



UPPSALA  
UNIVERSITET

Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap

# Fysisk aktivitet på recept till personer med utvecklingsstörning

- en intervjustudie

Författare  
Ellinor Nilsson

Handledare  
Karin Sonnander

Examensarbete i Folkhälsa 30 hp  
Avancerad nivå  
År då arbetet godkänns ()

Examinator  
Ragnar Westerling

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Personer som har en utvecklingsstörning är i hög grad utsatta för ohälsa där otillräcklig fysisk aktivitet är en bidragande orsak. Fysisk aktivitet på recept (FaR) är en effektiv metod för att främja fysisk aktivitet, men det saknas kunskap om hur den fungerar för personer som har en utvecklingsstörning.

**Syfte:** Syftet med denna studie var att beskriva erfarenheter hos sjukgymnaster inom habiliteringsverksamheter i Sverige av att använda FaR för vuxna personer som har en utvecklingsstörning på lindrig eller måttlig nivå samt hur tillvägagångssättet såg ut vid en förskrivning av FaR.

**Metod:** Studiens design var explorativ med en kvalitativ ansats. Tolv intervjuer utfördes och materialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

**Resultat:** Analysen resulterade i tre kategorier och elva subkategorier. De tre kategorierna var *Att ha rutiner för förskrivning*, *Att ta hänsyn till patientens förutsättningar inför en förskrivning* och *Att uppnå följsamhet*. Informanternas beskrivning av tillgång till rutiner och struktur i arbetssättet varierade. De beskrev vikten av att göra en noggrann kartläggning av patientens förutsättningar för att avgöra vilken form av fysisk aktivitet som var lämplig. Tilläggsdiagnoser, nätverkets storlek och motivation liksom den ekonomiska aspekten var viktiga omständigheter att ta hänsyn till. Utbudet inom friskvården avgjorde om möjlighet till organiserad träning fanns. Inte bara den fysiska tillgängligheten eller tillgången till anpassade träningspass var viktigt utan också bemötandet. FaR beskrevs som ett sätt att ge tyngd till sin rekommendation liksom att tydliggöra den och det fanns erfarenheten av att följsamheten kunde öka genom ett FaR. Viktiga faktorer för att nå följsamhet var regelbunden uppföljning, att introducera patienten på plats liksom att arbeta nätverksbaserat. Man beskrev positiva bieffekter av träning utanför sjukvården. Det fanns också upplevelsen av att FaR inte gjorde någon skillnad, då det ofta var svårt för patienterna att förstå receptet och att arbetssättet var detsamma med eller utan ett FaR. FaR kunde inte påverka hinder som fanns för patienterna som den ekonomiska aspekten, det begränsade utbudet inom friskvården och avsaknad av personligt stöd.

**Konklusion:** Erfarenheterna av och tillvägagångssättet vid en FaR-förskrivning till personer med utvecklingsstörning varierade liksom tillgång till rutiner och struktur för förskrivningen. Det framkom positiva erfarenheter av arbetet med FaR, men det framkom också en upplevelse av att FaR inte kunde påverka de hinder för fysisk aktivitet som fanns för patientgruppen.

**Nyckelord:** fysisk aktivitet, utvecklingsstörning, fysisk aktivitet på recept, habilitering

## ABSTRACT

**Background:** People with intellectual disabilities are highly exposed for health problems where physical inactivity is one contributory cause. Physical activity on prescription (PAP) is an effective method to promote physical activity, but there is a lack of knowledge whether this method is effective for people with intellectual disabilities.

**Purpose:** The aim of this study was to describe the experiences from physical therapists working in habilitation centers in Sweden of using PAP for adult persons with intellectual disability on a mild or moderate level and the procedure for a PAP.

**Method:** The design of the study was explorative with a qualitative approach. Twelve interviews were made and were analyzed with qualitative content analysis.

**Results:** The analysis resulted in three categories and eleven subcategories. The three categories were *To have routines for prescription*, *To consider the patient's conditions* and *To achieve adherence*. The informant's descriptions of the availability of routines and a structured procedure varied. They described importance of detailed assessment of the patient's conditions to decide which form of physical activity would be appropriate. Additional diagnose, the size and motivation of the network as well as the economic aspect were important conditions to consider. Whether there were possibilities to exercise in community-based training centers depended on what they could offer. Not only were the physical accessibility or access to appropriate classes important, but also how the patients were welcomed at the gyms. PAP was described as a way to strengthen as well as clarify the recommendation and it was also experienced that PAP increased adherence. Important factors for achieving adherence were regular follow-ups, to introduce the patient in the place for the activity as well as to work network-based. The informants described positive side effects from training healthcare. There was also the experience that PAP did not matter, because of the patient's difficulties of understanding the prescription and that the procedure was the same with or without a PAP. PAP could not affect the obstacles that the patients had; the economic aspects, the limited offers in community-based training centers and the lack of social support.

**Conclusion:** The experiences of PAP and the procedure when prescribing PAP for people with intellectual disabilities varied as well as the availability of routines and structures when prescribing. There were positive experiences of using PAP, but there were also experiences that PAP could not affect the obstacles for physical activity that was observed in these patients.

**Keywords:** Physical activity, intellectual disability, physical activity on prescription, habilitation

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INTRODUKTION.....</b>	<b>5</b>
<b>BAKGRUND.....</b>	<b>5</b>
Fysisk aktivitet .....	5
<i>Fysisk aktivitet på recept (FaR)</i> .....	6
Utvecklingsstörning .....	10
<i>Fysisk aktivitet hos personer som har en utvecklingsstörning</i> .....	12
<i>Att främja fysisk aktivitet hos personer som har en utvecklingsstörning</i> .....	12
Problemformulering .....	13
Syfte .....	13
<b>METOD.....</b>	<b>14</b>
Design .....	14
Urval.....	14
<i>Bortfall</i> .....	14
<i>Deltagarnas demografiska fakta</i> .....	14
Kontext.....	14
Datainsamling .....	15
<i>Intervjuguide</i> .....	15
Tillvägagångssätt.....	15
Forskningsetiska överväganden .....	17
Bearbetning och analys .....	17
<b>RESULTAT .....</b>	<b>18</b>
Att ha rutiner för förskrivning.....	19
<i>Administrativt stöd</i> .....	19
<i>Strukturerat arbetssätt</i> .....	19
Att ta hänsyn till omständigheter inför en förskrivning .....	21
<i>Kartlägga och hantera personliga förutsättningar</i> .....	21
<i>Kartläggning av patientens nätverk</i> .....	24
<i>Sjukvård eller friskvård?</i> .....	26
<i>Utbudet inom friskvården</i> .....	26
<i>Träning är en ekonomisk fråga</i> .....	28
Att uppnå följsamhet .....	29
<i>Recept ger tyngd</i> .....	29
<i>Motivera</i> .....	30
<i>Arbeta nätverksbaserat</i> .....	32
<i>Effekt av FaR</i> .....	33
<b>DISKUSSION .....</b>	<b>35</b>
Resultatdiskussion .....	35
<i>Att ha rutiner för förskrivning</i> .....	35
<i>Att ta hänsyn till omständigheter inför en förskrivning</i> .....	36
<i>Att uppnå följsamhet</i> .....	38
Metoddiskussion .....	41
<i>Giltighet</i> .....	41
<i>Överförbarhet</i> .....	42
<i>Tillförlitlighet</i> .....	43
Konklusion .....	43
<i>Kliniska implikationer</i> .....	44
<i>Vidare forskning</i> .....	44
<b>REFERENSER .....</b>	<b>45</b>

## INTRODUKTION

Forskning vittnar om att personer som har en utvecklingsstörning i hög grad är utsatta för ohälsa där otillräcklig fysisk aktivitet är en bidragande orsak (Umb-Carlsson, 2008). Få studier har undersökt hur en ökad grad av fysisk aktivitet kan uppnås varför det finns ett behov av att vidare undersöka vilka metoder som kan vara effektiva. Fysisk aktivitet på recept (FaR) är en effektiv metod för att främja fysisk aktivitet (Kallings, 2008a; Leijon, 2009), men ännu saknas kunskap om hur den metoden fungerar för personer som har en utvecklingsstörning.

## BAKGRUND

### **Fysisk aktivitet**

Med fysisk aktivitet avses all kroppslig rörelse där muskler aktiveras och som ger upphov till en ökad energiomsättning. Det kan delas in i aerob fysisk aktivitet och muskelstärkande fysisk aktivitet. Under aerob fysisk aktivitet används syre för att starta processer i kroppen som kan täcka energibehovet som aktiviteten kräver. Strukturerad aerob fysisk aktivitet kallas även konditionsträning och avser att förbättra syreupptagningsförmågan eller konditionen. Vid muskelstärkande fysisk aktivitet utmanas den muskulära styrkan. Styrketräning är då en målmedveten muskelstärkande fysisk aktivitet i syfte att bibehålla eller öka styrkan (Yrkesföreningar för fysisk aktivitet, 2015).

Olika grad av aerob fysisk aktivitet beskrivs med hjälp av begreppet intensitet. Intensiteten beror av hur ansträngande den fysiska aktiviteten är och bedöms utifrån vilken hjärtfrekvens som krävs för att utföra aktiviteten. Den relativa intensiteten används ofta för att bedöma intensiteten av en aktivitet för en viss person och påverkas av individens maximala kapacitet. Detta beskrivs som procent av den maximala hjärtfrekvensen. Den maximala hjärtfrekvensen är ungefär 200 slag per minut hos yngre personer och minskar med ökad ålder. Intensiteten mäts på en femgradig skala från mycket låg till mycket hög intensitet (tabell 1) (Statens folkhälsoinstitut, 2006).

Tabell 1. Intensitet av fysisk aktivitet

Intensitet	% av maximal puls
Mycket låg (t.ex. matlagning)	<50
Låg (t.ex. promenad)	50-63
Måttlig (t.ex. cykling)	64-76
Hård (t.ex. jogging)	77-93
Mycket hård (t.ex. fotboll)	94-100

Enligt allmänna rekommendationer vad gäller fysisk aktivitet så bör vuxna vara aerobt fysiskt aktiva med en måttlig intensitet om minst 150 minuter per vecka. Denna tid bör delas upp på minst tre tillfällen under en vecka. Vidare rekommenderas att undvika långvarigt stillasittande och att utföra muskelstärkande fysisk aktivitet två gånger per vecka (US Department of Health and Human Services, 2008; Yrkesföreningen för fysisk aktivitet, 2011). De personer som inte når dessa rekommendationer benämns som otillräckligt fysiskt aktiva (Yrkesföreningar för fysisk aktivitet, 2015).

Det finns olika uppgifter om i vilken grad en befolkning är fysiskt aktiv, men studier indikerar att ungefär 50-70 % av Europas befolkning inte når de allmänna rekommendationerna för fysisk aktivitet och cirka 20 procent av dessa är mycket inaktiva (Ezzati, 2004; Sjöström, 2006). I en svensk studie från 2006 visades att cirka 77 % av alla vuxna i Sverige var otillräckligt fysiskt aktiva (Sjöström, 2006), medan de nationella folkhälsoenkäterna mellan åren 2006-2014 visade att den gruppen omfattade 44-46 % (Folkhälsomyndigheten, 2015). Otillräcklig fysisk aktivitet ger en ökad risk för många hälsoproblem såsom hjärt- och kärlsjukdomar, typ 2-diabetes liksom colon- och bröstcancer (Världshälsoorganisationen, 2005). Enligt WHO är fysisk aktivitet en av de viktigaste faktorerna för att minska risken för förtida död och sjukdomsörda. Man uppskattar att fysisk inaktivitet leder till cirka 8 miljoner förlorade friska år (disability adjusted life year, DALY) i Europa (Världshälsoorganisationen, 2012).

#### *Fysisk aktivitet på recept (FaR)*

Då fysisk aktivitet visat effektivitet både genom att förebygga och behandla många sjukdomstillstånd utvecklades en metod i syfte att skapa ett recept för förskrivning av fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet på recept (FaR) har sitt ursprung i satsningen ”Sätt Sverige i rörelse 2001” där ett av projekten var att utveckla metoden. En receptblankett togs fram liksom

instruktioner kring tillvägagångssätt vid en förskrivning. Syftet var att sprida kunskap om hur fysisk aktivitet kunde användas vid sidan av eller istället för läkemedel samt för att förebygga ohälsa. Vid sidan av klinisk erfarenhet är FaR framför allt baserad på två teoretiska modeller för beteendeförändringar; den transteoretiska modellen och den sociala kognitiva teorin (Statens folkhälsoinstitut, 2011).

Den transteoretiska modellen bygger på tanken att en person befinner sig i olika stadier i sitt förändringsarbete beroende på hur förändringsbenägen personen är. Det finns fem stadier som en person kan genomgå vid en förändring av till exempel fysisk aktivitetsnivå;

1. Precontemplation, är ej beredd att göra en förändring av aktivitetsnivå
2. Contemplation, överväger att göra en förändring av aktivitetsnivå
3. Preparation, förbereder sig för en förändring av aktivitetsnivå
4. Action, har påbörjat en fysisk aktivitet
5. Maintenance, är fysiskt aktiv

Personer är olika beredda att genomföra en förändring beroende på vilket stadium som de befinner sig på och det krävs därför olika strategier som behandlare för att stötta till beteendeförändring. Det är därför av vikt att bedöma var i förändringsprocessen som patienten befinner sig och låta den bedömningen ligga till grund för val av insats (Sarafino, 2008).

Inom den sociala kognitiva teorin menar man att det finns ett samspel mellan en person, dess omgivning och dess beteende. Self-efficacy är ett centralt begrepp inom denna teori och beskriver en persons tilltro till sin förmåga att kunna utföra ett visst beteende, till exempel att bli mer fysiskt aktiv. Begreppet har visat sig ha stor inverkan på hur fysiskt aktiv en person är där en hög tilltro till sin förmåga oftare genererar en högre grad av fysisk aktivitet.

Erfarenheter av att lyckas med en fysisk aktivitet tidigare kan göra att man har en högre self-efficacy för det beteendet. Vid sidan av hög self-efficacy är en tydlig målsättning och att registrera och reflektera över sin fysiska aktivitet delar som visat sig ge bättre förutsättningar för en förändring enligt den sociala kognitiva teorin. (Statens folkhälsoinstitut, 2011).

Legitimerad vårdpersonal kan vara förskrivare av FaR och ska då ha en god kunskap om hur fysisk aktivitet kan behandla eller förebygga ohälsa. Förskrivaren ska också ha kunskap om den aktuella patientens hälsotillstånd, om hur ett patientcentrerat samtal går till, om lokala rutiner kring FaR och om metoden som helhet. En förskrivning av FaR består av flera olika

delar. Det grundläggande är det patientcentrerade samtalet med en skriftlig och individbaserad ordination på fysisk aktivitet ofta genom ett motiverande samtal. Samtalet innefattar hur fysisk aktivitet kan behandla eller förebygga sjukdom och ohälsa. Nära kopplat till en förskrivning på fysisk aktivitet är kunskapsunderlaget som presenteras i FYSS – fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (Yrkesföreningen för fysisk aktivitet, 2008). Boken fungerar som ett stöd till förskrivaren och beskriver rådande evidens kring hur fysisk aktivitet påverkar olika sjukdomstillstånd samt råd kring vilken form av fysisk aktivitet som bör rekommenderas samt på vilken nivå. Med stöd av FYSS överenskommer personal och patient om vilken aktivitet som ska förskrivas. Det kan både vara en fysisk aktivitet som patienten gör på egen hand och en organiserad träning inom friskvården, som träning på ett gym eller gruppaktiviteter inom en förening. Rekommenderat är att alltid ha en egenaktivitet med på förskrivningen till exempel promenader. Till förskrivningen rekommenderas användning av ett registreringsschema av något slag, exempelvis träningsdagbok, stegräknare eller liknande. Förskrivare inom sjukvården samverkar med friskvårdsaktörer för att fungera som överlappning till träning utanför sjukvården. Det ser olika ut hur detta samarbete ser ut över landet, men någon form av samverkan finns i nästan alla av Sveriges landsting och regioner. En vanlig del i samarbetet är tillgång till information om de lokala aktiviteterna som finns samt gemensamma utbildningsinsatser. På en del håll finns också receptmottagare som tar emot FaR och ger stöttning till patienterna i arbetet att hitta och bibehålla en fysisk aktivitet. Ofta sker kontakten via telefonsamtal. Precis som vid övrig behandling inom sjukvården ska förskrivaren av ett FaR göra en uppföljning av ordinationen. I Holland gjordes en intervjustudie med vårdgivare som arbetat med en FaR-liknande metod. Vårdgivarna gav en positiv bild av arbetet att förskriva fysisk aktivitet på recept och menade att det var en enkel och acceptabel metod att arbeta med i syfte att främja ökad fysisk aktivitet hos patienter (van Sluijs, 2004). I en del fall har FaR kunnat användas som ett intyg där patienten genom det skriftliga receptet kunnat få en extra friskvårdstimme från sin arbetsgivare, få rabatt hos aktivitetsarrangörer eller ekonomiskt bidrag för skor eller träningskort från socialtjänst eller försäkringskassa. Det sistnämnda gäller framför allt ekonomiskt svaga grupper i samhället. (Statens folkhälsoinstitut, 2011; Kallings & Leijon, 2003)

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har undersökt vilka metoder som på ett effektivt sätt kan främja fysisk aktivitet hos personer som har eller riskerar att få ett sjukdomstillstånd där fysisk aktivitet kan förebygga eller behandla ohälsan. Utifrån detta kunde fastslås att klinisk rådgivning om fysisk aktivitet kan ge 12-50 procents ökning av



aktivitetsgraden sex månader efter rådgivningen. SBU fann vidare i sin litteraturgenomgång att rådgivning kring fysisk aktivitet som kompletteras med ett FaR kan ge upphov till ytterligare 15-50 procents ökning av aktivitetsgraden. Vidare visade SBUs litteraturgenomgång att följsamheten till FaR förbättras genom regelbunden uppföljning och ger därmed en ökad fysisk aktivitet (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2007). Kostnadseffektivitet vid användning av recept för fysisk aktivitet kan bäst uppnås vid förskrivning till personer som har hög risk för ohälsa eller specifika sjukdomstillstånd där fysisk aktivitet kan verka som behandling och egenaktivitet såsom promenader bör användas i stor utsträckning då det är kostnadsfritt (Isaacs, 2007).

En svensk studie (Kallings, 2008b) visade att den självrapporterade fysiska aktiviteten ökade 6 månader efter en FaR-förskrivning samt att patienternas livskvalitet påverkades positivt. Vidare visade studien att patienternas förändringsbenägenhet enligt den transteoretiska modellen för ökad fysisk aktivitet hade påverkats vid uppföljning. Patienterna hade flyttat från begränsande- och förberedelsefaserna till handling- och vidmakthållandefaserna. I en ytterligare studie (Kallings, 2009a) kunde man visa att över hälften av patienterna rapporterade följsamhet till ordinationen. Detta kunde även styrkas av Leijon et al (2010) som visade att följsamheten till en FaR-förskrivning var 50 % som också kunde konstatera att faktorer som predicerade en högre följsamhet var en högre grad av fysisk aktivitet från start och att förskrivningen innefattade aktiviteter som utfördes i hemmet, så kallade egenaktiviteter. Att FaR fungerar bättre för personer som redan är något fysiskt aktiva har också visats vid forskning utanför Sverige (Morgan, 2005). Världshälsoorganisationen (2003) har undersökt hur följsamheten ser ut till långtidsbehandling generellt, ofta läkemedelsbehandlingar, och kunde konstatera att följsamheten är 50 %. Detta innebär att följsamheten till en FaR-förskrivning kan förväntas vara lika bra eller bättre än följsamheten till läkemedel (Kallings, 2009b). Man har dock sett att personer som lider av psykisk ohälsa har sämre följsamhet till ett recept på fysisk aktivitet jämfört med personer som har en fysisk ohälsa (Crone, 2008), medan personer som har ett bra socialt stöd från personer i sin omgivning oftare har en bättre följsamhet (Littlecott, 2014). En randomiserad, kontrollerad studie kunde visa att äldre personer som hade övervikt och bukfetma och som var otillräckligt fysiskt aktiva fick en signifikant ökning av den fysiska aktiviteten på måttlig nivå genom FaR jämfört med kontrollgrupp (Kallings, 2009c).

Få studier har undersökt hur FaR fungerar för personer med funktionsnedsättningar och det krävs ytterligare studier kring effekten av FaR i dessa fall samt kring hur recepten kan anpassas för att passa olika patientkategorier (Crone, 2008; Morgan, 2005; The LIFE group, 2011). Man har dock kunnat identifiera olika hindrande och underlättande faktorer som påverkar fysisk aktivitet inom friskvården för personer med neurologiska funktionsnedsättningar. Hindrande faktorer kan vara bristande tillgänglighet till anpassad träning, att det inte finns tillgång till anpassad utrustning, svårigheter med transport till och från aktivitet samt upplevelsen av att bli dåligt bemött och att instruktörer inom friskvården inte upplevs ha kunskap om funktionsnedsättning. Stöttande faktorer är att bli bemött med en positiv attityd samt att det finns anpassade aktiviteter och personer med liknande svårigheter på samma ställe. Det är också viktigt att inte omgivningen antar att alla personer vill öka sin fysiska aktivitet för att gå ned i vikt, utan att arbeta med individuella mål för den fysiska aktiviteten. (The LIFE group, 2011).

### **Utvecklingsstörning**

Utvecklingsstörning eller intellektuell funktionsnedsättning innebär en intellektuell funktionsnivå klart under genomsnittet. Utvecklingsstörning delas in i fyra nivåer från lindrig till mycket svår. Enligt de diagnostiska kriterierna (American Psychiatric Association, 2013) ska tre kriterier uppfyllas vid en diagnossättning:

- A. *Brister i intellektuella funktioner såsom slutledningsförmåga, problemlösning, planering, abstrakt tänkande, omdöme, studieförmåga och förmåga att lära av erfarenhet vilket styrks via såväl klinisk bedömning som via individualiserad, standardiserad intelligenstestning.*
- B. *Brister i adaptiv funktionsförmåga vilket leder till att personen inte når upp till den utvecklingsmässigt och sociokulturellt förväntade nivån av personligt oberoende och socialt ansvarstagande. Utan fortlöpande stödinsatser begränsar bristerna i adaptiv kapacitet personens fungerande i ett eller flera vardagliga avseenden såsom kommunikation, social delaktighet och självständighet inom ett flertal livsområden som hem, skola, arbete och samhälle.*
- C. *Bristerna i intellekt och adaptivitet visar sig under utvecklingsperioden*  
(American Psychiatric Association, 2013, s.13)

En person som har en utvecklingsstörning har ofta svårigheter i att sortera information samt tolka och använda den, att kunna förstå abstrakta symboler och tidsbegrepp liksom att föreställa sig något som man inte själv har varit med om. Man har ofta minnessvårigheter, igångsättningsvårigheter och nedsatt förmåga att kunna generalisera (Lindström, 2012). I Sverige har ungefär 1% av befolkningen en konstaterad utvecklingsstörning. Vilken form av stöd som behövs för personerna varierar kraftigt beroende av graden av utvecklingsstörning, men många behöver stöd i någon form. Under skoltiden erbjuds särskola och som vuxen har man rätt att ansöka om insatser enligt lagen om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) (SFS, 1993:387). Då kan det handla om daglig sysselsättning och någon form av stöd i sitt boende. Två vanliga former av boende är gruppboende och serviceboende. Gruppboende är ett alternativ för personer som har behov av stöd och tillsyn av personal under större delen av dygnet. Det är en boendeform med ett litet antal lägenheter där samtliga har nära anslutning till gemensamma utrymmen som bör vara placerade centralt och lättillgängligt i gruppboendet. En serviceboende är ett antal lägenheter som har tillgång till gemensamma utrymmen och personal, men där lägenheterna kan vara mer utspridda, dock i samma eller närliggande hus. I förhållande till gruppboende är det ett mer självständigt boende där stödet anpassas efter individuella behov (Socialstyrelsen, 2007). Vuxna personer med utvecklingsstörning har ofta sin ekonomiska inkomst från socialförsäkringssystemet och de kan ha mycket svårt att få vardagsekonomin att gå ihop (Riksförbundet FUB, 2014). Vid nedsatt arbetsförmåga kan personerna ansöka om aktivitetsersättning från Försäkringskassan och kan få det till och med månaden innan de fyller 30 år. Garantiersättningen som gäller för personer som inte haft tidigare arbete är då mellan 7788-8715 kronor per månad. Efter 30 års ålder kan personen ansöka om sjukersättning (Försäkringskassan, 2015). Om personen har daglig verksamhet så tillkommer en habiliteringsersättning som är olika beroende på vilken kommun man tillhör. I Stockholm är habiliteringsersättningen 6,5 kronor/timme (Habilitering och hälsa, 2015).

Den motoriska utvecklingen hos barn som har en utvecklingsstörning kan vara försenad (1177 Vårdguiden, 2014). De har ofta kontakt med habiliteringsverksamheter inom sjukvården under hela eller delar av sin uppväxt och där kan sjukgymnasten bland annat ge barnet insatser. Även senare i livet kan sjukgymnaster inom habiliteringsverksamheter erbjuda stöd för fysisk aktivitet på olika sätt i syfte att öka personens hälsa och motoriska förmåga (Stockholms läns landsting, 2014). Habiliteringsverksamhetens insatser syftar till att ge ett brett och samlat stöd och har som huvuduppgifter att utreda, ge råd och stöd samt behandling.

Insatserna är tvärprofessionella och många yrkeskategorier finns representerade, bland annat psykologer, arbetsterapeuter, kuratorer, logopedier, specialpedagoger och sjukgymnaster (Bohlin, 2009).

#### *Fysisk aktivitet hos personer som har en utvecklingsstörning*

Personer som har en utvecklingsstörning är fysiskt aktiva i lägre grad jämfört med den övriga befolkningen i Sverige (Umb-Carlsson, 2008). Amerikanska studier (Dixon-Ibarra, 2013; Hsieh, 2013) har rapporterat att endast 6-9% når de allmänna rekommendationerna för fysisk aktivitet och kunde också identifiera en hög förekomst av stillasittande hos dessa personer. Man har sett att personer som har en utvecklingsstörning också har en lägre syreupptagningsförmåga. Detta redan hos barn och ungdomar med utvecklingsstörning observeras en minskande syreupptagningsförmåga med ökad ålder. Detta anses kunna vara kopplat till otillräcklig fysisk aktivitet (Oppewal, 2013). I Sverige är ungdomar i särskolan medlemmar i en idrottsförening i mindre eller mycket mindre grad än övriga ungdomar. De motionerar på måttlig eller intensiv nivå betydligt mer sällan och är också totalt sett fysiskt aktiva i mycket mindre utsträckning än ungdomar som inte går i särskolan (Blomdahl & Elofsson, 2011). En studie utanför Sverige visade en liknande situation för barn med utvecklingsstörning. Färre barn med utvecklingsstörning använde aktiv transport såsom att cykla eller gå till och från skolan och färre deltog i organiserad idrott (Einarsson, 2015).

#### *Att främja fysisk aktivitet hos personer som har en utvecklingsstörning*

För att främja fysisk aktivitet hos personer med utvecklingsstörning finns strategier som kan övervägas att användas. Den fysiska aktiviteten bör innebära låg- och medelintensiva aktiviteter som upplevs som roliga och som bidrar till en social samvaro. Att främja aktiviteter som utförs utanför hälso- och sjukvården habiliteringsverksamhet kan ge en möjlighet till inkludering i samhället. Ytterligare en potentiellt viktig faktor är att göra personen delaktig i planeringen och arbeta med stöd i form av motivationshöjande strategier och positiv förstärkning, liksom att föra träningsdagbok och sätta upp mål (Hallawell, 2012; Stanish & Frey, 2008). Den egna tilltron till att vara fysiskt aktiv kan öka hos personer med utvecklingsstörning genom att få erfarenhet av att vara fysiskt aktiv. Viktiga faktorer för att kunna starta och bibehålla en fysisk aktivitet är ökad self-efficacy (Hutzler & Korsensky, 2010) tillsammans med att få socialt stöd (Hutzler & Korsensky, 2010; Temple & Walkley, 2007) liksom att få ekonomiskt stöd (Temple & Walkley, 2007).

En svensk studie har visat att daglig fysisk aktivitet i skolan och hälsosam skolmat kunde ge en positiv utveckling av riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdomar hos ungdomar som har en utvecklingsstörning. Detta indikerar vikten av att erbjuda dessa ungdomar en hälsosam miljö för att kunna minska riskerna för framtida ohälsa (Flygare Wallén, 2013). För vuxna personer som har en utvecklingsstörning och bor i en gruppbostad spelar omgivningen också en stor roll för hälsan. Hälsan verkar kunna påverkas positivt genom yttre omständigheter så som socialt stöd genom välfärdssystemet, exempelvis genom tillgång till en kontaktperson, och genom ökade resurser i gruppboenden (Wahlström, 2014). Studier som undersöker huruvida personer som har en utvecklingsstörning ökar sin fysiska aktivitetsnivå genom FaR saknas (Bergström, 2010).

### **Problemformulering**

Det finns ett behov av att genom ökad fysisk aktivitet främja hälsan hos personer med utvecklingsstörning. Det saknas dock tillräckligt stort underlag för att kunna säkerställa vad som är nyckelfaktorer i detta arbete. Att utveckla evidensbaserade metoder och strategier för att främja fysisk aktivitet hos denna patientgrupp är viktigt. Sjukgymnaster inom en habiliteringsverksamhet möter personer med utvecklingsstörning. De arbetar bland annat med att främja fysisk aktivitet och är en av yrkesgrupperna som kan använda FaR. FaR är en konstaterat effektiv metod för att öka fysisk aktivitet, men fortfarande saknas kunskap om hur denna metod används och lämpar sig i arbetet med personer som har en utvecklingsstörning. För att kunna vidareutveckla användningen av FaR för personer med utvecklingsstörning är forsknarens erfarenheter centrala. Sådana studier saknas.

### **Syfte**

Syftet med denna studie är att undersöka erfarenheter hos sjukgymnaster inom habiliteringsverksamheter i Sverige av att använda FaR för vuxna personer som har en utvecklingsstörning på lindrig eller måttlig nivå samt hur tillvägagångssättet ser ut vid en förskrivning av FaR.

## METOD

### **Design**

För att kunna erhålla en djupare förståelse för de erfarenheter som finns kring arbetet med FaR ur förskrivarnas perspektiv var designen av denna studie explorativ med en kvalitativ ansats.

### **Urval**

Urvalet i studien var 30 yrkesverksamma sjukgymnaster inom habiliteringsverksamheter vid nio olika landsting eller regioner i Sverige. För att nå sjukgymnaster med erfarenhet av arbete med personer som har en utvecklingsstörning samt få en geografisk spridning tillämpades ett strategiskt urval. Inklusionskriterierna var minst två års yrkesverksamhet som sjukgymnast inom habilitering med vuxna personer som har en utvecklingsstörning samt erfarenhet av att förskriva FaR till denna patientgrupp.

### *Bortfall*

En informant (informant 4) exkluderades efter intervjun på grund av att denne hade mindre än två års erfarenhet av arbete inom en habiliteringsverksamhet och en tackade nej till deltagande på grund av tidsbrist. Ytterligare 14 potentiella informanter tillfrågades om deltagande, men svarade inte av okänd anledning på förfrågan. Det är inte känt om dessa matchade inklusionskriterierna.

### *Deltagarnas demografiska fakta*

Av de 12 informanter som deltog i studien var tio kvinnor och två män. Antal yrkesverksamma år inom en habiliteringsverksamhet och med personer som har utvecklingsstörning varierade mellan 2-20 år och deras uppskattning av antalet FaR som de förskrivit varierade mellan 1-20 stycken. En beskrivning av vilka landsting och regioner som informanterna representerade kommer inte att presenteras då det kan leda till identifikation av informanterna.

### **Kontext**

Landstingets eller kommunens habiliteringsverksamhet ansvarar för specialiserad vård och riktar sig till personer som har funktionsnedsättningar, bland annat utvecklingsstörning. Där kan behandling ges som syftar till att främja utveckling av funktionsförmågan genom planerade insatser inom flera olika livsområden. Huvuduppgifterna för en habiliteringsverksamhet är att kartlägga en persons förmågor och behov och erbjuda insatser.

Målet är att främja personens möjligheter till att delta i samhällslivet och att nå välbefinnande och ha en god hälsa (Bohlin, 2009). Enligt Socialstyrelsens definition av habiliterande insats så ska habilitering vara ” insatser som ska bidra till att en person med medfödd eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, utvecklar och bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet.” (SOSFS, 2008:20, 2§).

### **Datainsamling**

Intervjuer genomfördes med informanterna via telefon för att underlätta inkludering av personer spridda över hela landet (Kvale & Brinkman, 2009). Numera är telefonintervjuer vanliga och anledningarna till detta är bland annat att de är billigare och snabbare att genomföra, att man kunnat konstatera att personer är lika trovärdiga vid telefonintervjuer som vid en intervju ansikte mot ansikte och att de allra flesta vuxna personer i Sverige är nåbara via telefon (Denscombe, 2009).

### *Intervjuguide*

En semistrukturerad intervjuguide (bilaga 1) användes som bestod av två frågeområden. Varje frågeområde innehöll ett antal följdfrågor som fyllde funktionen att nå så uttömmande svar som möjligt. Frågeområdena hade sin utgångspunkt i studiens syfte. Intervjun startade med bakgrundsfrågor kring informanten. Efter detta ställdes frågan ”Beskriv din erfarenhet av att använda fysisk aktivitet på recept för personer som har en utvecklingsstörning”. Vid behov användes följdfrågor. Fråga nummer två var ”Beskriv ditt tillvägagångssätt vid en förskrivning av fysisk aktivitet på recept till personer som har en utvecklingsstörning?”. Även till denna fråga fanns följdfrågor vid behov.

En pilotintervju genomfördes och resulterade i att följdfrågorna ”Hur upplever du personernas följsamhet till förskrivningen?” och ”Vilka egna anpassningar av FaR har du gjort?” lades till intervjuguiden. Pilotintervjun inkluderades inte i det analyserade materialet.

### **Tillvägagångssätt**

Informanterna tillfrågades på två olika sätt. Det första gick via respektive verksamhetschef som erhöll e-postbrev med information om studien (bilaga 2) samt önskemål om att tillhandahålla kontaktuppgifter till sjukgymnaster i verksamheten. Brevet skickades till verksamhetschefer eller motsvarande vid habiliteringsverksamheter i 20 av landets 21 regioner eller landsting enligt kontaktlista som erhöles av verksamhetschef vid Hälsa och

habilitering, Landstinget i Uppsala län. Det andra tillvägagångssättet användes vid kontakt med ett landsting där förfrågan skickades direkt till fyra potentiella informanter, då kännedom om dessa fanns hos studiens författare. En påminnelse gick ut via e-post till verksamhetschefer eller motsvarande som inte svarat på e-postmeddelandet samt till de potentiella informanterna som inte svarat på förfrågan.

Chefer från sex av landstingen eller regionerna svarade att man inte använt FaR som behandlingsmetod, ett landsting att man inte utförde behandlande insatser och fyra återkom inte med svar. Chefer från sju av de tillfrågade regionerna eller landstingen skickade svar med kontaktuppgifter till 16 potentiella informanter och chefer från två regioner eller landsting vidarebefordrade brevet till sammanlagt elva medarbetare direkt.

De potentiella informanterna som studiens författare fått kontaktuppgifter till erhöll e-post med information kring studien samt ett erbjudande att delta som informanter i studien (bilaga 3). De ombads ta kontakt med studiens författare tillika intervjuare vid intresse av att delta i studien. Elva av de 16 som fått brevet tackade ja till att delta i studien, fyra av de som avböjde matchade inte inklusionskriterierna och 1 svarade inte på brevet. Av de elva personer som fått brevet vidarebefordrat till sig från respektive chef tackade två ja till att delta i studien och nio svarade inte på brevet. Av de fyra potentiella informanter som mottog förfrågan direkt från studiens författare deltog en i form av pilotintervju, två matchade inte inklusionskriterierna och en valde att inte delta i studien på grund av brist på tid.

Ett undertecknat tillståndsavtal (bilaga 4) erhöles från samtliga verksamhetschefer eller motsvarande från de verksamheter där informanterna arbetade när ett positivt svar om deltagande erhöles.

Personer som tackade ja till att delta i studien bokades in för intervju via e-postkontakt. De uppmuntrades till att under intervjun vara i ett ostört rum och avsätta cirka 30 minuter. Vid avtalad tid kontaktades respektive informant via högtalartelefon. Innan inspelning av intervjun startade informerades informanten om studiens syfte och tillvägagångssätt, om att deltagandet i studien var frivilligt och att de när som helst kunde välja att avbryta sitt deltagande. De fick också information om att deras svar inte skulle redovisas så att det kunde knytas till enskilda personer och att det inspelade materialet skulle behandlas konfidentiellt. Intervjuerna spelades in på diktafon och på dator och transkriberades därefter till text.



## Forskningsetiska överväganden

Informanterna fick skriftlig och muntlig information om att deltagande i studien var frivilligt och att de närsomhelst kunde avbryta sitt deltagande i studien. Informanterna är anonyma genom att resultatet inte presenteras på ett sätt så att de kan bli identifierade. Det inspelade materialet behandlas konfidentiellt. Skriftligt godkännande för deltagande i studien (bilaga 4) samlades in från respektive verksamhetschefer.

## Bearbetning och analys

Intervjuerna lyssnades igenom två gånger innan de transkriberades av intervjuaren. Det transkriberade materialet analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004) med fokus på det manifesta innehållet i texten. Det transkriberade materialet lästes igenom flera gånger i syfte att erhålla en så stor kännedom om materialet som möjligt. Citat som var kopplade till studiens syfte, de så kallade meningsbärande enheterna, plockades ut tillsammans med omgivande text. Efter detta utfördes en kondensering av de meningsbärande enheterna som i sin tur benämndes med en kod. De grupperades sedan i subkategorier och därefter i kategorier för att återspegla det som sagts i intervjuerna. Exempel på hur analysen gick till kan ses i figur 1. En reliabilitetsprövning av kategoriindelningen gjordes genom att en forskningsutbildad person ombads att placera 54 av de 272 citaten i respektive kategori. Efter diskussion uppnåddes fullständig konsensus kring vilka korrigeringar som behövde göras. Därefter gjordes ytterligare en prövning på samma sätt, men av en annan person med erfarenhet av kvalitativ forskning. Därefter gjordes inga ändringar av kategorierna. Denna procedur beskrivs bland annat av Lombard et al (2002).

Meningsbärande enhet	Kondenserad enhet	Kod	Subkategori	Kategori
Alltså det är väldigt blandat tycker jag för om man tänker på rent individnivå att individen själv ska ta ansvar för FaR-innehållet så fungerar det väldigt sällan om inte personen har bra stöd hemma.	Ansvar för FaR-innehållet fungerar väldigt sällan om inte bra stöd hemma.	Stöd hemma	Kartläggning av patientens nätverk	Att ta hänsyn till patientens förutsättningar inför en förskrivning

Figur 1. Exempel på analysens olika steg.

## RESULTAT

Analysen av det insamlade materialet resulterade i att tre kategorier och elva subkategorier kunde identifieras. De presenteras i tabellform i tabell 2. Kategorierna var; *Att ha rutiner för förskrivning* med subkategorierna *Administrativt stöd* och *Strukturerat arbetssätt*, *Att ta hänsyn till patientens förutsättningar inför en förskrivning* med subkategorierna *Kartlägga och hantera personliga förutsättningar*, *Kartläggning av patientens nätverk*, *Sjukvård eller friskvård?*, *Utbudet inom friskvården* och *Träning är en ekonomisk fråga* samt slutligen *Att uppnå följsamhet* med subkategorierna *Recept ger tyngd*, *Motivera*, *Arbeta nätverksbaserat* och *Effekter av FaR*. Resultatet redovisas i löpande text och citat från intervjuerna kommer att användas för att illustrera det som informanterna förmedlade. Informantnummer anges efter varje citat. Geografiska benämningar kommer att bytas ut mot *kommun* eller *län* för att minimera igenkänning. Benämningen för de personer som är målgruppen för förskrivning varierade mellan brukare, patient, kund och klient under intervjuerna. För att underlätta förståelsen kommer här benämningen *patient* att användas.

Tabell 2 Kategorier och subkategorier

Kategori	Subkategori
Att ha rutiner för förskrivning	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Administrativt stöd</li><li>▪ Strukturerat arbetssätt</li></ul>
Att ta hänsyn till patientens förutsättningar inför en förskrivning	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Kartlägga och hantera personliga förutsättningar</li><li>▪ Kartläggning av patientens nätverk</li><li>▪ Sjukvård eller friskvård?</li><li>▪ Utbudet inom friskvården</li><li>▪ Träning är en ekonomisk fråga</li></ul>
Att uppnå följsamhet	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Recept ger tyngd</li><li>▪ Motivera</li><li>▪ Arbeta nätverksbaserat</li><li>▪ Effekter av FaR</li></ul>

## Att ha rutiner för förskrivning

### *Administrativt stöd*

I allmänhet upplevde informanterna att det var administrativt enkelt att göra en FaR-förskrivning genom att FaR-receptet kunde fyllas i via journalsystemet. En del administrativt stöd kring förskrivning av FaR fanns att tillgå på intranät vilket upplevdes som positivt. FYSS användes inte i så stor utsträckning som stöd för förskrivning, men när man använt det upplevdes det som ett positivt stöd vid valet av aktivitet. Man beskrev en positiv bild av tillgången till internetbaserade databaser över lokala aktiviteter som ofta friskvården i länet ansvarade för. Man menade att det underlättade i arbetet att hålla sig informerad om utbudet inom friskvården och kunde underlätta i arbetet att hitta en bra aktivitet för patienten.

*”Det finns tydliga rutiner för just hur man kan gå tillväga och FaR-blanketten finns ju i vårt journalsystem och ja så det är ganska enkelt.”* (Intervju 11)

*”Vi har ju en sida på intranätet som är just med FaR-recept och som man kan gå in liksom och botanisera allt precis hur det går till och vi har också FYSS ligger där om man är tveksam på hur man ska lägga upp en träning och sånt ju så att på intranätet finns mycket material som stöd.”* (Intervju 12)

Det fanns dock erfarenheter av att man inte hade tillräckligt administrativt stöd kring förskrivningen. Man trodde att receptet fanns att tillgå elektroniskt, men på grund av få FaR-förskrivningar var det inte känt hur man hittade det och man använde därför fortfarande gula receptlappar eller valde att inte göra en FaR-förskrivning.

*”Jag hade ju inget sånt där block då med dom här recepten utan jag var ju ner till primärvården, hälsocentralen där och så fick jag några blad där så att jag kunde skriva ut”* (Intervju 9)

### *Strukturerat arbetssätt*

Det gavs exempel på att arbetssättet kring en FaR-förskrivning var strukturerat och väl inarbetat. Bland annat lyftes det fram att en positiv del var att metoden använts frekvent hos vårdgrannar såsom vård- och hälsocentraler, vilket resulterat i att många var bekanta med metoden liksom att det var en evidensbaserad metod. I vissa län beskrev man en upparbetad modell kring förskrivning av FaR där ett samarbete mellan sjukvården och friskvården skapat

en rutin för utslussning till aktivitet utanför sjukvården. I dessa modeller ingick så kallade receptmottagare som i vissa fall kunde ha kontakt med patienten för stöd kring val av aktivitet och motivation samt som ansvarade för en återkoppling till den aktuella förskrivaren. Det kunde också finnas nätverk där man diskuterade och utvecklade metoden lokalt samt gav utbildningsinsatser till arrangörer inom friskvården. Erfarenheten visade att när det fanns upparbetade samarbeten med friskvården så upplevde man det som en hjälp när man skulle beskriva för patienten och dess nätverk hur processen skulle komma att se ut efter en FaR-förskrivning.

*”Det är vad ska man säga ett känt koncept många känner till att det finns.”* (Intervju 10)

*”(...) då tycker jag att det har varit väldigt bra för att själva ordinationsformen är väldigt strukturerad och bra så det har hjälpt mig tycker jag i sättet som jag arbetar med patienten liksom.”* (Intervju 6)

*”...och dom här utbildningarna dom kostar ingenting heller för aktivitetsarrangörerna att gå på så det har ju lett till att det har varit ett sätt att kunna sprida kunskap om funktionsnedsättningar om anpassningar.”* (Intervju 3)

Det fanns också erfarenheter av avsaknad av rutiner där förskrivningar av FaR gjordes på lite olika sätt av kollegorna. Det upplevdes som en otydlig metod som inte var självklar att använda i arbetet med att främja fysisk aktivitet då man inte hade ett upparbetat arbetssätt. Denna brist på rutiner och osäkerhet kring tillvägagångssätt menade man påverkade hur ofta man valde att använda FaR. Dessutom kunde man erfara att samarbetet med friskvården inte kändes relevant när man förskrev FaR till personer som har en utvecklingsstörning eller att det inte alls fanns upparbetade samarbeten med friskvården.

*”det är väl lite osäkerhet hur det (FaR) ska användas och så det tror jag nog att det är det största (...) sen tror jag som sagt att många vet inte riktigt hur dom ska göra.”* (Intervju 5)

Hur tillvägagångssättet såg ut vid en förskrivning berodde på många olika omständigheter och det var sällan den ena förskrivningen av FaR var den andra lik. Behovet kunde fångas upp vid till exempel en habiliteringsplanering, vid ett enskilt besök, vid kontakt med en person i patientens nätverk eller av annan kollega. Man träffade patienten enskilt eller tillsammans

med någon eller några ur dennes nätverk beroende på patientens förutsättningar. FaR-blanketten fylldes i tillsammans med patienten som sedan tog med sig receptet på en gång. Men det fanns också de som fyllde i blanketten efter besöket och skickade hem den till patienten. Intervjuerna visade att man tyckte att uppföljning var en självklar del i FaR-förskrivningen och att den upplevdes som viktig för utfallet av behandlingsinsatsen. Det gjorde att patienten blev sedd under träningsperioden, men också att man hade en tidsram att hålla sig till som förskrivare. Uppföljningen gav också en möjlighet att få information om hur effekten av FaR varit och vid behov kunna välja andra vägar om det inte lyckats. Man gjorde uppföljning på olika sätt beroende på patientens situation. Uppföljningar gjordes på träningsanläggningen, via telefon eller vid kommande habiliteringsplanering.

*”det tvingar mig nog att vara lite noggrann med uppföljning för det är klart att jag som sjukgymnast ska jag alltid följa upp också men jag tror att när jag gjorde eller i dom fall jag använde FaR då följde jag ju upp mer alltså jag var noggrann att följa upp då för det ingår på nåt vis i förskrivningen.”* (Intervju 13)

Det fanns också en upplevelse av att det inte var tydligt hur man som förskrivare förväntades följa upp och det kunde då resultera i att uppföljning helt enkelt uteblev.

*”det är väl lite sådär att man tänker det är lite luddigt när det här liksom tar slut. Man skriver ju på ja kanske på ett halvår eller ett år och liksom sådär då är det lätt att det rinner ut i sanden efter det där”* (Intervju 5)

### **Att ta hänsyn till omständigheter inför en förskrivning**

#### *Kartlägga och hantera personliga förutsättningar*

Analysen av det insamlade materialet visade att man upplevde att det var viktigt att ta hänsyn till patientens personliga förutsättningar vid en förskrivning. Man tyckte att FaR-receptets utformning var svår att förstå och tolka för patienterna som har en utvecklingsstörning. Mycket text med svårt språk och onödiga delar som inte behövde finnas på receptet var anledningar till svårigheterna. Man önskade att det funnits ett mer lättläst och avskalat recept som underlättat förståelsen för patienterna. Beroende av vilken grad av utvecklingsstörning och om det fanns stödpersoner med vid besöket eller inte behövde man anpassa sitt arbetsätt vid en förskrivning på olika sätt. Man använde bildstöd och man hade i andra fall lättlästa FaR, men generellt försökte man vara extra noggrann med att på olika sätt förtydliga

innebörden med ett FaR för att erhålla ökade chanser till förståelse hos patienten. Detta arbete menade man krävde god erfarenhet av arbete med patientgruppen liksom mer förberedelse och tid för patienten.

*”Att dom inte förstår meningen med det, förstår liksom okej här får jag en papperslapp vad ska jag med den här.”* (Intervju 7)

*”...det skulle ju kunna vara betydligt mer lättläst eller så sen är det ju ganska liten text och sådär. Det är nästan ibland svårt för för personalen och förstå liksom. Men så att absolut den skulle kunna vara enklare på något sätt (...) ja men kanske lite enklare språk och större text och så.”* (Intervju 5)

Förutom att man arbetade för att vara extra tydlig och konkret i samtalet vid en förskrivning av FaR kunde man se att fördelen med att använda FaR var just att det blev ett förtydligande i sig. De rekommendationer som man ville ge patienten blev nedskrivna och anledningen till förskrivning och tid för uppföljning fanns då på samma receptpapper. Det såg man som en hjälp i arbetet att synliggöra och tydliggöra rekommendationen om fysisk aktivitet.

För att öka chansen till en god följsamhet till ordinationen kartlade man patientens intressen för att kunna rekommendera en aktivitet som skulle vara lustfylld för personen. Man menade att det var av stor vikt att personen skulle uppleva aktiviteten som rolig och att den inte skulle vara för svår för patienten. Det var viktigt att få goda erfarenheter av träning för att nå ett långsiktigt resultat. I en del fall använde man sig av motiverande samtal för att komma fram till en aktivitet som skulle passa patienten. Man använde ibland kommunikationsstöd i form av bilder och i många fall tog man hjälp av patientens nätverk.

*”sen att det blir nånting som dom känner är positivt, det ska ju vara roligt det är svårt att få en person att fortsätta med en aktivitet som är jättetråkig och det är ännu svårare att få en person som kanske har en utvecklingsstörning att fortsätta att göra det är min erfarenhet.”* (Intervju 3)

Förutom att kartlägga personens intresse menade man att man behövde få en god bild av patientens tidigare erfarenheter och hitta en aktivitet som låg på lämplig nivå i förhållande till den bedömningen. Det fanns de som alltid förskrev en egenaktivitet, såsom promenad eller

liknande, för att nå bästa möjliga följsamhet, men i de flesta fall så diskuterade man kring FaR i termer av att delta i friskvårdens utbud.

*”det ska vara enkelt liksom sänka tröskeln så att det verkligen ska bli av (...) om personen är lite svårmotiverad då tar jag nåt som ska vara så enkelt som möjligt promenad eller nånting”*  
(Intervju 13)

För att kunna bestämma vilken intensitet som den förskrivna aktiviteten skulle motsvara gjordes ibland fysiska prestationstest såsom styrke- eller konditionstest, men bedömningen kunde också göras genom att patient och nätverk tillfrågades kring den nuvarande aktivitetsnivån. Man kunde bland annat undersöka hur mycket patienten var stillasittande och i ett sådant fall förskriva ett FaR med rekommendationen att stå upp under sin arbetsdag. Det fanns exempel där man i förskrivningen av FaR utgick från en struktur i tre steg där minska stillasittande var det första steget för en patient.

*”Sen måste jag ju veta var ligger dom nånstans i sin fysiska kapacitet alltså styrka, kondition och vad gör dom så det blir också en bedömning av deras fysiska kapacitet för att sen kunna sätta in på vilken nivå ska liksom receptet ligga.”* (Intervju 12)

*”...jätteviktigt med tanke på det här minska stillasittande och sätter mer fokus på vardagsaktiviteter genom att det är en grupp som sitter väldigt mycket still som vi inte har anpassade arbetsplatser på dagliga verksamheter där har man ju sittbord istället för ståbord”* (Intervju 11)

Man beskrev att patienterna ofta hade en låg självkänsla och att många hade begränsade erfarenheter av träning utanför rehabiliteringen. Detta kunde skapa en osäkerhet eller rädsla hos patienten som var viktig att ta hänsyn till vid en förskrivning av FaR. I dessa fall underlättade det om man hade träffat patienten under en längre tid och patienten hade förtroende för förskrivaren.

*”rädsla för allt som är nytt det tycker jag är nåt genomgående hos många personer med utvecklingsstörning tycker det är jobbigt att vara i större sammanhang, större grupper, alltså det här okända försöka övertyga dom, att dom skäms litegrann för sina kroppar eller att de är lite sämre än andra rent motoriskt och tycker att det är pinsamt att visa upp sig i nåt dom inte*

*tror att dom kommer klara av (...) våga gå till nåt som är utanför habiliteringen. Det har varit ett stort hinder.” (Intervju 6)*

Man menade att man också behövde ta hänsyn till övriga svårigheter som kunde finnas hos patienten vid sidan av utvecklingsstörningen. Det var inte ovanligt att patienterna hade någon form av motorisk funktionsnedsättning eller autistiska drag, vilket kunde vara avgörande för vilken aktivitet som rekommenderades eller till vilken aktivitetsarrangör man hänvisade. I vissa fall upplevde man att dessa tillägg till utvecklingsstörningen krävde mer anpassningar av FaR-föreskrivningen än utvecklingsstörningen i sig och att det var dessa FaR som var de riktigt utmanande.

*”...om man har en motorisk problematik på ett eller annat sätt, det är ju inte helt ovanligt till exempel att du har en CP-skada, du är rullstolsburen, du har dels det att ta hänsyn till, men sen har du det här den perceptuella känsligheten, ibland är det autistiska drag också eller autism och sen ja med eller utan utvecklingsstörning” (Intervju 3)*

Till en del patienter som redan kommit igång med en fysisk aktivitet som ansågs hälsosam kunde man använda FaR i syfte att stärka motivationen för fortsatt träning. Man tydliggjorde det som patienten redan utförde på receptet för att förstärka motivationen för den redan påbörjade aktiviteten.

*”...då kanske jag har på nåt vis lite i efterhand kommit in med ett FaR på nåt vis för att förstärka eller bekräfta det då ja men vad bra fortsatt med det här.” (Intervju 13)*

#### *Kartläggning av patientens nätverk*

Man framhöll som viktigt att erhålla en god bild över patientens omgivningsfaktorer innan man bedömde om ett FaR skulle kunna vara verksamt att använda. Denna kartläggning kunde ibland ta tid och kräva flera besök. Ibland tillsammans med patientens nätverk och ibland genom enskilda besök.

*”alltså ska det blir nåt av det så måste du ju som förskrivare ta reda på mer omständigheter och då tar det längre tid du behöver liksom större insyn i hur, en kartläggning helt enkelt, vad har du för förutsättningar.” (Intervju 3)*



Informanterna upplevde att det var av stor vikt att få med sig patientens nätverk vid en förskrivning av FaR. Utan stöd från personer runtomkring var det sällan en patient lyckades följa en FaR-förskrivning. Storleken på nätverket kunde bero av flera saker, men generellt upplevde man att patienter som hade en måttlig utvecklingsstörning oftare hade ett fungerande nätverk och var därför lättare att förskriva ett FaR till. Man menade att patienter som hade ett tunt nätverk oftare var de som hade en lindrig utvecklingsstörning och de hade generellt svårare att genomföra det som ordinerats i och med detta.

*”det är på sätt och vis lättare att skriva ett anpassat FaR till en person som har mycket stöd många människor ikring sig eh, än en som kanske inte har så stor begåvningsnedsättning men som står alldeles ensam och ska förvalta allting själv”* (Intervju 3)

Kartläggningen innebar också att man undersökte huruvida patienten hade tillgång till personer i sitt nätverk som skulle kunna delta i och stötta kring den fysiska aktiviteten som man tillsammans med patienten kommit fram till. Det framhölls att det var av yttersta vikt att patienten hade stöd för genomförande av aktiviteten, men också för planeringen kring aktiviteten för att nå framgång.

*”det faller ju om man inte har en person som stöttar dom, det är nästan a och o att man ser till att det finns en person runt omkring som är beredd att gå med på aktiviteten.”* (Intervju 2)

I en del fall upplevde man att det fanns svårigheter att få nätverket motiverat till att genomföra den fysiska aktiviteten tillsammans med patienten. Det kunde till exempel handla om tidsbrist hos personalen, vilket i sin tur kunde leda till att man istället för träning inom friskvården valde att ordinera egenaktivitet som kunde utföras i hemmet. Det fanns också erfarenheten av att nätverket kring patienten var mycket motiverade till att få till en förändring kring fysisk aktivitet hos patienten och att det varit nätverket som initierat en kontakt med sjukgymnasten av just den anledningen.

*”det kan ju också va så att dom just kan ha brottats med den här frågan redan på gruppboenden hur kan vi få till fysisk aktivitet för hälsa, för viktnedgång för olika orsaker olika syften och då kanske dom har sökt mig just för att på nåt vis få hjälp i den här frågan och komma vidare så att det kan finnas en stor motivation hos personalen.”* (Intervju 13)

### *Sjukvård eller friskvård?*

En annan aspekt att ta hänsyn till vid en förskrivning av FaR var bedömningen av huruvida den aktuella patienten skulle genomföra sin fysiska aktivitet inom sjukvården på rehabiliteringen eller inom friskvården. Många erfor att patienterna hade erfarenhet av att fysisk aktivitet utfördes i grupp eller enskilt på rehabiliteringen och att detta upplevdes tryggt för dem. Men man menade att den vård som man som specialistverksamhet inom sjukvården skulle tillhandahålla inte innefattade fysisk aktivitet i form av friskvård eller vardagsaktivitet.

*”alltså landstingsvård är landstingsvård vi ska ge behandling för vissa specifika problem kopplat till funktionsnedsättningen medans jag tycker att den här träningen utanför för mig är det friskvård något som vi alla behöver”* (Intervju 6)

Man såg det också som ett sätt att betona ett ”frisktänk” för patienten och dess nätverk istället för det ”sjuktänk” som genomsyrar träning inom sjukvården, att skilja på sjukgymnastik och allmän fysisk aktivitet. Man menade att personer med utvecklingsstörning mer sällan var i behov av specifik sjukgymnastik och att FaR därför kunde vara ett bra sätt att diskutera träning i termer av friskvård.

*”även om du har en utvecklingsstörning så kan man tänka i termer av friskvård och vad kan dom göra då för att må bra, ja men det kan vara att gå promenader eller gå och träna på gymmet och då passar FaR bra”* (Intervju 13)

### *Utbudet inom friskvården*

För att kunna ordinera fysisk aktivitet inom friskvården till en patient med utvecklingsstörning visade intervjuerna att det var viktigt som förskrivare att ha god kännedom om det utbud som fanns att tillgå. Man utförde ett kontinuerligt arbete för att ha aktuell information om de lokala träningsställena dels genom att man deltog i eventuella FaR-nätverk där arrangörer fanns representerade, men också genom att åka runt till olika ställen, hålla utbildningar för arrangörer eller ta kontakt på andra sätt.

*”jag brukar faktiskt alltid ringa och ta en kontakt med stället och höra mig för litegrann hur det fungerar och på så sätt håller jag mig uppdaterad kring några av sakerna och sen får man ju fortsätta att undersöka vidare så att det är ju ett arbete för att hitta rätt ställe till rätt person.”* (Intervju 2)

Man ville vara säker på att rekommendera rätt ställe till rätt patient och man menade att förutom att den faktiska aktiviteten och miljön skulle fungera så var bemötande som patienten fick avgörande för om denne skulle fortsätta träningen. Det fanns erfarenheter av att patienterna hade bemötts med ifrågasättande när de haft med sig en stödperson för att kunna genomföra träningen liksom att patienterna inte känt sig välkomna till träningsstället. Man menade att habiliteringen eller FaR-samordnare i länet hade ett ansvar att arbeta för att förbättra kunskapen om funktionsnedsättningar i samhället och på så sätt kunna påverka de värderingar och attityder som patienterna mötte. Där man hade utbildningar för arrangörer inom friskvården såg man inte bara kunskapslyftet som positivt utan också att man som förskrivare blev igenkänd när man kom till arrangören med en ny patient och behövde då inte förklara så mycket.

*”Jag tänker väl att en viktig del är väl att dom som tar emot dom får förståelse och utbildning för den här målgruppen och där tycker jag då att FaR-samordnaren i länet har en roll där att informera och sen kan ju vi ju vara stöd till den här personen med att informera om de här diagnoserna då ju det är väl där jag tänker på utbildning, det handlar ju mer då om attityderna utåt ju och att det kanske finns nån speciell tränare eller instruktör som kan lite mer kring det här med pedagogiskt stöd för den här målgruppen.”* (Intervju 12)

Det fanns också erfarenhet av att ha för lite kunskap om hur friskvården fungerar för patienterna och där det då resulterade i att man hänvisade till träning inom sjukvården eller egenaktivitet. Den bristande kunskapen om utbudet skapade en osäkerhet kring möjligheterna att få till träning inom friskvården. Man menade att det inte bara var patienterna som skulle våga träna utanför habiliteringen utan också att sjukgymnasterna skulle våga ”släppa taget” om patienterna.

*”...och sen att det ska passa personen det är väl också en stor del i det. Och kanske osäkerhet vem det är som tar emot dom och så om dom nu skulle gå till ett gym.”* (Intervju 5)

Man upplevde att det kunde vara svårt att hitta aktiviteter inom friskvården som var anpassade för personer med utvecklingsstörning. Man menade att det för personer med lindrig utvecklingsstörning kunde fungera med de aktiviteter som fanns att tillgå, men när det kom till personer med måttlig utvecklingsstörning så var utbudet sämre. En orsak till detta, vid

sidan av kunskapsbrist, trodde man kunde ha att göra med att den målgruppen mer sällan söker sig till friskvården, vilket resulterar i att det inte startas anpassade grupper. Dessutom menade man att kunskapen om hur passen bör anpassas ibland saknades och man menade att ett utökat samarbete mellan habilitering och friskvård skulle kunna bidra till ett bättre utbud. Även lokalernas utformning i form av ljud och ljus samt den fysiska tillgängligheten spelade roll vid val av aktivitet till FaR-ordinationen. Det fanns tillfällen då miljön på träningsstället krävde för mycket energi av patienten, vilket föranledde ett FaR med egenaktivitet.

*”alla ställen är inte så väl anpassade efter den här målgruppen som kanske behöver ibland lite mindre grupper eller lite lugnare miljö omkring sig.” (Intervju 2)*

Materialet visade att man också tyckte att det till viss del fanns bra aktiviteter anpassade för målgruppen. Dels att det fanns enklare träningspass att hänvisa till, men också aktiviteter som direkt riktade sig mot personer med utvecklingsstörning.

*”jag har jobbat i detta distriktet länge så jag känner att jag har stor kännedom om vad som finns och jag tycker att det finns ganska många bra aktiviteter för personer med utvecklingsstörning.” (Intervju 10)*

#### *Träning är en ekonomisk fråga*

Den ekonomiska situationen för patienten var något som man upplevde som viktig att ta hänsyn till vid en förskrivning av FaR. En ordination av gruppaktivitet innebar nästan alltid en kostnad för patienten vilket upplevdes som ett hinder. Informanterna beskrev patientgruppen som ekonomiskt svag och utan marginaler som kunde bekosta ett träningskort. Dessutom var det inte ovanligt att även den medföljande stödpersonen fick betala för aktiviteten. I många fall var det den ekonomiska aspekten som avgjorde om man kunde få till en regelbunden fysisk aktivitet eller inte. På en del håll fanns rabatter att få om man som patient hade ett FaR, vilket upplevdes som en fördel, men denna rabatt var tillfällig och patienten hade inte möjlighet att fortsätta med aktiviteten när kostnaden ökade. På andra håll fanns inga rabatter inom friskvården kopplade till ett FaR-recept.

*”...då blir träningen för dyr om dom måste betala hela och ibland är det så också med personer som jag har velat skriva ut FaR på att det har inte varit lönt för även med den här*

*vad ska jag kalla det rabatten eller så får dom träna nå extra gång eller så med ett FaR så räcker inte det så att säga.” (Intervju 10)*

Det fanns också en motstridig erfarenhet av kostnaden och att den sällan var ett problem för patienterna samt att det ibland var en fördel att själv få bekosta aktiviteten då det upplevdes ge patienten en ökad motivation till att genomföra träningen.

*”Rent ekonomiskt har det aldrig varit något problem i och med att det inte handlar om stora summor.” (Intervju 11)*

Något som informanterna problematiserade var det faktum att träning inom habiliteringen i många fall var kostnadsfri för patienterna. De hade ofta lång erfarenhet av att gruppverksamheter och olika fysiska aktiviteter tillhandahölls kostnadsfritt av habiliteringen och hade svårt att tänka sig träning i något annat sammanhang. Detta kunde upplevas som ett hinder i arbetet med att slussa ut patienterna till friskvården, då den ekonomiska aspekten tillkom.

*”dom är ju vana med det att hos mig så betalar man ingenting medans här när jag skriver ett FaR det är ju nåt som dom själva får betala.” (Intervju 6)*

Det fanns erfarenhet av olika sätt att bemöta de ekonomiska svårigheterna kring FaR hos patienterna. Man hade kontakt med patientens gode man för att tillsammans undersöka de ekonomiska möjligheterna till en aktivitet, men man hade också exempel på positiva samarbeten med Försäkringskassan för att patienter som hade aktivitetsersättning skulle kunna få bidrag för friskvård.

*”jag har också byggt upp ett samarbete med försäkringskassan det är på orten framför allt då men i alla fall i dom fall där det finns en aktivitetsersättning för att kunna få in friskvård som aktivitet.” (Intervju 3)*

### **Att uppnå följsamhet**

#### *Recept ger tyngd*

Informanterna beskrev att en förskrivning av fysisk aktivitet genom ett FaR gav en tyngd till den rekommendation som de gett patienten. Man upplevde att både patienterna och deras

nätverk uppfattade instruktionerna som viktigare när ett recept användes. Informanterna menade att man av den anledningen ibland använde FaR till de patienter där nätverket runtomkring behövde bli mer angelägna om att öka den fysiska aktiviteten. En orsak till att det gav mer tyngd med ett FaR trodde man var likheten till den vanliga läkemedelsförskrivningen från läkare och att patienten fick den fysiska aktiviteten ordinerad till sig på samma sätt som när det gällde mediciner. Som förskrivare använde man också den likheten ibland för att förklara för patienten vad ett FaR innebar.

*”jag tror att bara just det här att man kallar det för recept, en ordination liksom, det låg lite mer tyngd i, bakom det.”* (Intervju 9)

*”det här är som medicin att du ska träna såhär, precis som man kanske måste ta en tablett varje dag (...) behöver du träna för att du ska hålla dig frisk.”* (Intervju 7)

Man menade att de gula receptblocken som användes i början gav en ännu tydligare likhet med en läkemedelsförskrivning, men man trodde inte att det hade någon betydelse att de FaR-recept som används idag inte var gula då recepten för läkemedel också förändrats.

*”Det här att dom fick ett recept det gav lite extra tyngd (...) för att det var så likt receptet som dom fick från läkarna för sina mediciner det här är när det var alldeles nytt då hade vi såna där gula block”* (Intervju 10)

#### *Motivera*

Informanterna upplevde att de genom att följa med till träningen och introducera patienten på plats gav en bättre chans till god följsamhet samt kunde skapa en trygghet hos patienten. Man menade att patienterna ofta var otrygga med att träna utanför rehabiliteringen och att de sällan hade erfarenheter av vad det innebar. Informanterna sade att patienterna behövde få den praktiska erfarenheten av träningen för att kunna bli motiverade.

*”Har man utvecklingsstörning så har man svårare att förstå, svårare att hitta motivation det kan handla mer om att uppleva som att jag kan sitta och prata hur mycket som helst, men det kanske är först när personen har upplevt och får en erfarenhet av den här fysiska aktiviteten, som förhoppningsvis då känns rolig lustfylld, och då skapas det motivation.”* (Intervju 13)

På plats kunde man som förskrivare konkret informera patienten och eventuella stödpersoner om hur träningen skulle utföras och man kunde samtidigt samtala med personalen på plats kring patientens eventuella svårigheter. Ofta upplevde patienterna en lättnad när personal på plats var införstådda med deras förutsättningar. På vissa träningsställen lämnades FaR-receptet till personalen där medicinska förutsättningar kunde vara specificerade.

*”just att komma och visa såhär ska du, tänk på att dra ned skuldrorna till exempel gör si gör så och gärna att någon som följeslagare liksom är med för att förvalta den här strategin liksom lite kom-ihåg hjälp för personen som ska träna (...) det säger sig självt alltså det blir mycket mer konkret och inte så generellt sagt, exakt och lättare att följa.”* (Intervju 1)

*”...jag tycker det är värt att jag kan vara med första gången inte hela träningen, men bara vara med så att dom ser lokalen dom känner sig trygga där och jag kan prata lite med ledare så att dom känner sig mer bekväma med att komma dit liksom så att man avdramatiserar det”* (Intervju 6)

Informanterna beskrev olika erfarenheter av att det fanns så kallade receptmottagare i länet som på vissa håll kunde erbjuda motivationsstöd till patienter. Det fanns erfarenheten av att dessa uppskattades av patienterna och kunde bidra till en ökad följsamhet till FaR-ordinationen. Patienterna hade upplevt samtalet med receptmottagaren som positivt samt upplevdes få en ökad motivation genom en kontinuerlig feedback som de fått från receptmottagarna. Det beskrevs också att man inte använde sig av receptmottagarna för patienterna då man ansåg att det krävdes erfarenhet av arbete med patientgruppen samt mer praktiskt stöd för uppstarten av träningen.

*”vi har ju receptmottagare här i eller ett par i länet (...) men här finns vi ju med på ett annat sätt med den här patientgruppen, och då känns det inte nä, det känns inte relevant.”* (Intervju 8)

Vidare visade intervjuerna att man upplevde att den träningsdagbok som fanns med på FaR-blanketten var en hjälp för patienterna att bocka av när de utfört sin aktivitet. Det fanns också erfarenheten att den dagboken var för schematisk och därför svår att använda för patienterna. Men generellt tyckte man att registrering av den egna aktiviteten kunde vara en

motivationshjälp för patienterna och det förekom att man kopplade en separat träningsdagbok till förskrivningen.

*”Och sen är ju FaR sådär dom kan checka av och bocka av, 'nu har jag gjort detta' så det blir ju tydligt också som FaR-receptet är liksom utformat.”* (Intervju 12)

#### *Arbeta nätverksbaserat*

Att arbeta nätverksbaserat framhölls som en viktig del för att underlätta för fysisk aktivitet för en patient. Informanterna menade att informationen som man som förskrivare ville förmedla till patienten även behövde nå nätverket. Det var i slutändan dessa personer som till stor del fick ansvara för att den fysiska aktiviteten skulle planeras in, utföras och bibehållas.

*”Nä, brukaren kunde ju liksom inte ta ansvar själv utan det var ju på personalen som det hängde på och hon kom dit överhuvudtaget”* (Intervju 9)

Man upplevde att FaR till en del kunde bidra till att informationsöverföringen fungerade bättre och att det blev mer tydligt för personerna i patientens nätverk vad som förväntades och vad som hade rekommenderats genom att det fanns en skriftlig ordination.

*”sen är det ju många som har ledsagare, kontaktperson och såhär och då, det blir tydligt för det är inte alltid dom kanske är med under tillfället som vi träffas (...) då kan ju sen patienten visa sin ledsagare eller stödperson, det här receptet, det är ju enklare att föra informationen vidare.”* (Intervju 8)

Det fanns också erfarenhet av svårigheter med det nätverksbaserade arbetet med till exempel praktiska omständigheter som att få någon att följa med på träningen. Det handlade ibland om tidsbrist hos personalen som fanns runt patienten, men också om att det inte fanns någon person som kunde fungera som stödperson vid aktiviteten. Informanterna beskrev då att man kunde få hjälpa personen med ansökan om exempelvis ledsagare för aktiviteten. Det fanns också exempel där kommunen hade så kallade ”kompiskort” som innebar att man kunde ta med en kompis gratis på sin aktivitet. I de fall där befintlig personal inte hade tid att följa patienten till ett träningsställe kunde man som förskrivare istället välja att ordinera egenaktivitet för att ändå åstadkomma en ökad fysisk aktivitet.



*”det stora problemet det är just att få det här att funka rent logistiskt.” (Intervju 1)*

### *Effekt av FaR*

Informanterna beskrev en positiv syn på FaR och förhoppningar om att det skulle kunna leda till långsiktiga livsstilsförändringar när det gällde fysisk aktivitet för patienterna. Man kunde också beskriva ett positivt utfall av användandet av FaR till patientgruppen. Patienter hade kommit igång med träning på egen hand genom en FaR-föreskrivning och träningsmängden hade ökat hos en del patienter efter ett FaR. Man upplevde att FaR kunde bidra till en ökad följsamhet till en rekommendation om fysisk aktivitet både hos patienten själv, men också hos nätverket som till stor del ansvarade för genomförandet.

*”...dom personer som jag har fått feedback från tycker att det fungerar väl dom känner sig starkare eftersom dom har ökat träningsmängden både i intensitet och frekvens så tycker dom att dom orkar mer, har bättre styrka” (Intervju 12)*

*”sen övergick ju detta i att hon tränade på egen hand.” (Intervju 10)*

I de fall då en patient hade kommit igång med träning utanför habiliteringen fanns det erfarenheter av att patienterna upplevde träningen som mer lustfylld och motiverande genom tillgång till ett större utbud av aktiviteter. Man upplevde även att det fanns många positiva bieffekter vid sidan av den fysiska aktiviteten. Bland annat kunde patienterna få känslan av att själv kunna träna precis som alla andra och genom det få en ökad självkänsla. Träningen kunde också innebära att patienten kunde bryta en tidigare social isolering och erhålla en tillhörighet i till exempel en förening. Detta kunde bidra till en ökad följsamhet till ordinationen.

*”det är så mycket annat som kan ha bieffekter som är svårt att påvisa också, jag menar att komma ut, bryta isolering det som man oftast hör när man ska sitta med en habplan med en vuxen brukare” (Intervju 3)*

Intervjuerna visade också att man hade förväntat sig större framgångar med FaR.

Erfarenheten var att FaR-receptet inte gjort någon skillnad för patienterna. Det kunde bero på att de inte förstätt pappret eller att olika yttre omständigheter försvårat träning. Man menade att FaR-receptet inte kunde påverka de hinder man såg kring ekonomin, utbudet inom

friskvården och kring behovet av stöd till patienterna som man såg som viktiga delar för att få till fysisk aktivitet.

*”det är väl där jag har märkt också när man följer upp nä det har inte använts alltså jag fick med mig en papperslapp och den slarvade jag bort när jag kom hem för jag förstod inte vad jag ska med den till.” (Intervju 6)*

Vidare visade materialet att informanterna upplevde att FaR var onödigt i arbetet med patientgruppen. Det dagliga arbetet som sjukgymnast på habiliteringen innebar redan att man tydliggjorde rekommendationer, att man arbetade patientcentrerat och nätverksbaserat samt att man slussade ut till friskvården genom att följa med. FaR-receptet bidrog inte med någon extra fördel i det arbetet varför det endast upplevdes som ”ett papper”. Dessutom fanns erfarenheten av att de aktiviteter man ansåg fungerade bäst för patientgruppen inte var anslutna till FaR, vilket gjorde att det inte upplevdes som motiverande att göra en förskrivning.

*”...vi har upparbetade rutiner för att stötta den här gruppen och just att det vi gör här är ju väldigt mycket motiverande samtal, träning i arbetet som vi gör här på habiliteringen, och jag försöker på alla sätt och vis, målet är ju att personer ska bli självständiga dom man kan slussa ut försöker man slussa ut även om man inte har det här upparbetade då (...) det hjälper ju med eller utan FaR, det är ju samma kostnad i alla fall på gymmen, det är ju ingen skillnad alls.” (Intervju 6)*

*”det är ju inte knutet till FaR på något sätt, men det finns ändå gympagrupper och innebandy och sånt här, så att det blir mycket oftare att man rekommenderar dom grejerna (...) utan FaR ja, det är mycket mycket oftare än att jag använder FaR.” (Intervju 10)*

På de håll där man hade ett mer strukturerat arbetssätt tillsammans med friskvården fanns dock erfarenheten att detta samarbete motiverade en förskrivning av FaR och kunde då bidra till en positiv förändring av aktivitetsnivå.

*”Det är ju kanske mer sällan man gör success, men i vissa fall har man lyckats och det ha fungerat väldigt bra, framför allt tycker jag just där man har en till friskvården i länet i gruppaktiviteter.” (Intervju 11)*

## DISKUSSION

Syftet med denna studie var att beskriva hur sjukgymnasters erfarenhet av att använda FaR till vuxna personer som har lindrig eller måttlig utvecklingsstörning samt hur man gick tillväga vid en FaR-förskrivning. Intervjuer genomfördes och innehållsanalysen av det insamlade materialet resulterade i tre kategorier; Att ha rutiner för förskrivning, Att ta hänsyn till patientens förutsättningar inför en förskrivning samt Att uppnå följsamhet. Nedan följer en diskussion kring resultatet liksom en diskussion kring studiens metod.

### **Resultatdiskussion**

#### *Att ha rutiner för förskrivning*

Liksom förskrivare i Holland (van Sluijs, 2004) tyckte informanterna i denna studie att en FaR-förskrivning var en enkel administrativ uppgift när det kom till att använda blanketten, att hitta den i systemen samt att fylla i den. Det fanns också metodstöd i arbetet kring FaR på intranät som uppfattades som positivt liksom tillgänglig lista över lokala aktiviteter. Att ha lättillgängligt administrativt stöd kan underlätta för att en behandlingsmetod används (Persson, 2010) vilket även kunde ses i denna studie då informanter som upplevde att de inte hade tillgång till administrativt stöd menade att de sällan använde FaR. Det framkom en stor variation av arbetssätt kring FaR på de olika habiliteringsverksamheterna som fanns representerade i den här studien och framför allt en avsaknad av lokala rutiner för hur en FaR-förskrivning skulle gå till inom respektive verksamhet. Informanterna beskrev både ett gott samarbete med friskvården i länet och en avsaknad av detta. En förbättrad struktur och tydliga rutiner kring förskrivning av FaR har visat sig kunna ge en ökning av antalet FaR i en vårdverksamhet (Persson, 2010). I en del fall upplevde informanterna stöd av FYSS (Yrkesföreningen för fysisk aktivitet, 2015) vid en förskrivning, men i deras berättelser kunde också diskussionen om FYSS utebli. En anledning till detta tros vara att syftet med den fysiska aktivitet som informanterna förskrev till en patient ofta var av förebyggande art och hade inte med ett specifikt sjukdomstillstånd att göra. Ytterligare anledning kan vara att det i FYSS inte finns rekommendationer kring hur ordination av fysisk aktivitet kan göras till patienter med utvecklingsstörning eller funktionsnedsättning.

Informanterna beskrev uppföljning av en förskrivning som en självklar del i arbetet med FaR och att det upplevdes som en bidragande faktor till utfallet av insatsen, men man menade också att det inte alltid var självklart hur och när uppföljning skulle ske. Enligt grundtanken i

utformningen av FaR ska också uppföljning vara en tydlig del i arbetet (Statens folkhälsoinstitut, 2011) och man har också sett att effekten av ett FaR ökar vid regelbunden uppföljning (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2007). En orsak till osäkerheten kring hur uppföljning går till kan tänkas vara bristande rutiner för förskrivning av FaR.

#### *Att ta hänsyn till omständigheter inför en förskrivning*

I likhet med det mest centrala i FaR, att arbeta patientcentrerat (Statens folkhälsoinstitut, 2011), visade resultatet av denna studie att det var viktigt att ta hänsyn till patientens förutsättningar inför en förskrivning av FaR. En noggrann kartläggning av patienten gjordes för att kunna individanpassa receptet. Man lyfte vikten av att undersöka hur patientens motivation och intressen såg ut och man gjorde en kartläggning av lämpliga aktiviteter som personen själv skulle kunna tänka sig att utföra. Informanterna i denna studie betonade vikten av att hitta en aktivitet som motiverade patienten liksom att inte förskriva ett FaR till en patient där man inte såg någon vilja till förändring. Vidare beskrevs att en patient som redan innan beslutat sig för att börja med en viss aktivitet eller där patienter redan påbörjat träning kunde få ett FaR i syfte att förstärka den redan pågående beteendeförändringen. Den transteoretiska modellen (TTM) är en av grundstenarna bakom FaR-metoden och vid en förskrivning kan den med fördel användas för att bedöma hur en patients benägenhet till förändring ser ut (Statens folkhälsoinstitut, 2011). Informanterna i denna studie talade inte om detta arbetssätt i termer av TTM, men i likhet med deras beskrivning kräver olika nivåer av förändringsbenägenhet olika insatser. Att förstärka och stötta en persons aktiviteter i förberedelse- och aktivitetsfasen kan stärka möjligheterna till bibehållande av beteendet (Sarafino, 2008). Vidare menade informanterna i denna studie att det var av stor vikt att undersöka vilken form av fysisk aktivitet som kunde vara rolig och lustfylld för patienten i syfte att åstadkomma bäst möjliga förutsättning för förändring. Flera studier kan styrka detta påstående att en fysisk aktivitet som upplevs som rolig ger ökad chans till förändring för personer som har en utvecklingsstörning (Hallawell, 2012; Stanish & Frey, 2008).

Man beskrev också behovet av att ta hänsyn till patientens kognitiva svårigheter utifrån den utvecklingsstörningsdiagnos som fanns liksom förekomst av tilläggsdiagnoser såsom autistiska drag eller motoriska funktionsnedsättningar. Dessa spelade roll för valet av aktivitet men också för hur man beskrev FaR för patienten. Man upplevde att FaR-blanketten var rörig och svår att tolka för patienterna. I vissa fall använde informanterna bildstöd för att öka chansen till förståelse hos patienten och det fanns också exempel på att man använde en lättläst FaR-blankett. Att använda kognitivt stöd eller begåvningsstöd exempelvis i form av

bilder eller genom lättlästa versioner kan vara ett bra sätt att stötta svårigheterna med att kunna ta in och tolka information som ofta finns hos personer som har en utvecklingsstörning (Lindström, 2012). Dock var det informanter som uppgav att de inte använde någon form av stöd för förståelse vid en förskrivning av FaR, trots att man upplevde det svårt att förstå för patienterna.

För att lyckas med en förändring av den fysiska aktiviteten för en person med utvecklingsstörning behöver vårdgivare arbeta både med patienten själv, anhöriga och patientens personal på till exempel gruppboenden, man behöver arbeta nätverksbaserat (Hallawell, 2012; Temple & Walkley, 2007). Detta beskrev även informanterna i denna studie och lyfte därför vikten av att göra en noggrann kartläggning av patientens nätverk för att kunna bedöma hur patientens förutsättningar för fysisk aktivitet såg ut och i vilken form den lättast skulle kunna utföras. Detta resultat kan styrkas av Wahlström et al (2014) som fastslog att det var av vikt att kartlägga de yttre omständigheterna för en bedömning av möjligheterna att få till hälsofrämjande aktiviteter för en person med utvecklingsstörning. Informanterna i den här studien framhöll det som viktigt att man som förskrivare säkerställde att det fanns en person som kunde utföra aktiviteten tillsammans med patienten. Man upplevde att chanserna för ett positivt utfall uteblev om inte en stödperson kunde finnas på plats och agera träningskompis och coach. I likhet med detta kunde Bergström et al (2010) se att coaching kunde ge en effekt i grad av fysisk aktivitet för personer med utvecklingsstörning.

Informanterna kunde beskriva en osäkerhet kring att hänvisa sina patienter till friskvården. Det kunde dels handla om bristande kunskap kring vad som fanns att tillgå, men också en misstanke om att patienterna inte skulle bli bra bemötta eller att kunskapen hos personalen inom friskvården var låg när det gällde personer med utvecklingsstörning. Man hade också exempel på när patienter upplevt att det blivit bemötta med negativ attityd när det kommit till olika träningsställen och detta ville man som sjukgymnast i möjligaste mån undvika. Man menade att det sällan fanns anpassade pass samt att miljön till stor del kunde påverka huruvida man hänvisade en patient till friskvården eller inte. Bristande kunskap hos personalen inom friskvården (Stanish & Frey, 2008) och en otillgänglig miljö samt avsaknad av anpassade redskap eller pass är faktorer som fungerar hindrande för personer som har en funktionsnedsättning (The LIFE group, 2011). Rimligtvis kan detta även gälla för personer med utvecklingsstörning och därför förklara varför denna osäkerhet fanns hos informanterna. Det gav också upphov till diskussion kring huruvida patienterna skulle erbjudas träning inom

habiliteringsverksamheten eller faktiskt hänvisas till friskvården. Man såg till viss del att habiliteringsverksamheterna hade som uppgift att sprida kunskap om utvecklingsstörning till aktivitetsarrangörer och man hade positiva exempel på där man som sjukgymnast inom habiliteringsverksamheten genomfört utbildning för att öka medvetenheten kring denna patientgrupp.

En av de faktorer som var viktigast att ta hänsyn till enligt resultaten av denna studie var patientens ekonomiska förutsättningar. Många gånger var det den ekonomiska aspekten som avgjorde om förskrivaren kunde ordinera fysisk aktivitet inom friskvården. Tidigare studier kan bekräfta bilden av vikten av att få ekonomiskt stöd för att erhålla ökad fysisk aktivitet hos personer med utvecklingsstörning (Temple & Walkley, 2007). I vissa fall kunde patienten få minskad kostnad för träningen genom ett FaR, men i och med att FaR-perioden tog slut försvann rabatten och patienten hade inte möjlighet att fortsätta med aktiviteten. I FUBs rapport *Fångad i fattigdom* (Riksförbundet FUB, 2014) beskrivs den ekonomiska situationen för vuxna personer som har en utvecklingsstörning. I många fall går inte vardagsekonomin ihop för dessa personer, vilket stödjer informanternas uppfattning om att det inte finns utrymme för friskvårdsavgifter. Det fanns exempel på sätt att hantera dessa svårigheter som framkom vid intervjuerna där ett sätt varit att stötta patienterna till att ansöka om ersättning för den fysiska aktiviteten. När en person har aktivitetsersättning från Försäkringskassan har denna möjlighet att delta i olika aktiviteter och kan då ansöka om ersättning för utlägg i samband med aktiviteten (Försäkringskassan, 2013). Dock kan inte personer som är 30 år eller äldre få aktivitetsersättning och har således inte möjlighet att söka ersättning för deltagande i aktiviteter (Försäkringskassan, 2015). Det förekom att informanterna istället för att förskriva aktiviteter inom friskvården som kostade pengar kunde förskriva FaR för egenaktivitet som var kostnadsfri, såsom promenader. Inställningen till vad fysisk aktivitet skulle innebära för patienten kunde se olika ut. Både synen på fysisk aktivitet som ett sätt att minska stillasittandet eller öka vardagsmotionen liksom synen att den fysiska aktiviteten skulle ske genom organiserad träning inom friskvården fanns.

#### *Att uppnå följsamhet*

När FaR utvecklades togs en receptblankett fram vars syfte var att likna det recept som användes inom sjukvården för läkemedelsförskrivning. FaR-blanketten var gul och i samma storlek och med liknande utformning som de tidigare kända recepten. En av anledningarna till detta val var att förenkla det administrativa arbetet för de som skulle förskriva FaR, framför allt läkare som var vana att använda läkemedelsrecepten. En annan anledning var att skapa en

känsla av att ordinationen av fysisk aktivitet var lika viktig som medicin, att ge den en tyngd (Statens folkhälsoinstitut, 2011). Resultatet av denna studie visade att informanterna upplevde att FaR gav en extra tyngd till den rekommendation kring fysisk aktivitet som de gett patienterna. Man menade att den skriftliga ordinationen fortsatt upplevdes som mer viktig trots att man frångått de gula recepten då även dessa spelat ut sin roll som läkemedelsrecept.

Informanterna i den här studien valde ofta att introducera patienten på plats när en fysisk aktivitet inom friskvården skulle påbörjas. Man upplevde att det gav en bättre chans till god efterlevnad samt kunde skapa en trygghet för patienten. Informanterna menade att patienterna ofta hade begränsade erfarenheter av fysisk aktivitet och behövde få den praktiska introduktionen av träningen för att kunna bli motiverade. Att personer med utvecklingsstörning har begränsade erfarenheter av fysisk aktivitet kan bero på det faktum att barn och ungdomar som har en utvecklingsstörning i lägre grad än andra utövar någon idrott eller är fysiskt aktiva (Blomdal & Elofsson, 2011; Einarsson, 2015). De knappa erfarenheterna riskerar att påverka personernas tilltro till sin egen förmåga, self-efficacy, att klara av fysisk aktivitet (Hutzler & Korsensky, 2010). Att ta hänsyn till en persons self-efficacy i arbetet med att främja fysisk aktivitet är en av grundstenarna i FaR-arbetet (Statens folkhälsoinstitut, 2011) och man har sett att det är även en viktig faktor att ta hänsyn till när det gäller personer som har en funktionsnedsättning (Bergström, 2010). Att stötta patienter med utvecklingsstörning till ökade erfarenheter av fysisk aktivitet, till exempel genom att följa med till olika träningsställen, kan bidra till en ökning av deras self-efficacy för aktiviteten (Hutzler & Korsensky, 2010). Man valde också ofta att ta kontakt med personal hos friskvårdsarrangören för att informera om patientens förutsättningar, antingen via skriftlig information på FaR-blanketten eller genom personlig kontakt. Man upplevde att patienterna ofta kände en lättnad över att personalen på plats var införstådd med deras svårigheter. I jämförelse med detta resultat har man sett att personer som har en funktionsnedsättning ofta upplever kunskapsbristen hos personal på ett träningsställe som en hindrande faktor för fysisk aktivitet (The LIFE group, 2011) vilket kan motivera informanternas tillvägagångssätt.

Tillgången och användandet av så kallade receptmottagare såg olika ut för informanterna i denna studie. Men det som framkom var att de som hade erfarenhet av att använda receptmottagare för patienterna rapporterade att dessa patienter uppskattat kontakten med receptmottagarna och informanterna menade att den kontakten bidragit till en ökad följsamhet till FaR-förskrivningen. I de fall man hade tillgång till receptmottagare, men inte använt den

funktionen var det ofta på grund av en misstanke om att patienterna inte skulle kunna tillgodogöra sig informationen på ett adekvat sätt.

Att på olika sätt registrera den fysiska aktiviteten genom exempelvis en träningsdagbok kan öka följsamheten till FaR (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2007). Man har också sett att dagbok kan vara en hjälp för personer med utvecklingsstörning i arbetet att öka motivationen till fysisk aktivitet (Stanish & Frey, 2008). Detta återfanns också i resultatet av denna studie där informanterna som använde en träningsdagbok upplevde det som positivt. Man ansåg att det rutsystem som fanns på FaR-blanketten kunde fungera bra, men även att den dagboken var för abstrakt för patienterna. Där fanns exempel på att man som förskrivare kombinerat ett FaR med en mer anpassad träningsdagbok. I många fall använde man inte träningsdagbok alls, vilket då till viss del skulle ha kunnat påverka följsamheten till FaR-föreskrivningen.

På samma sätt som informanterna beskrev vikten av att kartlägga patienternas nätverk inför en FaR-föreskrivning menade man att det var av stor vikt att fortsätta arbeta tillsammans med personer i patientens nätverk för att uppnå följsamhet. Man menade att FaR bidrog till ett förbättrat nätverksarbete, då receptet fungerade som informationsbärare och kunde användas av hela nätverket. Flera studier stödjer detta, dvs. att personer i nätverket behöver involveras för att uppnå en förändring av den fysiska aktivitetsnivån (Bergström, 2010; Hallawell, 2012; Stanish & Frey, 2008; Wahlstöm, 2014). Det man konstaterade var dock att det ibland fanns svårigheter i arbetet med en patients nätverk där tidsbrist och bristande motivation till förändring var faktorer att ta hänsyn till.

Resultatet av intervjuerna visade att man sett positiva bieffekter av att patienterna kommit ut till träning inom friskvården. Vid sidan av att den fysiska aktiviteten ökade beskrev informanterna att patienterna kunde få en ökad självkänsla genom att kunna träna precis som alla andra. Träningen kunde också innebära att patienten kunde bryta en tidigare social isolering och få en tillhörighet i någonting annat än habiliteringen. Detta stämmer överens med tidigare studier som visar på vikten av att erbjuda fysisk aktivitet utanför sjukvården för att kunna skapa bättre inkludering i samhället och tillgång till social samvaro för att nå god effekt och långsiktiga förändringar (Hallawell, 2012; Stanish & Frey, 2008). Vid sidan av eventuella positiva effekter av inkludering i samhället för patienten så menar även



Socialstyrelsen att habiliteringsinsatser ska bidra till ett aktivt deltagande i samhället (SOSFS, 2008:20).

Det fanns en upplevelse av att ett FaR kunde ge en ökad följsamhet till den rekommendation som informanterna gett sina patienter. Att följsamheten är lika stor till FaR som för annan sjukvårdande behandling har kunnat visas i tidigare studier (Kallings, 2009a; Leijon, 2010). Det fanns exempel i intervjuerna i denna studie som visade att man valde att alltid ha en egenaktivitet med på FaR-föreskrivningen och detta kan styrkas av tidigare forskning som visat att följsamheten för egenaktivitet är något bättre än för organiserade aktiviteter (Leijon, 2010). Dock hade informanterna i denna studie erfarenhet av att FaR-receptet inte gjort någon skillnad i arbetet med patienterna. FaR-receptet upplevdes inte kunde påverka de hindrande faktorer som fanns för patientgruppen som den ekonomiska aspekten, det begränsade utbudet inom friskvården och avsaknad av personligt stöd i den fysiska aktiviteten. Man tyckte inte heller att blanketten var så utformad att man kunde uppnå en förståelse för innehållet hos patienterna utan upplevdes endast som ”ett papper” i många fall. Till skillnad mot resultatet i denna studie har man sett att ett FaR kan ge ytterligare en effekt där personer som fått ett FaR erhöll en ökad fysisk aktivitet på måttlig nivå jämfört mer kontrollgruppen som fått samma behandlingsinsats fränsett ett recept på fysisk aktivitet (Kallings, 2009c). Där studerade man dock inte patienter som hade utvecklingsstörning vilket skulle kunna göra att resultatet hade sett annorlunda ut enligt resultatet i denna studie.

### **Metoddiskussion**

Trustworthiness eller trovärdigheten i en kvalitativ studie bedöms utifrån vilka metoder som forskaren har använt i arbetet att nå fram till resultatet. Man talar om credibility eller giltighet, transferability eller överförbarhet samt dependability eller tillförlitlighet (Graneheim & Lundman, 2004). I detta avsnitt kommer denna studie att diskuteras utifrån dessa begrepp.

#### *Giltighet*

Giltigheten påverkas av den förförståelse som kan finnas hos intervjuaren liksom den person som utför analysen och som då kan påverka resultatet. Vidare är datainsamlingsmetoden, hur urvalsgruppen såg ut och rekryterades liksom hur analysprocessen gick till, delar som påverkar studiens giltighet (Graneheim & Lundman, 2004). Författaren till denna studie var också den som utförde intervjuerna. Då författaren själv arbetar som sjukgymnast inom en habiliteringsverksamhet kan förförståelsen ha påverkat resultatet. Det kan därför inte

garanteras att följdfrågor inte blev ställda som för intervjuaren var en information som ansågs självklar. För att undvika detta hade inte informanterna information om författarens yrke, fränsett en informant som innan intervjun frågade om detta. Ingen av informanterna hade en relation till intervjuaren, vilket minskade risken för önskvärda svar. Ingen deltagarkontroll gjordes på grund av tidsbrist vilket inte gav informanterna möjlighet att granska transkriberingen och då ha möjlighet att göra tillägg. Dock försökte intervjuaren att i samtliga intervjuer sammanfatta kontinuerligt för att säkerställa att det som sagts stämde. För att undvika att tolkningen av materialet under analysfasen skulle påverkas av författarens förförståelse analyserades materialet manifest, alltså ord för ord. För att ytterligare minimera risken för att förförståelsen påverkade analysen har diskussion förts med handledare under analysfasen. Dessutom gjordes en prövning av reliabiliteten av kategorierna som analysen resulterade i. En forskningsutbildad person, men utan förkunskaper i denna forskningsfråga, ombads att placera 54 av de 272 citaten i respektive kategori. Detta resulterade i en överensstämmelse av 50 %. Författaren och personen diskuterade då och uppnådde fullständig konsensus kring korrigeringar av kategorierna. Ytterligare en prövning gjordes på samma sätt med en annan person med erfarenhet av kvalitativ forskning, vilket då resulterade i en överensstämmelse av 79 %. Lombard et al (2002) beskriver reliabilitetsprövning av kodning vid innehållsanalys och menar att reliabiliteten är acceptabel i de flesta fall där överensstämmelsen är 80 % och därför kan analysen anses vara giltig.

För att belysa en forskningsfråga ur så många synvinklar som möjligt är det viktigt att få en så stor bredd på informanter som möjligt (Kvale & Brinkmann, 2009). Urvalet i denna studie hade en bredd i fråga om geografisk spridning och representerade olika habiliteringsverksamheter. Detta var i syfte att kunna få en bred bild av erfarenheter och tillvägagångssätt. Av 12 intervjuer var två män och övriga kvinnor. Det var en spridning i antal år i yrket liksom antal år inom en habiliteringsverksamhet. För att erhålla en geografisk spridning i urvalet gjordes ett strategiskt urval och förfrågan om deltagande i studien skickades till habiliteringsverksamheter i Sveriges samtliga landsting eller regioner. Dock erhöles inte svar från alla och det kan inte garanteras att förfrågan nådde alla verksamheter vilket skulle ha kunnat påverka vilka som deltog och därmed resultatet i denna studie.

### *Överförbarhet*

Överförbarheten beskriver hur en studies resultat kan överföras till andra grupper eller andra situationer. Som författare kan man beskriva överförbarheten av sitt resultat, men det är upp

till läsaren att själv avgöra i vilken mån detta kan göras (Graneheim & Lundman, 2004). Denna studies urval, datainsamling, tillvägagångssätt och analyssteg har beskrivits tydligt för att kunna ge läsaren en bra utgångspunkt för att bedöma överförbarheten. Resultatet har också valts att presenteras tillsammans med citat från intervjuerna för att styrka överförbarheten.

### *Tillförlitlighet*

Tillförlitlighet inom kvalitativ forskning handlar om hur stabiliteten av data ser ut över tid samt hur forskarens arbetssätt förändras under analysprocessen (Graneheim & Lundman, 2004). Intervjuaren hade begränsade erfarenheter av att utföra intervjuer. En pilotintervju genomfördes i syfte att öva på att intervju då det kan stärka tillförlitligheten genom att höja intervjuarens kvalitet (Kvale & Brinkmann, 2009). Datainsamlingen till denna studie utfördes under ungefär en månads tid. Den korta tid som intervjuerna fördelades över kan ha bidragit till att de utfördes på så likartat sätt som möjligt. Dock kan det inte garanteras att intervjuaren inte förfinade sin teknik under datainsamlingen varpå intervjuerna kunde se olika ut.

Tillförlitligheten kan bland annat stärkas genom att alla informanter erhåller samma frågor (Polit & Beck, 2011). En semistrukturerad intervjuguide användes som stöttade intervjuaren i att hålla sig till samma typ av frågor i samtliga intervjuer. Dock ställdes ibland andra följdfrågor för att ytterligare få en fördjupning av informanternas svar. För att minska risk för dålig kvalitet på inspelningen av intervjuerna så användes både en diktafon och ett dataprogram. All inspelad data kunde avlyssnas med god kvalitet.

### **Konklusion**

Denna studie visade att sjukgymnasternas erfarenheter av att förskriva FaR till personer som har en utvecklingsstörning varierade, liksom hur tillvägagångssättet såg ut vid en förskrivning. FaR användes i begränsad utsträckning, men ansågs kunna ge en extra tyngd till sin rekommendation. Man menade att avsaknad av rutiner och struktur kring arbetssättet var en anledning till att man trots det sällan använde FaR. Andra anledningar till att det användes förhållandevis sällan var att informanterna upplevde att det var svårt att förstå FaR för många av patienterna och att det inte upplevdes att receptet gav någon extra effekt utöver det arbete kring fysisk aktivitet som redan fanns. Resultatet visade att de viktigaste faktorerna för att nå följsamhet var att arbeta nätverksbaserat, att som förskrivare följa med ut till verksamheter utanför sjukvården och arbeta för att öka utbudet i samhället som riktar sig till personer med utvecklingsstörning liksom att öka medvetenheten kring denna patientgrupp inom friskvården. Den ekonomiska aspekten av organiserad fysisk aktivitet inom friskvården var en stor

hindrande faktor vid sidan av avsaknad av personligt stöd och begränsade erfarenheter av fysisk aktivitet. Det varierade om förskrivningen innehöll någon form av egenaktivitet och det framkom en skillnad i synen på vad fysisk aktivitet skulle innebära för en patient vad gäller vardagsmotion i relation till organiserad träning. Det fanns också erfarenheten av att patienter med utvecklingsstörning hade lyckats med en förändring av den fysiska aktiviteten med stöd av ett FaR och ett strukturerade arbetssätt i samverkan med receptmottagare och arrangörer inom friskvården som fanns i vissa landsting och regioner representerade i denna studie.

### *Kliniska implikationer*

För att förbättra arbetet med att främja fysisk aktivitet för denna patientgrupp behöver man se över rutiner och riktlinjer när det gäller att förskriva FaR, liksom att dela erfarenheter kring verk samma tillvägagångssätt vid förskrivning. Erfarenheter behöver delas mellan habiliteringsverksamheter och där skulle ett nationellt FaR-nätverk kunna vara ett sätt att utveckla arbetet. Man behöver se över FaR-blankettens utformning för att göra den mer lättläst för personer med utvecklingsstörning eller andra kognitiva svårigheter liksom att utöka sitt samarbete med arrangörer och receptmottagare inom friskvården när det gäller denna patientgrupp.

### *Vidare forskning*

För att vidare kunna bedöma hur FaR fungerar för personer som har en utvecklingsstörning behövs ytterligare forskning. Att undersöka effekten av FaR jämfört med sedvanligt omhändertagande på en habiliteringsverksamhet är önskvärt liksom en undersökning av hur upplevelsen av FaR är hos de som får detta förskrivet liksom hos personer som återfinns i nätverket. Fördjupad förståelse kring hur arbetet med FaR kan utföras för denna målgrupp skulle sedan med fördel kunna vara en del i FYSS för att stötta förskrivare inom flera vårdssammanhang att stötta personer med utvecklingsstörning till en hälsosam fysisk aktivitet.

## REFERENSER

1177 Vårdguiden. (2014). *Utvecklingsstörning*. Hämtad 3 mars, 2014 från <http://www.1177.se/Uppsala-lan/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Utvecklingsstoring/>

American Psychiatric Association. (2013). *MINI-D 5 Diagnostiska kriterier enligt DSM-5*. Danderyd: Pilgrim press.

Bergström H, Hagströmer M, Sundberg CJ, Taube J. (2010). *Fysisk aktivitet vid funktionsnedsättning*. Hämtad 3 mars, 2014 från <http://www.fyss.se/2013/04/rapport-om-fysisk-aktivitet-vid-funktionsnedsattning/>

Blomdahl U, Elofsson S. (2011). *Idrott och motion bland ungdomar i särskolan*. Stockholms stad, Haninge kommun, Jönköpings kommun, Tyresö kommun och Stockholms universitet. Hämtad den 3 mars 2014 från: <http://www.stockholm.se/idrott/forskning>

Bohlin U. (2009). *Habilitering i fokus – en människobehandlande organisation och dess utmaningar*. Doktorsavhandling. Lund: Lunds universitet.

Crone D, Johnston LH, Gidlow C, Henley C, James DVB. (2008). Uptake and participation in physical activity referral schemes in the UK: an investigation of patients referred with mental health problems. *Issues in mental health nursing*, 29(10),1088-97.

Denscombe M. (2009). *Forskningshandboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.

Dixon-Ibarra A, Lee M, Dugala A. (2013). Physical activity and sedentary behaviour in older adults with intellectual disabilities: a comparative study. *Adapted physical activity quarterly*, 30(1), 1-19.

Einarsson IÒ, Ólafsson À, Hinriksdóttir G, Jóhannsson E, Daly D, Arngrímsson SÀ. (2015). Differences in physical activity among youth with and without intellectual disability. *Medicine and science in sports and exercise*, 47(2):411-8.

Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL. (2008). *Comparative quantification of health risks – Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors volume 1*. World health organization.

Flygare Wallén E, Müllersdorf M, Christensson K, Marcus C. (2013). A school-based intervention associated with improvements in cardiometabolic risk profiles in young people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*, 17(1), 38-50.

Folkhälsomyndigheten. (2015). *Nationella folkhälsoenkäten, nationella och regionala resultat*. Hämtad den 3 april, 2015 från: [http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/B\\_HLV/?rxid=e6ff1c07-bc05-4d9e-8b4c-6c88710031e1](http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/B_HLV/?rxid=e6ff1c07-bc05-4d9e-8b4c-6c88710031e1)

Försäkringskassan. (2013). *Aktivitetsersättning – aktiviteter vid aktivitetsersättning*. Faktablad FK 4051-F\_Fa.

Försäkringskassan. (2015). *Om aktivitetsersättning*. Hämtad den 14 maj 2015 från: [http://www.forsakringskassan.se/privatpers/sjuk/Arbetssokande/stadigvarande\\_29/om\\_aktivitetsersattning](http://www.forsakringskassan.se/privatpers/sjuk/Arbetssokande/stadigvarande_29/om_aktivitetsersattning)

Graneheim UH, Lundman B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24, 105-12.

Habilitering och Hälsa. (2015). *Kommunen - ekonomiskt stöd*. Stockholms läns landsting. Hämtad den 14 maj 2015 från: <http://habilitering.se/funktionshindersguiden/ekonomi/kommunen-ekonomiskt-stod>

Hallawell B, Stephens J, Charnock D. (2012). Physical activity and learning disability. *British journal of nursing*, 21(10), 609-12.

Hsieh K, Rimmer JH, Heller T. (2013). Obesity and associated factors in adults with intellectual disability. *Journal of intellectual disability research*, doi: 10.1111/jir.12100.

Hutzler Y, Korsensky O. (2010). Motivational correlates of physical activity in persons with an intellectual disability: a systematic literature review. *Journal of intellectual disability research*, 54(9),767-86.

Isaacs AJ, Critchley JA, Tai SS, Buckingham K, Westley D, Harridge SD, Smith C, Gottlieb JM. (2007). Exercise evaluation randomised trial (EXERT): a randomised trial comparing GP referral for leisure centre-based exercise, community-based walking and advice only. *Health technology assessment*, 11(10),1-150.

Kallings LV, Leijon M. (2003). *Erfarenheter av fysisk aktivitet på recept – FaR*. Sandviken: Statens folkhälsoinstitut.

Kallings LV. (2008a). *Physical activity on prescription – studies on physical activity level, adherence and cardiovascular risk factors*. Doctoral thesis. Stockholm: Karolinska Institutet.

Kallings LV, Leijon M, Hellénus ML, Ståhle A. (2008b). Physical activity on prescription in primary health care: a follow-up of physical activity level and quality of life. *Scandinavian journal of medicine and science in sports*, 18,154-61.

Kallings LV. (2009b). *Fysisk aktivitet på recept (FaR) en fungerande metod*. Svensk idrottsforskning, 4,42-5.

Kallings LV, Leijon M, Kowalski J, Hellénus ML, Ståhle A. (2009a). Self-reported adherence: a method for evaluating prescribed physical activity in primary health care patients. *Journal of physical activity and health*, 6(4),483-92.

Kallings LV, Sierra Johnson J, Fisher RM, de Faire U, Ståhle A, Hemmingsson E, Hellenius ML. (2009c). Beneficial effects of individualized physical activity on prescription on body

composition and cardiometabolic risk factors: results from a randomized controlled trial. *European journal of cardiovascular prevention and rehabilitation*, 16,80-4.

Kvale S, Brinkmann S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (2 ed). Lund: Studentlitteratur.

Leijon M. (2009). *Activating people – physical activity in the general population and referral schemes among primary health care patients in a Swedish county*. Doctoral thesis. Linköping: Linköpings universitet.

Leijon M, Bendtsen P, Ståhle A, Ekberg K, Festin K, Nilsen P. (2010). Factors associated with patients self-reported adherence to prescribed physical activity in routine primary health care. *BMC family practice*. Hämtad den 17 maj, 2014 från: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/11/38>

Lindström E, Oknemark E, Wennberg B. (2012). *Klara mera med begåvningsstöd*. Stockholms läns landsting, Habilitering och hälsa. Hämtad den 13 januari, 2015 från: <http://www.publicerat.habilitering.se/sll/opencms/item.html?itemId=05cb24ab-3675-4348-82c0-2bb4411349ab>

Littlecott HJ, Moore GF, Moore L, Murphy S. (2014). Psychosocial mediators of change in physical activity in the welsh national exercise referral scheme: secondary analysis of a randomised controlled trial. *International journal of behavioural nutrition and physical activity*, 11, 109-19.

Lombard M, Snyder-Duch J, Campanella Bracken C. (2002). Content analysis in mass communication – assessment and reporting of intercoder reliability. *Human communication research*, 28(4),587-604.

Morgan O. (2005). Approaches to increase physical activity: reviewing the evidence for exercise-referral schemes. *Public health*, 119, 361-70.

Oppewal A, Hilgenkamp TIM, van Wijck R, Evenhuis HM. (2013). Cardiorespiratory fitness in individuals with intellectual disabilities – a review. *Research in developmental disabilities*, 34, 3301-16.

Persson G, Ovhed I, Ekvall Hansson E. (2010). Simplified routines in prescribing physical activity can increase the amount of prescriptions of doctors, more than economic incentives only: an observational intervention study. *BMC research notes*, 3, 304.

Polit DF, Beck CT. (2011). *Nursing research - generating and assessing evidence for nursing practice* (9 ed). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Riksförbundet FUB. (2014). *Fångad i fattigdom – inkomster och utgifter för vuxna personer med utvecklingsstörning*. Hämtad den 12 mars, 2015 från: <http://www.fub.se/asikter/rapporter>

Sarafino EP. (2008). *Health psychology: biopsychosocial interactions* (6 ed). USA: Wiley.

SFS. (1993:387). *Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade*. Stockholm: Riksdagen.

Sjöström M, Oja P, Hagströmer M, Smith BJ, Bauman A. (2006). Health-enhancing physical activity across European Union countries: the Eurobarometer study. *Journal of public health*, 14, 291-300.

van Sluijs EM, van Poppel MN, Stalman WA, van Mechelen W. (2004). Feasibility and acceptability of a physical activity promotion programme in general practice. *Family practice*, 21(4),429-36.

Socialstyrelsen. (2007). *Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS - stöd för rättstillämpning och handläggning* (2.ed.). Artikelnr 2007-101-6FS.

SOSFS (2008:20). *Samordning av insatser för habilitering och rehabilitering*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Stanish HI, Frey GC. (2008). Promotion of physical activity in individuals with intellectual disability. *Salud pública de méxico*, 2, 178-84.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2007). *Metoder att främja fysisk aktivitet – en systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Statens folkhälsoinstitut. (2006). *Fysisk aktivitet och folkhälsa*. Huskvarna: Statens folkhälsoinstitut.

Statens folkhälsoinstitut. (2011). *FaR – Individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Stockholms läns landsting. (2014). *Det här gör sjukgymnasten*. Habilitering och hälsa.

Hämtad 9 april, 2014 från:

<http://habilitering.se/lattlast/vi-som-jobbar-inom-habiliteringen/det-har-gor-sjukgymnasten>

Temple VA, Walkley JE. (2007). Perspectives of constraining and enabling factors for health-promoting physical activity by adults with intellectual disability. *Journal of intellectual and developmental disabilities*, 32(1), 28-38.

The LIFE group. (2011). Supporting community-based exercise in long-term neurological conditions: experience from the long-term individual fitness enablement (LIFE) project. *Clinical rehabilitation*, 25(7), 579-87.

Umb-Carlsson Ö. (2008). *Studier om hälsa för personer med utvecklingsstörning*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

US Department of Health and Human Services. (2008). *Physical activity guidelines for americans*. Washington, DC. Hämtad 3 mars, 2014 från:

<http://www.health.gov/paguidelines/guidelines/>



Wahlström L, Bergström H, Marttila A (2014). Promoting health of people with intellectual disabilities: views of professionals working in group homes. *Journal of intellectual disabilities*, 4, 1-16.

World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies – evidence for action*. Hämtad 4 maj, 2015 från:  
[http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_report/en/](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/)

World Health Organization. (2005). *The European health report 2005. Public health action for healthier children and populations*. Hämtad 4 mars, 2014 från:  
<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/publications/2005/european-health-report-2005-the.-public-health-action-for-healthier-children-and-populations>

World Health Organization. (2012). *The European health report 2012. Charting the way to well-being*. Hämtad 4 mars, 2014 från:  
<http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/european-health-report-2012>

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

Yrkesföreningar för fysisk aktivitet. (2011). *Rekommendationer om fysisk aktivitet för vuxna*. Hämtad 3 mars, 2014 från:  
<http://www.fyss.se/rekommendationer-for-fysisk-aktivitet/>

Yrkesföreningar för fysisk aktivitet. (2015). *FYSS 2015*. Hämtad 27 mars, 2015 från:  
<http://www.fyss.se/om-fyss-2/fyss-2015/>

## Bilaga 1 - Intervjuguide

### Faktafrågor

1. Hur länge har du arbetat som sjukgymnast inom rehabilitering?
2. Hur länge har du arbetat med vuxna personer med utvecklingsstörning?
3. Uppskattningsvis, hur många FaR har du förskrivit till personer med utvecklingsstörning?

### Frågeområden

1. Beskriv din erfarenhet av att använda fysisk aktivitet på recept för vuxna personer med lindrig eller måttlig utvecklingsstörning.

#### Följdfrågor:

- Vilka fördelar för metoden med sig enligt dig?
- Hur upplever du personernas följsamhet till förskrivningen?
- Vilka svårigheter har du stött på?
- Vad ser du för utvecklingsmöjligheter när det gäller FaR för personer med en lindrig eller måttlig utvecklingsstörning?

2. Beskriv ditt tillvägagångssätt vid en förskrivning av fysisk aktivitet på recept till personer med lindrig eller måttlig utvecklingsstörning?

#### Följdfrågor:

- Beskriv hur en förskrivning kan gå till från start till eventuell uppföljning.
- Vilka egna anpassningar av FaR har du gjort?
- Vilka samverkanspartners finns det kring FaR i din närhet?
- Vilken form av administrativt stöd eller rutiner finns i verksamheten?

## Bilaga 2 - Informationsbrev till verksamhetschefer

Ämne: Fysisk aktivitet på recept (FaR) inom habiliteringsverksamheter i Sverige

Hej!

Jag heter Ellinor Nilsson och är student vid masterprogrammet i folkhälsa, Uppsala universitet. Jag har fått din mailadress från verksamhetschef Lena Sagström vid Hälsa och Habilitering, Landstinget i Uppsala län. Jag skriver till dig för att be om tillstånd att tillfråga sjukgymnaster inom din verksamhet att delta i en intervjustudie kring fysisk aktivitet på recept (FaR) i arbetet med vuxna personer med utvecklingsstörning.

Syftet med studien är att beskriva sjukgymnasters erfarenheter av att förskriva FaR till vuxna personer som har en lindrig eller måttlig utvecklingsstörning samt hur de går tillväga vid en förskrivning.

Hur FaR används för personer som har en utvecklingsstörning är ännu okänt. Det är också oklart hur personer som arbetar med denna målgrupp upplever att metoden fungerar samt hur de går tillväga vid en förskrivning. Denna kunskap kan vara ett led i arbetet för att främja fysisk aktivitet hos personer med utvecklingsstörning, något som vi av tidigare forskning vet är nödvändigt. Det kan också vara en hjälp för sjukgymnaster på habiliteringsverksamheter i sitt arbete att främja fysisk aktivitet.

Jag skulle vilja få kontakt med sjukgymnaster i din verksamhet som arbetar med vuxna personer med utvecklingsstörning och som har erfarenhet av att arbeta med FaR för att kunna tillfråga denna om deltagande i studien. Intervjuerna beräknas ta cirka 30 minuter och kommer att ske via telefon. De kommer att spelas in för att kunna analyseras, men svar från enskilda deltagare kommer att vara anonyma och materialet kommer att behandlas konfidentiellt. Det är förstås frivilligt att delta i studien och de kommer att närsomhelst kunna avbryta sitt deltagande om så önskas. Resultatet kommer att presenteras i en uppsats (30 hp) och vara ett examensarbete i masterprogrammet i folkhälsa vid Uppsala universitet.

**Jag ber dig att skicka mailadress och telefonnummer till en eller flera sjukgymnaster i din verksamhet som arbetar med vuxna personer som har en utvecklingsstörning. Jag kommer vid ett positivt besked från dessa sjukgymnaster att skicka ett tillståndsavtal till dig via post tillsammans med ett svarskuvert som säkerställer att du som verksamhetschef godkänner att medarbetaren deltar i studien.**

Tack för din hjälp!

Med vänliga hälsningar

Ellinor Nilsson <a href="mailto:nilsson.ellinor@yahoo.se">nilsson.ellinor@yahoo.se</a> 070-380 43 87	Handledare Karin Sonnander <a href="mailto:Karin.sonnander@pubcare.uu.se">Karin.sonnander@pubcare.uu.se</a> 018-471 61 69
--	--

## Bilaga 3 – Informationsbrev till respondenter

Ämne - Fysisk aktivitet på recept inom habiliteringsverksamheter i Sverige

Hej!

Jag heter Ellinor Nilsson och är student vid masterprogrammet i folkhälsa, Uppsala universitet.

Jag kommer att genomföra en intervjustudie under februari/mars 2015 med syftet att undersöka hur sjukgymnaster som arbetar inom habilitering beskriver sina erfarenheter av att använda fysisk aktivitet på recept (FaR) i sitt arbete med vuxna personer som har en lindrig eller måttlig utvecklingsstörning.

Hur FaR används för personer som har en utvecklingsstörning är ännu okänt. Det är också oklart hur personer som arbetar med denna målgrupp upplever att metoden fungerar samt hur de går tillväga vid en förskrivning. Denna kunskap kan vara ett led i arbetet för att främja fysisk aktivitet hos personer med utvecklingsstörning, något som vi av tidigare forskning vet är nödvändigt. Det kan också vara en hjälp för sjukgymnaster på habiliteringsverksamheter i arbete att främja fysisk aktivitet.

Intervjuerna beräknas ta cirka 30 minuter och ske via telefon. Det du behöver göra är att tillsammans med mig komma överens om en lämplig tidpunkt för intervjun samt att vid denna tidpunkt befinna dig i ett ostört rum. Jag kommer att spela in för att kunna analysera materialet, men ditt deltagande kommer att vara anonymt och materialet kommer att behandlas konfidentiellt. Det är förstås frivilligt att delta i studien och du kommer att närsomhelst kunna avbryta ditt deltagande om så önskas. Resultatet kommer att presenteras i en uppsats (30 hp) och vara ett examensarbete i Masterprogrammet i Folkhälsa vid Uppsala universitet.

Du behöver inte ha förskrivit många FaR för att delta i studien, men du ska ha erfarenhet av metoden. Hur dina erfarenheter kring FaR ser ut är värdefulla och jag är mycket tacksam om du väljer att delta i studien. Ta kontakt med mig om du är intresserad av att delta eller om du har frågor kring studien!

Om du väljer att delta kommer jag att skicka ett tillståndsavtal till din verksamhetschef som godkänner deltagandet i studien.

Med vänliga hälsningar

Ellinor Nilsson <a href="mailto:nilsson.ellinor@yahoo.se">nilsson.ellinor@yahoo.se</a> 070-3804387	Handledare Karin Sonnander <a href="mailto:karin.sonnander@pubcare.uu.se">karin.sonnander@pubcare.uu.se</a>
--	---

## Bilaga 4 - Tillståndsavtal



UPPSALA  
UNIVERSITET

Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap  
Vårdvetenskap

### ANSÖKAN OM TILLSTÅND FÖR ATT GENOMFÖRA EN STUDIE INOM RAMEN FÖR EXAMENSARBETE

**Preliminär titel: Fysisk aktivitet på recept till personer som har en utvecklingsstörning.**

**Studiens design:** se bifogad projektplan      **Tidpunkt för datainsamling: februari/mars 2015**

**Namn: Ellinor Nilsson**

**Program / Kurs: Masterprogrammet i Folkhälsa**

**Termin: 5**

**Gatuadress: Djäknegatan 7**

**Postnummer: 754 23**

**Ort: Uppsala**

**Telefon: 070-380 43 87**

**Handledare: Karin Sonnander, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet.**

**Gatuadress: Box 564**

**Postnummer: 751 22**

**Ort: Uppsala**

**Telefon: 018-471 61 69**

Tillstånd för att genomföra ovanstående studie lämnas härmed och studien bedöms utgöra en del av det kvalitetsutvecklingsarbete som bedrivs inom kliniken och anses därför ej behöva granskas av Medicinska fakultetens forskningsetikkkommitté

Tillstånd för att genomföra ovanstående studie lämnas härmed men studien bör granskas av Medicinska fakultetens forskningsetikkkommitté

Tillstånd för att genomföra ovanstående studie lämnas ej

*Datum:* \_\_\_\_\_ *Ort:* \_\_\_\_\_

*Namnteckning ansvarig klinikchef/överläkare/  
vårdcentralschef/verksamhetschef:*

*Namnförtydligande:*

*Klinik (motsv.):*