. Det framkom blandade upplevelser över om hälso- och sjukvårdspersonalen hade den kunskapen som behövdes för att kunna ge adekvat bemötande. Samtliga deltagarna ansåg att det var särskilt viktigt att de blev bemötta med respekt och förståelse för deras speciella situation.

Jag har en hälsopedagog som jag kan bolla lite med också. Och hon har gett mig tips och så för att komma igång.

När bra stöd gavs främjades deltagarnas förtroenden och det gav drivkraft till att följa ordinationen. En deltagare beskrev att stöd vid uppstarten var särskilt viktigt för att finna drivkraft till träning.

Det var bra introduktion, det kändes tryggt. Jag tyckte det var väldigt bra.

Samtliga deltagare menade att de själva tog initiativ och ansvar för aktiviteterna och utförde de för sin egen hälsas skull. För att kunna förändra sin livsstil betonade deltagarna att det är individen själv som har det största ansvaret. Deltagarna hade efter FaR lärt sig att prioritera sig själva och inte komma med ursäkter och anledningar till att frångå träningen, till exempel arbete eller hemuppgifter.

Det är väl det jag ska försöka jobba med framöver. Att behålla träningen, och sätta tid för den och inte att det är det första jag prioriterar bort. För så var det innan. Men det handlar om att ändra vanor jag haft tidigare [...] jag vill ju få in en rutin.

En av deltagarna beskrev eget ansvar som en ny rutin i vardagen. Träningen kunde nu ske på helt egen hand.

Jag inköpte en motionscykel istället, som jag använder varje dag. Så nu gör jag det jag vill göra och känner att jag mår bra av.

Teoretiska och praktiska färdigheter

Deltagarna önskade kunskap om hur de skulle träna med sitt sjukdomstillstånd och hur de skulle lägga upp sin träning. Detta beskrevs bli en drivkraft till att fortsätta med sina ordinerade aktiviteter och anamma en fysisk aktiv livsstil. Samtliga deltagare var begränsade på olika sätt och behövde anpassa rörelser och aktiviteter de ville utföra. De ansåg att de före ordinationen av FaR haft brist på kunskap om hur de skulle utöva fysisk aktivitet. Samtliga deltagare betonade att information och kunskap medförde att de kunde utvecklas, när de erhöll den teoretiska och praktiska färdigheten blev de mer självständiga vilket gav de ytterligare motivation. Deltagarna upplevde att färdigheterna de fått genom FaR lett till att de utfört fysisk aktivitet på egen hand utanför ordinationen.

Jag har börjat komma igång själv i gymmet med styrketräning. Så jag blir mer och mer säker för varje gång.

Upplevda fysiska och psykiska förändringar

Upplevda fysiska förändringar var något samtliga deltagare ansåg vara den största drivkraften till att utföra de ordinerade aktiviteterna. Samtliga ansåg sig ha upplevt goda effekter av träningen som yttrade sig på olika sätt, detta var främst självupplevda fysiska förändringar. En starkare känsla i kroppen, ork att gå i trappor eller bära matkassar var något flera deltagare nämnde. Utöver de subjektiva upplevelserna påpekade deltagarna även de objektiva förändringar som FaR medfört. Dessa mättes av vårdpersonal och registrerades som blodtryck och vikt. FaR resulterade i så god effekt att medicinsk behandling inte längre var nödvändig.

Blodet pumpar bättre genom benen. De brukar vara blyklumpar, men när jag har varit där och hållit igång då är det bättre. På flera plan har det funkat bra.

Viktnedgång var en fysisk förändring som yttrade sig hos deltagarna.

Jag har kvar mina dåliga höfter men tack vare FaR har jag blivit starkare och friskare. FaR har hjälpt mig att gå ner 33kg.

Samtliga deltagare upplevde psykiska förändringar. De påtalade att träningen som FaR medförde inte bara påverkade en fysisk förändring, utan även en förändring på deras välbefinnande. Deltagarna påtalade att de kände sig såväl gladare och mer energifyllda i parallell med att träningen påverkade deras psykiska välmående på ett lugnande sätt. Deltagarna upplevde att aktiviteterna som FaR erbjöd fick de att prova nya aktiviteter, vilket i sin tur ledde till att deras självförtroende ökade och den upplevda hälsan förstärktes.

Jag är gladare, jag känner verkligen att jag landar. Och kommer ner i varv.

Upplevda utmaningar

Det framkom tre utmaningar i intervjuerna som beskrevs av flera deltagare och dessa ansågs åsamka svårigheter att genomföra de ordinerade aktiviteterna. Deltagarna upplevde rädsla eller obehag inför träningen vilket främst grundade sig i okunskap hos både individen själv men även hos personalen som de bemöttes av. Bristfällig stödjande struktur och höga kostnader samt långa avstånd till aktivitetsarrangörerna var ytterligare faktorer som deltagarna uppfattade som hinder.

Rädslor inför uppstart

Deltagarna upplevde osäkerhet inför den fysiska träningen och rädsla för att medverka på grupplass. De kände sig inte tillräckligt säkra inför den nya situationen, och utan tillräcklig information och stöttning ansåg de att aktiviteten blev ett ångestfyllt moment. Deltagarna kände rädsla över att ej veta vilka aktiviteter som skulle erbjudas då de ej hade kunskap om FaR sedan tidigare. Vidare beskrev de att de blev ängsliga över hur stor påverkan och valfrihet de skulle ha inför vald aktivitet. En deltagare nämnde att det även kunde vara flertalet personer som tränade på gymmet och detta förstärkte känslan av osäkerhet.

Första månaderna har det varit, ångesttoppar. Och då kan det vara väldigt ångestladdat att ta sig iväg till ett grupplass. [...] och så kanske jag inte känner mig helt hemma på gymmet, och det är massa människor runt omkring.

Brist på kunskap

En av utmaningarna deltagarna upplevde var brist på kunskap. Detta främst i uppstarten av FaR. Okunskap om träning var en av anledningarna till att deltagarna innan förskrivningen varit fysiskt inaktiva. Kunskapen deltagarna ansåg sig behöva var hur träningen skulle utföras samt hur teknisk utrustning och maskiner skulle användas.

[...] här var det mer som att få en tablett som någon säger, ta det här. Så vet jag inte vad det är för, eller vad det har för nytta. Men en tablett är ju lätt att ta. Men när det kommer till fysisk aktivitet, som jag bara får som en tablett. Att här, gör det här. Så har jag ingen aning om hur eller vad jag egentligen ska göra. Då blir det tvärstopp. Och då struntar jag istället i det.

Ett individanpassat bemötande för de som kommer med recept på FaR var önskvärt vilket var en genomgående åsikt i intervjuerna. Dessvärre var det inget som samtliga deltagarna upplevde från aktivitetsarrangörerna. Deltagarna upplevde att de inkluderades i den vanliga gruppträningen och därmed ej fick personcentrerad träning anpassad för sin diagnos.

Hon tipsar bara, hon är inte med i gymmet och hjälper till eller så att jag kommer igång. Liksom, hur ska jag göra. Och tar jag inte en PT timme med någon, så är det ju i grupp. Och komma igång själv, det vet jag inte hur jag ska klara.

Deltagarna ansåg att stöttning och kontinuerlig uppföljning av sjuksköterska, sjukgymnast eller läkare är välbehövligt vid ordination av FaR. Det framkom att förskrivarna av FaR ej besatt tillräcklig vetskap om vilka aktivitetsarrangörer som var tillgängliga och att deltagarna därmed själva fick leta upp förslag. Den genomgående upplevelsen i de fallen blev därmed att stödet var otillräckligt när den stödjande strukturen brast.

Deltagarna upplevde att de saknade den hjälp som var nödvändig för att komma igång med ordinationen. Vidare menade deltagarna att de upplevde det som att föreskrivaren endast skrev receptet och att det därefter var upp till deltagaren själva att få det att fungera.

Betydelsen av kostnad och tillgänglighet

Deltagarna nämnde att kostnaderna för de olika aktiviteterna blev en utmaning för att utföra det ordinerade receptet. De som var sjukskrivna ansåg att med en lägre inkomst uppkom svårigheter att prioritera kostnad för aktiviteterna. Deltagarna upplyste om att vissa aktiviteter föll under högkostnadskortet, men att de flesta var självbekostade. Det blev därmed ett val av anläggning beroende på dess avtal och kostnad, och aktiviteter valdes utefter kostnad än vad som bäst skulle gynnat deltagarna i längden.

Dem som har svårt med ekonomin och kanske inte kan köpa ett gymkort. Då kanske dem måste komma igång själva.

Deltagarna nämnde att de anläggningarna med enligt de bäst avtal inte alltid låg närmast hemmet. På följande vis blev det en utmaning för de då de menade att det är till en nackdel med för lång restid till anläggningen. Vidare påverkade det motivationen hos deltagarna och därmed följsamheten av FaR. Tillgängligheten var därmed betydande, och ett rimligt avstånd och att personen utan svårigheter kan ta sig till aktiviteten var önskvärt.

Sen försökte jag kika runt lite på anläggningar vilka som hade de bästa avtalen. Så, det är väl kanske något som inte alla gymanläggningar har. På vissa anläggningar är det ju reducerat pris, men det får betala själv.

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Deltagarna ansåg sig efter ordinationen vara mer aktiva än tidigare och de hade efter FaR lärt sig att prioritera sig själva och inte komma med ursäkter och anledningar till att frångå träningen. Ett liknande resultat presenterades i en studie av Kallings et al. (2008) då FaR möjliggjorde en livsstilsförändring på sex månader.

Författarna anser att detta kan förklaras av att FaR ger förutsättningar till att fysisk aktivitet inkluderas i vardagen. Personal inom vården samt aktivitetsarrangörer gav det stöd som behövdes för att ge drivkraft till träning. Teoretiska och praktiska färdigheter ger möjlighet till utveckling hos de som behöver förändra sin livsstil, det gör även att de kan bli mer självständiga. Enligt folkhälsomyndigheten (2011) vill de flesta patienter ha råd om livsstil vilket överensstämmer med deltagarnas åsikter i denna studie. Författarna kan konstatera att personal som arbetar med FaR bör ge rätt information för att öka kunskapen hos patienterna de möter. Detta är även i enlighet med de riktlinjer Socialstyrelsen (2011a) har utvecklat för hälso- och sjukvården. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (SFS, 1982:763), stadgas ytterligare i 2c § att all personal inom hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa. Personalen behöver således ha tillräcklig kunskap om FaR för att kunna ge råd till patienten om livsstil.

Författarna anser att samtalet vid ordination av FaR är betydelsefullt vilket även Folkhälsomyndigheten (2011) belyser. De beskriver att samtalet ska byggas på ett patientcentrerat förhållningssätt och främja motivationen genom att utforska vad personen har för intressen och tidigare erfarenheter. Resultatet visade att deltagarna hade olika förutsättningar för egenvård och de var unika för individen vilket Kirkevold (2000) menar kan bli grundstenar för hur omvårdnaden ska ske i bemötandet av dessa personer. Själva samtalet i ett omvårdnadsperspektiv vid ordination av FaR bör följaktligen ha stor prioritet även om det är en tidskrävande åtgärd. Studiens resultat visar att deltagarnas upplevelser av att stöd vid FaR varierade och skillnader fanns mellan olika vårdinstanser. Detta talar emot §2 i hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (SFS, 1982:763) där det beskrivs att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Författarna konstaterar att en gemensam riktlinje för hur vården ska bedrivas på vårdinstanserna kan göra att stödet för FaR förbättras.

Då samtliga deltagare ansåg att stödet var det primära för att få drivkraft inför träningen bör det vara något för vårdpersonal ska lägga fokus på. I Orems omvårdnadsteori är sjuksköterskans uppgift att stötta och undervisa patienten i dess egenvård (Renpenning & Taylor, 2000). I författarnas studie upplevde samtliga deltagare att ansvaret låg hos dem och att det var viktigt att de själva tog initiativ och utförde aktiviteterna för sin egen hälsas skull. Dessa upplevelser är något som kan förankras i Orems teori där detta beskrivs som egenvård som anses vara målinriktade handlingar (Renpenning & Taylor, 2000). Författarna kunde konstatera att egenvård var en förutsättning för att få drivkraft och på så sätt kunna förändra sin livsstil. Genom att få kunskap och råd upplevde flera deltagare i denna studie färdigheter som de inte haft förut. Författarna anser att detta kan ge ökad självsäkerhet och resulterar i att det blir enklare att anamma en aktiv livsstil. Enligt Folkhälsomyndigheten (2011) är tilltro på sin egen förmåga en av tre viktiga faktorer vid en livsstilsförändring. Den andra och tredje faktorn är att ha en egen målsättning och även reflektera över den. För deltagarna i författarnas studie var fysisk och psykisk förändring den största målsättningen. Återkopplingen från sjukvården var ett bra tillfälle för reflektion och i de fall där deltagarna inte längre behövde medicinsk behandling blev reflektionen tydlig. Detta styrks av tidigare fynd av Persson et al. (2013) som anser att FaR ger tillräcklig effekt för att vara ett komplement eller ersättning för läkemedel.

Samtliga deltagare ansåg sig ha upplevt goda effekter av träningen som yttrade sig på olika sätt, detta var främst självupplevda fysiska förändringar. Kallings et al. (2009) fann i en randomiserad kontrollerad studie att bland annat kroppsvikt sänktes signifikant mer i grupperna som fick FaR.

En gynnsam viktnedgång var något som även deltagare i författarnas studie nämnde. Å andra sidan var det inget som kontrollerades utan fokus låg på upplevda förändringar. Resultatet visade att deltagarna upplevde sig mer energifyllda och att träningen påverkade deras psykiska välmående på ett lugnande sätt. Kallings et al. (2008) fick i sin studie ett liknande resultat där FaR presenterades som en effektiv och praktisk metod för att öka kvalitén i livet för patienter inom primärvården.

Författarna kunde konstatera att det fanns en del utmaningar med FaR. Deltagarna ansåg att den som ordinerat FaR inte alltid hade tillräcklig vetskap om metoden samt vilka aktivitetsarrangörer som var tillgängliga. Detta hade betydelse för deltagarna då det på olika sätt försvårade genomförande av FaR. Enligt Dohrn och Ståhle (2009) ska patienten alltid hänvisas till lämplig aktivitetsarrangör om det är en organiserat gruppaktivitet som är ordinerad. Svensk sjuksköterskeförening (2015) hävdar dessutom att sjuksköterskan ska ha god kännedom om FaR inför den skriftliga ordinationen, en aspekt som således inte stämmer överens med resultatet av vår studie.

Rädsla och obehag inför träningen var upplevelser som deltagarna beskrev och ett anpassat bemötande för den som kommer till en aktivitetsarrangör med ett recept skulle kunna minska denna känsla. Enligt Dohrn och Ståhle (2009) finns det friskvårdsaktörer som har speciellt utbildade ledare med kunskap om den fysiska aktivitetens betydelse för hälsan ur ett medicinskt perspektiv samt kännedom om metoden och kan stötta patienter som ordinerats. Åsikterna hos deltagarna skiljde sig dock om hur detta uppfylldes.

Romé et al. (2009) tar i sin studie upp hur viktigt det är att FaR inte blir kostsamt för patienten. De menar på att alla ska ha lika förutsättningar oavsett livssituation och ha samma möjlighet till att följa ordinationen. Detta påtalade även deltagarna som resultat av denna studie där de benämnde svårigheter att utföra receptet på grund av kostnaderna. Det blev en utmaning för de som var sjukskrivna eller hade låg inkomst, därmed var lika förutsättningar och möjlighet att följa ordinationen inget som eftersträvades, vilket Romé et al. (2009) betonade som en viktig punkt för följsamheten. Enligt Dohrn och Ståhle (2009) erbjuder ett flertal aktörer ett lägre pris för personer med ordination på FaR, vilket stämde överens med vad deltagarna berättade i denna studie. Detta resulterade dock i att vissa av deltagarna valde aktivitet utefter kostnad, istället för vad som skulle passat bäst och gynnat dem i längden.

Metoddiskussion

Författarna ansåg att kvalitativ metod utförd med semistrukturerade intervjuer gav en bra beskrivning om hur personer med behov av livsstilsförändring upplevde ordination av FaR. Detta styrks av Henricson och Billhult (2012) som menar att kvalitativ design studerar personers upplevda erfarenheter av ett fenomen. Nackdelen med intervjustudie var att resultatet endast ger en mindre överblick av FaR. Det är dock tänkbart att en litteraturöversikt hade kunnat generera ett liknande resultat men dock med högre validitet då en större data granskas i en litteraturöversikt.

Författarna anser att bekvämlighetsurvalet av deltagare var till fördel för studiens resultat. Detta eftersom deltagarna som hörde av sig var intresserade av att bli intervjuade och hade erfarenheter och upplevelser av FaR som de ville dela med sig av. Författarna var nöjda med variationen av hälso- och sjukdomstillstånd i urvalsgruppen och enligt Danielsson (2012a) ger detta personer med olika bakgrund och erfarenheter.

Detta kan ses som en styrka för att få skilda beskrivningar av upplevelsen och detta kan öka trovärdigheten av resultatet.

Deltagarna fick själva välja tid och plats för intervjun och enligt Polit och Beck (2012) är det till fördel då mötet ska upplevas så bekvämt som möjligt. Samtliga deltagare hade blivit ordinerade fysisk aktivitet på recept av antingen sjuksköterska, läkare eller sjukgymnast. Vilken av yrkesgrupperna som förskrev receptet hade inte betydelse för resultatet av denna studie, detta presenterades därför inte mer utförligt. En pilotintervju genomfördes och detta kan förstärka tillförlitligheten enligt Kvale och Brinkmann (2014) då samtalstekniken förbättras hos den som intervjuar. Det bör påpekas att författarnas erfarenhet av att genomföra intervjuer var väldigt liten och kan ha påverkat resultatet. Författarna diskuterade om ett flertal pilotintervjuer kunde gett ytterligare möjlighet att utvecklas och bli säkra i rollen som intervjuare. Med mer erfarenhet hade möjligtvis genomförandet blivit bättre.

Inget bortfall skedde i urvalsgruppen vilket resulterade i åtta genomförda intervjuer. Detta ansågs vara ett lämpligt antal relaterat till den tidsbegränsning som förelåg. Trost (2005) menar att ett fåtal intervjuer som är väl genomförda gör det möjligt att lägga ett stort fokus vid analysen av materialet. Då sex av deltagarna inte hade möjlighet till personligt möte genomfördes dessa intervjuer via telefon. Telefonintervjuerna ansågs inte vara ett problem då det primära var att deltagarna fick uttrycka sina egna upplevelser och författarna inte ville göra en djupare bedömning av kroppsspråk. När intervjuerna genomfördes var det mellan två och tolv månader sedan deltagarna fått FaR. Detta ansågs ligga tillräckligt nära i tiden för att deltagarna skulle minnas upplevelsorna av att bli ordinerad fysisk aktivitet.

Intervjuerna formulerades i en intervjuguide och det fanns möjlighet att under intervjuens gång göra förändringar vad gällde ordningsföljd och frågornas form. Intervjuerna gav således stor frihet för både frågor och svar och deltagarna kunde tala fritt om sin upplevelse kring FaR. Detta upplevde författarna vara till fördel för studien då deltagarna gav utförliga svar som tydligt var kopplat till studiens syfte. För att ge intervjupersonerna möjlighet att förklara eller fördjupa sig i en frågeställning ställdes följdfrågor som, ”på vilket sätt” och ”vad tror du det beror på”. Denna metod upplevde författarna vara till hjälp under intervjun, särskilt vid de tillfällen deltagare gav korta svar. Polit och Beck (2012) menar att ljudupptagning är en fördel under intervju och samtliga intervjuer inleddes med muntligt samtycke samt godkännande om ljudupptagning. Författarna upplevde att möjligheten att lyssna på samtalet i efterhand gav en detaljerad transkribering och analysen av materialet blev säkrare. En nervositet hos de personer som intervjuades personligen märktes, denna släppte dock en stund in i samtalet och författarna ansåg därmed att det inte påverkade resultatet. Ingen nervositet upplevdes hos de deltagare som intervjuades på telefon. Författarna diskuterade om detta kunde vara relaterat till att en intervju vid ett personligt möte är mer psykisk påtaglig. Likaså påverkades intervjutiden beroende på om intervjuerna skedde via personligt möte eller telefon. De intervjuer som tog kortast tid var de som genomfördes via telefon. Samtliga intervjuer varade mellan 20-60 minuter och författarna hade svårigheter att påverka längden då samtliga deltagare gav utförliga svar på frågorna.

Efter samtliga intervjuer sågs en mättnad och författarna kunde se teman och kategorier i den transkriberade texten som svarade på syftet. Således ansågs antalet genomförda intervjuer vara tillräckligt då materialet besvarade syftet med studien.

Författarna anser att resultatet är pålitligt då de båda har medverkat eller lyssnat på samtliga intervjuer. Ytterligare valdes citat ut till resultatredovisningen från samtliga deltagare, för att säkerställa detta nummerades citaten efter deltagare. Dessa nummer togs sedan bort i den slutgiltiga versionen av studien för att göra materialet mer lättläst. Analysprocessen till denna studie utfördes under ungefär tre veckors tid, detta kan ha bidragit till att analyserna skedde så lika som möjligt. Tidsbegränsning som fanns för hela studien ansåg författarna kan ha påverkat resultatet. Antalet intervjuer begränsades dock för att säkerställa att fokus låg på analysprocessen. En utförlig beskrivning samt motivering av studiens tillvägagångssätt inkluderat urval, datainsamling och analys gjordes vilket Danielsson (2012b) menar stärker studiens överförbarhet. Under diskussionsavsnitten har författarna valt att lyfta fram studiens svagheter och styrkor vilket stärker trovärdigheten av resultatet enligt Danielsson (2012b). Danielsson (2012b) beskriver att syftet med en hög trovärdighet är att andra ska kunna ta forskningen vidare.

Slutsats

Personer med behov av livsstilsförändring upplevde att FaR bidrog till positiv förändring såväl fysiskt som psykiskt. Praktiska och teoretiska färdigheter bidrog sannolikt till att deltagarna själv tog initiativ och ansvar för aktiviteterna. Å andra sidan gjorde bristen på kunskap hos hälso- och sjukvårdspersonal att det stöd som var önskvärt inte kunde ges. Författarna kunde konstatera att en ökad kunskapsnivå hos de som föreskriver FaR kan bidra till bättre följsamhet. Uppföljning och stöd under ordinationen minskar den oro och rädsla som kan upplevas. Ytterligare stärker detta drivkraften som behövs för att utföra aktiviteterna på egen hand.

Fortsatta studier

Resultaten av denna studie har väckt nya frågor hos författarna. Deltagarna upplevde att FaR gav drivkraft till fysisk aktivitet. Bristen på kunskap hos hälso- och sjukvårdspersonal påverkade dock bemötandet och möjligheterna att ge personer det stöd som var önskvärt. Fortsatta kvalitativa studier om vilket slags stöd patienter som ordinerar FaR önskar vore lämpligt att genomföra. Detta kan öka följsamhet hos patienter och ge kunskap till sjukvården. Författarna anser även att studier gällande patienters upplevelse av FaR vore lämpligt att genomföra i större omfattning med exempelvis enkäter. Detta för att få ett resultat som är generaliserbart på en större grupp.

Materialet kan även vara till hjälp för utformning av patientinformation till de som ordinerar FaR. Det skulle ge stöd till patienten och förståelse för vilka drivkrafter och utmaningar de kan komma att möta.

Klinisk tillämpbarhet

Författarna anser att den föreliggande studien är klinisk tillämpbar. Studien syftar till att vända sig till hälso- och sjukvårdspersonal för att öka kunskapen om hur personer upplever föreskrivningen av FaR. Studiens resultat kan därmed ge ökad förståelse och medvetenhet för hälso- och sjukvårdspersonal som ordinerar FaR.

REFERENSER

- Börjesson, M., & Dahlöf, B. (2005). Fysisk aktivitet har en nyckelroll i hypertonibehandlingen. *Läkartidningen*. 102(3), 123-129. Hämtad från http://ww2.lakartidningen.se/old/content_0503/pdf/123_129.pdf
- Danielsson, E. (2012a) Kvalitativ forskningsintervju. I *Vetenskaplig teori och metod*. Henricsson, M., (Red.). Lund: Studentlitteratur
- Danielsson, E. (2012b) Kvalitativ innehållsanalys. I *Vetenskaplig teori och metod*. Henricsson, M., (Red.). Lund: Studentlitteratur
- Das, P., & Horton, R. (2012). Rethinking our approach to physical activity. *The Lancet*. 380(9838), 189-190. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61024-1
- Dohrn, I. M., & Ståhle, A. (2009). *FaR: Fysisk aktivitet på recept i Stockholms läns landsting*. Stockholm: Viss. Hämtad 27 Januari 2016 från <http://www.viss.nu/FaR/FaR-Fysisk-aktivitet-pa-recept-i-Stockholms-lans-landsting/>
- Folkhälsomyndigheten (2011). *Individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut. Hämtad från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12720/R-2011-30-FaR-individanpassad-skriftlig-ordination-av-fysisk-aktivitet.pdf>
- Gustafsson, B., Hermerén, G., & Petterson, B. (2011). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet
- Helgesson, G. (2015). *Forskningsetik*. Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I *Vetenskaplig teori och metod*. Henricson, M. (Red.). Lund: Studentlitteratur.
- Kallings, L.V. (2012). Fysisk aktivitet på recept – en underutnyttjad resurs. *Läkartidningen*. 109(51-52), 2348-2350. Hämtad från www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=19030
- Kallings, L.V., Leijon, M., Hellénus, M.L., & Ståhle, A. (2008). Physical activity on prescription in primary health care: a follow-up of physical activity level and quality of life. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*. 18(2), 154-161. doi: 10.1111/j.1600-0838.2007.00678.x
- Kallings, L.V., Sierra Johnson, J., Fisher, R.M., Faire, U.D., Ståhle, A., Hemmingsson, E., & Hellénus, M.L. (2009). Beneficial effects of individualized physical activity on prescription on body composition and cardiometabolic risk factors: results from a randomized controlled trial. *European Journal of Preventive Cardiology*. 16(1), 80-84. doi: 10.1097/HJR.0b013e32831e953a
- Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier: Analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.

- Kjellström, S. (2012) Forskningsetik. I *Vetenskaplig teori och metod*. Henricson, M., (Red.). Lund: Studentlitteratur
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Mills, J., Wand, T., & Fraser, J. (2015). On self-compassion and self-care in nursing: Selfish or essential for compassionate care. *Nurse Education Today*. 34(9), 1242-1245. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2013.07.011>
- Persson, G., Brorsson, A., Hansson, E., Troein, M., & Strandberg, E. L. (2013) Physical activity on prescription (PAP) from the general practitioner's perspective: A qualitative study. *BMC Family Practice*, 14(1), 128. doi: 10.1186/1471-2296-14-128
- Polit, D. F., & Beck C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9 th intern. ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Prochaska, J.O, DiClemente, C.C, & Norcross, J.C (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*. 47(9), 1102-1114.
- Renpenning, K.M., & Taylor, S.G. (Red.). (2000). *Self-care theory in nursing: selected papers of Dorothea Orem*. New York: Springer Publishing Company.
- Rogers, C.R (1945). Significant aspects of client-centred therapy. *American Psychologist*. 1, 415-422.
- Romé, Å., Persson, U., Ekdahl, C., & Gard, G. (2009) Physical activity on prescription (PAP): Costs and consequences of a randomized, controlled trial in primary healthcare. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 27(4), 216-222. doi: [10.3109/02813430903438734](https://doi.org/10.3109/02813430903438734)
- SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering (2007). *Metoder för att främja fysisk aktivitet: En systematisk litteraturoversikt* (SBU utvärderar. Gul rapport). Stockholm: SBU. Hämtad från http://www.sbu.se/upload/publikationer/content0/1/fysisk_aktivitet.pdf
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen.
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Riksdagen
- Shephard, R.J., & Balady, G.J. (1999). Exercise as Cardiovascular Therapy. *Circulation*. 99(7), 963-972. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61024-1
- Socialstyrelsen. (2011a). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011*. Hämtad 27 januari, 2016, från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18484/2011-11-11.pdf>
- Socialstyrelsen. (2011b). *Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling*. Hämtad 7 mars, 2016, från: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18390/2011-6-39.pdf>

Socialstyrelsen. (2015). *Egenvård*. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/aldre/aldreshalsa/egenvard>

Språkrådet (2008) *Svenska skrivregler*. Stockholm: Liber

Svensk sjuksköterskeförening (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad från http://www.swenurse.se/globalassets/01-ssf-jon-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2015). *Fysisk aktivitet*. Stockholm: SSF. Hämtad från <http://www.swenurse.se/levnadsvanor/fysisk-aktivitet/>

Trost, J. (2005). *Kvalitativa interjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Vouri, I., Lavie, C., & Blair, S. (2013) Physical Activity Promotion in the Health Care System. *Mayo Clinic Proceedings*, 88(12), 1446-1461. doi: [10.1016/j.mayocp.2013.08.020](https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2013.08.020)

Yrkesföreningar för fysisk aktivitet. (2011). *Rekommendationer för fysisk aktivitet*. Stockholm: YFF. Hämtad 27 januari, 2016, från <http://www.yfa.se/rekommendationer-for-fysisk-aktivitet/>

Warburton, D. E. R., Nicol, C. W., & Bredin, S. S. D. (2006). Health benefits of physical activity: the evidence. *Canadian Medical Association Journal*, 174(6), 801–809. doi: 10.1503/cmaj.051351

BILAGA A

Fysisk aktivitet på recept (FaR)

Vi heter Nicolina Svenfelt och Jacueline Nähl och är sjuksköterskestudenter vid Sophiahemmet Högskola, termin 5, som ska genomföra ett självständigt arbete omfattande 15 högskolepoäng. Studiens syfte är att beskriva upplevelsen av att bli ordinerade FaR av sjuksköterskan. Vi är därför intresserade av att få genomföra intervjuer med personer som fått ordination av fysisk aktivitet på recept av en sjuksköterska.

Eftersom intervjun ligger till grund för resultatet av denna studie, är Din medverkan av stor betydelse för studiens resultat.

Under intervjun så för vi anteckningar samt spelar in intervjun. Den inspelade intervjun samt data kommer att raderas efter studiens slut. Informationen vi tar del av kommer behandlas konfidentiellt och inga kopplingar till enskilda personer kommer att vara möjliga att göra. Ditt deltagande i denna intervju är naturligtvis frivilligt. Intervjun kan avbrytas och ditt medgivande till att vara med i denna studie kan dras tillbaka om så önskas.

Dina upplevelser av fysisk aktivitet på recept bidrar till ökad kunskap om hur sjuksköterskan kan motivera patienten till egenvård genom FaR.

Med vänlig hälsning

Sophiahemmet Högskola

Nicolina Svenfelt, student
070-xxxxxxx
xxxxxxx@stud.shh.se

Jacueline Nähl, student
070-xxxxxxx
xxxxxxx@stud.shh.se

Britten Jansson, handledare
xxxxxxxxxxx@sophiahemmethogskola.se
08-xxxxxx

Intervjuguide

Syftet med studien var att beskriva upplevelsen av att bli ordinerade FaR av sjuksköterskan

Allmänt

Hur gammal är du?

Pluggar/jobbar du?

Vad har du för sjukdomstillstånd?

Upplevelsen av FaR.

Vad var din första tanke när du fick veta att du skulle få fysisk aktivitet på recept?

Beskriv dina förväntningar inför FaR?

Vad var syftet med att du fick FaR? Stämde det överens med din egen uppfattning?

Vad var din uppfattning om fysisk aktivitet innan du fick FaR? Har den förändrats?

Var du fysiskt aktiv innan du fick föreskrivningen?

- Om inte, var tror du det berodde på?

Tydlighet

Var det tydligt från start vad FaR innebar?

- Tid, plats, typ av aktivitet?

Upplevde du att du hade möjlighet att påverka hur föreskrivningen såg ut?

- Om ja, på vilket sätt? Om nej, varför inte?

Följsamhet

Hur har det gått att fullfölja receptet?

Vilka faktorer har påverkat positivt på fullföljandet?

Fick du tillräckligt med stöd från vårdcentralen för att kunna följa ditt recept?

- Om ja, på vilket sätt? Om nej, varför inte?

Motivation

Vad har varit din drivkraft för att följa receptet?

Upplevde du något hinder för att fullfölja receptet?

- Om ja, vad för hinder?

Har din hälsa förändrats något efter att du fullföljt receptet?

- Om ja, på vilket sätt?

Upplever du att symtomen som du fick FaR för, har förändrats?

- Om ja, på vilket sätt?

Livsstilsförändring

Upplever du att du fått den färdighet och kunskap som kan hjälpa dig att anamma en fysisk aktiv livsstil?

- Om ja, på vilket sätt? Om nej, varför inte?

Har din totala aktivitetsnivå förändrats efter att du fick receptet?

- Om ja, på vilket sätt? Om nej, varför inte?

Har du något ytterligare du vill dela med dig av?