



**LUNDS**  
UNIVERSITET

INSTITUTIONEN FÖR PSYKOLOGI

Psykologexamensuppsats

Vt 2006

## ATT FÖRÄNDRA SIN LIVSSTIL

genom Fysisk aktivitet på Recept

Författare:  
Anna-Karin Bohman  
Sandra Flodman

Handledare:  
Erwin Apitzsch  
Examinator:  
Bengt Svensson

### Sammanfattning

Syftet med studien var att undersöka vad det innebär för den enskilda individen att få fysisk aktivitet på recept (FaR), samt om deltagande i en FaR-grupp stimulerar till självständig fysisk aktivitet. Även vad som gör att individerna utnyttjar sina recept samt hur beteendeförändringen, att bli fysiskt aktiv, upplevs har undersökts. Fysisk aktivitet på recept innebär att man ordinerar fysisk aktivitet i syfte att förebygga och behandla sjukdomar. Studien genomfördes under våren 2006. Tio deltagare i FaR-grupper remitterade till en idrottsförening från en vårdcentral i Skåne och de tre ledarna för grupperna intervjuades. Resultaten visar att deltagarnas upplevelser är övervägande positiva. Att få FaR har inneburit mer regelbunden motion än tidigare för deltagarna och de har upptäckt fördelar med att vara fysiskt aktiva. I FaR-gruppen finns både faktorer som främjar och hindrar självständig fysisk aktivitet. Förslag till förbättringar av projektet för mer varaktiga livsstilsförändringar är att arbeta mer med tankeprocesser, föra in begreppet vardagsmotion och ge möjlighet till fler aktiviteter.

Nyckelord: fysisk aktivitet på recept, livsstilsförändring, motivation, socialt stöd, self-efficacy, vardagsmotion.

”(…)

samtidigt så kan jag tänka att ens sätt att leva,  
det är svårt att ändra på det när man vant sig...  
att ändra på beteendet det är inte lätt!  
Men man kan försöka och hoppas.”

- Stavgångsdeltagare

## Innehåll

Teori .....	7
<i>Centrala begrepp</i> .....	7
<i>Fysisk aktivitet</i> .....	7
<i>Motion</i> .....	7
<i>Livsstil</i> .....	8
<i>Att förändra sitt beteende</i> .....	8
<i>Transteoretiska modellen</i> .....	8
<i>Self-efficacy</i> .....	10
<i>Self-talk</i> .....	11
<i>Socialt stöd</i> .....	11
<i>Motivation</i> .....	11
<i>Självbestämmandeteorin</i> .....	12
<i>KASAM – känsla av sammanhang</i> .....	13
<i>Bakgrund till fysisk aktivitet på recept</i> .....	15
<i>Vilka får FaR?</i> .....	16
<i>Vad gör man med sitt recept?</i> .....	17
Syfte och frågeställningar.....	18
Metod .....	19
<i>Undersökningsdeltagare</i> .....	19
<i>Instrument</i> .....	20
<i>Procedur</i> .....	20
<i>Intervjuerna</i> .....	21
<i>Intervjuanalys</i> .....	21
<i>Metodreflektion</i> .....	22
Resultat.....	24
<i>Bakgrund, varför recept?</i> .....	24
<i>Historia</i> .....	25
<i>Motionsvanor och vardagsmotion</i> .....	26
<i>Upplevelser av FaR</i> .....	27
<i>Positiva upplevelser</i> .....	28
<i>Negativa upplevelser</i> .....	29
<i>Motivation</i> .....	30

<i>Främjande och motiverande faktorer</i> .....	30
<i>Hindrande faktorer</i> .....	32
<i>Betydelsen av motion</i> .....	32
<i>Sociala relationer och stöd</i> .....	33
<i>Framtid</i> .....	34
<i>Sammanfattande resultat</i> .....	36
<i>Bakgrund, varför recept?</i> .....	36
<i>Historia</i> .....	36
<i>Motionsvanor och vardagsmotion</i> .....	36
<i>Upplevelser av FaR</i> .....	36
<i>Motivation</i> .....	37
<i>Sociala relationer och stöd</i> .....	37
<i>Framtid</i> .....	37
Diskussion .....	38
<i>Vilka faktorer gör att man utnyttjar sitt recept på fysisk aktivitet?</i> .....	38
<i>Historia</i> .....	38
<i>Bakgrund, varför recept?</i> .....	38
<i>Hur upplever individen den livsstilsförändring det innebär att bli fysiskt aktiv?</i> .....	41
<i>Positiva och negativa upplevelser av FaR</i> .....	41
<i>Motivation</i> .....	41
<i>Socialt stöd</i> .....	42
<i>Stimulerar deltagande i en FaR-grupp till självständig fysisk aktivitet?</i> .....	43
<i>Socialt stöd</i> .....	43
<i>Motionsvanor och vardagsmotion</i> .....	45
<i>Framtid</i> .....	46
<i>Förändrar deltagarna synen på sig själva som fysiskt aktiva?</i> .....	47
<i>Avslutande diskussion</i> .....	47
<i>Förslag till vidare forskning</i> .....	48
Referenser.....	50
Bilaga A.....	53
Bilaga B.....	54
Bilaga C.....	56
Bilaga D.....	57

Våra kroppar är konstruerade för rörelse, men det moderna samhället gör oss stillasittande och fysiskt inaktiva. Vi är omgivna av bekvämligheter, från början uppfunna för att förenkla tillvaron, som gör att vi inte längre behöver röra på oss för att klara vardagen: bilar, rulltrappor, hissar, datorer och tv-apparater.

Enligt Folkhälsorapport 2005 (Socialstyrelsen, 2005) finns en trend mot en mer fysiskt aktiv fritid hos vuxna. Trots detta beräknas endast 20 procent av Sveriges befolkning vara tillräckligt fysiskt aktiva. Stillasittandet ökar hos barn och unga, och den fysiska aktiviteten är ojämnt fördelad över befolkningen beroende på ålder, utbildningsnivå, etnicitet och socioekonomiska förhållanden. Vad kan man göra för att utvidga den positiva trenden mot ökad fysisk aktivitet som Socialstyrelsen ser?

Vi blev intresserade av att skriva om fysisk aktivitet på recept (FaR) eftersom det är ett sätt att introducera fysisk aktivitet för individer vars nuvarande livsstil gör dem sjuka eller gör att de hamnar i riskzonen för att bli sjuka. Hur upplever individen det önskemål om beteendeförändring som läggs på dem av sjukvården? Vad är det som gör att vissa klarar av att förändra sin livsstil och bli fysiskt aktiva, medan andra inte gör det?

## Teori

Vi börjar med att förklara centrala begrepp, för att sedan ta upp teorier om beteendeförändring och motivation som vi bedömer är relevanta för vårt intresseområde. Slutligen följer en bakgrund till fysisk aktivitet på recept (FaR) i Sverige.

### *Centrala begrepp*

Vissa begrepp är centrala för uppsatsen och för förståelsen av resonemangen om fysisk aktivitet och motion är det viktigt att de definieras.

#### *Fysisk aktivitet*

Med fysisk aktivitet menar man all form av aktivitet som innebär ökad energiförbränning (Yrkesföreningar för fysisk aktivitet [YFA], 2003). Fysisk aktivitet används som ett överordnat begrepp och innefattar all kroppsrörelse under såväl arbete som fritid och kan vara olika former av kroppsrörelse som till exempel trädgårdsarbete, lek, friluftsliv och motion. Statens folkhälsoinstitut (2006) anger i *Nationella rekommendationer för fysisk aktivitet* att alla vuxna bör vara fysiskt aktiva i sammanlagt minst 30 minuter, helst varje dag. Intensiteten skall vara åtminstone måttlig, motsvarande en rask promenad.

#### *Motion*

Enligt Statens folkhälsoinstitut (2006) är motion den sorts fysiska aktivitet som används i syfte att må bra, bibehålla bra eller få bättre hälsa och fysisk prestationsförmåga. Motion definieras av Caspersen (refererad i Faskunger, 2001, s 15) som planerad och målinriktad fysisk aktivitet, samt av Kallings och Leijon (2003) som medveten och strukturerad fysisk aktivitet som man gör med en viss avsikt. Fysisk aktivitet och motion är alltså inte samma sak, men motion är en typ av fysisk aktivitet.

Ibland används uttrycket vardagsmotion. Med det menar Faskunger och Hemmingsson (2005) aktiviteter som innebär motion även om inte motionen är huvudsyftet, exempelvis att cykla till jobbet, dammsuga eller klippa gräset. De vill genom att föra in begreppet vardagsmotion betona betydelsen av ett långsiktigt förändringsarbete, att det är viktigt att regelbunden fysisk

aktivitet blir till ett naturligt inslag i individens vardag. Vi anser att vardagsmotion kan ses som ett mellanting mellan fysisk aktivitet och motion.

### *Livsstil*

En individs livsstil är ett uttryck för hur hon/han väljer att leva utifrån sin livssituation (Socialstyrelsen, 2005). Livsstilen visar sig bland annat i våra levnadsvanor: vad vi äter, om vi röker och vad vi gör på fritiden. Genom livsstilen uttrycks identitet och social tillhörighet, gemenskap och avståndstagande. Valet av livsstil görs i ett socialt och kulturellt sammanhang. Det är därför ingen slump eller ett tecken på okunskap att vissa grupper i samhället i högre utsträckning än andra exempelvis röker eller är mindre fysiskt aktiva.

### *Att förändra sitt beteende*

Att gå från en inaktiv livsstil till att bestämma sig för att börja motionera, och sen genomföra det, innebär att man förändrar ett eller flera av sina invanda beteenden. De flesta känner idag till de fördelar som finns med fysisk aktivitet, och är medvetna om riskerna med övervikt och andra problem som en stillasittande livsstil kan leda till (Faskunger & Hemmingsson, 2005). Enbart kunskap räcker alltså inte för att förändra ett beteende, det krävs också motivation och strategier för hur man skall gå tillväga.

Enligt Lippke, Ziegelman och Schwarzer (2004) kan man skilja på de motivationsprocesser som är aktiva innan man satt upp ett mål och den förändringsprocess som startar när man formulerat ett mål. För att vilja förändra sitt beteende måste individen uppleva ett hot mot hälsan med nuvarande beteende, förstå vilket resultatet av beteendeförändringen skulle bli, och självförtroende, en tro på sig själv att hon/han klarar av att förändra sitt beteende.

### *Transteoretiska modellen*

Ett sätt att förstå den beteendeförändring det innebär att bli fysiskt aktiv är den transteoretiska modellen (TTM). Från början utvecklades modellen under studier av rökavvänjning. Den har sedan tillämpats på hur man förändrar andra vanebildande beteenden, till exempel fysisk aktivitetsnivå, med eller utan professionell hjälp (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992). Modellen behandlar både motivationen för förändring och den faktiska förändringen, och



bygger på att individen vill förändra det specifika beteendet. Den centrala faktorn i TTM är de fem stadierna som individen går igenom när den försöker förändra sitt beteende.

Följande genomgång av stadierna har fysisk aktivitet som utgångspunkt.

1. I det första stadiet är man inte beredd att ändra sitt beteende. Individer i detta stadium har ingen avsikt att bli fysiskt aktiva inom de närmaste sex månaderna, eftersom de inte ser något problem i sin nuvarande livsstil.
2. I det andra stadiet, begrändandestadiet, är individen medveten om problemet och överväger att bli mer fysiskt aktiv inom sex månader. Individen väger för- och nackdelar med sitt nuvarande beteende, men har ännu ingen strategi för hur hon/han skall agera.
3. Det tredje stadiet är förberedelsestadiet. Här är individen redo och planerar för en förändring och deltar i fysiska aktiviteter, men inte i den rekommenderade omfattningen, 30 minuter om dagen.
4. Handlingsstadiet är det fjärde stadiet i modellen och den aktiva starten på förändringen. Nu är individen fysiskt aktiv i tillräcklig utsträckning, alltså 30 minuter om dagen.
5. Det femte och sista stadiet är vidmakthållandestadiet. Här fortsätter individen den i handlingsstadiet påbörjade beteendeförändringen och arbetar med att göra fysisk aktivitet till en vana. Detta stadium inträder när man framgångsrikt etablerat sitt nya beteende i mer än sex månader.

Modellen är cyklisk för att understryka att återfall till tidigare stadier är vanligt, och att individer ständigt förflyttar sig fram och tillbaka mellan dessa stadier snarare än går från det första stadiet till det femte och stannar kvar där (Marcus & Forsyth, 2003).

*Förändringsprocesser.* I den transteoretiska förändringmodellen ingår tio förändringsprocesser. Dessa delas in i fem kognitiva (tankemässiga) och fem beteendeprocesser (handlingsmässiga), enligt Marcus och Forsyth (2003). Vilken typ av processer individen använder sig av beror på i vilket stadium hon/han är. Prochaska et al (1992) har studerat i vilka stadier i den transteoretiska modellen förändringsprocesserna är verksamma. I det första stadiet tar individen inte till sig information om sitt problem, utvärderar inte sitt beteende och pratar inte med sina nära om beteendet. I det andra stadiet börjar tankeprocesserna, alltså kognitiva, känslomässiga och utvärderande strategier, bli

verksamma. Individens försöker medvetandegöra och utvärdera problemen med sitt beteende, dess konsekvenser för sig själv och andra, och vilka möjligheter som finns att förändra det. Med fysisk aktivitet som exempel tar individen kanske reda på riskerna med att vara stillasittande, och vilka fördelar det finns med att börja motionera. I det tredje stadiet, förberedelsestadiet, börjar individen använda mer beteendemässiga förändringsstrategier. Man försöker förändra sin livsstil och ersätta det tidigare beteendet med nya, alternativa beteenden. När det gäller att bli fysiskt aktiv kan det vara att köpa ett träningskort och välja att träna istället för att sitta hemma och titta på TV. I handlingsstadiet blir beteendestrategierna ännu viktigare. Nu har individen bestämt sig för att försöka förändra sitt beteende och har också en plan för hur det skall gå till. Dessutom tror man på sin egen förmåga att kunna förändra sitt beteende och har bestämt sig för att bli fysiskt aktiv.

Det viktigaste för att åstadkomma en varaktig beteendeförändring är enligt Prochaska et al (1992) att använda rätt typ av förändringsprocesser vid rätt TTM-stadium. Varken insikt eller handling var för sig leder till förändring, utan det är kombinationen av kognitiva och beteendeariktade processer, vid rätt tidpunkt, som möjliggör en varaktig förändring. Detta är enligt dem viktigt att förhålla sig till då man arbetar för att få individer att ändra sitt beteende och bli mer fysiskt aktiva. Om individen hoppar över något stadium och för tidigt använder sig av beteendeariktade förändringsprocesser ökar risken för återfall till något av de lägre stadierna.

### *Self-efficacy*

Människor försöker i olika stor utsträckning påverka och kontrollera sina handlingar. Bandura (1997) kallar individens tro på sin egen förmåga att styra och utföra handlingar för att uppnå ett mål för self-efficacy, i fortsättningen översatt till självförtroende. Att ha bra självförtroende innebär att individen tror sig klara av en viss aktivitet, och det ökar chansen för att hon/han verkligen gör det. Att tro sig klara av att ändra sitt beteende, att till exempel bli fysiskt aktiv, ökar möjligheten att faktiskt lyckas. Självförtroende är situationsspecifikt och kontextbundet. Att individen har bra självförtroende i vissa situationer innebär inte att hon/han har det i andra situationer. Bandura beskriver tre grundläggande processer för personlig förändring: införande av nya beteendemönster, generaliserad användning av de nya beteendemönstren i olika situationer, och vidmakthållande av beteendemönstret över tid. Individens självförtroende påverkar vart och ett av dessa stadier. Om individen inte tror att

hon/han kan förändra sitt beteende är det svårt att se någon mening i att ens försöka. Om individen försöker, trots att hon/han inte tror sig komma att klara det, är det lättare att ge upp. Enligt Weiner (refererad i Biddle & Mutrie, 2002, s 97) påverkas självförtroendet av var orsaken till en framgång eller ett misslyckande förläggs. Inre, stabila förklaringar, såsom ärftlighet, stabila personliga egenskaper och oförmåga, leder till sämre självförtroende och mer negativa känslor än förklaringsorsaker som är föränderliga, exempelvis att öva upp sin förmåga och lära sig.

### *Self-talk*

Som ett sätt att operationalisera självförtroende har O'Brien Cousins och Gillis (2005) undersökt ett fenomen som de kallar "self-talk". Det refererar till den inre dialog individen har med sig själv när hon/han tolkar känslor, reglerar och förändrar sina bedömningar, och ger sig själv instruktioner och uppmuntran. För att försöka koppla graden av fysisk aktivitet till individernas self-talk har de studerat vad aktiva respektive inaktiva personer säger till sig själva, och om self-talk används av fysiskt aktiva individer för att motivera sig själva till fysisk aktivitet. De fann, lite förvånande, att self-talk snarare undveks av de aktiva individer som intervjuades. De hävdade att deras self-talk eller andras påverkan annars kunde få dem att avstå från planerad och regelbunden fysisk aktivitet.

### *Socialt stöd*

Marcus och Forsyth (2003) beskriver fyra olika typer av socialt stöd. Den första typen, instrumentellt stöd, handlar om att ge individen handgriplig hjälp som underlättar fysisk aktivitet, exempelvis att ge någon ett par stavgångsstavar eller ett träningskort. Det informerande stödet innebär information om saker som kan underlätta fysisk aktivitet. Känslomässigt stöd innebär att någon visar att hon/han bryr sig och månar om individens försök att förändra sitt beteende. Den sista typen av socialt stöd är uppskattande, som handlar om att ge uppmuntran och återkoppling till någon som lär sig en ny aktivitet.

### *Motivation*

Inom litteraturen beskrivs vanligen motivation med en uppdelning i inre och yttre motivation (Biddle & Mutrie, 2002; Biddle & Nigg, 2000; Vallerand, Pelletier, Blais, Briere, Senecal &

Vallieres, 1992; Weinberg & Gould, 2003). Inre motivation innebär att motivationen till ett beteende är integrerat hos individen. Hon/han behöver inte tänka på att något måste eller borde utföras, eftersom drivkraften finns integrerad inom individen och inte innebär något ifrågasättande eller någon ansträngning att plocka fram. Yttre motivation innebär att något tillförs utifrån för att motivera till ett önskvärt beteende. Det kan vara en belöning som individen uppmuntrar sig själv med. Det kan även vara av bestraffande karaktär, för att påverka sig själv i den eftersträvansvärda riktningen.

Människor har olika motiv för att motionera under olika åldrar. Dessa förändras även under livets gång, skriver Biddle och Nigg (2000). Yngre vuxna har oftast utmaningar och att vara vältränad som motiverande faktorer till motion medan äldre vuxna motionerar för att förbättra eller bibehålla sin hälsa. De vanligaste träningsmotiven är nöje och sociala interaktioner. Kvinnor tränar av vikt- och utseendemässiga skäl oftare än vad män gör. Dessutom tvivlar kvinnor oftare än män på sin fysiska förmåga och därför motiveras de inte av tävlingsmomentet på samma sätt som män gör (Kavussanu & Roberts, 1996).

Många faktorer kan bidra till att en individ förändrar sitt beteende exempelvis till en mer hälsosam livsstil (Biddle & Mutrie, 2002). Åtskilliga svårigheter påverkar också många människor då de skall börja, vidmakthålla eller återuppta ett beteende, som i det här fallet avser leda till en livsstilsförändring. Faskunger (2001) skriver om vad som benämns som låg motivation inte förutsättningslöst bör förknippas med svaghet eller lättja. Hänsyn bör istället tas till individens tendens till förändring. Likaså bör råden anpassas efter individen då inte alla kan förändras efter samma mönster.

### *Självbestämmandeteorin*

Självbestämmandeteorin är användbar vid kartläggning av en individs motivationsstrategier och för att göra dessa mönster tydliga för individen själv kring vad som behövs för att gå vidare. Självbestämmandeteorin bygger på motivation med utgångspunkt i belöningsystem av olika slag. Biddle och Nigg (2000) skriver att belöningar har en positiv effekt om de förstärker individens kompetens. Däremot kan de få en negativ effekt om de istället kontrollerar hennes/hans motionsbeteende. Självbestämmandeteorin tar hänsyn till olika sorters motivation, inre (inifrån kommande motivation) samt yttre motivation, och hur det

påverkar individens beteende och förutsättningar för, som i det här fallet, en livsstilsförändring.

*Inre motivation.* Inre motivation är en inre drivkraft att motionera med anledning av att individen tycker om motionen och aktiviteten i sig och motionerar för välbefinnande och nöjes skull. Det kan även beskrivas som att individen har egen kontroll över den egna motivationen. Individen har för vana att vara fysiskt aktiv och det är internaliserat i hennes/hans livsstil i olika stor utsträckning. Detta gäller inte enbart för motionerande utan ingår även i personens sätt att se på sin lediga tid och fritidsaktiviteter - ett identifierat beteende.

*Yttre motivation.* Yttre motivation är beroende av yttre faktorer som motiverar individen att motionera. Motivationen kontrolleras alltså av yttre påverkan. Individen behöver yttre stimulering för att motiveras till ett beteende, t ex då någon inflytelserik person säger att det är bra att motionera, ställer upp för någon annan genom social aktivitet, lagsport, för att nå en personlig belöning eller ett mål etc. Deci och Ryan (refererad i Biddle & Nigg, 2000 s 298), skriver om yttre motivation uppdelad i tre kategorier, extern, introjicerad och identifierad kontroll. Extern kontroll av motivationen ger ett beteende som kontrolleras av belöning och hot mot den egna hälsan. Individer som motiveras på detta sätt motionerar enbart om de verkligen måste av olika anledningar. Den introjicerade kontrollen baseras på skuld, vilket färgar individens sätt att tänka och resonera kring fysisk aktivitet. Individen känner skuld då hon inte motionerar och känner att hon borde, snarare än att hon vill. Nära till hands för dessa individer är att söka legitimitet i olika sammanhang och från personer i sin närhet för att de inte tränar just idag etcetera. Kontrasten är identifierad kontroll som innebär att individens motionsbeteende drivs av att hon vill snarare än av att hon/han måste eller bör motionera. Detta synsätt är präglad av självdeterminerande skäl som motiverar individen att se fram emot resultatet av motionerandet både fysiskt och psykiskt.

#### *KASAM – känsla av sammanhang*

För att förstå livsstilsförändringen som de här personerna står inför har vi valt att använda oss av Antonovskys (2005) begrepp för känsla av sammanhang – KASAM.

Tre temata – begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet – beskriver detta begrepp. Dessa framställer i sin tur omfattningen av individens känsla av sammanhang i tolkandet av de inre

och yttre stimuli som hon/han dagligen utsätts för. Begriplighetstemat baseras på i vilken utsträckning individen upplever vad som sker inom och omkring henne/honom som sammanhängande och konkret i tolkandet av dessa skeenden. En person med hög känsla av begriplighet tror sig kunna förstå kommande händelser och situationer, om de är relativt förutsägbara och vardagliga. Oförutsedda händelser, t ex misslyckanden eller förluster av olika slag, förmår individen göra begripliga inför sig själv. Därav skapas ett sätt att förstå vad som sker, skeenden sätts i ett begripligt sammanhang som gör det hanterbart och därmed uthärdligt. Hanterbarheten beskriver omfattningen av vilken individens (eller andra involverade) upplevelse av egna resurser att hantera olika stimuli. En individ med hög känsla av hanterbarhet känner sig inte som ett offer om något oförutsägbart inträffar, utan kan finna sätt att hantera det inträffade och påföljande känslor. Detta är ett sätt att gå vidare på och undvika att fastna i destruktiva tankemönster. Antonovsky kallar meningsfullhetstemat för KASAM's motivationskomponent. Meningsfullheten innefattar i vilken utsträckning individen känner sig delaktig i utformandet av sitt liv och sina upplevelser, ett tankesätt som baseras på att "det blir inte roligare än man gör det". Är utmaningar positiva respektive negativa för individen? Om något upplevs som meningsfullt är det i sig engagerande och motiverande. Mötande stimuli kan ses som en möjlighet för utveckling eller en fara mot den egna tryggheten. Detta synsätt är en viktig del av förståelsen för en livsstilsförändring samt i utformandet av individens motionerande, en blandning av kunskap, realistiska målsättningar och personlig betydelse. Viktigt att uppmärksamma är hur individen ser på sig själv och sitt liv, hur hon/han hanterar motgångar samt hur hon/han ser på sig själv som motionär. Möjligen är det lättare att förstå och integrera fysisk aktivitet i det vardagliga livet om individen har en känsla av sammanhang kring motionerandet.

Antonovsky kombinerar olika utslag av de tre komponenterna i begreppet KASAM och uppskattar vilka kombinationer som fungerar bäst i olika sammanhang och för olika ändamål. För att en förändring skall vara genomförbar uppskattas hög begriplighet vara positivt i kombination med låg hanterbarhet, i vilken riktning denna förändring rör sig är beroende av individens känsla av meningsfullhet. Om individen förstår problemet men inte vet hur hon skall hantera det, kan det exempelvis leda till förändrat beteende beroende av om individen känner att det är meningsfullt eller inte. Det förefaller alltså vara meningsfullhet, som har motiverande påverkan, som är den viktigaste delen av KASAM vid en livsstilsförändring. De andra komponenterna bestämmer utgångspunkten medan meningsfullheten bestämmer omfattningen av resultatet samt riktningen i positiv eller negativ bemärkelse.

Meningsfullheten är inte oberoende av de andra två komponenterna, men förmodligen är varken hög begriplighet eller hög hanterbarhet speciellt långvarig utan hög känsla av meningsfullhet. Många människor är i dagens samhälle medvetna om olika faktorer som påverkar hälsan positivt och negativt. Även om man vet hur man kan leva ett hälsosamt liv, förmår en del individer inte genomgå förändringar på egen hand. Detta innebär att enbart hög begriplighet inte fungerar utan de andra komponenterna, men däremot är viktig i kombination med dem. Den ena komponenten utesluter därmed inte de andra vilket i praktiken innebär att problemhantering, och med det en livsstilsförändring, är beroende av helheten inom begreppet KASAM.

#### *Bakgrund till fysisk aktivitet på recept*

”Hälso- och sjukvården skall arbeta för att förebygga ohälsa. Den som vänder sig till hälso- och sjukvården skall när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada” (Svensk författningssamling, Hälso- och sjukvårdslag 1982:763, lag 1998:1660 §2 c).

Eftersom hälso- och sjukvården numer inte bara har till uppgift att behandla sjukdomar utan även förebygga dem finns behov av att finna nya arbetssätt. Föreskrivning av fysisk aktivitet är ett sådant arbetssätt som uppmärksammas både i Sverige och internationellt, framförallt i USA och Storbritannien (Kallings & Leijon, 2003). Ökad fysisk aktivitet i förebyggande syfte minskar risken bland annat för förtidig död, hjärt-kärlsjukdom, högt blodtryck, diabetes typ 2, övervikt, tjocktarmscancer och benskörhet (YFA, 2003). Hjärt-kärlsjukdom, högt blodtryck, diabetes typ 2, övervikt, benskörhet samt ångest och depression kan dessutom behandlas genom fysisk aktivitet, som också förbättrar livskvaliteten på grund av ökat psykiskt välbefinnande och bättre hälsa.

År 2001 utlystes av regeringen till ett fysiskt aktivitetsår. Kampanjen ”Sätt Sverige i rörelse” startade, för att inleda en förändring av samhällets syn på fysisk aktivitet och ett långsiktigt arbete för en beteendeförändring (Kallings & Leijon). Denna satsning engagerade organisationer och myndigheter inom många olika samhällssektorer. Inom hälso- och sjukvården var målet att förbättra personalens kunskaper om de förebyggande och rehabiliterande effekterna av fysisk aktivitet samt stimulera till forskning kring fysisk aktivitet. Som ett led i detta initierades en pilotstudie av fysisk aktivitet på recept, en

receptblankett (Bilaga A) togs fram och utbildningar började hållas för förskrivande personal och aktivitetsledare. Syftet med detta var att skapa en arbetsmodell för förskrivning av fysisk aktivitet. Arbetsmodellen kom att kallas Fysisk aktivitet på Recept (FaR). För att få använda begreppet "Fysisk aktivitet på recept" och förkortningen FaR i utbildningssyfte och faktisk verksamhet krävs skriftligt godkännande av Statens folkhälsoinstitut (e-mailkontakt med Johan Faskunger, utredare på Statens Folkhälsoinstitut, 2006-02-08).

FaR innebär att man inom sjukvården förskriver fysisk aktivitet som komplement till eller istället för medicin för att förhindra och behandla vissa sjukdomar. Recepten skall vara individuellt anpassade gällande dosering och typ av aktivitet. Som vägledning vid ordination av fysisk aktivitet inom sjukvården har YFA i samarbete med Folkhälsoinstitutet tagit fram *Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, FYSS* (2003), som innehåller information om fysisk aktivitet i allmänhet och om hur ökad fysisk aktivitet kan hjälpa till att förebygga och lindra olika sjukdomstillstånd. Till skillnad från läkemedel, som endast läkare får skriva ut, kan även sjukgymnaster och andra legitimerade personalgrupper inom sjukvården skriva ut recept på fysisk aktivitet.

Enligt Kallings och Leijon (2003) vet man lite om vilka effekter förskrivningen av fysisk aktivitet har i det långa loppet. Eventuellt kan det vara för att man mäter fel saker. Kallings och Leijon föreslår att man bör titta mer på benägenheten till beteendeförändring, och bredare psykologiska, sociala och fysiologiska effekter, istället för att som många studier gör, fokusera på huruvida individen ökar sin fysiska aktivitet.

#### *Vilka får FaR?*

Viktiga målgrupper för FaR är enligt YFA (2003) individer med riskfaktorer, t ex rökare, överviktiga eller de med ärftlighet för hjärt- och kärlsjukdomar, samt individer med olika sjukdomar som kan rehabiliteras med fysisk aktivitet. De vanligaste anledningarna till att patienter får FaR är övervikt, smärta och som förebyggande åtgärd för att komma igång att motionera (Axelsson, 2005; Kallings & Leijon, 2003; Leijon & Jacobson, 2006; Wemme & Nilsson, 2003). Dessa rapporter visar även att majoriteten av dem som får FaR är kvinnor.



*Vad gör man med sitt recept?*

Den som fått recept på fysisk aktivitet kan hämta ut det hos en receptmottagande idrottsförening. I Sverige arbetade år 2005 åtminstone 352 idrottsföreningar med FaR, i 18 landsting (Riksidrottsförbundet, inget datum). SISU Idrottsutbildarna och Folkhälsoinstitutet har tillsammans arbetat fram en modell för utbildning av ledare som vill arbeta med FaR-grupper (SISU idrottsutbildarna, inget datum). Vilka idrottsföreningar som tar emot recept på fysisk aktivitet och vilka aktiviteter de erbjuder varierar lokalt. I *Utvärdering av Sätt sydvästra Skåne i rörelse* (Wemme & Nilsson, 2003) är vattengymnastik och stavgång de vanligast förekommande aktiviteterna, medan promenader och vattengymnastik är vanligast i en utvärdering av FaR i Östergötland (Leijon & Jacobson, 2006). Ett recept på fysisk aktivitet varar i tre månader. Därefter görs ett uppföljningsbesök på vårdcentralen. Vanligen förnyas sedan receptet i ytterligare tre månader. Den totala recepttiden blir alltså sex månader.

### Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att undersöka vad det innebär för den enskilda individen att få fysisk aktivitet på recept (FaR), och hur man sedan utnyttjar det. De frågeställningar vi ämnar betrakta och försöka besvara är:

- Vilka faktorer gör att man utnyttjar sitt recept på fysisk aktivitet?
- Hur upplever individen den livsstilsförändring det innebär att bli fysiskt aktiv?
- Stimulerar deltagande i en FaR-grupp till självständig fysisk aktivitet?
- Förändrar deltagarna synen på sig själva som fysiskt aktiva?

## Metod

Eftersom vår studie syftar till att ge en fördjupad förståelse för deltagarnas intryck och upplevelser kring att få fysisk aktivitet på recept har vi valt att använda oss av kvalitativa intervjuer. Enligt Kvale (1997) är den kvalitativa intervjun en lämplig metod för att studera, beskriva och förstå människors upplevelser och självuppfattning. Vi har utfört semistrukturerade intervjuer. Detta innebär att man är flexibel och ger intervjupersonen stort utrymme att utveckla idéer och tala fritt, även om man har en färdig lista med ämnen som tas upp (Denscombe, 2000).

### *Undersökningsdeltagare*

Denna studie fokuserar på individer som fått FaR utskrivet på en vårdcentral i Skåne. FaR ses här som en länk från sjukvård till friskvård, och är tänkt som en utslussning till självständig fysisk aktivitet (intervju med sjukgymnast på vårdcentralen, 2005-11-09). Vi har fokuserat på de individer som fått recept på fysisk aktivitet på vårdcentralen under hösten 2005 och våren 2006. Alla deltagare har av läkare eller sjukgymnast blivit tillfrågade om att få FaR utskrivet. De patienter som har varit intresserade av att få fysisk aktivitet på recept har, mot en kostnad av 300 kronor, erbjudits att delta i stavgångsgrupper två gånger i veckan dagtid och lättgympa en gång i veckan kvällstid. Stavgångsgrupperna utgår från idrottshallen, som ligger ca 500 meter från vårdcentralen.

Vi har intervjuat de tio deltagare av totalt 20 i stavgångsgrupperna som samtyckte till att bli intervjuade. Alla tio är kvinnor, en i 35-årsåldern, två i 50-, tre i 60-, tre i 70- och en i 80-årsåldern. Majoriteten av intervjupersonerna är alltså i 60-70-årsåldern. Vid intervjutillfället hade de deltagit i stavgångsgruppen olika länge. Fyra personer hade varit med i mindre än tre månader, fyra i mellan tre och sex månader, och två i mer än sex månader. Dessa två personer har tidigare haft recept, och fortsatt i stavgångsgruppen efter receptperiodens slut.

Även de tre ledarna för stavgångsgrupperna har intervjuats. Gemensamt för ledarna är att de är rekryterade i närområdet kring idrottshallen, i samband med en telefonenkät om motionsvanor. De har alla tre deltagit i Skåneidrottens endags FaR-ledarutbildning. Eftersom de lett grupperna vid varje stavgångstillfälle har de träffat deltagarna regelbundet under

receptperioden. I intervjuerna har de kunnat dela med sig av sina upplevelser av att leda grupperna, och deras intryck av hur stavgången upplevts av deltagarna.

### *Instrument*

Vi har utformat en intervjuguide (Bilaga B) som består av två delar. Den första delen består av fyra frågor, hämtade från Marcus och Forsyth (2003), som identifierar vilket stadium intervjupersonen befinner sig i enligt den transteoretiska modellen. Den andra delen består av öppna frågor samlade kring de olika teman vilka är relevanta utifrån våra frågeställningar. Dessa teman är:

- bakgrund till att individen fått FaR, och hur det gick till
- historia, fysisk aktivitet tidigare i livet
- motionsvanor och vardagsmotion
- positiva och negativa upplevelser av att vara med i en FaR-grupp
- motivation
- socialt stöd
- framtiden, efter receptperiodens slut

Vi har använt oss av en separat intervjuguide för stavgångsledarna (Bilaga C). Den består av öppna frågor som syftar till att undersöka hur det är att leda stavgångsgrupper, hur deltagandet i gruppen påverkar deltagarna, vad deras mål med stavgångsgrupperna är samt tankar kring utformningen av FaR vid just denna vårdcentral.

### *Procedur*

En informationssamlade intervju gjordes med en sjukgymnast på vårdcentralen för att få en bild av hur förskrivningen av fysisk aktivitet fungerar på den aktuella vårdcentralen. Eftersom deltagarna omfattas av sjukvårdens sekretess kunde vi inte få tillgång till deltagarlistorna. Vårdcentralen har ingen fortlöpande kontakt med deltagarna under receptperioden, och därför var det lämpligast att komma i kontakt med deltagarna genom stavgångsgrupperna.

Eftersom vi ville störa grupperna så lite som möjligt, valde vi att gå ut med information om vår studie via stavgångsledarna med ett brev (Bilaga D) som delades ut till de sammanlagt 20

deltagarna i stavgångsgrupperna. De deltagare som ville ställa upp på en intervju kunde lämna sitt skriftliga medgivande. Då vi endast fick tillbaka två svar av brevet bestämde vi oss för att besöka de två stavgångsgrupperna. Vi presenterade oss och informerade på samma sätt som i brevet om syftet med studien. Vi gick även stavgång med gruppen för att deltagarna skulle ha möjlighet att ställa eventuella frågor till oss. På detta sätt fick vi möjlighet att intervju ytterligare åtta deltagare.

### *Intervjuerna*

Intervjuerna av deltagarna genomfördes i slutet av mars och början av april 2006. Sex av intervjuerna genomfördes i anslutning till stavgångsgruppernas träffar på idrottshallen som gruppen utgår från. Tre intervjuer genomfördes via telefon och den tionde, efter önskemål, hemma hos deltagaren. Vi har intervjuat fem personer vardera enskilt. Genom att inte vara i numerärt överläge ansåg vi att det fanns bättre förutsättningar för ett så naturligt samtal som möjligt om enbart en av oss närvarade under intervjuerna. Varje intervju varade ungefär 40 minuter. Intervjuerna spelades in med hjälp av mp3-spelare.

Intervjuerna med ledarna genomfördes under december 2005, januari och februari 2006, två på idrottshallen och en på ett café. Dessa intervjuer hade dels ett kontaktskapande syfte, för att få hjälp att rekrytera intervjupersoner, dels ett informationsinsamlande syfte, för att få veta så mycket om möjligt om ledarnas erfarenheter av FaR-grupper. De delar av intervjuerna som var informationsinsamlande och delvis ligger till grund för våra resultat varade i ungefär 20 minuter.

### *Intervjuanalys*

De inspelade intervjuerna transkriberades till utskrivna text. Det utskrivna intervjumaterialet är utgångspunkten för vår analys. I utskriften har vi fokuserat på innehållet, snarare än hur intervjupersonerna uttrycker det. Vad som sägs är viktigare än hur det sägs. När syftet är att få reda på innehållsaspekter, snarare än samtalsanalyser, är det lämpligt att göra innehållsfokuserade transkriptioner som ligger nära skriftspråket (Norrby, 1996). I utskriften har intervjupersonerna, stavgångsledarna och platser anonymiserats. Stavgångsdeltagarna som är våra huvudsakliga intervjupersoner kallar vi IP1-10, och stavgångsledarna för SL1-3.

### *Metodreflektion*

Det finns ett flertal svårigheter med att studera FaR-grupper. Eftersom vi från början fick in så få svar av det informationsbrev vi skickade ut, har vi funderat på vad detta kan bero på. Eventuellt var ämnet känsligt, personligt och alltför utlämnande för att deltagarna spontant skulle vara intresserade av att ställa upp på en intervju. De har fått FaR utskrivet av läkare eller sjukgymnast i syfte att bli mer fysiskt aktiva. I detta finns ett stort inslag av social önskvärdhet och de vet att de borde motionera mer för att det är bra. De som inte känner att de lyckas bli fysiskt aktiva kanske har skuld känslor för detta misslyckande, och vill inte berätta om det i en intervju. Anonymiseringen av materialet borde dock uppväga detta något. De tillfrågade blev inte erbjudna någon belöning för att delta i intervjun, vilket eventuellt kan ha bidragit till att de inte tyckte det var värt besväret att ställa upp.

Estabrooks och Courneya (1997) har när de undersökt studenters motionsvanor ”maskerat” frågorna kring fysisk aktivitet för att de inte skall märka att undersökningen primärt syftar till att kartlägga motionsvanor. Detta är ett sätt att undkomma de svårigheter vi beskrivit ovan. För vår del var det aldrig ett alternativ att göra på detta sätt, eftersom det forskningsetiskt vore svårt att motivera. Dessutom har vårt fokus primärt varit att undersöka upplevelsen av FaR, och förändringen. Därför har det varit av mindre betydelse för oss huruvida omfattningen av deltagarnas motionsvanor varit objektivt sanna eller ej.

Vi har rekryterat deltagare när stavgångsgruppen träffats, och det betyder att vi inte har haft möjlighet att nå ut till och informera de deltagare som inte varit med vid dessa tillfällen, om vår studie. Detta innebär att vi redan från början fått tillgång till de deltagare som är mest aktiva i stavgången. Eftersom deltagandet i studien bygger på frivillighet är det rimligt att anta att vi träffat de individer som är mest positiva till att vara med i stavgångsgrupperna, och kanske även de som är mest nöjda med sin egen insats. Vilka konsekvenser detta får för resultatet kan vi bara spekulera kring. Det kan innebära att de vi intervjuat är mer fysiskt aktiva, mer nöjda med stavgångsgruppen och mer motiverade att bli fysiskt aktiva än de deltagare vi inte träffat, vilket skulle kunna medföra att vi tillskriver FaR en alltför stor betydelse.

Intervjuerna blev mer strukturerade än vi planerat, eftersom deltagarna hade svårt att tala fritt och reflektera kring ämnet, eller som en av våra intervjupersoner uttryckte det: ”Jag är inte så bra på att prata. Det går lättare när någon ställer frågor och jag bara kan svara”. Vi kom alltså

att styra intervjuerna mer än vi planerat, vilket gjorde att materialet tydligare kretsade kring de teman intervjuguiden tar upp. Ett alternativ till att göra intervjuer hade varit att dela ut enkäter till deltagarna. Tidigare erfarenheter av att göra enkätstudier i FaR-grupper är att bortfallet blir stort och att många fyller i enkäten ofullständigt (personlig kontakt med Erwin Apitzsch, 2005-10-12), vilket hade resulterat i ett fattigare material. Enkäter hade inte heller givit oss möjligheten till att direkt följa upp och förtydliga de svar deltagarna gav. Valet av detta tillvägagångssätt framstår fortfarande som det som bäst fyller undersökningens syfte.

Vår avsikt från början var att jämföra personer som utnyttjat sina recept på fysisk aktivitet med personer som valt att inte följa dem. Därför skickade vi ut brev via vårdcentralen till individer som fått FaR men inte utnyttjat det. Vi fick enbart möjlighet att skicka ut brev till två personer eftersom det var de enda vårdcentralen sade att de kände till, som inte hämtat ut sina recept. Ingen av dessa personer svarade. Detta har gjort att vi i studien varit tvungna att fokusera enbart på de individer som utnyttjat sina recept på fysisk aktivitet. Ett alternativt tillvägagångssätt hade varit att försöka komma i kontakt med dem som inte följer sina recept genom stavgångsledarna, då de har listor över de personer som ej deltagit i stavgången eller avslutat innan recepttiden löpt ut.

## Resultat

Vi har strukturerat resultaten utifrån de teman vi utgått från i intervjuguiden. ”Intervjuperson” förkortas IP med efterföljande numrering mellan 1-10. ”Stavgångsledare” förkortas SL 1-3.

### *Bakgrund, varför recept?*

De tio personer vi intervjuat är kvinnor mellan 35-80 år, sex personer är i 60-70 årsåldern. Bakgrunden till att de fått fysisk aktivitet på recept (FaR), är övervikt, dålig kondition, stress, trötthet, kronisk smärta och som alternativ till smärtstillande mediciner. Några deltagare har angett flera orsaker till att de fått recept. Smärta är den största orsaken till att de deltagare vi intervjuat fått recept på fysisk aktivitet, sex personer av tio (IP1, 3, 4, 7, 8, 10) har någon form av smärtproblematik. Sex deltagare nämner även övervikt som en anledning till att de fått recept utskrivet. IP6 berättar att *”Jag upplevde mig själv i en risksituation, har gått upp mycket i vikt, och så kom stressituationen som gjorde att jag gick ner mig både fysiskt och psykiskt”*. Recepten har föreslagits som behandling och skrivits ut både av läkare och av sjukgymnaster men har även efterfrågats av patienterna själva. De flesta ser FaR som en möjlighet till bättre hälsa och att komma igång att motionera. Flera av deltagarna säger sig veta att de kommer må bättre och att smärtan minskar om de rör på sig.

Deltagarna säger att det enda som kunnat hindra dem från att utnyttja receptet på fysisk aktivitet är om smärtan ökat eller om det uppstått något fysiskt hinder. IP6 säger *”Kanske att man fått ont i benen eller något som gör att man inte hade kunnat gå”*. Flera deltagare verkar lite konfunderade inför den här frågan, möjligen har de inte ifrågasatt detta tidigare.

IP4 som själv hört sig för efter FaR på vårdcentralen säger *”Det är ju svårt att motionera själv, att gå ut när man är ensam, det är bättre att göra det i grupp”*. IP1 har haft en hjärtinfarkt och ville med anledning av det inte få medicin för sin smärta utan istället pröva FaR. IP7 vill inte heller medicinera, utan valde att följa receptet för att pröva om det skulle minska hennes smärtproblematik. Hon beskriver att rörelsen med stavarna hjälper mot smärtan då hon även aktiverar hela överkroppen på ett annat sätt än när hon går vanliga promenader. Tidigare hade hon i perioder så ont att hon nästan inte kunde röra sig.



Alla vi intervjuat har en positiv inställning till FaR och ville pröva det när de fick receptet utskrivet, även om inte alla var entusiastisk till stavgång från början. IP5 och 8 tyckte att det kändes lite fånigt och att det såg löjligt ut att gå omkring med stavar. IP5 berättar att hon valde att använda receptet då hon trodde och var inställd på att det skulle vara något som skulle vara bra för henne samt leda till bättre hälsotillstånd. Dessutom blev hon erbjuden hälsokontroll och uppföljning av receptet, vilket också upplevdes som viktigt. IP10 påpekar betydelsen av att hon blev kallad, efter hon fått receptet utskrivet, för att komma till stavgångsgruppen *”Det underlättade mycket att bli kallad, så att jag inte behövde ta den kontakten själv”*. IP9 säger *”Tanken har man ju haft att börja röra på sig lite mer, tyvärr stannade det ju vid tanken. Nu fick jag den här chansen och bestämde mig för att prova. Jag gick enbart stavgång första perioden, nu går jag på gympa också.”*

SL2 säger *”Just att det är på recept gör det lite mer konkret, sänder signalen att det här är något jag verkligen behöver. För om man får recept på piller så går man ju oftast och köper dem för man tänker att läkaren säger att jag behöver det och då måste jag ha det. Det är nog lite likadant här – de tänker att om jag får det på recept är det nog för att jag behöver det.”* Även SL3 säger att receptet är en stor motivator, och att det är en trygghet för deltagarna att de följs upp av sjukvården.

### *Historia*

Flera deltagare berättar att de alltid promenerat mycket och de flesta har motionerat sporadiskt på gym eller liknande tidigare. Ingen har dock motionerat regelbundet under en längre period eller utövat någon sport. Flertalet har eller har haft trädgård, kolonilott eller sommarstuga och därigenom fått mycket vardagsmotion. IP4 säger att hon motionerar mer nu än när hon var yngre *”Det kanske beror på att man har blivit lite äldre och det hör till att man skall motionera nu”*. Hon simmade en del när hon var yngre, men tycker inte det är roligt längre. IP5 saknar dansen från sin ungdom, den höll henne slank. IP7 säger att *”Jag har aldrig varit överviktig och därför inte känt att jag varit tvungen att motionera tidigare, innan jag fick min skada. Det är värken som motiverat mig att börja motionera regelbundet, nu när jag vet att det hjälper vill jag fortsätta med det.”* IP10 säger att hon inte har tänkt så mycket på motion tidigare i livet *”Jag har varit väldigt dålig måste jag säga...”* Hon tänker sedan efter och ändrar sig *”Klippt gräsmattan, rensat ogräs... jo man har nog fått en del motion ändå!”* Det var först när hon fick en skada på äldre dagar som hon började tänka att hon borde röra på sig.

Värken gick inte över och ”*Då började jag tänka på det, eftersom rörelse tillsammans med medicinen gör så att det blir bättre. Kan inte bara sitta ner och tänka att det skall hjälpa för det gör det inte.*”

IP9 arbetade tidigare med ett fysiskt krävande arbete och berättar ”*Enda motionen var på jobbet, hade inte tid för något annat. Jag jobbade nästan dygnet runt på slutet. Blev långtidssjukskriven sen. Jag tyckte att jag fick tillräckligt med motion på jobbet, hade även mina perioder när jag gick till jobbet på mornarna.*” IP5 säger ”*Sommartid har jag alltid tyckt om att simma och cykla men jag har aldrig tävlat eller utövat någon sport regelbundet.*” Tidigare var det naturligt för henne att promenera bara för nöjes skull. Skillnaden nu, säger hon, är att hon *måste* med anledning av sin övervikt och för hälsans skull. IP6 berättar ”*Jag har aldrig motionerat. När jag var mycket ung gjorde jag det, men när jag var 14 år blev jag mycket sjuk, och behandlingen var vila och kaloririk mat, man fick inte röra på sig då, diagnosen hade jag under nio år, och det där sitter i.*”

Den som varit mest aktiv är IP2 ”*Jag har alltid varit intresserad av att röra på mig, i mån av tid. Varit medlem på ett gym, haft simkort på badet men det har jag ju fått göra i mån av tid alltså.*” Även IP8 berättar att hon alltid rört sig mycket med anledning av att hon har en stor familj och hus att sköta, men aldrig utövat någon sport eller tränat på gym ”*Jag har aldrig haft tid eller ro att träna, jag har rört mig mycket ändå, innan jag fick ont. Det kan hända att det borde varit bra att ha haft något för att komma ner i varv och ägna mig åt mig själv lite grand.*”

SL1 berättar ”*Många har negativa upplevelser av idrott, att svettas och utseendefixering. (...) Idrottsrörelsen är ovan att möta de här människorna.*”

#### *Motionsvanor och vardagsmotion*

Alla deltagare vi intervjuar är för närvarande fysiskt aktiva och majoriteten ägnar sig åt regelbunden fysisk aktivitet enligt Statens Folkhälsoinstituts definition – minst 30 minuter om dagen åtminstone fem dagar i veckan. Ingen befinner sig i stadium ett, enligt den transteoretiska modellen - ej beredd att börja motionera. Ingen befinner sig heller i stadium två - begrändadstadiet. Fyra av deltagarna (IP2,3, 6, 8), är för närvarande fysiskt aktiva men inte regelbundet, vilket innebär att de kan hänföras till stadium tre - förberedelsestadiet. En av deltagarna, IP4, är för närvarande regelbundet fysiskt aktiv men har varit det mindre än sex

månader, och befinner sig därmed i stadium fyra - handlingsstadiet. Fem av deltagarna (IP1, 5, 7, 9, 10), befinner sig i stadium fem - vidmakthållandestadiet, eftersom de varit regelbundet fysiskt aktiva under de senaste sex månaderna. IP2 har tidigare varit i vidmakthållandestadiet, men har på grund av en skada återfallit till stadium tre. Alla utom IP8 har för avsikt att bli mer fysiskt aktiva de närmaste 6 månaderna. IP8 tror inte hon kommer att kunna bli mer fysiskt aktiv än hon är nu, med anledning av den kronisk smärtproblematik hon lider av.

De aktiviteter som räknas som vardagsmotion, alltså aktiviteter som innebär motion även om motionen inte är huvudsyftet med aktiviteterna, är inte något deltagarna betraktar som fysisk aktivitet. Det framgår eftersom de, när de angivit hur fysiskt aktiva de är, inte nämnt denna typ av aktiviteter. De tycker det är svårt att beräkna mängden vardagsmotion de tillägnar sig, men uppger att de ägnar sig åt vardagsmotion ungefär 2-4 timmar om dagen. Det varierar från dag till dag och är mer under vår- och sommarmånaderna. Deltagarna uppger att de får vardagsmotion till exempel när de dammsuger, städar, diskar, handlar, cyklar, rastar hunden och sköter trädgården. IP7 får mycket vardagsmotion på jobbet där hon hela tiden rör på sig. Hon promenerar oftast till och från staden också, och går överhuvudtaget väldigt mycket. IP1 har ett sjukgymnastikprogram som hon utför hemma. Hon tänker även på att gå extra i trapporna i hemmet ibland. IP3 säger *”Vet inte, men jag har ju trädgården som jag jobbar i och trappan till övervåningen springer man ju i många gånger om dagen.”* IP4 säger *”Man tänker ju inte på det, jag tar aldrig tiden på hur lång tid det tar att städa...”*

SL1 vill förmedla ett holistiskt perspektiv kring den egna hälsan till deltagarna. *”Jag vill att de skapar sig en helhet och tar hand om sig själva. Det saknas lite av det hos de som får FaR. (...) Stavgång är bra för att man kan motionera på ett effektivt sätt utan att det känns så mycket. Det är viktigt att deltagarna får en positiv upplevelse av motion.”* Hon anser att det är viktigt att människor kommer igång med motionerande och får kunskap om sin hälsa.

### *Upplevelser av FaR*

En stor förändring med att börja i stavgångsgruppen är att motionen blivit mer regelbunden än tidigare, säger IP2. Envishet nämns av vissa som en resurs, som gör att man klarar av att vara med i stavgångsgruppen. IP10 säger *”Jag har bestämt mig för att göra det, det här skall jag klara. Inte så att jag kan säga att jag får en kick av det, men jag har bestämt mig för att göra det.”* och IP6 säger *”Jag känner att jag mår bättre och att jag har börjat, då ger man ju inte*

*upp, om man inte har skäl för det och det har jag ju inte.” IP7 berättar att hon inte kände sig motiverad först men när hon börjat med stavgången kom motivationen i och med att smärtan lindrades väsentligt. Många av deltagarna går också flera vanliga promenader i veckan och tre personer (IP1, 7, 9) berättar att de, vid sidan av stavgången, deltar i lättgympa en dag i veckan, som de börjat med efterhand då stavgångsledarna även leder gympan.*

*SL2 säger ”De viktigaste målen är definitivt att patienterna skall få bättre fysisk kondition, men även psykisk kondition. Det finns en social bit också, med tanke på att det är många personer som är ensamstående och sitter mycket hemma, och de uppskattar väldigt mycket det sociala, att man kan gå och prata.” SL1 anser att det är viktigare för stavgångsledaren att ha social kompetens framför vårdkompetens ”(...) inte komma med pekpinnar till deltagarna. Man kan prata om intressen och fritidsaktiviteter. Att prata om hälsa måste komma från dem själva om de vill prata om det. Jag tycker inte att stavgångsledaren skall komma med ett vårdperspektiv, de har ju uppföljning på vårdcentralen. Däremot är det bra att vara påläst om till exempel smärta.” SL3 betonar också att den sociala biten är viktig för deltagarna.*

*SL1 berättar om hur en av stavgångsgrupperna utvecklats ”I början när jag hade gruppen gick alla tillsammans i en samling. Efter några gånger gick vi ut mot landet och kom till en lång raksträcka – och då spred alla ut sig! Vissa gick mycket snabbt, andra långsammare, vissa ensamma och vissa tillsammans. Sen var det som om isen var bruten och efter det går alla i det tempo de känner för.” Hon berättar att de alltid går en bestämd runda, så att deltagarna kan bestämma takt och hastighet själva.*

### *Positiva upplevelser*

*Många uppger att det bästa med stavgångsgruppen är att det finns en tid för dem att anpassa sig efter. Exempelvis säger IP9 att ”Det är en tid man har, känner sig mer motiverad att ge sig iväg. Även om vi inte går i samlad trupp så är det en trygghet.” IP4 säger ”Det blir en knuff så att man kan komma ut och gå, (...) fördelar med att motionera är att man kan gå ner i vikt, och det är skönt att röra på sig. Det är bra att kunna göra någonting, även om man inte kan springa.” IP1 säger att hennes smärta och även kramper minskat efter det att hon börjat med stavgång. IP2 tycker det bästa är ”Att man kommer iväg, oavsett väder. Den sociala biten, man lär känna varandra eftersom det är så många tillfällen man är ute och går tillsammans.” En annan positiv upplevelse av att motionera, som IP5 nämner, att hon sover*

bättre om nätterna. IP6 säger ”*Jag hade ju inga fysisk besvär innan jag fick FaR, men jag känner mig ju rörligare nu. Jag går obehindrat ner till staden, behöver inte stanna och vila längre, som jag fick göra tidigare.*” IP7 säger att det bästa med att gå stavgång är att hon inte enbart använder benen utan även armar, rygg och nacke, och känner att hon motionerar på ett annat sätt än vid vanliga promenader. IP5 säger att hon behöver röra på sig med anledning av sin övervikt, att det av henne upplevs som en nödvändighet att motionera då hon inte heller kan äta det hon vill annars. Även IP4, 6 och 9 nämner vikttnedgång som en positiv effekt av stavgången. IP9 säger ”*Jag får ju hoppas det i alla fall, att det tar lite på kroppen. Man orkar lite mer när man rör på sig. Det blir mycket stillasittande i och med att jag inte jobbar, tyvärr.*” IP6 berättar ”*Framförallt är det bra att jag får den här kicken att jag går ut, jag känner att det här har jag börjat med så det måste jag fortsätta med. Men jag tycker inte att det är jätteskönt!*”

Den sociala aspekten är viktig för många av deltagarna, att träffa människor samtidigt som de får utevistelse och en paus i vardagen. IP3 ”*Det bästa med stavgången är att det är roligt att gå i grupp, det är socialt och man träffar nya människor. Det har blivit viktigt att komma hit och gå*”. IP9 säger ”*Dels är det socialt, trevligt, vi har alltid något att prata om och dels att man kommer iväg på en fysisk aktivitet. Den största förändringen är jag har fått bättre kondition och då blir man ju gladare och mer motiverad till det mesta.*”

### *Negativa upplevelser*

Sex av deltagarna ser inga nackdelar med att motionera eller att delta i stavgångsgruppen. Några av deltagarna säger att de fick ont av stavgången i början. IP3 säger ”*(...) tror jag har lätt för att spänna mig. Hade väldigt ont i början, med det har blivit bättre.*” IP4 säger att en nackdel är att det tar tid, hon blir trött efteråt och vill vila, men eftersom hon via receptet måste gå stavgång menar hon att det får ta den tid det tar. IP8 tycker ”*Mindre bra är att man har en press på sig, ledarna säger att det är viktigt att man kommer dit varje gång för att få kontinuitet, men ibland är det faktiskt så att man inte orkar eller har för ont, och då får jag dåligt samvete och tänker att nu kanske det inte hjälper som det borde eller att jag inte skall bli bra.*” En annan nackdel som IP5 nämner är att alla deltagare förväntas passa i samma grupp. Detta anser även IP8, hon säger ”*Ibland är det för snabb takt, det blir ju så när andra bestämmer takten, man vill hänga med men det är inte alltid bra för en om man ibland får ont efteråt.*”

Två personer har provat lättgympan, men inte tyckt den passat dem. IP10 säger ”Gick även på gymnastik men det passade inte mig, och den tiden har jag andra saker så jag fick avstå. Svårt när man skall upp och ner på golvet när man har lite ont i knäna, och känner sig som en koloss”. IP3 säger ”Gympan är inget för mig, det gör så ont i min rygg när jag är där, mer än vanligt. Att ligga på mattorna känns som jag ligger på kullersten!”.

### *Motivation*

Majoriteten, åtta av deltagarna, säger att receptet på fysisk aktivitet har förändrat deras motivation (IP1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10). IP6 säger ”Jag hade säkert inte varit ute och gått med stavar om jag inte hade fått ett recept.” IP10 berättar att hennes motivation har förändrats mycket sedan hon fick FaR ”Jag är definitivt mer motiverad nu när jag har kommit med här. Man känner att man gör någonting. Som pensionär sitter man hemma ensam, men nu vet jag att jag måste upp på morgonen, duscha och iväg, man vet att nu skall jag ut och gå. Det är trevligt och vi har alltid något att prata om. Försöker jag hemma själv då tänker jag - nej inte idag, det är så dåligt väder”. Motivation beskrivs av deltagarna i termer av något de gör för att må bra, sova bättre, känna sig friskare, känna sig harmonisk med tillvaron, med sig själv och sin kropp, bli smidigare, rörligare och få mer ork. Sex personer (IP2, 4, 6, 7, 9, 10) säger att det har blivit lättare för dem att motivera sig själva. IP6 säger ”Jag får arbeta med mig själv, med att motivera mig, och det här har ju underlättat. Jag hade säkert inte varit ute och gått med stavar om jag inte fått ett recept.” Två deltagare (IP5, 8) säger däremot att receptet inte påverkat deras motivation nämnvärt. IP8 förtydligar att hennes motionerande är beroende av smärtan och dess påverkan på dagsformen. Smärtan både hindrar henne att motionera samtidigt som den motiverar henne.

### *Främjande och motiverande faktorer*

Stavgångsgruppen upplevs som en främjande faktor, dels för att det är nära till idrottsanläggningen för alla deltagare, dels för att gruppen går på förbestämda och fasta tider. Motion upplevs, av en del, ta mycket tid i anspråk. IP7 säger att det är svårt att få någon kontinuitet om det tar för lång tid att ta sig till och från träningen. Nu när hon har nära till stavgången säger IP7 att ”(...) då får det ta den tid det tar.” Även SL2 noterar att ”Om man hade haft det längre bort hade folk inte tagit sig dit, nu blir det ingen större belastning för

*dem att ta sig hit ”. IP5 nämner att det är lättare för henne att motionera nu när hennes barn inte är små längre. IP1 säger ”Det underlättar om man tränar flera olika saker, lättgympan kompletterar stavgången och gör att man orkar mer. Man känner sig lätt och glad när man går stavgång, men ibland lite trött efteråt.”* Två deltagare (IP5, 7) säger att de kunnat utöva FaR eftersom de har haft möjlighet till att ändra sitt arbetschema samt fått tillstånd från arbetsgivaren att gå från jobbet till stavgångsgruppen.

IP4 tycker att *”Stavgångsgruppen motiverar, eftersom det är ett ställe man går till för att göra en sak, på en bestämd tid och tillsammans med gruppen.”* Även ledaren är viktig, som IP2 säger *”Vi har en väldigt trevlig och aktiv ledare som ställer upp för oss, så vi vill ju gärna ställa upp för henne. Likadant så är det ju trevligt att träffa de andra i gruppen.”* IP9 säger *”Kontrollerna på vårdcentralen för vikten motiverar, då får man försöka lägga på det där extra kolet.”* IP8 *”Hunden motiverar också, den kan jag inte säga nej till, annars hade jag nog hellre suttit inne och läst en bok.”*

Önskan att bli av med övervikt är en faktor som motiverar till fysisk aktivitet. IP5 beskriver att *”Det är som något livsfarligt som hänger över en, det här med övervikt, så jag måste motionera. Men jag får bara bättre aptit av motion, äter mer och går inte ner i vikt för det”.* Och IP9 motiveras av att hon *”Går på kontroll på vårdcentralen för vikten, så då får man försöka lägga på det där extra kolet. Lite extra piska över sig”.* IP6 säger att *”Jag kan nästan få skuld känslor över hur jag misshushållar med min kropp, att jag röker, att jag går upp i vikt och att jag inte motionerar”.* Att få bättre kondition, och att orka mer motiverar och underlättar. IP10 berättar att hon tidigare hade *”(...) svårt att hänga på min dotter som går älgasteg. (...) Sen märkte jag efter ett par månader i stavgångsgruppen, att jag kunde gå med henne i hennes tempo. Det kändes ju väldigt bra!”* IP5 säger *”Jag vill ju kunna hänga med när vi går gemensamma promenader och cyklar tillsammans”.* IP3 *”Min man driver på, han är ute och går flera gånger om dagen. Ibland följer jag med, men ibland orkar jag inte.”* Barn och barnbarn har också en motiverande effekt, exempelvis säger IP5 *”Jag vill hålla igång för deras skull”.* IP10 säger *”Man vill ju leva så länge som möjligt och vara rörlig, jag har mycket att leva för, jag har ju barn och barnbarn!”*

Att smärta lindras är motiverande i sig och samtidigt en stor drivkraft. IP7 säger *”När jag fick receptet trodde jag inte riktigt att det skulle hjälpa mot smärtan, därför var jag inte så motiverad och det kändes så fånigt att promenera med stavar (...) men efter några veckor*

*märkte jag att det gjorde stor skillnad och då blev jag motiverad, nu när jag vet att det hjälper så måste jag fortsätta.”*

### *Hindrande faktorer*

De största hindren för att motionera är dåligt väder och att inte ha något sällskap. Kyla och dåligt väder påverkar några av deltagarna att känna sig mindre motiverade, andra tycker inte att vädret spelar någon roll utan klär sig därefter istället. Om de inte har sällskap eller en bestämd tid att passa för att motionera är det, för många, svårt att komma iväg. IP10 berättar; *”(...) som en morgon när det var förskräckligt dåligt väder, och jag tänkte - skall jag gå? Och så tänkte jag att stavgångsledaren står där uppe själv och väntar, så jag pallrade mig iväg.”* Det kommer lätt andra saker i vägen och då blir det inte av under dagen. IP3 säger *”Jag är inte precis så intresserad av att gå ut när det spöregnar. Jag går inte ut själv, måste ha någon att gå med.”* IP5 säger *”Motivation innebär för mig att få på mig skorna. Om jag bara lyckas med det så är det bara att gå ut sen.”* IP7 berättar att hon är väldigt bestämd vid gemensamma kvällspromenader med maken, för att även han skall motionera. IP9 säger *”Första gången jag såg folk som gick med stavar tyckte jag att det såg löjligt ut! Men nu kan jag nästan inte vara utan stavarna. Det är mycket lättare att gå, tycker jag, det känns bättre på något sätt.”* Flera av deltagarna fick ont i början när de gick med stavar, men detta gick sedan över. Om smärtan, som för IP8, inte avtar utgör det ett hinder för den fysiska aktiviteten.

### *Betydelsen av motion*

Motion har för IP7 ingen annan betydelse utöver hälsoaspekten. Hon har alltid sett sig själv som en positiv person som mår bra psykiskt. För IP5 har motion stor betydelse på grund av övervikten, hon var smal tidigare när hon var yngre. Det betyder även mycket för henne att få vara utomhus och röra på sig. Hon tycker inte att stavgångsgruppen hittills haft så stor betydelse för henne fysiskt eftersom hon inte känner att det är någon utmaning och att det ger henne mer att promenera själv i egen takt och svänga på armarna. Däremot har stavgångsgruppen en social betydelse samt tiden hon måste passa för att motionera.

Om vad som är viktigt med ledaren för stavgångsgruppen säger SL2 *”(...) att jag finns här, att jag finns till för dem. Betydelsen för mig är väl att jag kan hjälpa de här personerna, att jag får feedback på det, att de blir bättre och att de säger att det är så skönt att komma ut och inte*



*bara sitta hemma framför TV:n hela dagarna. Det är kul att jag bidrar till att de känner sig piggare.” Hon berättar även vad ledaren kan göra för att motivera deltagarna ”(...) vara positiv... man kan väl göra mindre saker också, som att peppa, säga detta går ju bra, du kanske skulle gå vidare och prova på någon annan aktivitet. Vara väldigt konkret. Nu till exempel var det några som ville prova styrketräning så det har jag hjälpt dem med. Tror de lyssnar väldigt mycket på mig, och försöker göra som jag säger.”*

### *Sociala relationer och stöd*

Alla deltagarna säger att de uppskattar stödet från gruppen som de får genom stavgångsträffarna. Flera av deltagarna berättar att familj och vänner tycker det är väldigt positivt att deltagarna börjat motionera, och ingen tycker sig behöva något ytterligare stöd. IP10 tycker att hon har fått väldigt mycket stöd, till exempel säger hon *”Min dotter berättade, när de pratade om fysisk aktivitet på jobbet, om att hennes mamma var med. Då ville en av sjuksköterskorna prata med mig, för de behöver en förebild.”* Hon berättar även *”Jag har en syster som säger; o vad du är duktig! Hon skryter om mig för sina bekanta!”* IP9 berättar om sin familj *”De tycker bara det är bra! Jag får alltid höra att det är bra att jag har börjat med något sånt!”* Andra, till exempel IP2, 4 och 7 talar inte så mycket om stavgången med sina familjer, men vet ändå att familjen stödjer det och tycker att det är bra. IP7 säger att de framförallt är glada för att hon inte har lika ont som tidigare, även om hon inte klagade över smärtan då heller. Hon anser sig inte heller behöva annat stöd från familjen utan är mycket självständig och sköter sin motion själv. IP2 berättar om sina vänner *”De tycker det är bra, jag har många bekanta som går stavgång själva. Folk har ingen negativ reaktion alls i alla fall.”* IP8 säger däremot *”Mina barn tycker det ser fånigt ut. Vännerna respekterar att jag tycker det är bra men de hade inte gjort det själva. De är inte så insatta. Om omgivningen haft mer kunskap, och insett att det hjälper, då hade de varit mer förstående.”* IP5 anser att hon får det stödet hon behöver för att delta i stavgångsgruppen, däremot skulle hon vilja att hennes barn tog initiativ till mer aktiviteter ihop med henne, exempelvis att gå promenader, då hon har svårt att komma i väg på egen hand. SL1 menar att *”(...) [stavgången] det är mer än en idrottsgrej, den sociala biten är viktig. Att komma ut och få positiva intryck från andra. Det motverkar isolering, de vet inte hur de skall bryta sin isolering.”* Hon anser även att *”Självständighet måste komma inifrån individen, men det tar kanske längre tid än sex månader. (...) de borde få recept i början men därefter ha möjlighet att fortsätta i en fortsättningsgrupp, utan recept.”*

Stavgångsledarnas upplevelse av att leda stavgångsgrupperna och finnas där som socialt stöd är att det ibland kan vara påfrestande. SL2 säger ”(...) så fick ju jag höra av SL1 och SL3 hur de hade det och att det var psykiskt jobbigt.(...) men jag hade ändå inte förstått hur jobbigt det skulle vara(...) för de berättar väldigt mycket, och man skall lyssna och finnas till för dom, och det tar ju på mig. Om man till exempel skall ställa in en gång så har jag kanske inte tid att prata i en halvtimme, och skall jag sen ringa runt till 6-10 personer så tar ju det tid... och det är ju jobbigt. Men samtidigt är det inspirerande också att höra vad de har att säga. Trots att de kanske har gått igenom många jobbiga saker (...) så är det ju inspirerande att höra att de har någon slags positivitet inom sig, och ändå försöker se att det finns ljusa sidor.”

Fortbildning under tiden man har grupperna efterfrågades av SL 2 och 3, om hur man bemöter olika personer. Även SL1 efterfrågar någon form av stöd till stavgångsledarna ”*Fortbildning behövs när man är i gång med grupperna, professionalism, någon att bolla med*”.

### *Framtid*

Alla deltagare vi intervjuar vill gärna fortsätta motionera i framtiden. Det främsta önskemålet som nämns är att fortsätta deltagandet i stavgångsgruppen två dagar i veckan. Övriga mål som formuleras är till exempel lättare träning på gym en dag i veckan, gymnastik en dag i veckan, att cykla mer när vädret tillåter och att fortsätta träna med hantlar, som IP5 nyligen börjat med för att också träna överkroppen.

Sex av deltagarna, (IP1, 3, 4, 6, 7, 10) säger att de vill fortsätta i stavgångsgruppen även utan recept, eftersom kontinuiteten känns bra och de tycker det är svårt att komma iväg på egen hand. När receptperioden är slut vill IP7, som är inne på sin andra period, gärna ha ett nytt recept utskrivet, vilket hon även diskuterat med sin sjukgymnast. Hon vill gärna fortsätta med stavgång i den här formen, det passar henne på flera sätt. Det har stor betydelse om det finns en tid att passa. Hon beskriver att annars finns det så mycket annat som lockar och då blir det inte av att hon motionerar. Däremot när hon måste passa en tid, då försvinner allt annat för att hon skall träffa stavgångsgruppen den bestämda tidpunkten. Det är just användandet av stavarna som gör att hennes smärta minskar. På sin fritid promenerar hon och rör på sig mycket, men utan stavar då hon tycker det känns fånigt. IP6 säger ”*Förhoppningsvis skall jag*

*fortsätta med stavgång, för jag tycker det underlättar, skulle gärna fortsätta i en sådan här grupp så jag inte återfaller i mina dåliga vanor och inte går ut alls.*” När receptperioden går ut säger IP5 att hon kommer att fortsätta vara fysiskt aktiv på det sätt hon var tidigare, innan hon fick recept. Regelbundenheten blir dock lidande då det är upp till henne själv hur mycket och hur ofta hon hinner promenera. Två av deltagarna, IP2 och IP9, har inte längre FaR utan har fortsatt i gruppen på eget initiativ. IP9 säger ”*Jag har inte recept längre, har valt att fortsätta ändå. Jag tänker fortsätta, om det finns plats i gruppen förstås. Annars får jag gå själv.*” Även IP2 säger att hon planerar att fortsätta i gruppen. Fyra personer (IP1, 2, 9, 10) säger att de kommer att fortsätta gå stavgång, även om de inte kan vara med i gruppen.

För att stavgångsdeltagarna skall fortsätta motionera när recepttiden löpt ut behövs exempelvis, säger IP5, sällskap av någon som vill träna på samma nivå och som har egenskapen att initiera motionstillfällen, alternativt att man går med i någon ”vandrargrupp” eller cykelfrämjandet. För att IP3 skall fortsätta motionera krävs ”*Att fortsätta gå i gruppen, skulle inte göra det själv*” Att ha en aktivitet nära hemmet är något som också upplevs som väsentligt för IP7, då det är svårt att regelbundet upprätthålla en aktivitet om det är för långt hemifrån. IP4 säger att hon genom stavgångsgruppen lärt sig om hållning och teknik, hur hon skall gå på bästa sätt med stavarna vilket för henne varit en förutsättning att kunna fortsätta på egen hand, en erfarenhet IP1 delar. IP8 säger att hon förmodligen inte fortsätter om inte smärtan lindrats, en förbättring krävs så hon känner att det ger någonting. Det är hennes mål, som i sådana fall motiverar henne att fortsätta motionera.

SL2 berättar om vad ledarna kan göra för att deltagarna skall fortsätta motionera efter receptperiodens slut ”*Dels är det ju det att de känner att de är trygga och att de vet att de kan gå ut och röra på sig själva, och sen är det ju också det att man kan hjälpa dem att hitta någon som de kan gå med, granne, släkting, vän eller så. (...) det sker ingen utslussning till andra verksamheter. Inte mer än att vi kan rekommendera dem till gympa eller så.*” SL3 pratar om självständighet ”*(...) detta [stavgången] är ett mellansteg, vissa behöver alltid ledaren, men andra behöver mig inte längre utan går själva.*”

### *Sammanfattande resultat*

#### *Bakgrund, varför recept?*

Sex av tio personer anger smärtproblematik som orsak till att de fått FaR. Därmed är smärta den problematik som ligger bakom flest utfärdade recept bland de deltagare vi intervjuat. Övervikt nämns av sex deltagare som skäl till att få recept på fysisk aktivitet utskrivet. Två deltagare fick FaR med anledning av att de inte ville få medicin som behandling av smärta.

#### *Historia*

Flera deltagare berättar att de alltid promenerat mycket och de flesta har motionerat sporadiskt på gym eller liknande tidigare. Ingen har motionerat regelbundet under en längre period eller utövat någon sport.

#### *Motionsvanor och vardagsmotion*

Alla deltagare är för närvarande fysiskt aktiva och majoriteten ägnar sig även åt regelbunden fysisk aktivitet. En av deltagarna befinner sig i den transteoretiska modellens fjärde stadium, och fem i stadium fem. Dessa sex personer är regelbundet fysiskt aktiva. En deltagare har tidigare befunnit sig i stadium fem men har på grund av en skada återfallit till stadium tre, där de fyra resterande deltagarna befinner sig. Alla deltagare utom en har för avsikt att bli mer fysiskt aktiva de närmaste 6 månaderna. Vardagsmotion är inte något deltagarna betraktar som motion. Mängden vardagsmotion uppges vara ungefär 2-4 timmar om dagen och varierar från dag till dag. Sysselsättningar som ger deltagarna vardagsmotion uppges till störst del vara hushållssysslor och trädgårdsskötsel.

#### *Upplevelser av FaR*

Då flera av deltagarna varit fysiskt aktiva även innan de fick recept utgör deltagandet i stavgångsgruppen mer regelbunden motion. De positiva upplevelserna består bland annat i fysiska förändringar så som viktnedgång, bättre kondition och minskad smärta. Den sociala kontakten med gruppen är en viktig del. Majoriteten av deltagarna ser inga nackdelar med att motionera eller att delta i stavgångsgruppen. De negativa upplevelser som nämns är att vissa av deltagarna fått ont av stavgången i början samt att två tycker det är negativt att alla deltagare förväntas passa i samma grupp.

### *Motivation*

Den sociala gemenskapen, de fasta tiderna samt att utgångs- och samlingsplatsen för stavgången är nära hemifrån, gör stavgångsgruppen till den främsta motiverande och främjande faktorn avseende fysisk aktivitet. Även viktnedgång och minskad smärta motiverar deltagarna till att vara fysiskt aktiva. De största hindren för att motionera är dåligt väder och att inte ha något sällskap.

### *Sociala relationer och stöd*

Alla deltagarna uppskattar det stöd de får från de andra deltagarna i stavgångsgruppen, och från ledarna. Alla deltagare utom två tycker att de får tillräckligt med stöd från familj och vänner. Stavgångsledarna upplever ibland en psykisk påfrestning att leda gruppen, och alla tre ledare efterfrågar någon form av fortbildning på detta område.

### *Framtid*

Alla deltagare vill fortsätta motionera i framtiden, förutsatt att man inte får ont av det. Sex personer vill fortsätta i stavgångsgruppen. Andra mål som nämns är att cykla mer, styrketräna och gympa. Fyra av deltagarna säger att de kommer att fortsätta motionera oavsett om de kan vara med i gruppen efter receptperioden eller ej, två av dessa har gått stavgång i grupp längre än sex månader.

## Diskussion

Syftet med studien är att undersöka vad det innebär för den enskilda individen att få ett recept på fysisk aktivitet, och hur man sedan utnyttjar det. I diskussionen avser vi, utifrån frågeställningarna, koppla våra resultat från intervjuerna till den teoretiska bakgrunden i uppsatsen.

### *Vilka faktorer gör att man utnyttjar sitt recept på fysisk aktivitet?*

Huruvida man utnyttjar receptet på fysisk aktivitet är kopplat till vilka upplevelser av fysisk aktivitet man har haft tidigare i livet. Även bakgrunden till att receptet skrivits ut tas upp här, eftersom det förmedlar en bild av deltagarnas initiala inställning till fysisk aktivitet på recept (FaR).

### *Historia*

De deltagare vi intervjuat har alltid promenerat mycket och de flesta har tränat sporadiskt på gym eller liknande tidigare. Eftersom flertalet har eller har haft trädgård, kolonilott eller sommarstuga, har de därigenom fått mycket vardagsmotion. Några har även haft fysiskt krävande arbeten. Dessa aktiviteter är inget de själva ser som motion, men vi tolkar det som att de individer vi träffat varit fysiskt aktiva även tidigare i livet, enligt Folkhälsoinstitutets definition. Att individerna sedan tidigare är fysiskt aktiva och att promenader är en aktivitet de är vana vid gör att de har visst självförtroende på detta område (Bandura, 1997).

Deltagarna har generaliserat användningen av ett beteendemönster, att promenera, till en ny situation - att promenera med stavar i grupp.

### *Bakgrund, varför recept?*

Bakgrunden till att deltagarna fått recept på fysisk aktivitet är smärta, övervikt, dålig kondition, stress, fysisk och psykisk trötthet och som alternativ till medicin. Recepten har både föreslagits som behandling och efterfrågats av patienterna själva. Alla deltagare var positiva till att få receptet på fysisk aktivitet, vilket är en förutsättning eftersom receptet skrivs ut i samråd med patienten. Anledningarna till att deltagarna har fått FaR baseras på yttre

motivation. Detta yttrar sig på olika sätt hos deltagarna. Extern kontroll är den form av yttre motivation som kontrolleras av belöning och hot mot den egna hälsan, individen motionerar enbart om hon/han måste. Detta är tydligt hos till exempel IP5 som känner att övervikten är något livsfarligt som ständigt hänger över henne. IP6 känner att hon måste motionera för att lindra smärtan. Individer som styrs av introjicerad kontroll vill inte motionera men känner hela tiden att de borde, och känner skuld när de inte motionerar. IP8 visar exempel på detta då hon känner skuld när ledarna påpekar vikten av kontinuitet.

De som får ett recept på fysisk aktivitet och börjat i stavgångsgruppen har redan kommit till begrändandestadiet, TTM-stadium två, enbart genom att de godtagit receptet som en möjlig åtgärd. Hälften av deltagarna som vi träffat är i stadium tre eller fyra. Den andra hälften av deltagarna är i stadium fem, vidmakthållandestadiet, vilket tyder på att de varit tillräckligt fysiskt aktiva redan innan de fick fysisk aktivitet på recept. Att många av de deltagare vi träffat redan är regelbundet fysiskt aktiva kan tyda på att stavgångsgruppen, som den ser ut idag, främst tilltalar individer i de högre TTM-stadierna. Detta kan bero på att stavgångsgruppen är inriktad mot handlingsprocesser snarare än tankeprocesser. Man förutsätter att deltagarna har bestämt sig för att bli fysiskt aktiva och att de har strategier för att klara av det på egen hand.

För att ytterligare anpassa FaR till individer i de lägre TTM-stadierna skulle man kunna arbeta mer med tankeprocesserna, alltså kognitiva, känslomässiga och utvärderande strategier (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992). Om deltagarna snabbt passerar något stadium i modellen, och för tidigt använder sig av beteendeinriktade förändringsprocesser, ökar risken för återfall till något av de lägre stadierna och därmed uppnås ingen långsiktig förändring. På vårdcentralen erhålls idag ett motiverande samtal med sjukgymnaster. Detta skulle kunna anpassas mer individuellt. Med förankring i vad Faskunger (2001) skriver om individens tendens till förändring och individanpassning av råd, bör identifiering av patientens motivations- och beteendemönster genomföras tillsammans med patienten. Ett tillvägagångssätt är att ringa in olika hinder (tidsbrist, väderlek, kostnader) och motivatorer (belöningar av olika slag som vila, att bli piggare etc), tydliggöra dessa för patienten samt tillsammans med råd och stöd formulera realistiska mål och valmöjligheter. Genom detta ges patienten en helhetsbild och på ett enkelt och tydligt sätt viss förståelse för sitt eget handlande avseende fysisk aktivitet. Det bidrar då till en känsla av sammanhang, KASAM (Antonovsky, 2005). Detta är viktigt för att öka motivationen hos individen, samt belysa fler delar av och

öka förståelsen för vad en livsstilsförändring faktiskt innebär. Parallellt med stavgången skulle man kunna erbjuda en förberedelseperiod, där man i grupp skulle kunna ta upp t ex för- och nackdelar med att vara fysiskt aktiv, informera om saker som kan underlätta fysisk aktivitet, och hur man kan övervinna hinder.

Med dessa åtgärder skulle patienten få tid och möjlighet att vänja sig vid det nya tankesättet kring den livsstilsförändring det innebär att bli fysiskt aktiv. Det här skulle kunna bidra till att livsstilsförändringen får en mer långvarig effekt. Vi anser att KASAM är viktigt i detta skede. För att individen skall kunna hantera denna nya situation bör hon/han få god förståelse för den och inte enbart bli informerad om att det här måste ske. Då personens motivation är beroende av yttre kontroll är detta ett viktigt tillvägagångssätt. När recepttiden är slut har individen inte längre receptet som ger den yttre motivationen. Det kan då vara svårt att bibehålla den fysiska aktivitetsnivån, om hon/han inte redan då, internaliserat extern kontroll till identifierad reglering.

Vår generella uppfattning under intervjuerna är att deltagarna har svårt att se personliga faktorer som en resurs till sitt eget deltagande, sin egen betydelse i valet av att följa receptet. I hälften av deltagarnas svar verkar det inte som om de ifrågasatt receptet. De ser inte att de själva utfört ett aktivt val utan de har fått ett recept från sjukvården och då följer de det. Detta tyder på tämligen låg grad av KASAM´s hanterbarhetstema. Däremot verkar de ha hög känsla av begriplighet. De vet varför de bör motionera och nu, när de fått ett recept att följa och en grupp att träffa, så gör de det.

Flera av intervjupersonerna, och stavgångsledarna, poängterar vikten av att få den fysiska aktiviteten utskrivna på just recept. Det gör att deltagarna tar uppmaningen att motionera på större allvar och förutsätter att de mår bättre om de gör det. Det är ett sätt att motiveras till fysisk aktivitet genom yttre motivation. Att motionera för någon annans skull, för att någon annan säger att man borde, kan upplevas som lättare och kännas tryggare än om individen måste besluta själv. Likaså om någon annan beslutar åt en, följer upp och intresserar sig för hur processen fortlöper.

Det faktum att individen, genom att få ett recept, delvis inte behöver tänka så mycket på vad hon/han gör och varför, kan vara just det som bidrar till ett lyckat genomförande av en livsstilsförändring - att bli fysiskt aktiv. Enligt O'Brien Cousins och Gillis (2005) är det de



individer som inte lyssnar till sitt inre self-talk som lyckas komma igång och motionera. Det beror på att de inte låter andra eller sig själva övertala dem att avstå från planerad och regelbunden fysisk aktivitet. Därav är det positivt att en del patienter själva efterfrågar receptet och andra blir erbjudna recept från vårdcentralen.

### *Hur upplever individen den livsstilsförändring det innebär att bli fysiskt aktiv?*

Under denna frågeställning diskuterar vi deltagarnas upplevelser av FaR, hindrande och främjande faktorer för fysisk aktivitet samt det sociala stöd som de får från familj och vänner.

### *Positiva och negativa upplevelser av FaR*

Vid förfrågan kring positiva upplevelser av FaR, är det vanligaste som deltagarna nämner de andra i gruppen, ledarna samt att de har en bestämd tid att passa. Det är alltså främst yttre faktorer som motiverar patienten att motionera. Flera av deltagarna berättar att de från början motionerade för att de ansåg sig tvungna, med anledning av hot mot hälsan om de inte motionerar, t ex ökad smärta, att inte gå ner i vikt eller att inte kunna äta det de vill. Den negativa upplevelse som nämns oftast är att man har fått ont av att gå med stavarna. Detta är dock inget som verkar ha hindrat deltagandet i gruppen, utan snarare varit ett hinder som övervunnits efter några gånger. Det ses som ett övergående problem. En annan upplevelse är att alla deltagare förväntas passa i samma grupp och gå i samma tempo. Två deltagare nämner detta som ett problem, och förmodligen upplevs detta tydligare av dem som går långsammare än de andra. Om de ständigt känner att de inte hinner med resten av gruppen kan detta ge konsekvenser för deras fortsatta fysiska aktivitet. Det kan bidra till att de inte får så bra självförtroende kring att gå stavgång om de hela tiden går långsammare i relation till de andra i gruppen. Det blir då svårare att känna de positiva fördelar som ett fortsatt fysiskt aktivt liv innebär.

### *Motivation*

Majoriteten av deltagarna säger att deras motivation förändrats sedan de fick fysisk aktivitet på recept, och att de nu har lättare att motivera sig själva till att motionera. Fyra av tio deltagare motiveras till fysisk aktivitet genom extern kontroll, de motionerar för att de

”måste”. IP8 motiveras även av introjicerad kontroll. Eftersom hon inte kan delta i stavgången vid alla tillfällen, på grund av att smärtan är värre i perioder, känner hon skuld då ledarna påpekar vikten av kontinuitet i stavgången. Det finns även fyra deltagare som visar på identifierad kontroll, genom att de motionerar för att bli piggare, rörligare, gå ner i vikt, och lindra smärta. De ser alltså fram emot resultatet av den fysiska aktiviteten. IP2 och 9 deltar i stavgångsgruppen även om de inte har recept längre. IP2 berättar att hon kommer att fortsätta med stavgång även om hon inte kan fortsätta i stavgångsgruppen. Att de har fortsatt i stavgångsgruppen visar på eget initiativtagande och på identifierad kontroll.

*Främjande och motiverande faktorer.* Stavgångsgruppen är i sig en främjande faktor, att komma dit och träffa de andra deltagarna och ledaren. Deltagarna beskriver upplevelser av minskad smärta och viktnedgång i samband med den fysiska aktiviteten, vilket tyder på att de själva ser att perioden med stavgången medfört en förändring. Denna förändring medför en förskjutning från introjicerad och extern kontroll, de typer av yttre motivation som var vanliga vid receptperiodens början och som domineras av upplevelser av hot och skuld känslor. Effekterna av fysisk aktivitet blir i sig en anledning till att fortsätta vara fysiskt aktiv. Det motiverar att se fram emot de resultat som nämns - lindrad smärta, viktnedgång, lättare att somna, bättre humör och att bli piggare och gladare. Detta leder till identifierad kontroll där deltagarna vill motionera snarare än att de känner att de måste. Det skapas en positiv spiral där man ser fler och fler faktorer som främjar fysisk aktivitet.

*Hindrande faktorer.* Flera deltagare säger att de numer promenerar även när det är dåligt väder, vilket de inte har gjort tidigare, innan de började i stavgångsgruppen. Dåligt väder kan därmed ses som ett hinder som en del deltagare, på grund av deltagandet i stavgångsgruppen, är på god väg att övervinna. Smärta nämns som en hindrande faktor som stundtals gör det omöjligt att motionera. I flera avseenden är smärtan även en stark motiverande faktor då den lindras av den fysiska aktiviteten.

### *Socialt stöd*

Alla deltagare utom två tycker att stödet de får från familj och vänner är tillräckligt. Det stöd deltagarna får är främst emotionellt, familjen visar att de uppmärksammar och mår om individens försök att förändra sin livsstil. Eftersom att inte ha sällskap nämns som ett hinder, och att ens nära motionerar nämns som en främjande faktor, bekräftas hur viktigt det sociala

stödet är när man försöker ändra sin livsstil. IP5 och 7's partners vill inte gå med stavar under deras gemensamma promenader. Följden blir att IP5 och 7 också avstår eftersom de tycker det känns fånigt att gå med stavar själva. Ett önskvärt stöd för dem vore, då i varje fall IP7 är beroende av just rörelsen med stavar för att lindra smärtan, att deras partners för deras skull gick med stavar. IP7 vill inte gå ensam med stavar, och tycker därför att hon måste fortsätta gå med stavgångsgruppen. Detta är anmärkningsvärt, för om hon hade varit självständig hade hon inte behövt förnya receptet. IP8 tror att hon hade fått bättre stöd om omgivningen haft mer kunskap om stavgång och FaR.

### *Stimulerar deltagande i en FaR-grupp till självständig fysisk aktivitet?*

Ett mål med FaR på vårdcentralen är att deltagarna skall slussas ut till självständig fysisk aktivitet via receptet. Självständig är ”den som har förmåga att handla och tänka utan att rätta sig efter andra” (Norstedts svenska ordbok, 2004). Självständighet är alltså något som utövas i relation till andra människor. Vi har under denna frågeställning valt att fokusera på socialt stöd och relationer samt att koppla det till fysisk aktivitet genom motionsvanor och vardagsmotion. Genom att också diskutera temat framtid under denna frågeställning omfattas även förändringsaspekten.

### *Socialt stöd*

Individerna får instrumentellt stöd av vårdcentralen, då de i och med receptet får handgriplig hjälp att komma igång med att motionera. Samtidigt innebär själva receptet att man rättar sig efter vad någon annan bestämmer, och därmed kan FaR betraktas som en osjälvständig handling. Alla betonar fördelarna med att gå stavgång tillsammans med andra. De andra deltagarna i stavgångsgruppen och ledarna ger uppmuntran och återkoppling, och blir därmed ett uppskattande stöd. Ledarna förmedlar i intervjuerna att de också stödjer deltagarna på ett känslomässigt plan, och är måna om dem. Deltagarna utvecklar en självständighet inom gruppen. Från början gick alla tillsammans men nu går de i det tempo som passar var och en, enligt en av ledarna. Samtidigt har vissa deltagare uttryckt missnöje över att alla förväntas gå i samma tempo. Vilka konsekvenser får det om man inte känner sig nöjd med sin prestation i stavgångsgruppen? De som går snabbast tar ett självständigt initiativ, men de som går långsammare försöker anpassa sig till andras tempo. Kan följden av detta bli att enbart de som går snabbast utvecklar bättre självförtroende och blir självständiga? Utifrån Banduras teori om

grundläggande processer för personlig förändring kan man se att deltagarna har infört nya beteendemönster, att gå i grupp med stavar. Däremot tyder deras svar på att de har svårt att generalisera användningen till nya situationer, som att gå ensamma, och till andra aktiviteter. Deltagarnas svar visar också på att det självförtroende de känner inför att vara med i stavgångsgruppen är bundet till just den kontexten och svår att ta med sig till andra situationer. Fyra av deltagarna säger att de kommer att fortsätta med stavgång, oavsett om de är med i gruppen eller ej. Två av dem som säger detta är de som varit med längst i gruppen och inte har recept längre. Längre tid i gruppen gör att man förstärker bilden av sig själv som fysiskt aktiv. Att till exempel ha varit med i gruppen i ett år gör också att man gått stavgång alla årstider. Eftersom dåligt väder av många deltagare angivits som det största hindret kan ju detta vara ett viktigt steg mot ett fysiskt aktivt liv året om. Även bland de deltagare som är i vidmakthållandestadiet, alltså regelbundet fysiskt aktiva, kan det finnas nivåskillnader beroende på hur länge de varit fysiskt aktiva.

I och med att stavgången inte är del av någon större verksamhet finns det ingen annan självklar verksamhet att fortsätta i när recepttiden gått ut. Ledarna är engagerade i stavgången och lättgympan, men har ingenstans att slussa vidare de deltagare som vill prova något ytterligare. Flera deltagare uttrycker att gympan inte passar dem, och då är stavgång två gånger i veckan den aktivitet som finns. Kanske kunde man, för att vidga deltagarnas självförtroende, prova på flera olika aktiviteter tillsammans i gruppen. Detta skulle kunna öka deras självständighet inför andra aktiviteter.

Det sociala stöd ledarna bistår med har en baksida, då två av dem berättar att de upplever att det är mer psykiskt påfrestande att leda stavgångsgrupper än andra motionsgrupper. Eftersom det stöd de bidrar med är mycket betydelsefullt för deltagarna måste det tas på allvar. Någon form av fortbildning, exempelvis handledning, skulle kunna erbjudas ledarna, vilket också efterfrågas av alla ledare. Eftersom majoriteten av deltagarna vi intervjuat lider av långvarig eller kronisk smärta, och därmed är utsatta för stress, kan de vara i riskzonen för psykisk ohälsa. Individens psykiska hälsa påverkas av kroppsliga besvär, såsom smärta. Mellan 20 och 40 procent av befolkningen beräknas lida av psykisk ohälsa (Socialstyrelsen, 2005). I ljuset av detta är det lämpligt att erbjuda deltagarna ytterligare socialt stöd, utifrån deras individuella behov, för att avlasta ledarna. Sådant stöd skulle kunna tillhandahållas av vårdcentralen och bestå av ytterligare motivationssamtal hos sjukgymnast, samtal med kurator eller en psykologkontakt.

### *Motionsvanor och vardagsmotion*

Ingen har haft inre motivation att motionera tidigare i livet, eftersom de inte varit regelbundet fysiskt aktiva. De flesta har vardagsmotionerat mycket tidigare, men har inte sett det som de har tillägnat sig motion eller fysisk aktivitet. Av svaren att döma verkar det vara lättare för många av deltagarna att börja motionera för att någon annan tycker att de borde. FaR bidrar till att deltagarna, i alla fall de vi träffat, blir fysiskt aktiva (åtminstone i förberedelsestadiet enligt TTM). Hälften av deltagarna är inte regelbundet fysiskt aktiva, eller har varit det mindre än sex månader. Dessa individer har blivit fysiskt aktiva när de börjat i stavgångsgruppen. Den andra hälften av deltagarna uppger att de har varit regelbundet fysiskt aktiva mer än sex månader. Två av dessa har inte recept längre, och kan ha blivit fysiskt aktiva när de började i gruppen. Dessa båda deltagare betonar hur viktig gruppen är för att de skall komma ut och gå stavgång, och har inga planer på att söka sig vidare till andra aktiviteter.

Deltagarnas självständighet är inte något självklart mål för ledarna, förstår vi av intervjuerna. Om de vill erbjuda deltagarna att prova på andra aktiviteter är det upp till ledarna själva att ordna det. Exempelvis berättar en av ledarna att hon bokat gymmet så de som ville fick prova på styrketräning, eftersom några av deltagarna efterfrågat det. IP5 berättar att hon börjat styrketräna armarna lite grand hemma, och andra berättar om att de numer försöker få med sig familj och vänner ut och gå. Deltagarna berättar alltså om egna initiativ som de tagit vad det gäller fysisk aktivitet, vilket tyder på en begynnande självständighet.

Eftersom stavgången sker på dagtid är deltagarna antingen pensionärer, sjukskrivna eller så får de ledigt av sin arbetsgivare. Två av deltagarna arbetar, och har kunnat anpassa sina arbetstider, medan flertalet av de andra deltagarna spontant säger att de aldrig hade kunnat vara med i stavgångsgruppen om de hade arbetat. Är det så att de som är i behov av FaR främst är äldre eller sjukskrivna? Eller finns det en grupp som arbetar, som har behov av FaR men inte har möjlighet att delta eftersom alla aktiviteter är förlagda till dagtid? Att ha vissa grupper på kvällstid skulle öka självständigheten eftersom deltagarna då själva skulle kunna bestämma om de ville gå på dagen eller kvällen. Att enbart ha grupper på dagtid kan, enligt oss, uppfattas som att FaR enbart är en rehabiliteringsåtgärd för dem som inte är arbetsföra. Det preventiva syftet riskerar därmed att försvinna.

Enligt Statens Folkhälsoinstitut (2006) är fysisk aktivitet all form av aktivitet som innebär ökad energiförbränning, och motion är den sorts fysisk aktivitet som används i syfte att må bra, bibehålla bra eller få bättre hälsa och fysisk prestationsförmåga. Vi anser att begreppet FaR, fysisk aktivitet på recept, utifrån dessa definitioner är missvisande. Det borde egentligen kallas motion på recept eftersom de aktiviteter som erbjuds är motion, även om ambitionen möjligen är att uppmuntra till fysisk aktivitet även utanför dessa aktiviteter. En risk med att alltid tala om motion istället för fysisk aktivitet är att man skuldbelägger individer för att de inte motionerar i tillräcklig omfattning, utan att ta hänsyn till huruvida de är fysiskt aktiva. Vi tror, liksom Faskunger och Hemmingsson (2005) att man skulle kunna uppnå mer varaktiga förändringar om man fokuserade på vardagsmotion, hur man kan få fysisk aktivitet att bli en naturlig del av individernas liv. Att göra mer av den fysisk aktivitet man redan har i sin vardag kan vara lättare än att införa en helt ny aktivitet, som att börja motionera.

Ett exempel på ovanstående resonemang är att några av deltagarna nämner vikten av att ha nära till träningsanläggningen. IP7 säger t ex att det är svårt att upprätthålla en aktivitet kontinuerligt under en längre period om det tar för lång tid att ta sig till och från gymmet. IP6 berättar att hon får mycket vardagsmotion när hon passar sina barnbarn. När hon promenerar en längre sträcka behöver hon inte längre stanna för en paus som hon gjorde tidigare, vilket tyder på hög meningsfullhet enligt KASAM. Dessutom framkommer i intervjuerna att många ägnar sig åt och tidigare har ägnat sig åt vardagsmotion, men att deltagarna inte ser på detta som fysisk aktivitet. Kanske är det för att många av dem vi intervjuat likställer fysisk aktivitet med motion som de säger att de inte tidigare i sitt liv varit fysiskt aktiva? Om deltagarna såg sin vardagsmotion som fysisk aktivitet blev steget till en livsstilsförändring, och att bli fysiskt aktiv, inte lika stort från början då de fick ett recept utskrivet.

### *Framtid*

IP8 hoppas att hennes smärta kommer att minska, eftersom det skulle göra att hon blev motiverad att fortsätta motionera. Om inte smärtan avtar slutar hon troligen när receptperioden tar slut. Tre deltagare säger att de har bestämt sig för att klara detta nu när de börjat, vilket visar på hanterbarhet enligt KASAM. De åtta deltagare som fortfarande har recept vill förnya sina recept eller ändå fortsätta i gruppen efter recepttidens slut, och flera säger att det krävs för att de skall fortsätta motionera. Detta visar på lägre grad av

hanterbarhet då de inte tror att de kommer att fortsätta om de inte har tillgång till en stavgångsgrupp på samma sätt som i nuläget. Av deltagarna vi intervjuat har två inte längre recept, men de har ändå fortsatt i gruppen. Eftersom de andra deltagarna vet att den möjligheten finns behöver de inte söka sig vidare till andra aktiviteter. Detta skulle kunna innebära att deltagarna blir mindre självständiga gentemot gruppen.

De två deltagare som inte längre har recept säger att de kommer att fortsätta med stavgång även om de inte får fortsätta vara med i gruppen i framtiden, och uttrycker alltså en självständighet inför stavgången. Dessa personer får gestalta vad SL1 menar när hon säger att självständighet måste komma inifrån deltagarna själva och att det för vissa tar längre tid än sex månader.

#### *Förändrar deltagarna synen på sig själva som fysiskt aktiva?*

Fysisk aktivitet på recept hjälper tidigare fysiskt inaktiva att komma igång och börja motionera. Att förändra sin livsstil tar tid. Ju längre tid deltagarna är regelbundet fysiskt aktiva, desto mer blir det en naturlig del av deras livsstil. Deras självförtroende inför att vara fysiskt aktiva ökar. Vårt intryck är att deltagandet i stavgångsgruppen har bidragit till att intervjupersonerna förändrat synen på sig själva som fysiskt aktiva. De har gått från att vara patienter på vårdcentralen till att bli deltagare i en stavgångsgrupp.

Det omgivningen kan göra för att hjälpa individerna bli fysiskt aktiva på lång sikt tror vi är att erbjuda ytterligare mellanled mellan FaR och ordinarie motionsverksamhet, exempelvis fortsättningsgrupper i stavgång, vilket ledarna föreslår. Vårdcentralen skulle ha bättre överblick över deltagandet i stavgångsgruppen under receptperioden. Då skulle vårdcentralen kunna individanpassa stödet utifrån de enskilda deltagarnas behov, genom till exempel ytterligare information, motivationssamtal eller att erbjuda annan aktivitet om denna inte passar. Dessutom föreslår vi att man fokuserar mer på att få in den fysiska aktiviteten i deltagarnas vardag, genom att föra in begreppet vardagsmotion.

#### *Avslutande diskussion*

Övervikt är en faktor som över hälften av deltagarna nämner i samband med varför de har recept på fysisk aktivitet, det redovisas även som en av de vanligaste anledningarna i flera

utvärderingar av FaR mellan 2003-2006. Därav anser vi det viktigt att även belysa överviktsdebatten. IP5 och 6 nämner övervikt som en hälsorisk samt något livsfarligt. Svensson (2005) skriver att hälsoriskerna på flera sätt är de samma för en 167 cm lång kvinna med 3kg undervikt som med 45kg övervikt. Så länge en person är fysiskt aktiv kan hon äta i princip vad hon vill eftersom den fysiska aktiviteten är betydligt mer väsentlig än den fysiska vikten. Faresjö och Åkerlind (2005) diskuterar ur olika tvärvetenskapliga perspektiv balansen mellan vikt och hälsa, bland annat olika aspekter kring att ha en god hälsa även om man är överviktig. Är livskvalitet att avstå från njutning och leva ett liv i skuld kring sina matvanor för att kunna vara normalviktig? Även Ekblom och Ekblom (2004) skriver att överviktiga personer som är måttligt fysiskt aktiva är mindre utsatta för risker att dö på grund av hjärt-kärlsjukdomar än normalviktiga som inte är fysiskt aktiva. Svensson (2005) skriver att det är mer hälsosamt att vara överviktig än normalviktig i den nedre delen av normalviktsintervallet och framförallt underviktig. Därav borde inte övervikt i sig vara en motiverande faktor för att gå ner i vikt och få fysisk aktivitet på recept. Vi anser att det är de positiva upplevelserna deltagarna själva nämner i samband med den fysiska aktiviteten, som borde motivera till viktminskning, inte de extra kilona i sig. De positiva upplevelser deltagarna nämner är känslan av att vara lättare i kroppen, smidigare, rörligare, piggare, att inte behöva stanna och vila vid längre promenader, den sociala aspekten, de humörfrämjande faktorerna samt smärtlindringen. Vi anser att det är viktigt att upplysa patienter som söker vård för sin övervikt på vårdcentralen om detta, för att inte ytterligare skuldbelägga människor för sin vikt och sina matvanor. För att motivera dessa patienter och öka deras självförtroende kan de upplevda fördelarna användas som motiverande faktorer genom yttre kontroll av motivationen.

### *Förslag till vidare forskning*

Det är av stort intresse att följa upp de individer som inte utnyttjar sina recept av olika anledningar, exempelvis personer som får recept från vårdcentralen och blir kallade till stavgångsgruppen men därefter inte deltar. Även de personer som enbart deltar vid några tillfällen inledningsvis och därefter slutar, är av intresse. En möjlighet att komma i kontakt med dessa individer är genom stavgångsledarna istället för vårdcentralen.

Majoriteten av de som får FaR och alla som vi intervjuat är kvinnor, där medelåldern är hög. På flera sätt passar FaR, i dess nuvarande utformning, den här patientgruppen. Hur FaR kan



komma att nå andra patientgrupper är av intresse för vidare forskning. För att kunna utforma FaR så att det passar fler borde män som ingår i målgruppen för FaR studeras utifrån hindrande och främjande faktorer för fysisk aktivitet. Via den vårdcentral vi utgått ifrån har väldigt få män fått recept utskrivet. Vad är det som gör att FaR inte intresserar män? Blir män inte erbjudna FaR i samma utsträckning som kvinnor? Det här är speciellt intressant med anledning av att män är mer stillasittande än kvinnor, enligt Socialstyrelsens Folkhälsorapport från 2005.

Psykiskt välmående nämns ofta bara i förbifarten som en positiv effekt av fysisk aktivitet. FaR skrivs främst ut inom primärvården, och det kan vara därför fokus hamnar på kroppsliga besvär. Eftersom den psykiska ohälsan hos befolkningen är ett ökande problem vad det gäller oro och ångest av olika allvarlighetsgrad (Socialstyrelsen, 2005), vore det av samhällsligt intresse att undersöka vilken effekt ökad fysisk aktivitet har för den psykiska hälsan.

## Referenser

- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Axelsson, J. (2005). *Fysisk aktivitet på recept-FaR. En kvalitativ studie om bristande ordinationsföljsamhet inom FaR Halland*. Malmö högskola: Examensarbete inom lärutbildningen, Idrottsvetenskap.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: Freeman company and sons.
- Biddle, S. & Mutrie, N. (2002). *Psychology of Physical Activity – Determinants, well-being and interventions*. London: Routledge.
- Biddle, S. & Nigg, C. (2000). Theories of Exercise Behavior. *International Journal of Sport Psychology*, 31:290-304.
- Denscombe, M. (2000). *Forskningshandboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.
- Ekblom, B. & Ekblom, Ö. (2004). *Viktökning bland barn drabbar redan tjocka*. Dagens Nyheter Debatt 13 februari (uppdaterad 15 feb) 2004.
- Estabrooks, P. & Courneya, K.S. (1997). Relationships Among Self-Schema, Intention, and Exercise Behavior. *Intrnational Journal of Sport & Exercise Psychology*. (1997; 19:156-168).
- Faresjö, T. & Åkerlind, I. (2005). *Kan man vara sjuk och ändå ha hälsan? Frågor om liv, hälsa och etik i tvärvetenskaplig belysning*. Lund: Studentlitteratur.
- Faskunger, J. (2001). *Motivation för motion - hälsovägledning steg för steg*. Farsta: SISU idrottsböcker AB.

- Faskunger, J., & Hemmingsson, E. (2005). *Vardagsmotion. Vägen till hållbar hälsa*. Stockholm: Forum.
- Kallings, L. V. & Leijon, M. (2003). *Erfarenheter av fysisk aktivitet på recept-FaR*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Kavussanu, M. & Roberts, G. C. (1996). Motivation in Physical Activity Contexts: The Relationship of Perceived Motivational Climate to Intrinsic Motivation and Self-Efficacy. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 18, 264-280.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Leijon, M. & Jacobson, M. (2006). *Fysisk aktivitet på recept-fungerar det? En utvärdering av Östgötamodellen*. Linköping: Folkhälsovetenskapligt centrum i Östergötland.
- Lippke, S. Ziegelmann, J. P. & Schwarzer, R. (2004). Behavioral Intentions and Action Plans Promote Physical Exercise: A Longitudinal Study With Orthopedic Rehabilitation Patients. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 26, 470-483.
- Marcus, B.H., & Forsyth, L.H. (2003). *Motivating people to be physically active*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Norrby, C. (1996). *Samtalsanalys*. Lund: Studentlitteratur.
- Norstedts svenska ordbok (2004). Stockholm: Norstedts akademiska förlag.
- O'Brien Cousins, S. & Gillis, M. M. (2005). "Just do it... before you talk yourself out of it": the self-talk of adults thinking about physical activity. *Psychology of Sport and Exercise*. 6 (3), 313-334.
- Prochaska, J., DiClemente, C., Norcross, J. (1992). In Search of How People Change. Applications to Addictive Behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.

Riksidrottsförbundet (inget datum). *Statistik - Fysisk aktivitet på Recept (FaR)*. Hämtad 2006-05-06 från <http://www.rf.se/t3.asp?p=341797>

Socialstyrelsen (2005). *Folkhälsorapport 2005*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Statens folkhälsoinstitut. (2006). *Nationella rekommendationer för fysisk aktivitet*. Hämtad 2006-02-08 från [http://www.fhi.se/templates/Page\\_\\_\\_\\_871.aspx](http://www.fhi.se/templates/Page____871.aspx)

Svensk författningssamling (1982). *Hälso- och sjukvårdslag 1982:763 lag 1998:1660*. Stockholm: Sveriges riksdag.

Svensson, M. (2005). *Peta inte i maten!* Stockholm: Timbro förlag.

Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (2003). *FYSS*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

SISU idrottsutbildarna. (inget datum). *Utbildningsplan för dig som skall arrangera FaR-utbildning för idrottsledare* Hämtad 2006-03-08, från <http://www.rf.se/files/%7B4DCC6520-469A-4197-B08B-FDEE970A2E7D%7D.pdf>

Vallerand, R.J. Pelletier, L.G. Blais, M.R. Briere, N.M. Senecal, C. & Vallieres, E.F. (1992). The academic motivation scale; a measure of intrinsic, extrinsic, and amotivation in education. *Educational and psychological measurement*, 52(4), 1003-1018.

Weinberg, R.S. & Gould, D. (2003). *Foundations of sport and exercise psychology*. Champaign, IL: Human Kinetics.

Wemme, M. & Nilsson, M. (2003). *Utvärdering av "Sätt sydvästra Skåne i rörelse, del 2"*. Malmö: Socialmedicinska enheten, UMAS.



## Bilaga B

**Intervjuguide**

Födelseår:.....

**Bakgrund**

Hur gick det till när du fick fysisk aktivitet på recept utskrivet? Vem skrev ut det?

Varför fick du fysisk aktivitet på recept? (Symtombild, ev. hinder).

Vad var det som gjorde att du valde att använda receptet och anmäla dig till stavgångsgruppen? Vad hade kunna få dig att inte anmäla dig?

**Motionsvanor**

Fysisk aktivitet eller motion innebär t.ex. raska promenader, cykling, joggning, simning och andra aktiviteter med samma intensitet.

Svara ja eller nej på dessa fyra påståenden:

1. För närvarande är jag fysiskt aktiv. Ja / Nej

2. Jag har för avsikt att bli mer fysiskt aktiv under de närmaste 6 månaderna. Ja / Nej

För att en aktivitet skall räknas som *regelbunden* måste man ägna sig åt den i åtminstone 30 min 5 dagar i veckan. Det är den **sammanlagda tiden** som ägnas åt fysisk aktivitet med **medelintensitet** som räknas. Det kan vara t.ex. en 30-minuters rask promenad eller tre stycken 10-minuters raska promenader varje dag.

3. För närvarande ägnar jag mig åt regelbunden fysisk aktivitet. Ja / Nej

4. Jag har ägnat mig åt regelbunden fysisk aktivitet de senaste 6 månaderna. Ja / Nej

**Fysisk aktivitet på recept/vara med i stavgångsgruppen**

1. Hur länge har du varit med i stavgångsgruppen? Vad är bra med att vara med i stavgångsgruppen? Finns det något som är mindre bra?

2. Ser du några fördelar för dig personligen med att motionera? Finns det några nackdelar/något som är dåligt med att motionera?

3. Vad har varit den största förändringen för dig med att börja motionera?

4. Vilka tillgångar/resurser har du, som gjort att du kunnat vara med i stavgångsgruppen?

**Framtiden**

5. Vad tror du kommer att hända när receptperioden tar slut?

6. Vilken är din ambition/hur skulle du vilja att det blir?

7. Vad tror du behövs för att du skall fortsätta motionera efter receptperiodens slut?
8. Vad har du för förväntningar/förhoppningar?
9. Har du några mål för framtiden vad gäller motion?

### **Motivation**

10. Vad är/innebär motivation för dig? (Om förklaring krävs, intern/extern.)
11. Har receptet på fysisk aktivitet/att vara med i stavgångsgruppen förändrat din motivation?
12. Finns det något som motiverar dig till att motionera? (runt omkring dig, i din vardag).
13. Finns det något som gör dig mindre motiverad?
14. Finns det saker som underlättar för dig att motionera? Om ja, vad? Finns det saker som skulle kunna göra det svårare för dig att motionera? Om ja, vad? (tidsbrist, dåligt väder, ej sällskap, dåligt humör, semester etc.)
15. Har motion/att träna någon betydelse för dig? Vilken?
16. Hur tycker du att det känns när du motionerar/går stavgång? Märker du någon skillnad jämfört med när du började i stavgångsgruppen?
17. Hur känner du dig (de närmsta timmarna) efter du motionerat? (Känslor- glad, nöjd, trött, ledsen etc.)

### **Sociala relationer/stöd**

18. Vad tycker din omgivning/dina nära om att du motionerar? (Märker de ngn skillnad? Hur märker du det? Får du ngt stöd?)
19. Är det stöd du har tillräckligt? Skulle du vilja ha mer/annat stöd? Hur skulle det se ut?

### **Vardagsmotion**

20. Utför du någon vardagsmotion? *Vardagsmotion är t ex att gå i trappor, städa och jobba i trädgården, alltså aktiviteter som innebär motion även om motionen inte är huvudsyftet med aktiviteterna.*
21. Hur mycket varje vecka ungefär?

### **Historia**

22. Om du tänker tillbaka, tidigare i livet, hur mycket har du motionerat då? Vad har du tyckt om det? Hur har du sett på motion och att röra på dig tidigare i livet?

## Bilaga C

### **Intervju idrottsledare inom FaR**

1. Hur kom det sig att du blev ledare för FaR-grupper?
2. Vilka är de viktigaste målen med FaR, tycker du?
3. Vilka möjligheter har du som ledare att bidra till att målen uppnås?
4. Vad är mest betydelsefullt i din roll som ledare för FaR-grupper? (för deltagarna, för dig).
5. Är det annorlunda att leda FaR-grupper jämfört med när (om?) du leder andra grupper? På vilket sätt?
6. Vad kan man göra för att motivera deltagarna till fysisk aktivitet under receptperioden? Vad gör du? Vad är lätt och vad är svårare i detta motivationsarbete?
7. Vad krävs, tror du, för att individerna skall bli självständiga i sitt motionerande?
8. Vad kan man göra för att motivera deltagarna till att fortsätta vara fysiskt aktiva även efter receptperiodens slut? Sker någon form av utslussning till ordinarie motionsverksamhet?
9. Följs deltagarna upp på något sätt?

#### *Utbildning/organisation*

10. Vad tycker du om FaR-projektets utformning utifrån den här vårdcentralen? Finns det något som man skulle kunna förbättra? Vad?
11. Har du deltagit i Riksidrottsförbundets FaR-ledarutbildning?
- 12a. Om ja: Tycker du att man tar upp rätt saker på FaR-ledarutbildningen? Saknas något?
- 12b. Om nej: Finns det något du skulle vilja lära dig mer om för att bättre kunna leda FaR-grupper?
13. Är det något annat du tycker är viktigt, som vi inte frågat om?



## Bilaga D

Hej!

Vi skall skriva en examensuppsats inom psykologutbildningen vid Lunds universitet. Uppsatsen skall handla om motivation och självständighet och baseras på material samlat från intervjuer med personer som fått fysisk aktivitet utskrivet i receptform. Det vi har intresserat oss för är på vilket sätt Fysisk aktivitet på Recept (FaR), som det är utformat idag, passar olika individer. Utifrån det skulle vi vilja intervjua personer som av olika anledningar fått recept för fysisk aktivitet.

För att kunna anpassa FaR till så många olika människors behov som möjligt är vi intresserade av vad som fick dig att välja fysisk aktivitet på recept. Även om du av någon anledning väljer att inte fortsätta ditt deltagande i stavgångsgruppen är vi intresserade av att träffa dig för att höra din synpunkt.

Enligt hälso- sjukvårdens tystnadsplikt kommer vi att avidentifiera allt material och man kommer inte att kunna känna igen dig utifrån vad som sagts under intervjun då det framställs i vår uppsats. Vi är alltså inte intresserade av att utvärdera dig personligen. Intervjun kommer även att förvaras oåtkomligt för obehöriga och endast användas i den här studien.

Deltagandet är frivilligt och kan när som helst avbrytas. Vår handledare är Erwin Apitzsch vid institutionen för psykologi, Lunds universitet tel. -----.

Dina personuppgifter har vi inte tagit del av då det är ledarna för stavgångsgrupperna som förmedlat kontakten med dig.

Om du är intresserad av att ställa upp på en intervju (via telefon om så önskas) så skriv i ditt namn och telefonnummer på bifogad blankett och posta senast 28 februari med kuvertet som bifogats, så kontaktar vi dig.

Med vänliga hälsningar

Anna-Karin Bohman och Sandra Flodman.

Om du har några frågor får du gärna ringa oss på tel.nr:  
Anna-Karin -----, Sandra -----.

”Jag har fått bättre kondition  
och då blir man ju gladare  
och mer motiverad till det mesta”.

- Stavgångsdeltagare