

# FYSISK AKTIVITET PÅ RECEPT

Hur sjuksköterskan kan arbeta för att öka följsamheten

FÖRFATTARE	Anna Söderberg
PROGRAM	Sjuksköterskeprogrammet, 120poäng/ Omvårdnad – Eget arbete VT 2007
OMFATTNING	10 p
HANDLEDARE	Lisa Donnerdal
EXAMINATOR	Lars-Eric Olsson

## Förord

Jag vill tacka min handledare Lisa Donnerdal för värdefullt stöd, hjälp och vägledning under arbetet med min C-uppsats. Jag vill också tacka Anders för all stöttning och support.

Anna

Titel:	Fysisk aktivitet på recept – Hur sjuksköterskan kan arbeta för att öka följsamheten
Title:	Exercise prescription – How the nurse can work to increase compliance
Arbetets art:	Eget arbete, fördjupningsnivå I
Program/kurs/kurskod/ Kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 120 poäng/Omvårdnad – Eget arbete VOM200/SPN7
Arbetets omfattning:	10 poäng
Sidantal:	21 sidor
Författare:	Anna Söderberg
Handledare:	Lisa Donnerdal
Examinator:	Lars-Eric Olsson

---

## SAMMANFATTNING

Fysisk aktivitet på recept har uppmärksammats mer och mer under senare år i Sverige. Hittills har man inte funnit ett sätt att implementera det på utan olika modeller har vuxit fram lokalt. Eftersom det är en relativt ny företeelse har man inte hunnit utvärdera i någon större utsträckning. För att få följsamhet till fysisk aktivitet på recept krävs att patienten har motivation och kunskap att genomföra det. Syftet med den här litteraturstudien var att undersöka hur fysisk aktivitet på recept fungerar och på vilket sätt jag som sjuksköterska kan använda mig av det för att patienten ska anta en aktivare livsstil i framtiden. Artiklarna söktes och hittades via databasen PubMed/Medline där sökorden var *nursing, exercise, prescription, education, motivation*, i olika kombinationer samt att två artiklar hittades på länkar från tidigare funnen artikel. Resultatet visade att det finns många faktorer som påverkar följsamheten till fysisk aktivitet. Det framkom att man internationellt med viss framgång provat olika beteende förändringsmodeller för att främja följsamheten till olika interventioner med fysisk aktivitet. Ju mer en patient får i form av rådgivning, uppmuntran, stöd och personlig kontakt desto högre blir följsamheten till en intervention, i alla fall på kort sikt. Att undervisa och informera patienten i samband med fysisk aktivitet kan med fördel göras enligt Jean Watsons sjunde karativa faktor där man utgår från att det ska finnas samspel mellan inläring och undervisning. Det krävs hög motivation och disciplin från patientens sida för att få en god följsamhet till en intervention. Det kan bli en verklig utmaning för sjuksköterskan framöver då ohälsan bland befolkningen stiger.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	1
Inledning	
Bakgrund till Fysisk aktivitet på recept – FaR	1
Hur FaR fungerar	2
Fysisk aktivitet	3
Förekomst	3
Följsamhet	4
Exempel från en vårdcentral i Göteborg	5
Patientundervisning	5
Motivation	6
Omvårdnadsteori	6
Modeller som kan användas vid förskrivning av fysisk aktivitet på recept	6
SYFTE	7
Frågeställningar	7
METOD	8
RESULTAT	9
Faktorer som påverkar följsamheten till fysisk aktivitet	9
Träning i hemmiljö	9
Tidigare erfarenhet av fysisk aktivitet	9
Intensivare intervention	9
Faktorer som påverkar följsamheten på ett negativt sätt	11
Sjuksköterskans erfarenhet av fysisk aktivitet hos äldre	11
Self Efficacy - Självtillit	12
Interventioner utifrån beteendeförändringsmodeller	13
DISKUSSION	16
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion	17
Konklusion	19
REFERENSER	20
BILAGA	
1 Artikelöversikt	
2 Transtheoretical Model och Reversal Theory	
3 Förslag på modell vid förskrivning av fysisk aktivitet på recept	

# INTRODUKTION

## Inledning

Att behandla sjukdomar utan att använda sig av läkemedel är ett tankesätt som börjar få ett större utrymme i dagens hälso- och sjukvård. Det finns fantastiska läkemedel framtagna idag för de flesta sjukdomar. Men även de mest framforskade och förfinade läkemedel har biverkningar. Visst vore det bra om man på något annat sätt kan förbättra sin sjukdom eller förebygga att den bryter ut över huvud taget? Eftersom jag själv tycker det är roligt att träna så tycker jag att ”träning som medicin” framstår som en fantastisk möjlighet att främja sin hälsa. Som sjuksköterska kommer jag att komma i kontakt med patienter som har utvecklat sjukdomar eller riskerar att utveckla sjukdomar genom ett alltför stillasittande och inaktivt liv, ibland i kombination med ett för högt energiintag. Jag tycker att fysisk aktivitet på recept verkar vara ett spännande koncept för att på ett enkelt sätt inspirera och motivera patienter att komma igång och ta tag i sina hälsoproblem med kunnig hjälp från hälso- och sjukvården. Jag vill med min C-uppsats ta reda på mer om hur fysisk aktivitet på recept fungerar och på vilket sätt jag som sjuksköterska kan använda mig av det för att patienten ska anta en aktivare livsstil i framtiden.

## Bakgrund till Fysisk aktivitet på Recept - FaR

I dagens samhälle finns alla möjliga sorters bekvämligheter som gör att vi kan leva ett väldigt annorlunda liv jämfört med våra förfäder. Vi behöver inte arbeta hela dagarna på åkern eller i skogen för att få ihop till mat för dagen. Vi behöver heller inte färdas långa sträckor till fots för att komma till skola eller arbetsplats. Barn behöver inte heller hjälpa till med slitsamt arbete utan kan ägna sig åt skolan och alltför ofta stillasittande fritidsaktiviteter. På gott och ont har vi fått ett fysiskt bekvämt liv. Den alltmer stillasittande livsstilen medför en ökad förekomst av välevnadssjukdomar såsom hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes typ två och fetma. Man beräknar att upp till 50% av jordens befolkning inte rör på sig tillräckligt. I Sverige visar studier en ökad förekomst av övervikt, minskad kondition och muskelstyrka hos yngre. Trots att vi äter vi mindre fett nu än för 20 år är fler överviktiga, vilket man förklarar med en generellt minskad fysisk aktivitet i befolkningen. Fysisk inaktivitet har nu blivit en stor medicinsk riskfaktor (1).

Fysisk aktivitet på recept, FaR, startades upp år 2001. På regeringens uppdrag utnämnde Folkhälsoinstitutet i samverkan med andra myndigheter och organisationer 2001 till ett fysiskt aktivitetsår. Projektet kallades ”Sätt Sverige i rörelse 2001”. Syftet var att inleda ett långsiktigt arbete för en beteendeförändring hos befolkningen (2). Det fanns ett behov av att hitta nya arbetssätt som inte bara behandlar sjukdom utan där man även kan arbeta förebyggande. Som en del i ”Sätt Sverige i rörelse 2001” initierade Statens folkhälsoinstitut ett nationellt pilotprojekt med syftet att utveckla och beskriva arbetsformer för att i förebyggande och behandlande syfte förskriva fysisk aktivitet på recept. Det har sedan dess arbetats fram ett flertal olika modeller. I arbetet med fysisk aktivitet utgår man från de lokala förutsättningarna som finns i närområdet runt den aktivitetsförskrivande enheten och därför finns det idag ingen färdig och självklar modell på marknaden. I pilotprojektet ingick fyra landsting, Halland, Kalmar, Norrbotten, Östergötland och en företagshälsovård i Stockholm. Dessa var uppdelade på totalt 13 förskrivande enheter såsom vårdcentraler och företagshälsovård. Personalen på de förskrivande enheterna fick en halvdags utbildning i samtalsmetodik och ”motiverande samtal” samt en halvdag om fysisk aktivitet (1). Som

hjälpmedel för förskrivare tog Statens Folkhälsoinstitut fram boken FYSS, vilken är en informationskälla som är framtagen för personal inom sjukvården. Denna bok beskriver i vilken utsträckning fysisk aktivitet kan användas för att förebygga och behandla olika sjukdomstillstånd. Den informerar om lämpliga motionsaktiviteter och även om risker med fysisk aktivitet för olika patientgrupper. FYSS finns även att läsa och ladda ner gratis från internet. Svenska experter inom olika medicinska specialiteter har skrivit kapitlen om de olika sjukdomarna och behandlingsformer för dessa. Yrkesföreningen för Fysisk Aktivitet står för innehållet och Statens Folkhälsoinstitut svarar för produktion och finansiering (1).

En av anledningarna till att man började med att skriva ner råd och tips om motion på en receptblankett är att man i flera studier har kommit fram till att ett skriftligt recept ger bättre effekt än muntliga råd. Det blir mer tyngd och allvar i att få ett recept än bara en förmaning om att motionera mera (1).

## **Hur FaR fungerar**

Innan en patient får ett recept på aktivitet görs en riskbedömning för att kunna anpassa aktiviteten efter patientens individuella förutsättningar. Förskrivaren tar reda på vilka aktiviteter patienten deltar i för tillfället, hur mycket patienten rör på sig, vad patienten kan tycka sig hinna med och eventuell tidigare fysisk aktivitet. Viktigt är att patienten börjar på en lagom nivå för att undvika misslyckande och bristande följsamhet. Man bör eftersträva långsiktiga lösningar då det är något som patienten antagligen behöver göra resten av livet. Receptet bör vara specifikt och ge klara och tydliga råd. Det ska innehålla typ av aktivitet, intensitet, längd och frekvens samt vilken effekt den kan förväntas ha på det specifika problemet som patienten har. Förskrivaren ska ange på receptet om speciella försiktighetsmått behöver iakttas. Efter diskussion och överenskommelse med patienten informeras patienten om var receptet kan lösas in. Receptets baksida används till att fylla i de aktiviteter och tillfällen som patienten genomför. Förskrivaren skriver därefter under receptet. En ny tid ska bokas in för återbesök och uppföljning av interventionen (1).

I FYSS finns exempel på hur träningen kan genomföras. Som modell finns en aktivitetspyramid som förskrivaren kan använda sig av vid förskrivningen av fysisk aktivitet. De aktiviteter som ska utföras ofta utgör basen på pyramiden. De skall helst utföras dagligen och kan till exempel bestå av promenader eller gå i trappor eller olika vardagsaktiviteter som exempelvis trädgårdsarbete. Aktiviteter i pyramid-basen är måttligt ansträngande och utgår ifrån att den aktive ska förbruka energi. Rekommendationerna är 30 minuters aktivitet som förbränner ca 150 kcal helst varje dag. För den som inte kan avvara en halvtimme åt gången nås samma effekt om aktiviteten delas upp över dagen i till exempelvis tio minuters aktivitet tre gånger/dag eller 15 minuters aktivitet två gånger/dag. Minimum är dock tio minuter åt gången. Mittendelen av pyramiden kräver lite mer ansträngning och består förslagsvis av aktiviteter såsom löpning, stavgång, cykling, simning, skidor, skridskor, bollsporter, gymnastik/aerobics eller rodd/kanot. Ansträngnings graden ligger där mellan måttlig till hög och bygger förutom på att förbruka energi på att träna upp en viss kondition. Den här typen av aktiviteter ska pågå 20-60 minuter, tre till fem dagar/vecka. Nästa steg, aktivitetstoppen på pyramiden, syftar till att bygga styrka genom att träningen mattar ut muskulaturen. Övningar kan till exempel vara olika former av styrketräning både med vikter och med den egna kroppen som belastning. Styrketräning rekommenderas två till tre dagar per vecka (1). Vid förskrivning av aktivitet är det vanligast att man börjar i botten på pyramiden för att sedan om patienten har behov, intresse, kapacitet och hälsotillstånd, eventuellt utöka aktiviteterna

genom att gå uppåt i pyramiden för att på så sätt förbättra konditionen och styrkan. I undantagsfall får patienten börja högre upp i pyramiden. Det kan gälla patienter med sjukdomar som gör att de behöver träna upp till exempel svag muskulatur innan de kan börja med aktiviteter i basen av pyramiden. För den motiverade och intresserade patienten finns en patientversion av FYSS som heter FYSS för alla på Apoteket. Den beskriver på ett ingående men lättförståeligt sätt hur man rör på sig för att må bättre och hur man kan träna för att förebygga och behandla sjukdomar med motion (1).

## **Fysisk aktivitet**

Det finns många definitioner på vad fysisk aktivitet egentligen är och Statens folkhälsoinstitut presenterar några på sin hemsida. Generellt sett innefattar fysisk aktivitet all form av aktivitet och kroppsrörelse som kommer av att skelettmuskulaturen kontraherar sig och som i sin tur leder till en ökad energiförbrukning. Dessa rörelser sker under såväl arbete som fritid. En hälsofrämjande fysisk aktivitet är en aktivitet som förbättrar hälsan och den fysiologiska kapaciteten utan att göra skada eller vara en risk för personen som utför den (3). Den största delen av energin gör vi av med när vi utför aktiviteter som inte har primärt med motion och träning att göra. Det kan till exempel vara ett fysiskt krävande arbete, promenad eller cykel till jobbet, hushålls- eller trädgårdsarbete (1).

För att få ut alla positiva effekter av fysisk aktivitet krävs det regelbundenhet i träningen. Effekterna av motion och fysisk aktivitet är en färskvara. Till en viss gräns blir effekterna också bättre ju mer aktiv man är (1). Den dagliga fysiska aktiviteten framstår därför som mest intressant. Fysisk aktivitet måste med andra ord bli en livsstil för att bli verksam. Direkt effekt på blodtryck, blodfettnivåer, stresshormonsvar varar generellt mindre än 48 timmar (4).

Men vi behöver inte träna som elitidrottare för att få effekt av fysisk aktivitet. Studier visar att även en måttlig mängd fysisk aktivitet kan ha en skyddande effekt. Den största effekten på folkhälsan skulle nås om de grupper som idag är helt stillasittande började röra på sig. Ökad fysisk aktivitet minskar risken för en för tidig död samt minskar risken att drabbas av en rad välevnadssjukdomar såsom diabetes typ två, övervikt, högt blodtryck, hjärtinfarkt, tjocktarmscancer och benskörhet. Fysisk aktivitet kan även leda till ökat psykiskt välbefinnande. Fysisk aktivitet kan även påverka patienter med kroniska sjukdomar på ett positivt sätt genom att livskvalitet och funktionsförmåga förbättras. Patienten kan uppleva minskad smärta och mindre symptom av sin sjukdom i vardagen (1). Upplevelse av minskad smärta tros ha många bakomliggande orsaker. Den vanligaste teorin är att fysisk aktivitet frisätter kroppsegna opiater som verkar smärtlindrande samt att aktiviteten i icke smärtledande sensoriska fibrer ökar. Motionen kan även fungera som distraktion och verka avledande på smärtan. Fysisk aktivitet kan också aktivera stresssystem och stressmekanismer som i sin tur kan inducera smärthämning. Patienter med kronisk smärta har ofta nedsatt kondition och är passiva eftersom de ständigt har ont. För att bryta den onda cirkeln bör aktiviteten öka gradvis och försiktigt. Den fysiska aktiviteten bör, som för alla andra friska och sjuka, vara regelbunden och kontinuerlig och bör pågå minst tio minuter varje gång (5).

## **Förekomst**

Eftersom receptförskrivningen på fysisk aktivitet är relativt ny finns endast ett fåtal utvärderingar gjorda (6). Ett koncept liknande FaR genomfördes redan 1988 i en studie i

Sollentuna. Projektet inleddes genom att erbjuda besökare på vårdcentralerna en frivillig riskfaktorundersökning. Patienter i riskzonen erbjöds därefter råd och behandling. Centrala delar i projektet var livsstilsintervention med mat- och motionsvanor, nikotinbruk och stress. Deltagarna erbjöds individuell rådgivning hos läkare eller sjuksköterska, föreläsningar, matlagningskurs hos dietist samt separata gruppbehandlingar för överviktiga, stressade typ A-individer och rökare. Läkare, sjuksköterskor och sjukgymnaster på vårdcentralerna i Sollentuna hade mandat att skriva remiss till speciellt anpassade motionsgrupper i Korpens regi. Totalt deltog 4600 personer (6).

Halland och Östergötland var två av de landsting som var med i starten av pilotprojektet med FaR som inleddes av Statens folkhälsoinstitut 2001. Vid starten ingick ett fåtal vårdcentraler för att några år senare ha utökats och inkludera de flesta vårdcentraler i alla kommuner. FaR gavs på olika nivåer, allt från skriftligt råd på en aktivitet som den enskilde utför själv till en helhetslösning där patienten fick hjälp med kontakt med en aktivitetsledare och gruppträning. Förutom läkare, sjuksköterskor och sjukgymnaster hade även legitimerade arbetsterapeuter förskrivningsrätt via utbildning. Recept på fysisk aktivitet skrevs ut som ett komplement eller som ersättning för läkemedel eller annan behandling (1).

I Halland utbildades mellan startåret 2001 och 2005 ca 770 personer i FaR. Man såg även här att skriftliga råd togs på större allvar och gav bättre följsamhet än muntliga. Under 2005 skrevs det ut 1402 recept i Halland. Den vanligaste orsaken till att patienten ordinerades fysisk aktivitet var problem i rörelseorganen och BMI över 25, högt blodtryck och diabetes. Den aktivitet som ordinerades mest var promenader följt av vattengymnastik, styrketräning, stavgång och motionsgymnastik. Medelåldern bland patienterna i Halland som ordinerats FaR var 55 år med en spridning från 12 till 92 år. Två tredjedelar av dem som fått ordinationen var kvinnor. I Östergötland sågs liknande siffror (1, 7, 8). Vidare ordinerades i Östergötland 3344 patienter FaR under 2004, vilket blev ett snitt på 90 ordinationer per vårdcentral. Ett mål på 260 ordinationer per år och vårdcentral planerades (8).

Internationellt bedrivs utvecklingsarbetet kring förskrivning av fysisk aktivitet på recept främst i Storbritannien och USA men också i Nya Zeeland, Kanada och Australien. Den svenska modellen har inspirerats främst av erfarenheter från Storbritannien (1).

I de nordiska länderna Norge, Danmark och Finland finns sedan i början av 2000-talet liknande koncept med receptförskrivning för motion. Här är det enbart läkare som får förskriva motion på recept till skillnad från Sverige (10).

## **Följsamhet**

Under år 2005 i Halland följdes endast 22% av utskrivna recept upp så effekterna och följsamheten är svåra att utvärdera. I Östergötland har noggrannare utvärderingar gjorts. Utvärderingen från år 2004 visar positiva siffror. Vid uppföljning efter tre månader var 74% fortfarande fysiskt aktiva i den ordinerade aktiviteten eller i någon annan aktivitet. Vid uppföljningen efter ett år var 70% fortfarande aktiva. Vanligaste orsakerna till avbrott var sjukdom och låg motivation. Vid uppföljningar angav drygt 50% av patienterna att de tyckte att deras symtom och allmänna hälsotillstånd blivit bättre tack vare ordinationen. Cirka en tredjedel tyckte allmänna hälsotillståndet var oförändrat, två procent uppgav försämring medan resten inte hade någon åsikt (7, 8). Resultaten bygger på patienternas egna utsagor vid telefonintervju, återbesök eller postenkät. Man tolkar det positivt men med en viss reservation



då det kan finnas en risk för att patienten ”vill ge rätt svar” och rapporterar att de är mer aktiva än vad de i verkligheten är (7, 8).

Under arbetet med pilotprojektet har det uppstått ett stort intresse runt om i Sverige. Många landsting, primärvårdsenheter och företagshälsovård har startat verksamheter. Den bästa effekten nås om FaR finns i den ordinarie verksamheten, något som projekten har visat tar lång tid att implementera (1).

## **Exempel från en vårdcentral i Göteborg**

Vid kontakt med ansvarig sjuksköterska för FaR på Svalebo vårdcentral i Högsbo i Göteborg fick jag veta att FaR är en relativt ny företeelse där. Här har man skrivit ut FaR sedan januari 2007. Det är läkarna som skriver ut recepten och den ansvarig sjuksköterska har hand om rådgivning och uppföljning. När en patient har fått ett recept får han/hon tänka igenom det hela i två veckor. Vid första uppföljningen med sjuksköterskan vid denna tidpunkt lägger sjuksköterskan tillsammans med patienten upp en planering för olika aktiviteter. Patienten får muntlig och skriftlig information. Därefter får patienten en träningsdagbok som han/hon ska notera sin träning i. Denna går patient och sjuksköterska sedan igenom vid uppföljningen tre månader senare. De patienter som så önskar har möjlighet till telefonkontakt med sjuksköterskan efter en månad. Hypertonipatienter träffar sjuksköterskan oftare för täta blodtryckskontroller. En aktivitetskatalog för västra Göteborg finns som innehåller en mängd olika aktiviteter för patienterna att välja på. Eftersom FaR vid skrivande stund bara pågått i några månader har inte någon utvärdering gjorts ännu, men den ansvariga sjuksköterskan på Svalebo tyckte att FaR har fått en positiv start (9).

## **Patientundervisning**

För att få patienterna medvetna om sin hälsosituation och vad de kan göra för att förbättra den krävs information och undervisning från hälso- och sjukvården. Det sker oftast genom patientundervisning. För att en patient ska kunna ändra ett beteende är kunskap nödvändig. Innan man börjar ge goda råd bör man ta reda på vilka kunskaper patienten har sedan tidigare. Informationen ska sedan ges utan att man blandar in egna värderingar, men den ska samtidigt påpeka vilka konsekvenser beteendet kan ge. Komplettera gärna den muntliga informationen med en skriftlig. Det har visserligen visat sig att kunskap inte alltid är den avgörande faktorn för att patienten ska ändra sitt beteende. Kunskap och attityder stämmer inte alltid överens med människors handlande. Således är det inte effektivt att bara informera och ”säga åt” patienten hur han/hon ska göra. Ett sådant arbetssätt utgår från att människor är rationella och logiska men ofta är det inte så enkelt. Ett arbetssätt som har visat goda resultat när det gäller att få patienten att ändra beteende är ett så kallat patientcentrerat förhållningssätt. Det betyder att sjuksköterskan och patienten utgår från patientens situation och diskuterar fram tillsammans vad som är bäst. Sjuksköterskan är lyhörd för patientens uppfattningar och värderingar kring sina levnadsvanor och sin hälsa. Även patientens subjektivt upplevda för- och nackdelar med sitt beteende vägs in. Målet för dessa samtal är att underlätta för patienten att ta ställning till sina levnadsvanor och förhoppningsvis arbeta upp en motivation att på sikt ändra sina levnadsvanor (11).

## **Motivation**

För att patienten ska ta åt sig information och genomföra en livsstilsförändring krävs att han/hon är motiverad att göra det. Motivation påverkar riktning, ihärdighet och grad av målorienterat beteende. Den kognitiva psykologin delar upp motivation i extern och intern. Extern motivation innebär att en uppgift utförs för att erhålla en extern belöning, till exempel beröm, eller för att undvika någon form av straff. Intern motivation betyder att man utför en aktivitet eller uppgift för dess egen skull på grund av att den är rolig, njutbar eller utmanande. Intern motivation betyder således att individen har en inre drivkraft för att utföra ett beteende. Enligt en kognitiv teori, kallad expectancy x value theory, bygger motivation till ett beteende på att förväntan att ett visst beteende kommer att leda till ett mål. Ju högre personen värdesätter målet desto större sannolikhet är det att handlandet blir av (12).

## **Omvårdnadsteori**

Jean Watson är i sin teori kritisk till hälso- och sjukvården som hon menar är främst inriktad på att diagnostisera och behandla sjukdom. Hon tycker att en verklig hälso- och sjukvård ska se till andra delar av patientens liv som inverkar på hälsan som till exempel livsstil och sociala förhållanden. Omvårdnadens syfte och mål ska vara att främja hälsa. Sjuksköterskan ska hjälpa och samarbeta med patienten med målet att han/hon själv ska utveckla kunskap, återvinna kontrollen över sin livssituation och fatta hälsofrämjande beslut. I Watsons omvårdnadsmodell befinner sig patienten i en situation där han/hon upplever stress till följd av förlust, förändringar i omgivningen eller på grund av sjukdom. I sådan situation blir patienten sårbar och löper risk att utveckla hälsoproblem. Då behöver patienten hjälp med att se och förstå situationen bättre, få ny kunskap, få hjälp med att överväga alternativa behandlingar och hjälp med att ta ansvar att fatta beslut. Sjuksköterskan kan identifiera möjligheter och assistera patienten till att välja det handlingsalternativ som är rätt för honom/henne. Den sjunde av Watsons tio verksamma faktorer går ut på att främja ett mellanmänskligt samspel med inläring och undervisning. Undervisningen utgår ifrån patientens upplevelse av sin situation. Sjuksköterskan hjälper patienten genom att ge neutral, icke-styrande rådgivning att få insikt om sin situation. Patienten får därmed möjlighet att återvinna kontrollen över sin situation och därmed chansen att välja hälsofrämjande beteenden. I omvårdnaden ges patienten en stor del av ansvaret att definiera sina egna behov, utföra egenvård och ta ansvar för sin egen utveckling när detta är möjligt (13).

## **Modeller som kan användas vid förskrivning av fysisk aktivitet på recept**

Internationellt har man arbetat med fysisk aktivitet på recept utifrån olika beteende förändringsmodeller som går ut på att man anpassar information och förslag på aktiviteter till patienten utifrån vilken motivationsnivå och sinnesstämning denne befinner sig på (14, 15). För närmare beskrivning av dessa modeller se bilaga 2.

## **SYFTE**

Syftet med denna studie är att undersöka hur sjuksköterskan kan verka för att öka följsamheten vid ordination av fysisk aktivitet på recept.

## **Frågeställningar**

- Vilka metoder kan användas för att implementera fysisk aktivitet på recept?
- Vilka faktorer påverkar följsamheten?
- Hur kan sjuksköterskan bidra till ökad följsamhet?

## METOD

Detta är en litteraturstudie. Artiklar söktes främst via databasen PubMed/Medline. Artiklarna som valdes är publicerade mellan 1998 och 2006. De flesta artiklarna gallrades bort redan vid genomläsning av titeln medan flera andra behövde en genomläsning av sammansfattningen. Eftersom det var svårt att veta exakt vilka kriterier som krävdes för en vetenskaplig artikel gjordes inga avgränsningar vad gäller peer-review vid sökningarna utan det har gjorts i efterhand. Artiklarna kunde då kopplas till att vara granskade artiklar i PubMed/Medline eller CINAHL (Research support, Non US Gov't och peer-review). De två artiklar som kommer från tidskriften Clinical Excellence for Nurse Practitioners fanns inte i sin helhet i databasen och fick därför beställas via biblioteket.

### Datasökning på PubMed/Medline:

2007-02-15, **sökord:** exercise prescription gav 91 träffar varav tre granskades och två valdes. (16, 17) **Limits:** english och "links to free full text".

2007-02-15, **sökord:** nursing exercise prescription gav 43 träffar varav tre granskades och två valdes (18, 19) **Limits:** english.

2007-02-15, **sökord:** nursing exercise gav 91 träffar varav två granskades och ingen valdes **Limits:** English och "links to free full text".

2007-04-04, **sökord:** exercise prescription education motivation gav 11 träffar varav två granskades och två valdes (14, 15) **Limits:** english

2007-04-04, **sökord:** related articles på källa 19 gav 153 träffar varav sex granskades, och tre valdes (20, 21, 22)

### Annan sökning:

Manuell sökning på datorn i Vård i Norden, en artikel granskades ingen valdes.

Sökning i referenser på SBU-rapport: Metoder för att främja fysisk aktivitet – En systematisk litteraturöversikt. Två artiklar granskades en valdes (23).

En artikel hittades och granskades i C-uppsatsen: Inställning till Fysisk aktivitet på recept hos en grupp legitimerad sjukvårdspersonal. Den valdes senare bort.

Artiklarna lästes i sin helhet och det som framstod som intressant i resultatdel och diskussionsdel ströks under med en överstrykningspenna. Det framstod ganska tidigt två olika kategorier. Den ena kategorin bestod av faktorer som påverkar följsamheten av fysisk aktivitet och den andra kategorin bestod av olika psykologiska beteendeförändringsmodeller som hade använts för att implementera vissa av de olika interventionerna. Resultatet delades därifrån upp i olika rubriker som sedan fylldes på allteftersom artiklarna gick igenom på nytt.

## RESULTAT

### Faktorer som påverkar följsamheten till fysisk aktivitet

#### Träning i hemmiljö

Träning i hemmiljö har fördelar med att det kan utföras när som helst under dagen och deltagarna behöver inte passa tider för någon gruppträning och heller inte transportera sig till någon träningsanläggning. Det kan spara tid för dem som har ett hektiskt schema. Detta träningsätt tycks främst passa bra för kvinnor (21). Störst följsamhet för träning visas vid aktiviteter med moderat intensitet, till exempel raska promenader, som med enkelhet kan bedrivas nära hemmet (22). Wilbur et al. (21) gjorde en undersökning på ett hembaserat promenadprogram för kvinnor för att mäta följsamheten. Följsamheten i promenadprogrammet mättes via en hjärtmonitor som deltagarna fick bära vid promenaderna. De fick också anteckna varje promenadsession i en dagbok. Hjärtmonitorn bars i ett bälte under bröstet och skickade signaler på hjärtats aktivitet till en monitor i en armbandsklocka som lagrade informationen vid varje promenad. Filerna överfördes varannan vecka till en dator. Följsamheten beräknades som procent av de förväntade fyra promenaderna per vecka, alltså 96 promenader sammanlagt under 24 veckor. Intensiteten skulle ligga på 50-74% av personens maxpuls. Efter 24 veckor låg följsamheten mellan 6% och 104%. Att det blev över 100% betydde att någon eller några av deltagaren hade genomfört fler promenader än de planerade 96. Den genomsnittliga följsamheten låg på 66,5%, vilket ansågs som bättre än genomsnittet även om det inte nådde upp till 75% som deltagarna i en annan studie några år tidigare uppnått (21).

#### Tidigare erfarenhet av fysisk aktivitet

Tidigare erfarenhet av fysisk aktivitet kan göra det lättare för en stillasittande person att komma igång att motionera med bra följsamhet (19). Om fysisk aktivitet varit viktigt för en person tidigare är det lättare att återigen få patienten att få upp intresset för att röra på sig (18). Med det som bakgrund fick Wilbur et al. (21) ett lite oväntat resultat i sin studie om följsamhet till ett hembaserat promenadprogram. De fann att om en person bedrivit fysisk aktivitet långt tillbaka i tiden så förutspådde det inte automatiskt att följsamheten till en intervention kommer att bli god. Däremot om den fysiska aktiviteten bedrivits närmare i tiden till interventionen är det en stark faktor för att följsamheten ska bli god. Anledningen kan vara att personer som varit aktiva långt bak i tiden och sedan blivit inaktiva kan ha orealistiskt höga förväntningar på sin förmåga när de börjar motionera igen. Besvikelsen över att inte klara lika mycket som förr kan öka risken för dålig följsamhet (21).

#### Intensivare intervention

Little et al. (22) antog inför sin studie att ju mer rådgivning och hjälp en patient får, desto mer lyckosam blir patienten i sin följsamhet till fysisk aktivitet. De kunde påvisa att den grupp som fick störst ökning i fysisk aktivitet och kondition var den grupp som fått recept och rådgivning. Enstaka interventioner med broschyrer eller enstaka rådgivning hade måttlig effekt. Vidare kom de fram till att personer som hade höga ambitioner vid starten inte

gynnades lika mycket av rådgivning och stöd som de som hade lägre ambitioner. Detta påvisades i studien genom att de med lägre ambitioner innan programmets start ökade sin ambition och sin fysiska aktivitet under den månad som programmet pågick, än de med högre ambitioner. Rådgivningen var baserad på psykologiska teorier som enligt tidigare forskning hade gett god effekt. Om förändringarna i fysisk aktivitet och kondition var lyckosamma kunde en sådan intervention vara kostnadseffektiv då man inte behövde spendera tid på rådgivning till de personer som redan har höga ambitioner och motivation vid starten av en intervention (22).

Även Harland et al. (23) kom fram till liknande slutsatser i sin studie. Alla grupper som fick någon form av intervention ökade på sin fysiska aktivitet jämfört med kontrollgruppen. Den största ökningen efter 12 veckor sågs i den grupp som blev erbjuden mest i form av flertalet motiverande samtal och gratiskuponger till lokala träningsanläggningar. Studien byggde på fyra olika grupper med deltagare där interventionerna varierade i intensitetsgrad. Alla 734 deltagarna genomgick hälsokontroll med blodtrycksmätning, vikt, längd, samt att ett flertal broschyrer med information om fördelar med fysisk aktivitet, rekommenderade aktivitetsnivåer och information om lokala träningsfaciliteter delades ut. Kontrollgruppen fick endast denna information. De övriga interventionsgrupperna fick dessutom ytterligare interventioner i olika kombinationer. Grupp ett och två blev erbjudna ett motiverande samtal två veckor efter start. Grupp två fick dessutom 30 gratiskuponger till simhallar, gym och träningsanläggningar i närområdet. Grupp tre och fyra blev erbjudna sex motiverande samtal under de första 12 veckorna av programmet. Grupp fyra fick dessutom 30 gratiskuponger till samma lokala träningsfaciliteter som grupp två. De motiverande samtalen genomfördes med en teknik som kallas motivational intervju. Motivational intervju är en teknik för att förmedla råd om beteendeförändring. Det bygger på att individen befinner sig på olika nivåer av förändringsbenägenhet. Man ger råd utifrån hur långt patienten har kommit i sin vilja att förändra sitt beteende. Vid uppföljningen efter 12 månader visade det sig att följsamheten var dålig och det framkom inte någon signifikant bibehållen förbättring av den fysiska aktiviteten i någon av de fyra grupperna såsom det visat sig efter 12 veckor (23).

Swinburn et al. (17) genomförde en studie för att ta reda på om följsamheten för fysisk aktivitet är bättre när patienten får intensivare intervention. Man såg efter sex veckor att antalet personer som deltog i någon form av fysisk aktivitet hade ökat samt att antalet personer som ökat på sin träning i minuter räknat hade också ökat signifikant mer i interventionsgruppen än i kontrollgruppen. Kontrollgrupp fick enbart muntliga instruktioner om fysisk aktivitet medan interventionsgruppen fick muntlig information, ett skriftligt recept och hjälp med att sätta upp mål med träningen. Deltagarna valdes ut av läkarna med inkluderingskriterierna att patienterna som deltog skulle ha nytta av en ökad fysisk aktivitet och att patienterna inte redan var tillräckligt fysiskt aktiva. Sammanlagt blev 491 patienter uttagna att delta i projektet som delades upp enligt följande: 239 patienter till interventionsgruppen och 252 patienter till kontrollgruppen. Programmet pågick under sex veckor. Vid uppföljningen efter sex veckor var bortfallet 35 personer. I de båda grupperna tillsammans ökade antalet fysiskt aktiva från 54% till 81% vilket motsvarade en ökning med 156 minuter under en tvåveckors period. En ökning av fysisk aktivitet från 36% till 68% i interventionsgruppen och från 40% till 57% i kontrollgruppen angav att anledningen till den ökade aktiviteten var att förbättra och/eller bibehålla hälsan. Den sista analysen var en retroaktiv självskattning huruvida deltagarna ändrat sin aktivitetsnivå de senaste två månaderna. Interventionsgruppen visade större ökning av fysisk aktivitet även om skillnaderna mot kontrollgruppen inte var så stora (17). Vid en uppföljning av 100 patienter i interventionsgruppen 11 månader senare visade det sig att 59% av patienterna bibehållit den

ökade aktivitetsnivån vilket måste ses som positivt då lång följsamhet brukar vara svår att nå (17).

Ytterligare en studie om olika intensiva interventioner gjorde Elley et al. (16) i Nya Zeeland. Där kunde man vid en uppföljningen efter 12 månader se att patienter i interventionsgruppen hade en ökad energiåtgång och en ökad fysisk aktivitet med 34 minuter i veckan jämfört med kontrollgruppen. Patienter som deltog i fysisk aktivitet med två och en halv timma i veckan hade ökat med 10% mer i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen. En självuppskattad hälsa, vitalitet och kroppsliga krämpor förbättrades signifikant i interventionsgruppen. I kontrollgruppen där 427 patienter ingick erbjöd man den vanliga vården medan interventionsgruppen på 451 patienter fick "green prescription" intervention. Patienterna kom från ett stort upptagningsområde som inkluderade patienter från olika socioekonomiska grupper. The "green prescription" intervention erbjöd deltagarna rådgivning och information om fysisk aktivitet samt hjälp med att sätta upp mål med sin träning som sedan skrevs ner på ett recept. Receptet faxades till en specialist inom fysisk aktivitet som sedan ringde patienten minst tre gånger under de första tre månaderna för att uppmuntra och motivera. Broschyrer och nyhetsbrev om fysisk aktivitet skickades till intresserade patienter. En trend till sänkt blodtryck syntes tydligt efter 12 månader men man kunde inte påvisa någon minskad risk för hjärt- och kärl sjukdom vid en undersökning fyra år senare (16).

## Faktorer som påverkar följsamheten på ett negativt sätt

Anledningar till dålig följsamhet kan vara många. Vissa personer har börjat för optimistiskt och tränat för mycket från början istället för att långsamt öka träningen. En del har satt orealistiska mål, och vissa har bristande kunskap vilket i slutändan har lett till skador och bristande motivation. Andra anledningar är brist på stöd och orealistiska förväntningar på viktning (15, 21). Personliga egenskaper direkt relaterade till dem som avbryter motionsprogram är brist på motivation, kroppsligt obehag och smärta vid träning samt rökning (15). Fler hinder för att följa ordinationer om fysisk aktivitet angavs vara dåligt väder, familjeansvar, brist på uppmuntran från familjen och säkerhetsaspekter, såsom kriminalitet och lösspringande hundar i området där man bodde. Tidsbrist på grund av jobb, skola, hemarbete, barn, och sociala åtagande är stora hinder/barriärer som hindrar främst kvinnor från att motionera (21). Hos en äldre person som aldrig tidigare varit fysiskt aktiv i sitt liv är det svårt att motivera dem att bli det på ålderns höst om (18).

## Sjuksköterskans erfarenhet av fysisk aktivitet hos äldre

För att undersöka sjuksköterskans syn på fysisk aktivitet bland äldre gjorde Devereaux et al. (18) en kvalitativ studie i fokusgruppformat. Två fokusgrupper med sex till sju sjuksköterskor i varje grupp med olika bakgrund genomfördes. Vid diskussionerna framkom att det vanligaste sättet att komma in på ämnet fysisk aktivitet var att fråga patienten om fritidsintressen, hobbies och hur patientens vardag såg ut. Eftersom äldre inte tog upp frågor om fysisk aktivitet själva var det upp till sjuksköterskan att fråga. De tyckte också att innan man börjar ge välmentade råd om fysisk aktivitet till den äldre patienten måste patientens fysiska status och förmåga utvärderas. Det är av värde att se hur patienten går och rör sig och hur patienten klarar av sina vardagliga aktiviteter. Hälsohistorian ansågs vara den viktigaste faktorn i utvärderingen av patientens hälsostatus. Om patienten framstod som svag och bräcklig var det ett större hinder för fysisk aktivitet än hög ålder (18). Det framstod som att

kvinnor tyckte att det var viktigare med fysisk aktivitet än män men när det väl kom till handling hade det inte samma prioritet för kvinnorna. Män var mer motståndare till förändring i sitt liv än kvinnor och de verkade mer bekväma med en liten övervikt. Alla sjuksköterskor i fokusgrupperna var överens om att en ytterst liten del av tiden med patienten gick till att diskutera och ge råd om fysisk aktivitet. Diskussion om sjukdomar, medicinering och biverkningar gick oftast före. De ansåg också att det tar längre tid att övertyga äldre patienter att fysisk aktivitet är bra för dem. Även bland äldre var den socioekonomiska statusen en viktig faktor när det gällde att få patienter att börja röra på sig. Det var svårare att få patienter med en låg socioekonomisk bakgrund att bli fysiskt aktiva än de som hade bättre ekonomi (18).

## **Self-efficacy – Självtillit**

I Schaal Fletcher et al. (19) litteraturstudie om self-efficacy och fysisk aktivitet framkom betydelsen av att ha självttillit i samband med fysisk aktivitet, det vill säga den övertygelse och tilltro en individ har att han/hon kan genomföra och bemästra en aktivitet. Forskning har påvisat att self-efficacy är viktigt när en individ ska genomföra livsstilförändringar, till exempel påbörja en mer fysiskt aktivt livsstil. För att en bra följsamhet till förskrivning av fysisk aktivitet på recept ska uppnås underlättar det om patienten har en hög nivå av self-efficacy. Upplevelsen av self-efficacy är väldigt specifik. En individ kan känna sig duktig och ha bra självförtroende inom ett område. Exempelvis kan han/hon vara väldigt kostmedveten. Samtidigt kan han/hon på ett annat område känna stort tillkortakommande vad gäller self-efficacy i att delta i regelbunden fysisk aktivitet. Self-efficacy influeras på detta område av fyra olika faktorer: tidigare deltagande i fysisk aktivitet, social modellering, social övertygelse/övertalning och tolkning/förklaring av fysiska symtom. Av dessa fyra faktorer verkar tidigare erfarenhet av fysisk aktivitet har störst betydelse för self-efficacy. Personer som har tidigare framgångsrika erfarenheter av träning är mer benägna att tro att de kan lyckas med att börja träna igen oavsett den nuvarande fysiska nivån. Personer som har låg tilltro till sin egen förmåga att börja träna undviker det oftast. De uppvisar större motstånd till att börja träna och kommer oftast med olika undanflykter och hinder för att komma igång (19).

Det verkar finnas möjlighet att påverka en persons self-efficacy genom att ge beröm och uppmuntra personens träningsinsatser (19). Positiv feedback till träningsinsatsen kan öka välmående och minska negativa känslor vilket generellt leder till ökad följsamhet. Även ett enda träningspass med positiv feedback kan öka self-efficacy särskilt hos dem som har låg tilltro till sig själva inledningsvis. Self-efficacy kan också öka vid deltagande i gruppträning. Vidare kan self-efficacy öka när man genomför aktiviteter man klarar av men tenderar att minska när en uppgift är övermäktig. Enligt sociala kognitiva teorin kan self-efficacy förbättras på fyra olika sätt: positiv erfarenhet genom upplevelse av bemästrande, social modellering, övertygelse och reducerande av negativa reaktioner. Positiv erfarenhet genom upplevelse av bemästrande exemplifieras i detta sammanhang genom en lyckosam start på ett test eller fysisk aktivitet vilket leder till snabb ökning av self-efficacy, särskilt om feedbacken om genomförandet är positiv. Det kan leda till att patienter får större benägenhet att börja ett träningsprogram när feedback om deras fysiska nivå övertygar dem om att de är i tillräckligt bra form för att klara av den rekommenderade träningen. För att bibehålla self-efficacy bör träningen vara upplagd så att det förstärker patientens tilltro till sin egen förmåga att klara av den. Därför bör recepten på fysisk aktivitet vara individualiserade och ligga på patientens nivå för att undvika negativa känslor vid träning (19). För patienter med låg self-efficacy bör



träningen börja på en lätt till moderat nivå och följas upp efter en till två veckor för att kontrollera att patienten har kommit igång och han/hon inte upplever några negativa effekter av träningen. Om allt fungerar bra kan man försiktigt öka på träningen efter hand. Patienter med lågt self-efficacy kan också ha nytta av att träna tillsammans med andra eller på träningsanläggningar där andra människor tränar. Där kan de lära sig genom social modellering. Det innebär att man lär sig hur man tränar genom att se hur andra tränar. Där kan man själv få feedback genom att jämföra sig med andra som tränar. Däremot bör personer med låg self-efficacy undvika att vara med i en gruppträning där de har svårt att hänga med eller framstår som sämst. En träningskompis som ligger på samma nivå som patienten själv kan vara ett bra stöd (19).

Social övertygelse kan ha god effekt på self-efficacy när det gäller fysisk aktivitet. Det gäller då framför allt för personer runt omkring patienten (läkare, träningskompisar, et cetera) att ge positiv feedback till patienten. Det kan till exempel bestå i att patienten får veta att denne ligger på en högre nivå av träning och har erhållit bättre resultat än förväntat. Läkare har en tendens att fokusera på mätvärden som har med den kroppsliga statusen att göra såsom vikt, BMI och kroppsfett, vilket inte alltid är bra ur ett pedagogiskt perspektiv. Anledningen är att kroppsliga värden ändras långsamt över en lång period. Därför är det bättre att fokusera på vad patienten känner såsom att styrkan och uthålligheten ökar, energin och humöret förbättras efter en period av träning (19).

I början kan det vara nödvändigt att se till att patienten, i hopp om att snabbare nå kroppsliga förbättringar, inte tränar mer än vad som är förskrivet (19, 21). Om patienten är ovan vid fysisk aktivitet är det lätt hänt att för hård träning i början kan leda till svår träningsvärk och utmattning och det är inte en bra start om man vill nå följsamhet. Receptet ska inkludera regelbunden uppföljning och uppdatering av träningsprogrammet allteftersom patientens förmåga ökar (19).

## **Interventioner utifrån beteendeförändringsmodeller**

Interventioner som är specifikt inriktade på den enskilda individens motivationsnivå framstår som effektiva när förändring av ett beteende ska genomföras (14). Naylor et al. (14) testade om interventioner med förskrivning av fysisk aktivitet inriktade enligt de olika stegen i TTM var effektivare än en vanlig intervention. Efter åtta veckor såg man att motivationen hade ökat för alla grupperna, även för kontrollgruppen. I studien använde man sig av fyra olika modeller som var uppdelade på en modell per mottagning. På mottagningen som tog hand om kontrollgruppen fortsatte man att förskriva och rådgiva patienter om fysisk aktivitet på samma sätt som tidigare. I de tre övriga grupperna fick deltagarna antingen träningsrådgivning och informationsmaterial utifrån den nivå de befann sig på enligt TTM, eller bara informationsmaterial utifrån sin nivå, eller bara träningsrådgivning. Informationsmaterialet var utformat olika beroende på vilken förändringsnivå patienten befann sig på. Broschyrer för de lägre nivåerna av motivation var framtagna i starka färger för att fånga deltagarnas intresse medan broschyrer för senare nivåer var mildare i färgerna. För att veta hur deltagarnas grad av aktivitet och attityder därtill förändrades under projektets gång fick de fylla i ett frågeformulär vid start, efter åtta veckor och efter 24 veckor. Formuläret innehöll bland annat frågor om deltagarnas aktivitetsnivå, självtillit och frågor som mätte vilken motivationsnivå för förändring individen befann sig på för tillfället. Man såg efter åtta veckor en signifikant skillnad i förändring av motivationsnivåerna hos deltagarna (14). En fjärdedel av deltagarna hade avancerat minst en nivå uppåt i sin motivation till träning, två tredjedelar låg kvar på

samma nivå medan en tiondel hade gått tillbaka en nivå. Efter 24 veckor hade det inte blivit någon ytterligare förbättring utan deltagarna låg kvar på ungefär samma nivå som efter 8 veckor. Det fanns inget samband mellan vilken interventionsgrupp deltagarna varit med i och avancemang i motivationsnivå. Konstigt nog hade de deltagare som ökat sin motivation minst ett steg samtidigt inte ökat på sin fysiska aktivitet. Motivationen att träna hade alltså ökat men inte aktivitetsmängden. Det framkom heller inga signifikanta skillnader i self-efficacy hos de vars motivation ökat. Författarna verkade förvånade över resultaten och citerade tidigare studier där en förändring i motivationsnivå också lett till en ökad fysisk aktivitet (14).

Shin et al. (20) undersökte om skraddarsydda interventioner enligt TTM ökade följsamheten för en grupp koreanska patienter med olika kroniska sjukdomar. Vid uppföljning var det signifikant fler patienter som hade ökat på sin motivationsnivå och fysiska nivå i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen. Studien byggde på ett program som heter PACE (The Physician Based Assessment and Counseling for Exercise) och var framtaget för att enklare kategorisera patienter i olika nivåer av villighet att anta en aktivare livsstil. Ett sådant test kan underlätta för läkare eller sjuksköterska att skraddarsydda och ge anpassad information. PACE tar reda på patientens nuvarande fysiska aktivitets nivå och placerar patienten på rätt nivå, i det här fallet använde man sig av tre av de fem nivåerna i TTM, förkontemplation, kontemplation och aktiv. För att testa modellen genomfördes en studie där patienterna fick information utifrån den nivå de befann sig. Interventionen utfördes på patienter med en kronisk sjukdom såsom hypertoni, icke-insulinberoende diabetiker, osteoporos, osteoartrit eller högt kolesterol. Man använde sig av en kontrollgrupp och en interventionsgrupp. Grupperna matchades på ålder och sjukdom. Interventionen varade i 12 veckor. Interventionsgruppen fick broschyrer som innehöll information om fördelar och vinster med fysisk aktivitet, stretching och särskilda tips om träning vid den sjukdom som patienten hade. Utöver det fick patienterna i interventionsgruppen information baserad på den nivån de tillhörde. Tre olika informationsprotokoll var framtagna för att matcha patientens motivationsnivå. För patientgruppen på nivån förkontemplaton fokuserade man informationen på att få fram de personliga förbättringar och vinster som fysisk aktivitet kunde medföra. För patienterna på nivån kontemplaton hjälpte man till att sätta upp mål med den fysiska aktiviteten, diskuterade sätt att komma över hinder som kan uppstå, tryckte på de positiva effekterna av fysisk aktivitet samt hjälpte patienterna att komma fram till vem som kunde vara ett stöd för dem vid deras träning. För patienterna på nivån aktiv gavs stöttning, beröm och tips om hur de kunde undvika återfall till ett inaktivt beteende. Interventionsgruppen fick under den 12-veckorsperiod som interventionen pågick tre personliga samtal på hälsokliniken och två eller tre telefonsamtal från kliniken. Vid alla tillfällena gick man igenom vilken aktivitetsnivå patienten befann sig på, feedback och uppmuntran gavs för att bibehålla den fysiska aktivitetsnivån. Kontrollgruppen besökte hälsokliniken för sin vanliga vård men fick inte någon information, personlig kontakt med personal eller nivåbaserad information angående fysisk aktivitet. Vid uppföljning var det signifikant fler patienter på nivån aktiv i interventionsgruppen än i kontrollgruppen. En större andel av patienterna i kontemplaton hade flyttat upp en nivå till aktiv i interventionsgruppen, 10 av 13 jämfört med tre av 12 i kontrollgruppen. När man jämförde nivån av self-efficacy fann man däremot ingen skillnad mellan de båda grupperna. Vid jämförelse av patienternas intention och planering att träna, var det större andel i interventionsgruppen som hade bestämt sig för att träna än i kontrollgruppen. Författarna ansåg studien lyckad och tyckte att skraddarsydda program framstod som mer effektiva än standardprogram som ska passa alla i och med att överflödigt information tas bort och informationen som kvarstår framstår som mer relevant och personlig (20).

Keele-Smith et al. (15) testade i sin studie huruvida reversal theory kan användas vid förskrivning av fysisk aktivitet. Reversal theory har tidigare använts med framgång för att analysera olika beteenden såsom spelberoende, rökning, viktfluktuationer och stress. I den här studien testade författarna om teorin går att effektivt överföra till individuellt skräddarsydda program i fysisk aktivitet. Man utgick från att motivation är en viktig faktor när man förutspår följsamheten hos motionerande individer. Motiven för fysisk aktivitet varierar från individ till individ och för att underlätta vid förskrivning av fysisk aktivitet kan det vara av värde för förskrivaren att veta vilken motivationsnivå patienten ligger på. Keele-Smith et al. (15) fick positiva resultat i sin studie där interventionsgruppen nådde större följsamhet och en liten förbättring i kroppsliga resultat jämfört med kontrollgruppen efter fem veckors intervention.

Studien ägde rum på ett universitet i sydvästra USA. Deltagarna var frivilliga studenter, lärare och andra anställda från skolan. Av de 149 deltagarna var 35 män och 114 var kvinnor. Kriterier för att få delta var att personen inte motionerade regelbundet för tillfället men ville komma igång och göra det. För att få ett mått på hur lyckosam studien varit mättes vikt och kroppsfett både före studiens början och vid studiens slut. Deltagarna blev slumpmässigt placerade i en kontrollgrupp eller en grupp med rådgivning och stöd enligt RT. Alla deltagarna började med att besvara ett frågeformulär kallat The Exercise Motivation Questionnaire (EMQ). Frågeformuläret som innehöll 55 frågor var utvecklat för att kategorisera individens motiv till att motionera. Utifrån det individualiserades förskrivningen av träningen till deltagarna. EMQ-frågeformuläret innehöll fyra undergrupper: Erfarenhet av träning, förebyggande av negativa känslor, planering och förbindelse, samt socialt stöd. Varje undergrupp var inriktad på olika sinnesstämmningar. Baserat på frågorna kunde man avgöra vilken träningstyp utifrån teorin deltagarna var. I studien hade man förslag på olika aktiviteter som skulle passa in på det tillståndet som individen befann sig i. Eftersom det är de så kallade telic-paratelic tillstånden och mastery-sympathy tillstånden som anses vara mest relevanta vid fysisk aktivitet så fokuserade man på de tillstånden när man genomförde EMQ och när det gällde att individualisera aktiviteter och hur man rådgjorde och uppmuntrade individer att tänka och handla. Vid ett så kallat telic tillstånd förespråkades en målinriktad planering av den fysiska aktiviteten, helst skriftligt för varje dag eller för varje vecka. Undervisning/rådgivning skulle fokusera på vilka fördelar och nytta fysisk aktivitet har såsom viktkontroll, minskad stress och vilka fördelar man kunde nå på lång sikt. Vid ett så kallat paratelic tillstånd ska man uppmuntra till fysisk aktivitet som individen verkligen tycker om och som kräver minimal planering och är lättillgänglig. Personen ska uppmuntras att hitta en träningspartner som kan vara ett pådrivande stöd vid träningen. Vid ett så kallat mastery tillstånd ska personen uppmuntras till deltagande i träning med tävlingsinslag. Där bör personen få hjälp att sätta realistiska förväntningar och få tips om aktiviteter där han/hon kan lyckas att nå framgång. Vid ett så kallat sympathy tillstånd ska personen uppmuntras i att delta i lagaktiviteter som inte är tävlingsinriktade. Uppmuntran till att hitta en träningspartner kan också vara av värde (15).

Deltagarna i den grupp som fick utbildning och rådgivning angående fysisk aktivitet erhöll utifrån resultatet på frågeformuläret ett individuellt skriftligt recept. Receptet innehöll förslag på aktiviteter, frekvens, och längd samt strategier för ökad följsamhet. Tillsammans med det skriftliga receptet och informationsbroschyren om fysisk aktivitet fick deltagarna varje vecka 30-45 minuters handledning för tips och hjälp till att följa receptet. Deltagarna fick också beskriva hur träningen fungerat och vilken slags träning de genomfört varje vecka. Deltagarna i kontrollgruppen hade en telefonkontakt per vecka där de fick svara på frågor hur träningen fungerat under veckan (15). Vid starten fick de samma broschyr som den andra gruppen men

de fick inget individuellt recept, inga uppföljningar och inga råd om hur de kunde förbättra sin träning. Vid utvärderingen av studien påvisades skillnader i följsamhet mellan grupperna. Fler personer i gruppen som fick recept och rådgivning tränade fortfarande regelbundet efter fem veckor. Det var en ökning med 10 personer i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen där det var en minskning med 8 personer. Det var en liten viktnedgång i båda grupperna. Personer i interventionsgruppen hade en liten minskning av kroppsfett medan det var en liten ökning i kontrollgruppen (15).

Forskarna vid denna studie var mycket nöjda med resultatet och tyckte att det påvisade att en sådan här implementering kan hjälpa personen att öka regelbundenheten och följsamheten till fysisk aktivitet. Resultat på EMQ-frågeformuläret kan förutspå följsamhet till fysisk aktivitet. En av styrkorna var att det endast var tre procent bortfall av de 149 deltagarna. Den största begränsningen var naturligtvis den korta studien, fem veckor, samt att deltagarna rapporterade träningsmängden själva (15).

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

Syftet med denna litteratur studie var att undersöka hur sjuksköterskan kan verka för att öka följsamheten vid ordination av fysisk aktivitet på recept.

Av artiklarna kom fyra från USA, tre från Storbritannien, två från Nya Zeeland och en från Sydkorea. Den ena studien från Nya Zeeland var publicerad i en amerikansk tidskrift och den andra i en brittisk tidskrift. Studien som var gjord i Korea var publicerad i en amerikansk tidskrift, där undersökningen byggde på ett program som var framtaget i USA. Artiklarna var publicerade mellan 1998 och 2006. Alla artiklarna var publicerade i kända och ansedda tidskrifter och höll enligt mitt tycke en generellt hög kvalitet.

Vid två av sökningarna valde jag att endast söka på gratis artiklar. Anledningen var att tiden var begränsad och det kan ta flera veckor att få hem artiklar som beställs via biblioteket. De artiklar som jag sedan beställde via biblioteket tog mer än tre veckor att få hem. I efterhand hade det naturligtvis varit bättre att inte begränsa sig. Flera av artiklarna kom dock upp vid flera av sökningarna så förhoppningsvis missade jag inte något på grund av det.

Alla artiklarna hittades i databasen Pubmed/Medline. Av dessa fanns åtta tillgängliga genom databasen och två fick beställas via biblioteket. Eftersom jag missförstod kriterierna för vetenskapliga artiklar fick jag granska alla artiklarna i efterhand. Då det var svårt att se i Pubmed/Medline om artiklarna var granskade dubbelkollade jag i CINAHL och fick där fram att flera av artiklarna verkligen var granskade. Resten av artiklarna hittades till slut som granskade på Pubmed/Medline.

Av artiklarna var åtta kvantitativa där man genomförde en intervention av något slag för att öka den fysiska aktiviteten hos deltagarna genom olika avancerade program som sedan utvärderades. En artikel var en litteraturgenomgång om self-efficacy och fysisk aktivitet. Self-efficacy nämns lite kort i flera av de andra studierna men eftersom det var lite svårt att få grepp om vad exakt det betydde, kändes denna artikel värdefull. En artikel var kvalitativ och baserad på fokusgrupper där sjuksköterskor diskuterade hur de såg på, och jobbade med att implementera fysisk aktivitet i sitt arbete med äldre patienter.

Resultatdelen i min studie grundas främst på artiklarnas resultatdel men även vissa slutsatser som författarna dragit i sin diskussionsdel som kan förklara varför resultatet blev som det blev har tagits med. I flera av artiklarna har forskarna arbetat med olika beteende förändrings modeller som också var beskrivna i artiklarna. Förklaringar och definitioner till modellerna har placerats i bilaga två eftersom de inte ingick i artiklarnas resultatdel. För att förstå vad studierna utgick ifrån kände jag att det var av värde att ha beskrivningarna med.

Jag har valt att behålla en del av de engelska uttrycken då det har varit svårt att hitta en bra svensk översättning. När det gäller self-efficacy har man i SBU:s rapport där jag fann en av artiklarna jämfört orden self-efficacy med ordet självtillit. Men man har även bibehållit ordet self-efficacy i texten. Jag har valt att kalla det self-efficacy här för jag tycker att begreppet har större innebörd än självtillit.

## Resultatdiskussion

Det som förvånade mest av det som framkom i artiklarna var att det verkade vara så svårt att få en hög följsamhet till de olika interventionerna som genomfördes. Det verkar inte bara vara jag som råkat få artiklar med dålig följsamhet. Även i de artiklar som valdes bort kunde man se en låg följsamhet. Nästan genomgående i artiklarna refererar man till tidigare studier vars följsamhet också varit dålig över tid. Flertalet nämnde att följsamheten hos en intervention oftast låg på cirka 50% efter ett halvår. Att få följsamhet på kortare sikt verkar lite lättare, men för att den fysiologiska effekten på hälsan ska vara gynnsam krävs regelbunden fysisk aktivitet oftast livet ut. När resultaten presenterades gjordes det ofta med mycket siffror i olika kategorier vilket ibland gjorde det svårt att se hur signifikanta skillnaderna mellan de olika interventionerna varit.

I flera av artiklarna framgår det att ju mer patienten får, det vill säga ju mer rådgivning, ju mer personlig kontakt och ju mer stimulans en patient får, desto högre blir följsamheten i alla fall på kort sikt. På lång sikt är följsamheten fortfarande låg oavsett intervention. Man kan då ifrågasätta om alla dessa extra interventioner är värda de resurser som används när så få av deltagarna fortsätter att regelbundet vara fysiskt aktiva efter avslutad intervention. Det var endast ett fåtal av studierna som hade inkluderat uppföljningar av följsamheten efter ett längre tidsperspektiv efter avslutad intervention, vilket var synd.

Är människan lat eller är det bara svårt att se sambandet mellan motion och bättre hälsa och minskad sjukdomsrisk. Eftersom det tar lång tid att märka de kroppsliga förbättringarna såsom viktnedgång, sänkt blodtryck och bättre kondition kanske det svårare att motivera sig när resultaten inte kommer direkt.

I flertalet av studierna var deltagarna överhängande kvinnor. Det verkade som att kvinnor i alla fall i teorin tycker att det är viktigare med fysisk aktivitet än vad män tyckte (18). I Devereaux Melillo et al. (18) studie ansåg sjuksköterskorna i fokusgruppstudien att kvinnor var mer intresserade av att motionera även om de i slutändan inte agerade på så sätt i verkligheten. Det var få artiklar som kommenterade om det var någon skillnad mellan män och kvinnor i följsamheten till ett motionsprogram.

I studien av Little et al. (22) bestod interventionen av flera olika delar. Man förskrev recept, gav utförlig undervisning om fysisk aktivitet och höll personlig kontakt med deltagarna. Resultatet framstår som lyckat men det är svårt att veta om det var en särskild del av

interventionen eller om det var helheten av alla delar som gav det positiva resultatet. Det var även svårt att veta vilken information som kontrollgruppen fick eftersom det endast angavs att de fick samma information som mottagningen använde sig av sedan tidigare vilket är svårt för en utomstående att värdera.

Keele-Smith et al. (15) genomförde en till synes lyckosam studie. Följsamheten ökade signifikant i interventionsgruppen och bortfallet var endast tre procent vilket motsvarade fyra personer. Det var en intressant studie såtillvida att man testade en helt ny teori som inte provats på fysisk aktivitet tidigare. Kanske kan det leda till nya intressanta studier framöver. Särskilt intressant framstår att man genom att analysera fram vilken personlighetstyp en person är så kan man sedan rekommendera olika aktiviteter. Studiens tillförlitlighet kan dock ifrågasättas då den endast pågick i fem veckor och ingen uppföljning efter ytterligare tid efter avslutandet av interventionen skedde. Deltagarna i interventionsgruppen fick mycket uppmärksamhet och stöttning under programmets gång, något som oftast inte är realistiskt för hälso- och sjukvården att bistå med. Dessutom var deltagarna relativt unga, friska och hade någons slags motivation eller önskan om att börja motionera eller motionera mer regelbundet. De patienter som ordinerar fysisk aktivitet på recept är ofta sjuka eller på väg att bli det och är i stort behov av följsamhet för att bibehålla eller förbättra sin hälsa.

Enligt Watson (13) är karativa faktorer de faktorer som sjuksköterskan använder sig av i omvårdnaden av en patient. Kurativa faktorer riktar in sig på att göra patienten frisk medan karativa faktorer är en omvårdnadsprocess som hjälper patienten att återfå eller behålla sin hälsa eller att dö en fridfull död. Beskrivningen av karativa faktorer framstår som relevanta då fysisk aktivitet kan hjälpa en patient att få bättre hälsa eller att behålla den hälsa som finns. Fysisk aktivitet kan oftast inte bota sjukdomar även om det kan göra livet lite bättre för den drabbade. Den sjunde av Watsons tio kurativa faktorer går ut på att främja ett mellanmänskligt samspel med inläring och undervisning mellan sjuksköterska och patient. När en patient får ett recept på fysisk aktivitet behöver denne oftast information om hur han/hon ska gå till väga. Det kan vara svårt för sjuksköterskan att veta exakt hur hon/han ska informera och undervisa patienten på bästa sätt. Enligt Watson är det en process som inkluderar både sjuksköterskan och patienten. Sjuksköterskan måste förstå patientens perspektiv och subjektiva upplevelse av sin hälsa innan hon/han ger information. Patientens lärande är inte alltid beroende av hur mycket kunskap och information eller hur många broschyrer sjuksköterskan kan presentera utan lärandet kommer fram i den relation som finns mellan patient och sjuksköterska. Lärandet är en tvåvägs interpersonell process mellan sjuksköterskan/läraren och den lärande patienten. För att patienten ska ta åt sig krävs att han/hon har utvecklat ett förtroende för sjuksköterskan. Förtroende bygger på överensstämmelse, empati, värme och en tillåtande atmosfär. Fokus på lärandet utesluter dock inte att ge praktisk information, använda visuella hjälpmedel eller andra hjälpmedel. Information är ett effektivt sätt att minska rädsla och stress vid osäkerhet inför exempelvis en behandling eller en operation.

Det kan vara en stressfull situation för en patient att få beskedet att hälsan inte är vad den borde vara, kanske är blodtrycket för högt eller så är risken att utveckla diabetes stor. Det är inte lätt för patienten att ta in ett sådant besked utan att uppleva en viss nivå av stress (13). I vissa fall kan stressen kanske leda till att patienten tar tag i sitt liv och initierar livsstilsförändringar, i andra fall kanske stressen blir övermäktig. Här kan sjuksköterskan vara ett stort stöd för patienten. Watson beskriver vikten av att patienten får korrekt information. Att ge korrekt information leder till att patienten får rätt förväntningar samt att det ökar förmågan att förutspå vad som kommer att hända och gör det lättare att acceptera och hantera

situationen. Det leder till att patienten känner större kontroll över sin situation. Sjuksköterskan kan hjälpa patienten att hitta alternativa lösningar när patienten befinner sig i en stressfull situation för att hjälpa patienten till ytterligare kontroll.

När sjuksköterskan ska ge råd inför fysisk aktivitet är det av stor vikt att ge korrekt information, vilket på sikt kan leda till ökad följsamhet. Enligt Keele-Smith et al. och Wilbur et al. (15, 21) kan orealistiska förväntningar på vilka resultat den fysiska aktiviteten kan ha leda till avbruten fysisk aktivitet. Schaal Fletcher et al. (19) säger att den kroppsliga förbättringen en patient kan få av att vara fysiskt aktiv tar lång tid att uppnå. Om patienten har det klart för sig vid början av en intervention kan det vara lättare att motivera sig att fortsätta även om vikten eller blodtrycket inte sjunkit så mycket eller så fort som man hoppats.

I Watsons sjunde karativa faktor finns en sju-steps modell för patientundervisning som bygger på att sjuksköterskan först tar reda på vilka problem patienten har och hur motiverad/villig han/hon är att göra något åt det. Sjuksköterskan som har kunskap och vet vilka tillgängliga alternativ det finns kan undervisa och informera patienten. Sist i modellen sker utvärdering och uppföljning av interventionen. Jag har försökt att göra en modell (se bilaga tre) som kan användas av sjuksköterskan vid implementering av fysisk aktivitet på recept utifrån Watsons teori och de två beteendeförändringsmodellerna, TTM och RT.

## **Konklusion**

Sjuksköterskan har en verklig utmaning framför sig när hon/han träffar en patient som fått recept på fysisk aktivitet. Sjuksköterskan bör utgå från vad patienten vet och vill. Patienten bör därefter få information om fördelar med att bli mer fysiskt aktiva och även om nackdelar med sitt nuvarande beteende. För att få patienten motiverad och mottaglig för den rådgivning och information som kan erbjudas kan sjuksköterskan informera utifrån vilken motivationsnivå patienten befinner sig på. Vid låg motivation krävs mer information om vilka fysiska vinster motion kan medföra. Vid högre motivation ges stöttning och tips på hur motivationen kan bibehållas och hinder överkommas. Att hjälpa patienten att sätta mål med den fysiska aktiviteten och erbjuda regelbundna uppföljningar kan öka följsamheten. Att ge patienten positiv feedback om sin fysiska förmåga att klara av aktiviteterna kan också öka följsamheten. Det finns utomstående faktorer som till exempel väder, ekonomi, skador och tidsbrist som patienten måste överkomma för att få in en regelbundenhet i sitt motionerande.

## **REFERENSER**

1. Yrkesföreningar för Fysisk aktivitet (YFA). FYSS - Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och behandling. Tillgänglig på: <http://www.svenskidrottsmedicin.se/fyss/fyssen.pdf>
2. Statens Folkhälsoinstitut. Erfarenheter av Fysisk aktivitet på recept – FaR. Tillgänglig 2007-03-14 på [http://www.fhi.se/templates/Page\\_\\_\\_\\_693.aspx?&MSHiC=65001&L=9&W=fyss+'&Pre=%3CFONT+STYLE%3D%22color%3A+%23000000%3B+background%2Dcolor%3A+%23FFFF00%22%3E&Post=%3C%2FFONT%3E](http://www.fhi.se/templates/Page____693.aspx?&MSHiC=65001&L=9&W=fyss+'&Pre=%3CFONT+STYLE%3D%22color%3A+%23000000%3B+background%2Dcolor%3A+%23FFFF00%22%3E&Post=%3C%2FFONT%3E)
3. Statens Folkhälsoinstitut. Definitioner för fysisk aktivitet. Tillgänglig 2007-03-14 på: [http://radaktor.fhi.se/templates/Page\\_\\_\\_\\_870.aspx](http://radaktor.fhi.se/templates/Page____870.aspx)
4. Perhamre S. Fysisk aktivitet som medicin. *Idrottsmedicin* 1999;(4):12-13.
5. Börjesson M, Karlsson J, Mannheimer C. Mindre ont med motion! *Läkartidningen*. 2001;98(15):1786-91.
6. Hellénus M-L, Arborelius E. Motion på recept kan hjälpa patienten ändra sina vanor. *Läkartidningen* 1999;96(30-31):3343-46.
7. Larbom, K. Verksamhetsbeskrivning av utvecklingsarbetet kring Fysisk aktivitet på Recept (FaR) 2005:2006-02-04. Region Halland.
8. Leijon M, Jacobson M. Fysisk aktivitet på recept – fungerar det? *Folhälsovetenskapligt centrum i Östergötland*. 2006:Mars.
9. Malm E. koordinator för FaR på Svalebo Vårdcentral. Mailkontakt 2007-03-27.
10. Kallings LV, Ståhle A. Motion på recept i de nordiska länderna. *Idrottsmedicin* 2005;(3):32-5.
11. Klang Söderkvist B. Patientundervisning. 1 uppl. Lund: Studentlitteratur AB; 2001.
12. Passer M W, Smith R E. *Psychology – The Science of Mind and Behaviour*. 2<sup>nd</sup> ed. USA: McGraw-Hill; 2004.
13. Watson J. *The philosophy and science of caring*. 2nd ed. USA: University Press of Colorado; 1985.
14. Naylor PJ, Simmonds G, Riddoch C, Velleman G, Turton P. Comparison of stage-matched and unmatched interventions to promote exercise behaviour in the primary care setting. *Health Educ Res* 1999;14(5):653-66.
15. Keele-Smith R, Leon T. Evaluation of Individually Tailored Interventions on Exercise. *West J Nurs Res* 2003;25(6):623-40.
16. Elley C R, Kerse N, Arroll B, Robinson E. Primary Care. Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2003;326(7393):793.



17. Swinburn B A, Walter L G, Arroll B, Tilyard A W, Russell D G. The Green Prescription Study: A randomized controlled trial of written exercise advice provided by general practitioners. *Am J Public Health* 1998;88(2):288-91.
18. Devereaux Melillo K, Crocker Houde S, Williamson E, Futrell M. Perceptions of Nurse Practitioners Regarding Their Role in Physical Activity an Exercise Prescription for Older Adults. *Clin Excell for Nurse Pract* 2000;4(2):108-16.
19. Schaal Fletcher J, Banasik JL. Exercise Self-Efficacy. *Clin Excell Nurse Pract* 2001;5(3):134-43.
20. Shin YH, Yun SK, Jang HJ, Lim JH. A Tailored program for the promotion of physical exercise among Korean adults with chronic disease. *Appl Nurs Res.* 2006;19(2):88-94
21. Wilbur J, Michaels Miller A, Chandler P, McDevitt J. Determinants of Physical Activity and Adherence to a 24-Week Home-Based Walking Program in African American and Caucasian Women. *Res Nurs Health* 2003;26(3):213-24.
22. Little P, Dorward M, Gralton S, Hammerton L, Pillinger J, White P, Moore M, Mc Kenna J, Payne S. A randomised controlled trial of three pragmatic approaches to initiate increased physical activity in sedentary patients with risk factors for cardiovascular disease. *Br J Gen Pract* 2004;54(500):189-95.
23. Harland J, White M, Drinkwater C, Chinn D, Farr L, Howel D. The Newcastle exercise project: a randomised controlled trial of methods to promote physical activity in primary care. *BMJ* 1999;319(7213):828-3

## BILAGA 1 - ARTIKELÖVERSIKT

- Ref nr: 14  
Titel: Comparison of stage-matched and unmatched interventions to promote exercise behaviour in the primary care setting  
Författare: Naylor P J, Simmonds G, Riddoch C, Velleman G, Turton P  
Tidskrift: Health Educ Res 1999;14(5):653-66.  
Land: Storbritannien  
Syfte: Att undersöka hur effektivt det är att rådgiva individer utifrån den motivationsnivå att förändra sitt beteende de befinner sig på  
Metod: Kvantitativ studie. Innan start genomförde alla deltagarna frågeformuläret PAR-Q (Physical Activity Readiness Questionnaire) för att hitta patientens motivationsnivå. Uppföljning skedde via postade enkäter efter åtta veckor och efter 24 veckor.  
Urval: Fyra allmänna läkarmottagningar med sammanlagt 294 deltagande patienter  
Publ år: 1999  
Antal ref: 46
- Ref nr: 15  
Titel: Evaluation of Individually Tailored Interventions on Exercise Adherence  
Författare: Keele-Smith R, Leon T  
Tidskrift: West J Nurs Res 2003;25(6):623-40.  
Land: USA  
Syfte: Att testa individuellt förskrivna recept på fysisk aktivitet baserade på reversal theory genom att mäta träningsregelbundenhet, vikt, kroppsfett och träningsmotivation för studenter, lärare och annan personal på ett universitet i sydvästra USA.  
Metod: Kvantitativ studie. Alla deltagarna fyllde i enkäten EMQ (The Exercise Motivatin Qustionnaire) samt en enkät om deras demografiska bakgrund innan start och efter programmets slut efter fem veckor. Vikt och kroppsfett mättes vid start och efter fem veckor.  
Urval: 149 frivilliga som ville komma igång och träna regelbundet.  
Publ år: 2003  
Antal ref: 28

Ref nr: 16  
Titel: Primary Care. Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomised controlled trial  
Författare: Elley C R, Kerse N, Arroll B, Robinson E  
Tidskrift: BMJ 2003;326(7393):793  
Land: Nya Zeeland/Storbritannien  
Syfte: Att undersöka huruvida skriftliga råd från läkare ökar den fysiska aktiviteten hos inaktiva patienter mer än enbart muntliga råd.  
Metod: Kvantitativ studie. Vid start och efter 12 månader mättes deltagarnas blodtryck där man beräknade risk för kardiovaskulär sjukdom. Energiåtgång och livskvalitet mättes genom en enkät från Auckland heart study.  
Urval: Fyrtiotvå kliniker på Nya Zeeland  
Publ år: 2003  
Antal ref: 24

Ref nr: 17  
Titel: The Green Prescription Study: A randomized controlled trial of written exercise advice provided by general practitioners  
Författare: Swinburn B A, Walter L G, Arroll B, Tilyard A W, Russell D G  
Tidskrift: Am J Public Health 1998;88(2):288-91.  
Land: Nya Zeeland/USA  
Syfte: Att undersöka huruvida skriftliga råd från läkare ökar den fysiska aktiviteten hos inaktiva patienter mer än enbart muntliga råd.  
Metod: Kvantitativ studie. Innan start blev patienterna intervjuade av sin läkare om sin nuvarande aktivitetsnivå enligt en standard enkät. Efter sex veckor genomfördes en telefonintervju av tränade intervjuare enligt samma enkät.  
Urval: 456 inaktiva patienter på två kliniker i Nya Zeeland  
Publ år: 1998  
Antal ref: 21

Ref nr: 18  
Titel: Perceptions of Nurse Practitioners Regarding Their Role in Physical Activity an Exercise Prescription for Older Adults  
Författare: Devereaux Melillo K, Crocker Houde S, Williamson E, Futrell M  
Tidskrift: Clin Excell for Nurse Pract 2000;4(2):108-16.  
Land: USA  
Syfte: Ta reda på uppfattningen bland sjuksköterskor vad deras roll är vid förskrivning av fysisk aktivitet för äldre  
Metod: Kvalitativ studie i form av fokusgrupper. Två sjuksköterske doktorander deltog, varav en ledde diskussionen och den andra observerade. Efteråt analyserades transcript av alla i forskningsteamet och kodades öppet mening för mening för att hitta kategorierna och meningen i dem.  
Urval: 13 sjuksköterskor inom olika specialiteter  
Publ år: 2000  
Antal ref: 17

Ref nr: 19  
Titel: Exercise Self-Efficacy  
Författare: Schaal Fletcher J, Banasik JL  
Tidskrift: Clin Excell Nurse Pract 2001;5(3):134-43.  
Land: USA  
Syfte: Ta reda på betydelsen av self-efficacy vid följsamheten vid fysisk aktivitet  
Metod: Litteraturgranskning  
Urval: 46 artiklar  
Publ år: 2001  
Antal ref: 46

Ref nr: 20  
Titel: A Tailored program for the promotion of physical exercise among Korean adults with chronic disease  
Författare: Shin YH, Yun SK, Jang HJ, Lim JH  
Tidskrift: Appl Nurs Res. 2007;19(2):88-94  
Land: Korea/USA  
Syfte: Utvärdera effekt av skräddarsydda interventionsprogram för att öka den fysiska aktiviteten hos Koreanska vuxna som har en kronisk sjukdom.  
Metod: Kvantitativ studie. För att ta reda på patientens nuvarande nivå av fysisk aktivitet eller intresset för att bli fysiskt aktiva användes PACE-enkät (Physician-based Assessment and Counseling for Exercise). Patienterna fick fylla i enkäten vid start och efter 12 veckor vid programmets slut.  
Urval: 41 frivilliga patienter med kronisk sjukdom som ville komma igång och träna regelbundet.  
Publ år: 2006  
Antal ref: 33

Ref nr: 21  
Titel: Determinants of Physical Activity and Adherence to a 24-Week Home-Based Walking Program in African American and Caucasian Women  
Författare: Wilbur J, Michaels Miller A, Chandler P, McDevitt J  
Tidskrift: Res Nurs Health 2003;26(3):213-24.  
Land: USA  
Syfte: Identifiera vilka faktorer i fysisk aktivitet bland svarta och vita kvinnor som kan förutspå följsamhet i ett 24 veckor långt hembaserat promenad program.  
Metod: Kvantitativ studie. Innan start mättes tidigare erfarenhet av fysisk aktivitet, influens av sociala roller, self-efficacy och motivation enligt olika tidigare framställda och validerade skalor och enkäter. För att mäta följsamheten till promenadprogrammet fick kvinnorna bära en hjärtmonitor som registrerade aktiviteten samt skriva aktivitetens dagbok.  
Urval: 153 kvinnor i åldern 45-65 med en fysisk inaktiv livsstil  
Publ år: 2003

Ref nr: 22  
Titel: A randomised controlled trial of three pragmatic approaches to initiate increased physical activity in sedentary patients with risk factors for cardiovascular disease  
Författare: Little P, Dorward M, Gralton S, Hammerton L, Pillinger J, White P, Moore M, Mc Kenna J, Payne S  
Tidskrift: Br J Gen Pract 2004;54(500):189-95.  
Land: Storbritannien  
Syfte: Att testa tre olika metoder för att öka den fysiska aktiviteten hos inaktiva patienter  
Metod: Kvantitativ studie. Data samlades in vid start och efter en månad. Deltagarna genomgick fysiska mätningar såsom längd, vikt, blodtryck, kolesterol mätningar genom blodprov, två fysiska tester samt att de fick fylla i enkät angående depression (HAD – Hospital Anxiety and Depression Questionnaire).  
Urval: 151 fysiskt inaktiva patienter med dokumenterad risk för kardiovaskulära sjukdomar  
Publ år: 2004  
Antal ref: 28

Ref nr: 23  
Titel: The Newcastle exercise project: a randomised controlled trial of methods to promote physical activity in primary care  
Författare: Harland J, White M, Drinkwater C, Chinn D, Farr L, Howel D  
Tidskrift: BMJ 1999;319(7213):828-32  
Land: Storbritannien  
Syfte: Utvärdera effekten av olika kombinationer av tre metoder för att främja fysisk aktivitet  
Metod: Kvantitativ studie. Patienter rekryterades från en allmän läkarmottagning. Utvärdering gjordes genom en strukturerad intervju och fysiska mätningar samt ett cykel-test vid start och efter 12 månader. Under interventionens gång, efter 12 veckor, fick deltagarna fylla i ett frågeformulär.  
Urval: 523 personer i åldern 40-64 år  
Publ år: 1999  
Antal ref: 27

## **BILAGA - 2**

### **Transtheoretical Model (TTM)**

Transtheoretical model är en teoribaserad beteendeförändringsmodell som går ut på att en individ kan befinna sig i olika stadier vad gäller benägenhet eller vilja att ändra ett beteende. Individen har i olika stadier en svagare eller starkare motivation till att göra en livsstilsförändring. Modellen består av fem olika steg. På det första, lägsta steget, förkontemplation, har individen ingen tanke eller motivation på att göra någon förändring över huvud taget. På det andra steget, kontemplation, har patienten börjat fundera på att kanske göra en förändring. På det tredje steget, förberedelse, börjar patienten göra små förändringar. På det fjärde steget, aktiv, har patienten gjort förändringarna och på det femte steget, upprätthållande, bibehåller patienten det nya beteendet. Modellen beskriver en dynamisk process där individen i olika steg går genom olika processer för att ta till sig ett nytt beteende (14).

### **Reversal Theory (RT)**

Reversal theory säger att människan rör sig mellan olika motsatta sinnesstämningar. Det finns fyra olika par av sinnesstämningar. Paret är varandras motsatser och det går bara att befinna sig i ett tillstånd per par åt gången. Det finns ingen direkt översättning till svenskan så de engelska namnen behålls här. De fyra tillstånden är telic och paratelic, mastery och sympathy, negativistic och conformist samt autic och alloic. En person som befinner sig i ett så kallat telic-tillstånd ser att målet är det primära och nöjet kommer från arbetet som görs för att nå målet liksom att nå själva målet. Personligheten tenderar att vara allvarlig och framtidsorienterad. En person som befinner sig i ett så kallat paratelic-tillstånd ser aktiviteten/arbetet som nöjet. Personligheten är lekfull, spontan och nutidsorienterad. En person som befinner sig i ett så kallat mastery-tillstånd ser sin situation som en kamp, ett test eller en tävling. De vill dominera eller kontrollera. En person som befinner sig i det motsatta tillståndet – så kallat sympathy ser sin situation genom samarbete, harmoni och försöker sörja för och fostra andra eller för att själv bli sörjd för. Den som befinner sig i ett så kallat autocentric-tillstånd känner att välbehag eller obehag kommer främst från vad som händer med en själv medan vid ett så kallat allocentric-tillstånd kommer välbehag och obehag främst genom vad som händer andra. Vid ett så kallat negativistic-tillstånd kommer välbehag från behovet att göra motstånd mot regler och konventioner. I det här tillståndet är ilska vanligt. Vid det motsatta, ett så kallat conformist-tillstånd kommer välbehag från att följa regler och konventioner. I det här stadiet finns ingen önskan att göra motstånd eller rebellera (15).

## BILAGA 3 - MODELL

### FÖRSLAG TILL MODELL VID FYSISK AKTIVITET PÅ RECEPT MED INSPIRATION FRÅN JEAN WATSONS OMVÅRDNADSTEORI

#### 1. Förskrivning av fysisk aktivitet på recept

#### 2. PATIENTMÖTE

Vad vet/kan/vill patienten. I Watsons sjunde karativa faktor finns en lista med sju steg som patientundervisning kan följa. Jag inkluderar här exempel hur det kan användas vid fysisk aktivitet på recept. **1. Scanning:** Här kommer problem eller mål fram som är viktiga för patienten. Patienten kan till exempel ha blivit förskriven FaR på grund av övervikt, högt blodtryck, ökad risk för kardiovaskulära sjukdomar, risk för diabetes och så vidare och kommer här till sjuksköterskan för att få hjälp att komma igång. **2. Formulating:** Sjuksköterskan och patienten undersöker och försöker sätta namn på problemet samt vilken signifikans problemet har. Viktigt med feedback från både patienten och sjuksköterskan så att det verkliga problemet kommer fram. Här kommer det fram om patienten verkligen är redo att ta till sig en livsstilsförändring. **3. Appraising:** Utvärdering av problemet för att ta reda på om det är viktigt nog för patienten att arbeta vidare på. Tillgängliga alternativ presenteras här av sjuksköterskan för att hjälpa patienten att utveckla en vilja att lösa problemet. **4. Developing a willingness to problem solve:** Om det inte finns någon vilja från patientens sida att göra någon förändring (förkontemplation) måste arbetet riktas mot att utveckla någon form av beredvillighet och åtagande av patienten. Det gör sjuksköterskan genom empati och förståelse och överensstämelse med patienten. Här får sjuksköterskan informera patienten om vilka hälsomässiga vinster fysisk aktivitet kan medföra. Om inte patienten är villig att göra några förändringar är det ingen mening att planera några aktiviteter. Det är då bättre att patienten får tänka på saken några veckor och sedan återkomma. Kanske höjs motivationsnivån när patienten får ta åt sig och bearbeta informationen själv ett tag. **5. Planning:** Planering hur problemet ska lösas, vilka strategier och tekniker man kan använda. Sjuksköterskan kan föreslå olika sätt och har kunskap om olika tillgängliga alternativ. Här kan sjuksköterskan använda sig av de olika motivationsnivåerna i TTM för att informera på rätt nivå samt använda sig av RT för att föreslå lämpliga aktiviteter enligt patientens sinnesstämningar. Oftast finns det mängder av aktiviteter sammanställda. **6. Implementing:** Undervisning och planering. Här kan sjuksköterskan tillsammans med patienten lägga upp en strategi för implementering av fysisk aktivitet. Det kan röra sig om mål med träning och träningens intensitet och frekvens. Här bokas också in när uppföljning ska ske. **7. Evaluating:** Utvärdering och uppföljning av hur patienten lyckats med sitt mål. I det här fallet en ökad fysisk aktivitet för att främja hälsan. Uppföljning kan inkludera kroppsliga mätningar såsom blodtryck, vikt, BMI, samt mer upplevelsemässiga faktorer såsom välmående, ork, sömn och så vidare. Vid behov kan träningen ökas och nya mål sättas upp. Uppföljning och utvärdering ska ske kontinuerligt utefter patientens behov.

#### De olika motivationsnivåerna enligt Transtheoretical Model:

<b>Prekontemplation:</b>	<b>Kontemplation:</b>	<b>Förberedelse:</b>	<b>Aktiv:</b>	<b>Upprätthållande:</b>
Information om vinster som fysisk aktivitet kan medföra. Patienten är ännu inte redo för förändring.	Hjälp med mål för fysisk aktivitet. Information om + effekter av fysisk aktivitet. Sätt att komma över hinder.	Uppmuntra de förändringar patienten gjort. Diskutera sätt att komma över hinder för fortsatt fysisk aktivitet.	Stöttning, beröm och tips på hur de kan undvika återfall till inaktivt beteende.	Stöttning och beröm. Antagligen blir inte en person i det här stadiet förskriven FaR.

#### De olika metamotivational tillstånd som är av betydelse vid fysisk aktivitet och olika slags aktiviteter som passar olika tillstånd:

<b>Paratelic-tillstånd:</b>	<b>Telic-tillstånd:</b>	<b>Mastery-tillstånd:</b>	<b>Sympathy-tillstånd:</b>
Rolig, lättillgänglig träning som ej kräver planering. Uppmuntra att hitta en tränings-kompis.	Undervisning om fördelar med fysisk aktivitet. Målinriktad, skriftlig planering av träning.	Rekommendera aktiviteter där personen kan lyckas. Träning med tävlingsinslag. Sätta upp realistiska förväntningar.	Lagaktiviteter utan tävlingsinslag. Hitta tränings-kompis.

